

Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära vård

GÖRAN LINDAHL
CHARLOTTA THODELIUS
JENS WIDMARK

RAPPORT FRÅN CENTRUM FÖR VÅRDENS ARKITEKTUR

Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära vård

GÖRAN LINDAHL
CHARLOTTA THODELIUS
JENS WIDMARK

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2021

Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära vård

Göran Lindahl, Charlotta Thodelius, Jens Widmark

ISBN 978-91-984301-7-2

© Centrum för vårdens arkitektur

En rapport från Chalmers Centrum för vårdens arkitektur

Publikation 2021:2

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik

Chalmers tekniska högskola

412 96 Göteborg

Telefon +46 (0)31-772 1000

Tryck: Chalmers digitaltryck

Göteborg 2021

Förord

Den studie som presenteras här avser att skapa en överblick nationellt över utveckling av kommuners verksamhetslokaler och särskilda boende mot bakgrund av pågående arbete inom ramen för det som benämns Nära vård. Inte minst effekter på särskilda boenden är relevant att belysa i detta sammanhang liksom andra rumsligt/fysiska konsekvenser av en förändrad vård och omsorg.

Målet har varit att ta fram en översikt av pågående arbete i kommunerna, hur det är organiserat och vilka beaktande som görs med avseende på lokalisering av vårdverksamhet och vilka lokalnyttjande-, bygg- och fastighetsfrågor som är aktualiserade i detta arbete på kommunal nivå.

Projektet bygger på samverkan med representanter för kommuner för att få en heltäckande bild av vilka satsningar, utvecklingsarbete, pilotprojekt och liknande som genomförts. Såväl fastighetssidan som verksamhetsutvecklingssidan har deltagit. Arbetet är finansierat av FoU-fonden för kommunernas fastighetsfrågor (hädanefter Kommunfonden).

FoU-fonden för regionernas fastighetsfrågor har tidigare tagit beslut om att genomföra en motsvarande pilotstudie med fokus på regionernas byggnader för hälso- och sjukvården 2020-2021 med hjälp av Chalmers Centrum för vårdens arkitektur. Dessa rapporter bildar en helhet som med fördel samläses. Båda rapporterna finns att få från CVA.

Vi vill härmed tacka alla som deltagit i intervjuer, svarat på enkäter och på andra sätt delat med sig av sin kunskap. Speciellt tackar vi FoU-fonden för kommunernas fastighetsfrågor och de representanter från SKR som vi samverkat med. Bland dessa kan nämnas Helén Örtegren, Felix Krause och på slutet Fredrik Johansson, Christin Apell samt Helena Henningson. Tack för er kunskapsdelning!

/Göran Lindahl, professor och forskningsledare

Centrum för vårdens arkitektur, CVA, Chalmers tekniska högskola

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur är en nationell arena för skapande, utbyte och spridning av kunskap om vårdens byggda miljöer. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. Forskningsfokus för CVA är arkitektur i relation till, och som stöd för, läkande, nytta och effektivitet.

För ytterligare information om CVA:s rapporter och aktiviteter, se vår hemsida:
<https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva>

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1. Bakgrund och sammanhang	1
1.2. Projektets utgångspunkt	3
1.3. Frågeställning och syfte.....	4
1.4. Rapportens struktur	5
2. Metodgenomgång – hur är arbetet genomfört	5
3. Särskilda boenden, hemsjukvård och elevhälsa	10
3.1. Särskilda boenden	10
3.2. Apropå byggande och särskilda boenden.....	12
3.3. Apropå särskilda boenden och digital teknik	13
3.4. Hemsjukvård - Det ordinära boendet som arbetsplats – rehabilitering, tillgänglighet och användbarhet	15
3.5. En kommentar avseende det ordinära boendet som arbetsplats.....	17
3.6. Behov av en sammanhängande barn- och ungdomsvård.....	18
4. Utmaningar	22
5. Kommunala exempel på projekt rörande lokal- eller fastighetsfrågor kring SÄBO och Nära vård	24
5.1. Borgholm kommun	24
5.2. Malå kommun	25
5.3. Munkedal kommun	26
5.4. Norrtälje kommun	27
5.5. Örebro kommun	28
6. Enkät och fokusgruppsintervjuer	30
6.1. Tema 1 – Kartläggning av nuläget – vilka erfarenheter finns?.....	30
6.2. Tema 2 – Samverkan och processer	41
6.3. Tema 3 – Omställningsarbetet och lokaler	43
7. Sammantagen bild och avslutande kommentar	47
7.1. Vad vi fann – nuläget.....	48
7.2. Utvecklingsarbete, vad ligger framför kommunerna i utvecklingen av Nära vård.....	50
7.3. Vad sker på regional- och nationell nivå?	53
7.4. Förslag och kommentarer.....	54
7.5. Avslutande kommentar	55
8. Referenser	57
9. Bilagor.....	63

1. Inledning

1.1. Bakgrund och sammanhang

Svensk vård är under förändring genom den så kallade ”omställningen till nära vård”. Ett arbete baserat på nya förhållningssätt presenterade i rapporterna ”Effektiv vård” (SOU2016:2) och ”God och nära vård. En primärvårdsreform” (2018:39). Även utredningarna ”God och nära vård- en gemensam färdplan och målbild” (SOU 2017:53) samt ”God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29) bildar bakgrund till detta arbete och de förändringar som avses studeras. Även lagrådsremissen ”Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform” (2020-04-16) är en del av bakgrunden.

Utvecklingen av en Nära vård pågår idag i olika omfattning på kommunal, regional och nationell nivå i olika projekt och samverkansformer. Vidare sker en utveckling av digital teknik och kommunikation som också påverkar den framtida vårdens och omsorgens organisering och lokalbehov. Även mer högspecialiserad vård, HSV, kan numera bedrivas i hemmet där också samverkan mellan regioner och kommun blir aktuellt. Dessa faktorer bidrar alla till nya krav och möjligheter samt syftar till att vården ska komma närmare de som behöver den oavsett om de kallas för patient eller brukare. Alla våra miljöer får därmed i olika utsträckning ett inslag av vård- och omsorg, från hemmet via offentliga miljöer och byggnader till för ändamålet avsedda inrättningar.

Utgångspunkter för omställningen redovisas i SKR:s rapport ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019” som en utveckling, en ”rörelse”;

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård
- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser

Till ovan ska också läggas behovet av en ökad samverkan mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även olika former för boenden och sådana omsorgssammanhang som normalt inte betraktas som vårdverksamhet kommer att påverkas. Sammantaget leder detta till ett stort behov av samverkan och integrering av verksamheter och resurser.

Studerar man ovan nämnda SKR rapport för att finna direkta konsekvenser för lokaler och vård eller omsorg på kommunal nivå så kan man notera att;

- Under punkten ”från sluten till öppen vård” tas upp att på grund av minskad användning av slutenvård, kortare medelvardttider så sker mer utanför sjukhusen och att färre vårdplatser behövs. Detta får konsekvenser för

hemsjukvård och eftervård vilket påverkar arbetsituationen för kommunal verksamhet och personal. Detta berör såväl arbetsmiljö som tillgänglighet och säkerhet.

- Under punkten ”bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård” tas problematiken med utskrivning och samordning upp. En fråga som fysiskt berör vårdplatser, överbeläggning och samverkan mellan regioner och kommuner och därigenom också våra bostäder. Att notera är att primärvård är en vårdnivå med såväl kommunal som regional huvudman.
- Punkten ”hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser” nämner det mest konkreta, nämligen fallskador. Detta sker i stor utsträckning i hemmen där många äldre vårdas samt i de särskilda boendena.

Frågan om lokalers lokalisering eller utformning i relation till personalbehov, kompetensförsörjning, rekrytering och liknande utmaningar tas inte upp alls i den ovan nämnda rapporten. Dock torde frågan om rekrytering och att personal stannar också kunna kopplas till vårdmiljöns utformning. I dagsläget adresseras dessa frågor nästan uteslutande kopplat till frågor kring stress, ledarskap och organisering.

Närhet, som ofta används som term i rapporten men också i andra sammanhang, kan ha flera dimensioner, det kan exempelvis handla om:

- Geografisk närhet
- Närhet i relationen mellan brukare/patient och professioner, och med aktörer i civilsamhället samt närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning
- Olika aspekter av tillgänglighet, exempelvis genom olika angreppssätt som lokalisering respektive digitalisering

Samtliga punkter ovan har också en fysisk dimension som berör exempelvis resor, väntrum. I själva verket berörs alla offentliga lokaler och byggnader inom kommunal verksamhet.

Vidare tas i ”Hälso och sjukvårdsrapporten 2019” upp betydelsen av att följa upp omställningsarbetet genom ”nationella uppföljningsmått”. Något som exempelvis tagits fram för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen (Socialstyrelsen, 2021) men som ännu inte finns för hur Nära vård och dess fysiska organisering och lokalisering med tillhörande effekter ska utvärderas. Klart är dock att den faktiskt fysiska representationen av vård och omsorg, oavsett om det är storsjukhus, hemsjukvård, äldreboende eller mobila lösningar i glesbygd torde ha betydelse för individens upplevelse av ”God och nära vård” liksom upplevelsen av tillgänglighet. Kommunernas roll i detta arbete framöver kan inte nog betonas.

Vad som också är viktigt att beakta är att nära vård inte är en ny organisationsnivå eller en ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är och beskrivs snarare som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är också den som brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. Målet, sammantaget, är att uppnå en bättre resurseffektivitet.

1.2. Projektets utgångspunkt

Fokus i denna rapport är frågor relaterat till behov inom kommuner, exempelvis frågor kopplat till LSS, Särskilda boenden, äldreboenden och hemsjukvård. Detta är platser där vård och omsorg bedrivs under längre tider än inom den regionala sjukvården och med komplexa utmaningar i skärningspunkten mellan hem-, vård- respektive arbetsplatsperspektiv.

Givet kravet på ett effektivt resursutnyttjande kopplat till en mer nära och effektiv vård så väcks också frågan om hur förändrade arbetssätt och organisering påverkar behov av lokaler för vård och omsorg – och än mer viktigt – vilka typer av lokaler och byggnader som kommer att behövas. Indirekt ställs också frågor om ägande och inhyrning samt hur ansvar för lokaler ska fördelas i samverkan mellan region och kommun. Vidare så är frågan om hur olika angreppssätt är möjliga i mer eller mindre tätbefolkade områden, sjukhusen har oftast en viss kritisk massa medan det kommunala ansvaret är mer utspritt med till detta kopplade utmaningar kring mobilitet, effektivitet och kvalitet. Frågan har även en konkret dimension i exempelvis frågor om matleveranser och parkeringsplatser för mobila team samt tillgång på stabila nätverk för kommunikation och datasäkerhet.

I samband med Nära vård kommer inte de stora sjukhusen med kompetens för avancerad vård att försvinna, utan dessa kommer att påverkas och i olika utsträckning omstruktureras och kompletteras med vårdmiljöer av olika slag - från specialistkliniker till hemmet. Digitalisering kommer att vara en central del av förändringen och lösningen men inte den enda. Vi kommer också att fysiskt behöva vårdens och omsorgens lokaler och olika former av organiserade/särskilda boenden. Sannolikt kommer också kombinationer av fysiska lösningar och digitala lösningar i lokaler utvecklas. Nya typer av lösningar som kan vara kombinationer av skola, bibliotek, äldreboenden och annan kommunal verksamhet. Även elevhälsan kan behöva inkluderas i detta. Det finns därför ett behov av en systematisk översyn av nuläge i Sverige och vilka handlingsplaner och projekt som finns kring omställningen och hur dessa påverkar lokal- och fastighetsbehov på kommunal nivå.

De projekt som finns med i denna rapport, och dess sammanställningar, består till stora delar av olika *projekt* som drivs på kommunal nivå som en del av omställningsarbetet till Nära vård. Det stora arbetet framöver kommer dock att handla om att införa dessa förändringar som en naturlig del av det dagliga arbetet, och om att gå från ett pilotprojekts-läge till att det som görs är en del av den ordinarie verksamheten. Det finns på sätt vis fördelar med att ha påbörjat ett pilotprojekt tidigt eftersom detta gör det möjligt att fortare få in nya arbetsprocesser i verksamheten. Ett exempel är Västra Götalandsregionen som var tidigt ute med omställning till nära vård (VGR, 2018b). Många av de arbetsprocesser som först var en del av ett pilotprojekt gick sedan över till att bli en del av den ordinarie verksamheten. Som exempel på detta kan nämnas IBD

Home: ett självtest för kronisk inflammatorisk tarmsjukdom där patienter kan skatta/mäta symptom med hjälp av en mobilapplikation (VGR, 2018a). Tidpunkten för när Nära vård blir vardag för all vår vård och omsorgs-verksamhet, och inte i huvudsak olika former av pilotprojekt, är dock idag svår att sia om.

1.3. Frågeställning och syfte

Frågan som guidat detta projekt är skenbart enkel:

- *Vad sker i kommunerna med utgångspunkt i omställningen till Nära vård som påverkar lokalbehov direkt eller indirekt?*

Målet har varit att ta fram en nationell översikt avseende hur kommunerna arbetar, eller inte, med konsekvenser av den s.k. ”omställningen till nära vård” på behov och användning av lokaler och byggnader. I detta ingår också att kartlägga dels samverkan mellan kommuner och regioner och dels kommunernas eget arbete i den adresserade frågan. Syftet är att bidra till SKR:s och kommunernas arbete med omställningen. Ett långsiktigt syfte är att bidra till beslutsfattande och ge möjligheter till vidare FoU-arbete.

Ett särskilt fokus har varit på särskilda boenden och omställningen till nära vård. Det är därför framförallt de särskilda boendens lokaler och fastigheter som är i fokus. Rapporten utgår från att det pågående omställningsarbetet kommer att ha vida konsekvenser på lokaler för vård och omsorg med avseende på dess utbud, tillgänglighet och utformning. Detta perspektiv är i linje med den statliga utredningen God och nära vård (SOU, 2020:19) där det specifikt omnämns att vårdens fastigheter och lokaler kommer att få ses över, både avseende behovet av nya fastigheter respektive, det kanske största fältet, ombyggnad och hur dessa ska utformas. Förutsättningarna för att bedriva vård i en ”regelrätt vårdinrättning” skiljer sig också från de förutsättningar som finns för att bedriva vård i någons hem, oavsett om det är ordinärt eller särskilt boende.

“Förutsättningarna är också annorlunda när vård ges i någons hem än vid en regelrätt vårdinrättning, där lokaler och annan infrastruktur (såsom t.ex. vatten och avlopp, brandskydd, hygien, hantering av riskavfall etc.) är utformade med syfte att tillhandahålla kvalificerad vård. Detta måste beaktas när lösningar för att kunna tillhandahålla mer vård nära människor och i deras hem utformas.”
(SOU, 2020:19)

Det förefaller därför, menar författarna till denna rapport, vara av stor vikt att beakta hur dessa lokaler, kommunala lokaler liksom bostäder, lämpligen bör utformas för att möta omställningens övergripande mål och kunna relateras till verksamhetsmålet ”tillhandahålla kvalificerad vård”. Ett exempel på övervägning som behöver göras, om till exempel vård i hemmet ökar markant i omfattning, har att göra med behovet av *redundans*. Detta avser hur vårdens utrustning och funktion kan upprätthållas även i situationer där det sker ett avbrott. Detta förutsätter tillhandahållande av extra komponenter utöver de som behövs för en apparats ordinarie funktion

(Krisberedskapsmyndigheten, 2008). Redundans är viktigt när det kommer till att säkra att grundläggande förutsättningar för vård finns tillgänglig när den behövs, vilket inkluderar bland annat att det finns adekvat elförsörjning för nödvändig teknisk utrustning och att se till att denna garanteras i tillräcklig stor utsträckning. En fråga är då hur ansvarsfrågan kan hanteras i våra bostäder. Det är här även viktigt att lokalerna är utformade på sådant vis att frågor som berör samverkan och gränsdragning kring service och logistik adresseras, speciellt i de fall där flera aktörer/personal arbetar i hemmet (SOU, 2020:19). Utmaningarna är således många och skapar sammantaget en komplicerad utmaning för ansvariga för fastigheter och lokalers integrering med verksamhetsmål. Det är dock på sin plats att konstatera att rapporten inte på djupet tar upp alla typer av frågeställningar, varför rapporten inte mer utförligt kommenterar arbetsmiljöfrågor, kompetensförsörjning, digital kompetens hos personal. Frågor viktiga för utvecklingen av Nära vård men inte i fokus i denna rapport.

1.4. Rapportens struktur

Inledningsvis redovisas projektets startpunkt. Därefter följer en beskrivning av hur arbetet bedrivits. För att lyfta fram de huvudsakliga exemplen vi arbetat med kommer sedan en beskrivning av särskilda boenden, hemsjukvård samt något om barn- och ungdomsvård. Ett kortare avsnitt om utmaningar leder sedan texten vidare. Några kommunala exempel redovisas sedan för att ge några bilder av pågående aktiviteter. Därefter följer rapportens huvuddel där enkät- och intervju svar redovisas baserat på tre teman; Kartläggning och nuläge, Samverkan och processer, Omställningsarbetet och lokaler. Rapporten avslutas sedan med en sammantagen bild och avslutande kommentarer.

2. Metodgenomgång – hur är arbetet genomfört

I rapportens inledande delar ges en kort översikt kring särskilda boenden, arbete i ordinärt boende och elevhälsans funktion för att rama in de verksamheter som inkluderas i kartläggningens frågeställningar. Därefter följer en kort sammanställning av omställningsarbetet hos ett antal utvalda kommuner och hur det potentiellt påverkar kommunernas lokal- och fastighetsbestånd. Kapitlen utgår från en litteratursökning som samlat in: i) Textmaterial (webb och rapporter) producerat av kommuner vilka beskriver omställningsarbetet på kommunal nivå och dess effekter på kommunernas lokaler och fastigheter. ii) Rapporter från bland annat SKL/SKR och Socialstyrelsen. iii) SOU:er som berör Nära vård samt lagtexter kring hälso- och sjukvården och kommunal vård och omsorg. iv) Rapporter eller texter från olika intresseföreningar, organisationer och patientföreningar som engagerat sig i frågan om Nära vård på kommunal nivå.

Dessa kapitel ska läsas som en förgrund till resultat-kapitlet (kapitel 7), som går igenom den kartläggningen av det pågående arbetet i kommunerna kring omställningen till Nära vård genomfördes under våren 2020. I kartläggningen genomfördes dels en enkätstudie, dels en intervjustudie – vilka sedan analyserades komparativt för att skapa en nulägesbild. Valet att kombinera en kvantitativ och kvalitativ materialinsamling, grundar sig i att rapporten inte bara ska belysa *hur* något ser ut, utan även *varför* det ser ut som det gör (jfr. Katz 2001). Det vill säga, materialet och analysen skulle inte bara kartlägga det pågående arbetet med omställningen mot Nära vård i kommunerna statistiskt, utan även kunna identifiera hur detta arbete är organiserat, hur samverkansfrågor behandlats samt vilka lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som aktualiserats i det pågående arbetet samt vilka frågor som potentiellt kan aktualiseras i det framtida arbetet.

Enkäten bestod av 31 antal frågor och distribuerades till samtliga kommuner inkluderade i *Kommunfonden* (SKR, 2021)¹. Enkäterna distribuerades till respektive kommuns registratorsfunktion med en lista över aktörer, roller och funktioner som ansågs vara berörda av frågorna. Registratorerna ombads att vidarebefordra enkäten till lämpliga mottagare, och därmed kan det totala antalet förfrågningar inte redovisas här närmare än att samtliga 160 kommuner som är en del av kommunfonden fick förfrågan. Totalt inkom 73 svar från 59 olika kommuner, vilken gav en representation på 36,9% (59/160).

Intervjustudien var i huvudsak upplagd som en fokusgruppsintervju, där samtalet mellan de olika kommunrepresentanterna var centralt – eftersom det kunde fånga både den gemensamma och den specifika erfarenheter hos informanterna (Dahlin-Ivanoff & Holmgren 2017:83).

En förfrågan om att delta i intervju skickades ut till respondenterna via e-post. Representanterna kontaktades genom två olika tillvägagångssätt, dels genom en genomgång av samtliga kommuners kommunala bostadsbolag, av vilkas webbplatser tillhandahöll kontaktuppgifter av lämpliga kandidater, dels genom en kontaktlista tillhandahållen av SKR med samtliga kommuners e-postregistratur fanns tillgänglig för de kommuner som ingick i SKR:s kommunfond. I denna förfrågan eftersöktes ett antal roller och arbetsbeskrivningar som intressanta för fokusgruppsstudie (se bilaga 1).

Totalt skickades 127 förfrågningar via kommunala bostadsbolag samt 160 förfrågningar via e-postregistratur. Förfrågningarna och sedermera de positiva svaren sammanfattades i tabell 1 för att säkerställa en representativitet som överensstämmer med Sveriges uppdelning. Förfrågningarna till kommunala bostadsbolag gav ingen

¹ Det kan dock vara så att samma personer har ingått i urvalet för både enkät- och intervjustudien, men att det skulle ha påverkat utfallet i någon särskild riktning är inte sannolikt eftersom båda datamaterialen syftar till att skapa en nulägesöversyn. Värt att notera är också att år 2020 påverkades flertalet inom kommunernas personal relaterad till vården av effekter av covid-19 pandemin vilket också kan ha påverkat vilka som haft tid eller att delta.

respons och redovisas därför inte nedan. Klassificeringen av olika kommuner är hämtad från SCB:s kommungrupper (SCB, 2021).

Totalt 61 respondenter ställde sig positiva till ett deltagande. Deltagarnas fördelning i förhållande till kommungrupper, speglar i hög grad en representativitet av den fördelning som finns på riksandelen. Däremot var representationen av de olika yrkesrollerna snedfördelad. Av de 61 deltagande respondenterna representerade 46 olika former av vårdverksamhet och 15 kom från fastighetssidan, eller ungefär 80–20%.

Tabell 1 Förfrågningar och fördelningar av deltagande kommuner via SKR:s Kommunfond

<i>Kommun grupps- kod</i>	<i>Kommungrupp</i>	<i>Tilldelade</i>	<i>Andel till- delade</i>	<i>Riks- andel</i>	<i>Antal del- tagare</i>	<i>Svars- fördelning kommun- grupper</i>	<i>Andel</i>	<i>Riks- andel</i>
A1	Storstäder	3	1,9%	1,0%	5	A1-A2		
A2	Pendlings- kommun nära storstad	27	16,9%	14,8%	5	10	16,4 %	15,9%
B3	Större stad	13	8,1%	7,2%	13			
B4	Pendlings- kommun nära större stad	29	18,1%	17,9%	3	B3-B5		
B5	Lång- pendlings- kommun nära större stad	19	11,9%	12,1%	8	24	39,3 %	37,2%
C6	Mindre stad/tätort	19	11,9%	10,0%	17			
C7	Pendlings- kommun nära mindre stad/tätort	22	13,8%	17,9%	2			
C8	Landsbygds- kommun	23	14,4%	13,8%	8	C6-C9		

C9	Landsbygds- kommun med besöksnäring	5	3,1%	5,2%	0	27	44,3 %	46,9%
<i>Summa</i>		160	100,0 %	100,0 %	61	61	100, 0%	100,0 %

De deltagande representanterna i fokusgrupperna fördelar sig väl utefter de kommungrupper som Sverige är indelat i (sett till gruppkategorierna A1-C9), vilket kan avläsas i tabellens två sista kolumner. Kommun med kategori C9 saknar helt representation i fokusgruppsintervjuerna.

Intervjumallen var utformad för en semi-strukturerad intervju, där tre olika teman adresserades (ange här) och där varje tema hade ett antal underfrågor. Underfrågorna användes som stöd i intervjun för att hålla igång samtalen mellan informanterna. Genom att välja ut ett antal frågor för att sedan låta respondenterna fördjupa sig kring dessa i en fokusgrupp, gavs det möjlighet att ställa följdfrågor inom dessa områden. Detta gjordes även för att skapa utrymme för kunskapsutbyte mellan respondenterna samt för att upptäcka eventuell diskrepans mellan det som beskrivs i enkäterna.

Totalt genomfördes det 15 gruppintervjuer och två enskilda intervjuer fördelat på 61 deltagare representerande 27 olika kommuner. De enskilda intervjuerna var inte planerade på förhand utan tillkom som ett resultat av om- och avbokningar i de planerade fokusgrupperna. Förutom respondenterna deltog två till tre projektmedlemmar från CVA vid fokusgruppsstillfället för att säkerställa validiteten på studien, genom att minst två projektmedlemmar tog fältprotokollanteckningar som senare jämfördes och samanalyserades. I tabell 2 nedan finns en sammanställning över deltagande kommuner och representanter vid de olika intervjutillfällena.

Tabell 2: Genomförande av fokusgrupper.

Datum	Deltagare från CVA	Deltagande kommuner			
21-04-06	GL, CT, JW	Karlskoga	Västerås		
21-04-07	CT, JW	Kalmar			
21-04-09	GL, JW	Orust	Lysekil		
21-04-13	GL, CT, JW	Kalmar			
21-04-15	CT, JW	Stockholm	Härryda		
21-04-15	GL, CT, JW	Stockholm			
21-04-19	GL, CT, JW	Oskarshamn	Torsby	Malmö	
21-04-23	GL, CT, JW	Vänersborg	Motala		
21-04-26	GL, JW	Ovanåker			
21-04-27	GL, CT, JW	Linköping	Tingsryd		
21-04-28	GL, CT, JW	Sigtuna	Härryda	Varberg	Söderköping
21-05-03	GL, CT, JW	Hofors	Gotland		
21-05-03	GL, CT, JW	Falköping	Hudiksvall		
21-05-04	CT, JW	Östra Göinge			
21-05-06	GL, CT, JW	Norrköping			
21-05-06	GL, CT, JW	Lidingö	Lund		
21-05-10	GL, CT, JW	Härryda	Enköping	Trollhättan	

GL = Göran Lindahl, CT = Charlotta Thodelius, JW = Jens Widmark

Varje fokusgruppstillfälle pågick i cirka 90 minuter och genomfördes digitalt via programvaran Teams. Just att arbeta med tidsbegränsade och digitala intervjutillfällen kan ha bidragit till två begränsningar i studien. *För det första*, kan tidsutrymmet påverkat enskilda respondenters samtal och kunskapsutbyte negativt, det kan ha lett till att de valt att inte utveckla vissa resonemang för att inte stoppa upp samtalet. *För det andra* kan det digitala mötesrummet försvårat avläsningen av interaktioner och samspel, vilket kan leda till en osäkerhet eller tillbakadragenhet (jfr. Deakin & Wakefield, 2014).

Det digitala mötesrummet kan ha påverkat respondenters engagemang och deltagande i samtalen beroende på andra deltagares initiativtagande och sätt att föra samtal, vilket därmed medför en risk att nyttiga instick och synvinklar på diskussionsfrågorna förloras. Samtidigt är styrkan med de digitala intervjuerna de möjligheter som finns med att inkludera fler deltagare över en större geografisk yta, utan att det innebär resor eller förflyttningar (framförallt under förhållanden då avrådan mot resor och sociala samlings är i bruk). Det är även tidseffektivt, eftersom respondenterna både före och

efter intervjun kan återgå till ordinarie uppdrag utan att behöva förflytta sig mellan två olika lokaliteter.

Analysen av det insamlade materialet skedde i tre steg. Först analyserades enkäterna med en deskriptiv metod, genom att sammanställa frekvenser och medelvärden i svaren (Nolan & Heinzen 2014:3). Därefter analyserades intervjumaterialet med en deduktiv innehållsanalys (Bergström & Boréus 2005:43–88). I arbetet med intervjuerna transkriberades intervjuerna och kodades i två steg: den första kodningen utgick från intervjumallens teman och den andra var en tolkande kodning för att identifiera faktorer och processer av vikt (Silverman 1993). I det tredje steget resultatredovisningen har analysen av både enkäter och intervjuer vävts samman, vävdes analysen av enkäterna och intervjuerna samman i en komparativ analys, som tematiserade för att återge en sammanhållen bild av nuläget och vad kommunerna ser att omställningen kommer att innebära för lokaler i framtiden.

3. Särskilda boenden, hemsjukvård och elevhälsa

3.1. Särskilda boenden

Ett särskilt boende för äldre är en boendeform som är behovsprövad enligt Socialtjänstlagen där kommunerna i enlighet med Socialtjänstlagen (5 kapitlet 5 §) är skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer som täcker service och omvårdnad för äldre som är i behov av särskilt stöd (SKR, 2020c). Det rör sig framförallt om en boendeform som fungerar som bostad, men även som en vård- och omsorgsmiljö samt som en arbetsplats för personalen. Den inneboende hyr oftast lägenheten genom ett andrahandskontrakt där vederbörande betalar hyra, en omvårdnadsavgift samt en avgift som täcker matkostnader. På grund av boendeformens multifacetterade natur så innebär det att kommunerna har flera olika aspekter som de behöver ta till hänsyn vid planering och byggnation av boendena. I en framtid där olika former av boenden kan komma att få mer inslag av vård samt därmed andra behov av transporter och tillgänglighet kan detta också komma att påverka planprocesser och behöva ställas mot vad som är möjligt inom rådande detaljplaner. Att på sikt ändra regler för detta är en fråga för Boverket som äger detta ansvarsområde.

Frågor kring särskilda boenden tar sin utgångspunkt i socialtjänstlagen (SFS, 2001:453) där det står skrivet att den som ej kan tillgodose sina behov själv kan få behoven tillgodosedda på ett annat vis och har rätt till att få stöd av socialnämnden för sin livsföring och försörjning. Det här ansvaret ligger framförallt på kommunen som svarar för att invånarna ska kunna ta emot det stöd som de behöver. Inom ramen för det här arbetet förs ett samarbete med regionen när det kommer till behov av insatser från både

socialtjänsten och hälso- och sjukvården, exempelvis läkarkontakt². Kommunen är skyldig att se till att särskilda boenden inrättas för de som behöver den typen av service och omvårdnad vilket inkluderar de invånare med svåra fysiska eller psykiska besvär som ger upphov till betydande svårigheter i fråga om sin livsföring. Kommunen samverkar med regionen i detta avseende och ser till att en individuell plan upprättas för den berörde brukaren eller patienten för att hjälpa personen i fråga att tillgodose hans eller hennes behov (SOU, 2020:36).

Lägenheter som räknas under den särskilda boendeformen tenderar att vara runt 30-40 kvadratmeter stora och inrymmer förutom egna rum, även plats för en hall och eget hygienutrymme (SKR, 2020c). De kan inte jämföras med en vårdplats i funktion och utformning även om anpassningar och hjälpmedel är självklara i utformningen. Dessa lägenheter hyrs vanligtvis, som påpekades ovan, genom andrahandskontrakt.

Det verkar i nuläget inte finnas någon specifik utredning som fokuserat på att kartlägga utformning av särskilda boenden med avseende på omställningsarbetet. Det finns dock diverse riktlinjer som vissa kommuner nämnt, se till exempel Munkedals kommuns redogörelse i denna fråga (se avsnitt 5.3). Det är dock viktigt att poängtera att utformningen av särskilda boenden till viss del kan sägas likna utformning av andra vård och omsorgslokaler, och att det därför kan vara av intresse att studera även dessa lokaler. När det skrivs om särskilda boenden kategoriseras ofta de inneboende som om de vore en sammanhängd social grupp, och det talas då ofta om ”de äldre”. Denna inställning är inte fullt korrekt, dels på grund av att särskilda boenden inte enbart bebos av äldre men även andra grupper som har någon typ av funktionsnedsättning eller betydande svårigheter att klara av det dagliga i vardagen. Även i det fall vi enbart betraktar ”de äldre” som är bosatta i särskilda boenden som en enskild och sammansluten grupp uppstår taxonomiska svårigheter som gör det svårt att tala om dessa personer som en enhetlig grupp. Denna inställning delas av Socialstyrelsen (2019b) som understryker att ”äldre personer är ingen homogen grupp” med tanke på att ”åldrandet är mycket individuellt”.

I vissa fall har en person vuxit upp med en inneboende psykisk ohälsa eller sjukdomstillstånd redan från ett tidigt stadie i livet medan andra personer som är bosatta i särskilda boenden drabbats av sådana tillstånd senare i livet och därför inte haft vanan att leva med sitt tillstånd under längre tid. Dessa två scenarion skiljer sig givetvis och det vore inte orimligt att anta att deras skilda livserfarenheter påverkar hur de betraktar sina boendevillkor och bostadens dess utformning.

Det blir av den anledning inte okomplicerat att tala om utformning av särskilda boenden som en isolerad fråga utifrån ett utformnings-/design-perspektiv, utan frågan

² Tidigare har det inte varit möjligt för kommuner att anställa läkare. Detta kan på sikt komma att ändras. Coronakommissionen föreslog i sin första delrapport att lagen bör ändras, så att kommunerna får möjlighet att själva anställa läkare. Se Äldreomsorgen under pandemin – SOU 2020:80. (2020c).

bör i vår mening betraktas utifrån potentiella gemensamma nämnare och möjliga särskiljande utformningselement som skiljer sig från vedertagen praxis och forskning i utformningen av vårdlokaler. Sådana redogörelser finns tillgängliga idag och baserar sig på forskning där man studerat hur utformningen av vårdlokaler påverkar patienternas välbefinnande och/eller hälsa, detta för att söka evidens användbar i så kallade evidensbaserade designprocesser (se också nedan under 3.2). Detta forskningsfält har vuxit fram under de senaste åren (cf. Codinhoto, 2009; Lindahl et al., 2020; Theodore, 2016) vilket på senare tid även påverkat statliga och kommunala riktlinjer.

3.2. Apropå byggande och särskilda boenden

Nybyggande av sjuk- och hälsovårdslokaler är en komplicerad process, dels på grund av de olika regelverk och riktlinjer som finns, dels för att det finns ett flertal intressentgrupper, där både brukare och personal (Curtis et al., 2009) kan ha disparata behov. Vid ombyggnader utökas komplexiteten med befintliga strukturer, möjlig pågående verksamhet i fastigheter som byggs om etc. SKR (2020b) noterar att det är primärt slutanvändarens behov (i detta fall brukare/patient) som bör stå i centrum och att sjukvårdssektorn bör genomsyras av ett patientcentrerat perspektiv. Om detta ska vara en realitet i hela vårdleveranskedjan så innebär detta att även utformningen av lokaler för vård och omsorg bör grundas i ett patientcentrerat perspektiv. När det kommer till vilka faktorer som ska tas i beaktande är det viktigt att skilja mellan primära guidningsprinciper där patientens hälsa och välbefinnande står i centrum, och sekundära mål som rör patientens upplevelse av vården i form av exempelvis tillgänglighet och närhet. Av störst vikt är att patientens fysiska miljö bör vara samstämmig med en så långt som möjligt optimal behandling och återhämtningsprocess (Elf et al., 2012). Det finns forskning som visar på att hälso- och sjukvårdslokalernas fysiska miljö kan ha påtagliga effekter på patientens välbefinnande och återhämtning samt på personalens välbefinnande. Evidensbaserad design (EBD) är ett angreppssätt som syftar till att vara en utgångspunkt för designpraxis inom hälso- och sjukvårdssektorn där data och forskning, evidens, som bidrar till hälsa och välbefinnande hos framförallt patienter med även hos sjukvårdspersonalen ska vara en central utgångspunkt (Cama, 2009, Hamilton & Watkins, 2008). En utmaning i detta område är dock att det inte finns evidens om alla de rumsliga aspekter som på något sätt kan relateras till vård- och omsorgsmiljöer. I dagsläget finns evidens om flertalet aspekter men inte om kompletta lösningar (CVA, 2021). Här behövs en bedömningskompetens för att kunna göra avvägningar mellan forskningsbaserade data, etablerad praxis och sammanhang. Kanske också ett angreppssätt som fokuserar processen att ta fram lösningar snarare än att som huvudfokus sträva efter att identifiera optimala delaspekter.

3.3. Apropå särskilda boenden och digital teknik

En annan aspekt som behöver diskuteras är tillgängligheten av teknisk utrustning som möjliggör för en nära vård i särskilda boenden. I den dialog som förs kring tekniska lösningar inom vården diskuteras ofta virtuella vårdrum och sådan teknik som gör det möjligt att bedriva telemedicin och egenmonitorering. Detta är lika relevant för särskilda boenden och kanske rentav än mer betydelsefullt på grund av lokalisering och avstånd (se också Lindahl et al., 2020). Det är dock viktigt att understryka att många särskilda boenden runt om i landet saknar de mest grundläggande förutsättningarna för sådan utrustning (SKR, 2018). Enligt en kartläggning av Socialstyrelsen (2020a) saknar 23 procent av särskilda boenden en uppkoppling till internet år 2020. Det är en allt för hög siffra med tanke på att framtidens vårdssystem (men även dagens) till stora delar är beroende av att kunna utnyttja digitaliseringens fördelar. En brist på en uppkoppling mot nätet är en således utmaning som måste åtgärdas. Det bör dock påpekas att denna siffra har förbättrats avsevärt de senaste åren och om utvecklingstakten fortsätter i samma takt (Socialstyrelsen, 2020a), bör mer eller mindre samtliga av landets särskilda boenden erbjuda en internetuppkoppling till individer bosatta i särskilda boenden.

Tabell 3. Tillgång till digitala lösningar på särskilda boenden över åren 2016-2020 (Socialstyrelsen, 2020)

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018	2019	2020
	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=199)	Andel kommuner (n=244)
Passiva larm (dörlarm, falllarm, rörelselarm m.m.)	93	97	95	97	100
Gps-larm	-	47	53	57	63
Natttillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	6	11	18	32	44
Avvikelselarm (inomhuspositionering)**	-	-	34	37	41
Möjlighet för enskilda att koppla upp sig på internet via wifi eller fiber ⁷	42	61	64	74	77
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	25	51	57	71	-

Annan digitalteknik som till stora delar är rumsligt beroende och vars utnyttjandegrad har ökat de senaste åren är: digital videokonferens teknik (SIP med video), avvikelarm (inomhuspositionering), GPS-larm och natttillsyn med digital teknik (Socialstyrelsen, 2020) Det har sedan några år tillbaka funnits en debatt kring sådan teknik i fråga om sekretess, GDPR och patienternas integritet. Denna debatt har varit viktig och har mynnat ut i diverse riktlinjer och vedertagen praxis när det kommer till

installation och användning av känslig teknik. Det som dock saknats är en diskussion om hur denna teknik, när den väl har anammats, mest lämpligt integreras rumsligt. Den rumsliga aspekten blir i många fall en reflektion och kommentar till hur ny teknik placerats i befintliga lokaler som inte tagit till hänsyn att t.ex. övervakningskameror placerats i ytor som inte var utformade för det ändamålet. Detta kan sättas i kontrast till exempelvis entréer och sjukhuskorridorer där videövervakningssystem i många fall planerats för redan i designstadiet.

Med tanke på att digitalisering kommer att utgöra en viktig del i framtidens vård- och omsorgssystem är det viktigt att särskilda boenden är rumsligt anpassade på sådant vis att de främjar och samverkar med den digitala utvecklingen. Samtliga särskilda boenden i landet bör ha pålitlig internetuppkoppling som stödjer distansbaserad vård, och lokaler som är anpassade för det ändamålet. I rapporten *"Hur påverkar vårdens digitala utveckling behovet av lokaler och utformningen av dem"* (Lindahl et al., 2020) berörs just virtuella vårdrum med avseende på de rumsliga faktorer som bidrar till en framgångsrik tillämpning av tekniken. Det rör sig om att se till så att lokalernas utformning, färgval och geografiska placering utformas optimalt för att underlätta vård på distans. Många av de faktorer som berörs i den rapporten är också tillämpbara för särskilda boenden och i den mån det finns avvikande faktorer bör dessa utredas.

Samtidigt som behov identifieras inom särskilda boenden pågår också utveckling av digitala lösningar för ordinärt boende liksom för andra former av boende. Här finns information och erfarenheter att hämta som också har bäring på särskilda boenden, se exempelvis *"Projektrapport, Trygghetsboende med digitalt stöd"* (Vinnova 2021)

När det kommer till fastigheternas storlek finns det diskussioner som förs kring huruvida särskilda boenden skall byggas i större skala, vilket medför ekonomiska stordriftsfördelar, eller om boendena skall vara mindre och relationellt och lokaliseringmässigt mer *nära* för de boende. Här skulle en kartläggning behövas av lokalisering och rumsliga faktorer som gynnar omställningsarbetet till nära vård i kommunernas särskilda boenden. Inte minst för att kunna möta frågorna om vad det finns eller vad det inte finns evidens för i forskning som kan vara användbart i utvecklingsarbete kring särskilda boenden. Liknande kartläggningar har gjorts inom andra områden för att beskriva bland annat hur vårdens lokaler påverkar patienternas välbefinnande inom psykiatri (Ulrich, 2012) eller hur lokalernas utformning kan bidra till att förbättra personalens välmående (Sundberg et al., 2017).

Sammanfattningsvis finns det en stor spridning i hur olika kommuner har tagit sig an omställningsarbetet. Lösningarna som utvecklas visar på vikten av samverkan mellan kommunala och regionala aktörer för att uppnå ett välfungerande system. Lokal- och fastighetsfrågan diskuteras oftast dock ytligt utan vidare detaljer kring hur dessa skall omformas för att stödja omställningsarbetet. I den mån som lokalernas ställning i omställningsarbetet nämns handlar det oftast om att konstatera att vårdens lokaler kommer att behöva genomgå en modernisering och troligen ombyggnader men det

saknas dock redogörelser kring vilka förändringar som behöver ske i relation till lokalernas utformning och användning.

Slutligen, man skulle kunna säga att framtidens vårdssystem redan existerar i dagsläget men att den är fördelad osymmetriskt. Det finns ett antal kommuner och regioner som kommit långt i att bygga samverkansmodeller där primärvården utgör den drivande kraften. Vad som behövs framöver är att säkerställa att andra områden kan finna liknande fungerande system.

3.4. Hemsjukvård - Det ordinära boendet som arbetsplats – rehabilitering, tillgänglighet och användbarhet

Hemsjukvård är sådan vård som bedrivs i hemmet eller på ett särskilt boende (SÄBO). Detta innefattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering eller omvårdnad som levereras av legitimerad sjukvårdspersonal där vårdutövandet sker i den individuella patientens hem.

“Socialstyrelsens termbank definierar hemsjukvård som: ”hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende...” (SOU, 2011:55)

Hemsjukvården ansvaras för av kommunen med bakgrund i ädelreformen från 1992. Denna innebar en stor förändring för hälso- och sjukvårdssystemet då kommunerna fick huvudmanna-ansvar för delar av hälso- och sjukvården vilket innebar att kommunerna fick bära ansvaret för den långvariga vård och omsorg som erbjöds för äldre och funktionshindrade. Lagändringen i socialtjänstlagen innebar också att kommunerna fick en skyldighet att införa särskilda boendeformer (ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder och sjukhem som överfördes från landstingen) för omvårdnad och service till de individer som var i behov av särskilt stöd (Dir, 2003:40). Genom detta fick kommunerna både ett större ansvar i frågan men även en större frihet kring hur vården skulle erbjudas till dem som hade särskilda behov. Lagstiftningen ledde dessutom till en förändring i hur det särskilda boendet betraktades och övergick från att ses som en ”institution” till att istället betraktas som en del av ”den privata bostaden” (SKR, 2019).

Reformen innebar även att kommunerna fick ett lagreglerat betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård som de saknade ett verksamhetsansvar för och ett betalningsansvar som rörde medicinskt färdigbehandlade patienter inom geriatriken och den somatiska akutsjukvården. Betalningsansvaret för kommunen utökades dessutom av psykiatrireformen från 1995; en reform som gav kommunerna ett betalningsansvar för sådana patienter som efter en period med sammanhängande vård (tre månader) hade bedömts vara medicinskt färdigbehandlade inom den kvalificerade psykiatriska vården. Kommunerna ansvarade för hälso- och sjukvård (exklusive läkarinsatser) och för enklare ”handikaphjälpmedel” i de särskilda boendeformer som

återfanns i deras respektive kommuner. Till följd av reformen så betraktas den hälso- och sjukvård som ges i särskilda boenden som en del av den öppna hälso- och sjukvården (Dir, 2018:82; SKR, 2019; SOU, 2020:19). Ett av förslagen som presenterades i den statliga utredningen God och nära vård (SOU, 2020:19) var att ersätta begreppet ”hemsjukvård” med den mer utförliga beskrivningen ”hälso- och sjukvård i hemmet”. Förslaget togs fram för att tydliggöra att den vård som utförs inom hemmets ramar är fullt likvärdig med annan övrig vård och att det enda särskiljande draget är den geografiska dimensionen. Det handlar framförallt om att säkerställa att den vård som levereras uppfyller samma kvalitetskrav oberoende av var vården utförs. Utredningen pekar på behovet av att säkerställa adekvat resurssättning och kompetensbehov (SOU, 2020:19).

I relation till Nära vård är det inte bara de särskilda boendena som kommer påverkas utan även de ordinära boendena, eftersom allt mer vård kommer att bedrivas i privata hem. Hemsjukvården kommer att öka. Detta kommer att innebära nya utmaningar, främst i relation till att ordinära boenden ska fungera som sociala hybrider – genom att vara bostad, vårdplats och arbetsplats. Vilket gör att hemmet ska kunna leva upp till samma krav för en god vård, som den som sker i andra vårdverksamheter, vilket regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30).

Det innebär att vården, oavsett vart den utförs, ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig

De som i första hand kommer att arbeta i de ordinära boendena är hemsjukvården, representerade av exempelvis legitimerad sjuksköterska, legitimerade fysioterapeuter, legitimerade arbetsterapeuter men också undersköterskor, stödpedagoger, personliga assistenter och boendestödare som kan utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation från legitimerad personal. Administrativt ligger ansvaret hos medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Hemsjukvården består av två delar, (i) hemsjukvård på primärvårdsnivå i form av enklare sjukvårdsinsatser, till exempel hjälp att ta dina mediciner, injektioner, såromläggningar eller rehabilitering. (ii) Specialiserad vård i form av det som beskrivs som, Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), vilket innefattar kvalificerade medicinska åtgärder, såsom smärtlindring, dropp eller en blodtransfusion, vilket är regionernas ansvar.

Hemsjukvården organiseras på olika sätt inom kommunerna, i vissa kommuner är kommunen huvudman för den, i andra är det primärvården som har ansvaret för den. I dagsläget har alla kommuner tagit över ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå, förutom de 26 kommunerna i Stockholms län. Ofta behöver både hemsjukvården på

primärvårdsnivå och den specialiserade hemsjukvården kombineras med hemtjänst för äldre personer som är kvarboende, eftersom hemsjukvården inte sköter daglig personlig hygien, mat, apoteksbesök och liknande.

3.5. En kommentar avseende det ordinära boendet som arbetsplats

När det kommer till frågan om omställningen till Nära vård har Sveriges Arbetsterapeuter varit aktiva att diskutera frågan, detta med en koppling både till verksamhetsförändringar och till utformningen av det ordinära boendet. Med utgångspunkten i utredningen *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) lyfter de betydelsen av att byta begreppet ”hemsjukvård” till ”hälso- och sjukvård i hemmet” för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som skiljer är platsen vården utförs på.

Sveriges arbetsterapeuter har även tillsammans med Kairos Future tagit fram rapporten *Nära liv – nära vård i en digital vardag* (2018) där dels digitaliseringen, dels hemmet ur ett äldreperspektiv står i fokus och där utformningen av ordinära bostäder belyses ur både ett kvarboendeperspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv.

I rapporten beskrivs att kvarboendet ökar bland de äldre och att tillgängliga och användarbara bostäder krävs för en hållbar samhällsutveckling (Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future 2018:40). De fem vanligaste tillgänglighetsproblemen i ordinära boenden idag är, enligt rapporten:

- Trappor enda förflyttningsalternativ (hiss/ramp saknas)
- Trappsteg, trösklar, nivåskillnader (bostaden som helhet)
- Avsaknad av stödhandtag dusch, bad och/eller wc
- Duschplats med nivåskillnader/kanter
- Badkar istället för duschplats

Dessa tillgänglighetsproblem kan idag leda till att den boende ansöker om bostadsanpassning, där det samlade beloppet för bostadsanpassningar och reparationsbidrag under 2019 uppgick för Sveriges kommuner till 856 miljoner kronor (Boverket 2020).

En allt mer avancerad och/eller digitaliserad vård i hemmet kommer även att kräva en annan typ av digital infrastruktur, strömförsörjning och back-up möjligheter, något som kommer bli kostnadskrävande att implementera i det äldre bostadsbeståndet och som måste tänkas in i dagens bostadsbyggande för att möjliggöra en Nära vård i ordinära boenden. I framtiden kanske bostadsanpassningarna därför även kan komma röra den digitala miljön pekar de på (Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future 2018).

Att arbetsmiljön i de ordinära boendena måste också ses över och förbättras lyfts fram som en viktig fråga i rapporten. Exempel på sådana förbättringsmöjligheter och utmaningar är behov av att:

- Utveckla digitala resurser, system och utrustning
- Skapa möjligheter till förvaring och avställningsytor
- Säkra upp läkemedelshanteringen
- Förbättra belysning
- Säkerställa en god ergonomisk arbetsplats
- Skapa en god returhantering

Ovanstående pekar på att de ordinära boendenas utformning måste stötta både den boendes tillgänglighet, utan även vårdutförandet – vilket gör att Nära vård inte bara rör regionala och kommunala verksamhetslokaler, utan även de lokaler där verksamhet ska utföras som i den privata bostaden. Den fråga som detta väcker är i vilken grad också det ordinära boendet ska kunna möta de krav som ställs på en god och nära vård i relation till hygienstandard, arbetets utförande och den boendes behov – en utmaning med stora konsekvenser för bostads- och byggnadsplanering.

3.6. Behov av en sammanhängande barn- och ungdomsvård

Mycket av frågan kring Nära vård har rört den äldre delen av befolkningen, men Nära vård inkluderar alla grupper, vilket gör att även barn- och ungdomsperspektivet behöver lyftas fram, främst eftersom dagens barn- och ungdomshälsovård är uppdelad och har brister i samordning.

Bland annat skriver *kommissionen för jämlik hälsa*, att barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Vidare lyfter kommissionen även att det proaktiva och hälsofrämjande arbetet måste börja tidigt i livet, för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att skapa, stötta och stärka jämlika uppväxtvillkor (SOU 2017:47).

I kommittédirektivet ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (Dir 2019:93), beskrivs att dagens barn- och ungdomshälsovård är fragmentiserad. Detta förhållande och att det är flera olika huvudmän leder till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda (Socialdepartementet 2019:6–7). Direktivet lyfter även fram att ” (...) en sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatri ska kunna kortas” (Socialdepartementet 2019:7). Psykiatri lyfts även fram som den form av specialiserad vård för barn och unga som har störst problem med samordning och har en osammanhängande vårdkedja, det förekommer även att både primärvården och psykiatri hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans (Socialdepartementet 2019: 3).

I den efterföljande SOU 2021:34, *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, framkommer att den uppdelade vården skapar problem och att det finns en risk att barn hamnar mellan stolarna, eftersom de olika verksamheterna som ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande har olika uppdrag och lagstöd. I SOU:n lyfts det fram att vården dels bör bli mer sammanhållen generellt, dels särskilt när det kommer till att arbeta med psykisk ohälsa hos barn och unga, där det ges förslag på att den specialiserade vården bör stötta primärvården och elevhälsan, och hjälpa till att avgöra vilka som kan få hjälp av primärvården och vilka som behöver specialiserad vård när det kommer till psykisk ohälsa.

En utmaning i sammanhanget är att ansvaret för barn- och ungdomshälsa är fördelat på flera huvudmän och regleras av flera olika lagar, vilket gör att varje kommun, region och skolhuvudman kan ha olika sätta att organisera sig.

- Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive barnhälsovården
- Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården
- Kommuner och enskilda skolhuvudmän är huvudmän för elevhälsan
- Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner

SOU:n lyfter fram att elevhälsans roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, och att det stöd elevhälsan erbjuder är beroende på var eleven bor eller går i skolan, eftersom elevhälsan kan organiseras på olika sätt (2021:34). Enligt skollagen är elevhälsans uppdrag i första hand att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Utgångspunkten är att hälsa och lärande hänger samman. Till skillnad från den verksamhet som regionen ansvarar för handlar elevhälsan inte i första hand om att erbjuda hälso- och sjukvård. Det stöd som elevhälsan inriktas på handlar främst om att främja lärande och förebygga skolmisslyckanden. Elevhälsoarbetet behöver organiseras olika och utgå ifrån de behov som finns hos den enskilda eleven och det lokala sammanhanget. I en del kommuner är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad, men ofta är det en kombination av dessa båda delar. Det som regleras i lag gällande elevhälsa är att:

- Elevhälsa ska finnas för elever i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.
- Det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.
- Varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök (2 kap. 27 § skollagen).
- Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (2 kap. 25 § skollagen (2010:800)) och arbetet ska vara förebyggande, hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling. Där det ingår dels hälso- och sjukvårdsuppdrag (syn-, hörselkontroll, vaccinationer

etc.), dels hälsofrämjande uppdrag som arbete mot kränkningar, ANDT-arbete mm.

I 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande, samt att den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Elevhälsans roll är alltså i första hand hälsofrämjande och inte ett vårduppdrag, trots detta är det en av aktörerna som har störst potential att arbeta proaktivt och hälsofrämjande i linje med visionen för Nära vård. Även SKR lyfter i ett av sina lärande exempel fram att hälsoförebyggande arbete i skolan är en del av Nära vård för barn och unga (2020). I SOU (2021:34), de pekar även på att det måste ske en stärkt samverkan mellan skolan och vården. Detta även om de flesta inom elevhälsan idag samverkar både internt (med skolledningen, lärare och övrig personal på skolan) och externt (med bland annat med hälso- och sjukvården och socialtjänsten). Detta understryker också SKR:s ståndpunkt att det inte är olika huvudmän som är utmaningen utan bristande samverkan mellan olika aktörer.

Elevhälsans roll i Nära vård har även belysts i två samverkansprojekt, ett i Dalarna och ett i Norra Skaraborg, vilka här återges mycket kort. I samverkansprojektet *”Ungdomshälsa Samverkansprojekt mellan Dalarnas Kommuner och Region Dalarnas Primärvård”* (2021), framkommer att flera kommuner har svårt att se hur samverkan mellan primärvård och skolans elevhälsa skall se ut för att uppdragen har helt olika fokus. Samtidigt lyfts det fram att det finns en vilja att samverka mer – och inte bara mötas när vid större problem och behov av hjälp (Region Dalarna 2021:2).

I slutrapporten framkommer även att Region Dalarnas förvaltningschefsnätverk har formulerat ett uppdrag att arbeta fram sammanhållna ungdomshälsomottagningar som inkluderar dagens ungdomsmottagningar och delar av elevhälsa, socialtjänst och primärvårdens samtalsterapeuter för att bättre och mer samordnat kunna möta ungdomars behov. Detta ses som ett viktigt bidrag till målet om Dalarna som Sveriges bästa ungdomsregion (Region Dalarna 2021:27).

I projektbeskrivning för *”Nära vård och stöd till barn och unga i Norra Skaraborg”* (Vårdsamverkan Skaraborg 2018), som syftar till att ta fram en arbetsmodell i Mariestad, Töreboda och Gullspång, för att jobba konkret med barn och unga och deras familjer som på grund av ohälsa behöver hjälp och stöd från flera olika verksamheter, t.ex. skola, LSS, primärvård, barnmedicin och BUP (Vårdsamverkan Skaraborg 2018:1). Detta arbete tar sin utgångspunkt i arbetet med nära stöd samt samordning mellan vårdverksamheterna inom de enskilda kommunerna, vilket kombinerar SKR:s elevhälsoprojekt och projektet *”Tidiga samordnade insatser”* (TSI) som drivs av Skolverket och Socialstyrelsen.

Förutom att elevhälsan är en viktig del i det förebyggande arbetet är elevhälsan i vissa kommuner även med i planering av sjukhusundervisning (sjukhus skola, särskild

undervisning för elever som är inlagda på sjukhus), vilket gör att de bedriver verksamhet i sjukhuslokaler. Ansvaret för att ordna undervisning går enligt lag över från huvudmannen för elevens ordinarie skola till den kommun där sjukhuset ligger, vilket gör att kommunen är den part som bestämmer hur undervisningen ska läggas upp i samråd med huvudmannen för elevens ordinarie skola (Skolverket, u.å).

Vad som händer med sjukhusundervisning och elevhälsans roll i denna i och med omställningen till Nära vård, är oklart – ett tentativt scenario är att med en resursförskjutning mot mer avancerad vård i ordinärt boende så kommer även elevhälsan att arbeta i elevernas hem, vilket gör att det ordinära boendet även ska ge plats för ytterligare en verksamhet och profession.

4. Utmaningar

Mot bakgrund av de i avsnitt 3 uppräknade rapporterna och utredningarna om Nära vård är det rimligt att också beakta det sammanhang mot och i vilket denna utveckling sker. Det är utmaningar som spänner från demografiska förändringar och strategiska frågor ned till detaljer om hur Nära vård faktiskt ska organiseras och hur ansvar ska fördelas.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet står inför betydande utmaningar. En av de främsta utmaningarna rör äldreomsorgen där faktorer så som den demografiska förändringen i landet tillsammans med en ökad genomsnittlig livslängd och en minskning av tillgängliga resurser lett till att bemannings- och resursfrågor inom äldreomsorgen blivit allt mer viktiga. Andelen invånare vars ålder överstiger 80 år, den grupp som oftast är i störst behov av vårdens tjänster, beräknas öka med cirka 50 procent (Dir, 2018:82). Till år 2045 förväntas antalet medborgare som är över 80 år att öka från 500 000 personer till cirka 1 miljon personer, detta mot bakgrund av förbättrad folkhälsa baserad på aspekter som utbildning, kost etc. Denna förändring kombinerad med stöd från den digitala utvecklingen och medicinska framgångar möjliggör också en bättre hälsa än den föregående generationen. Detta sker samtidigt som rekryteringsbehovet för vård och omsorg beräknas öka med cirka 24 procent (förutsatt att nuvarande arbetssätt fortskrider) och där redan nu resursbegränsade organisationer förväntas möta utvecklingen. Denna utmaning kräver en enhetlig och genomförbar respons vars lösningsmetodik inkluderar en ökad nivå av digitalisering och s.k. välfärdsteknik (SKR, 2020c). Detta avser sådan teknik som har potential att frigöra resurser och möjliggöra en mer effektiv vård och omsorg. Välfärdsteknik har givetvis effekter på vårdens och omsorgens utförande och leverans men även på patienternas och deras uppfattning av en god och nära vård. På samma sätt påverkar teknik och resurser brukarnas upplevelse av kommunal hemsjukvård, särskilda boendens funktionalitet med mera. Dessa överväganden kring omställningsarbetets effekter på såväl *vårdleverantörerna* som *vårdbrukarna* har belysts i föregående rapporter som berört detta ämne, bland annat (IVO, 2019) som behandlar IVO:s bidrag till omställningsarbetet samt Socialstyrelsens (2019a) rapport som lyfter förslag till insatser på kommunal och regional nivå för att stödja en god och nära vård. Dessa rapporter utgör exempel på skriftliga redogörelser som skildrar omställningsarbetet utifrån vårdleverantörens perspektiv, medan andra rapporter (t.ex. Reumatikerförbundet, 2020) har behandlat frågan utifrån patientens/brukarens perspektiv.

Omställningsarbetet till Nära vård är en långsiktig strategisk förändring som förväntas fortgå flera år framåt. Omställningsarbetet under 2020 har dock till stora delar överskuggats av den rådande covid-19 pandemin. Pandemin har haft en stark påverkan på de särskilda boendena där dödsantalet mer än fördubblats jämfört med föregående år. Enligt preliminära resultat från en granskning av landets 1700 särskilda boenden har 91 boenden bedömts ha allvarliga brister av IVO. I granskningen förekom det även att

de regioner som var tidigt ute med omställningen till nära vård hanterat krisen *bättre* än andra regioner.

”Vi kan konstatera att i de regioner där man varit tidigt ute med en omställning till en mer nära vård, där låg man bättre till i att också kunna samarbeta och stödja kommunerna” (Läkartidningen, 2020a)

Ovanstående exempel utgör ytterligare en illustration av vikten av samverkan inom vården, och mellan regioner och kommuner. Gränsöverskridande samverkan är en nödvändighet i ett framtida hälso- och sjukvårdssystem som är mer effektivt och närmare brukaren (SOU, 2020:19).

I denna rapport, vilket angavs inledningsvis, ligger fokus på hur omställningsarbetet förhåller sig till kommuners lokal- och fastighetsbestånd, med avseende på kommuners verksamhet och med särskilda boenden som en central fråga. Genom hemsjukvård kommer också kommunal personal träffa brukare i deras ordinarie boende, såsom redan i dag, men med en ökad omfattning. Den utmaning som är i fokus i rapporten avser den pågående strukturella förändringen från större akutsjukhus till specialistsjukhus, närsjukhus och primärvården och relaterade effekter på vård i hemmet och därmed behov av integrering av också kommunal verksamhet. Detta har påtagliga effekter på de lokaler- och fastigheter som används. Inte minst är effekterna på särskilda boenden relevanta att belysa i detta sammanhang liksom andra rumsliga/fysiska konsekvenser av en förändrad struktur, organisatoriskt och rumsligt, för vård och omsorg. Man bör också lägga till att mycket av den verksamhet som ska bedrivas i kommunerna i framtiden ska göras i redan befintliga lokaler, en stor utmaning är därför hur man utvecklar arbetssätt där lokaler utvecklas stegvis, anpassas eller byggs om. En utveckling där man integrerar verksamhetsutveckling och lokalutveckling. Här behöver därför kunskap utvecklas som fokuserar hur man driver lokalutvecklingsarbete såväl avseende arbetssätt som tekniska och rumsliga lösningar.

Mot bakgrund av ovanstående kan konstateras att utmaningarna är såväl strategiska som operativa. De avser samverkan mellan såväl individer som organisationer, det avser såväl frågor om hur vård och omsorg ska bedrivas som var den ska bedrivas. Vad ska ske på sjukhus och vad ska ske i andra lokaler, vad ska ske i boenden, särskilda såväl som ordinära? En utgångspunkt är att detta är en omställning som kommer ta tid, kräva kunskapsutveckling och utbildningsinsatser. Vidare att det omfattar frågor av många olika slag, allt från förrådsfrågor för hemsjukvård, snöskottning vid kvällsöppna vårdcentrum till lokaliseringsfrågor parat med strategier för inhyrda respektive egna lokaler. I slutändan vilken fysisk infrastruktur Nära vård kommer att behöva.

Vill man samfatta utmaningarna kan det göras på detta sätt:

- Samhälleliga
Demografiska förändringar, påverkar belastning på vård och omsorg
Ökad krismedvetenhet, driver nya frågor
Resurser/hållbarhet, avser såväl miljö som skatteintäkter

- Organisatoriska
Personal/rekrytering, såväl tillgång som utbildning berörs av detta
Organisatorisk struktur, samverkan och integration av verksamheter
- Byggnader/lokaler
Nya behov, nya tekniker och fler varianter av behov
Nya affärs/verksamhetsmodeller, externa operatörer, hyresmodeller etc.
Åldrande byggnadsbestånd, ombyggnad/anpassning respektive nybyggnad som
realitet och handlingsmöjlighet

5. Kommunala exempel på projekt rörande lokal- eller fastighetsfrågor kring SÄBO och Nära vård

Nedan följer en kort kartläggning över exempel på omställningsarbetet till Nära vård och hur det potentiellt påverkar kommunernas lokal- och fastighetsbestånd. En stor del av de arbeten som nämns nedan pågår i flera andra kommuner under liknande former, och kan därför sägas vara representativa för andra kommuner i vissa hänseenden (exempelvis avseende hembesök) och i andra fall utgör kommunerna efterföljansvärda exempel som influerat andra områden (såsom Borgholmsmodellen). Denna litteraturöversikt baseras på textmaterial tillgängligt via berörda kommuners respektive hemsidor och/eller utgivna rapporter. Beskrivningar av omställningsarbetet på kommunal nivå samt de effekter Nära vård har eller kommer att ha på kommunernas lokaler och fastigheter har sedan tagits ut.

5.1. Borgholm kommun

Ett återkommande exempel på ett framstående arbete i omställningen till Nära vård är det som utförts i Borgholm, vilket har fått stort politiskt och medialt gehör. Det är också ett exempel på där det regionala ansvaret närmast sig kommunen och dess förutsättningar. Arbetet, som ofta går under namnet ”Borgholmsmodellen”, lyfts fram av statens särskilda utredare, Anna Nergårdh, som ett gott exempel på hur vården kan ställa om (SOU, 2020:19). Borgholmsmodellen har prisats i medier (Läkartidningen, 2018b; SVT, 2019) och verksamhetenschef Åke Åkesson har fått motta ”Den mobila vårdens pris” för arbetet med vad som kallas för ”Hemsjukhuset Borgholm”. Hemsjukhuset har utgjort en inspirationskälla för andra, däribland Region Kalmar län som valt att införa systemet i hela regionen. Både socialministern Annika Strandhäll och statsminister Stefan Löfven har besökt Borgholms hälsocentral för att ta lärdomar från deras arbetssätt (Borgholms kommun, 2019).

Kortfattat innebär modellen att Borgholms kommun har infört ett s.k. hemsjukhus (och etablerat begreppet), där samtliga patienter som är inskrivna i ett hemsjukhus erbjuds hembesök av både läkare och sjuksköterskor. Modellen har visat på möjligheterna med riktade samverkningsformer mellan hälsocentral, kommunal hemsjukvård, sjukhus och

ambulans (Borgholms kommun, 2019). Borgholmsmodellen kännetecknas av ett samordnat hälso- och sjukvårdssystem som styrs från primärvården där sjukhusvistelse betraktas som en avvikelse från ordinarie arbetssätt.

Utöver detta har kommunen även börjat installera avancerad teknik och utrustning i hemmet, med målet att motverka onödiga sjukhusbesök. En viktig punkt i arbetet har varit erbjudandet av en Nära vård i den enskilda brukarens hem oavsett boendeform (dvs. vare sig vederbörande är bosatt i ett ordinärt-, eller ett särskilt boende).

”Sveriges största sjukhus heter inte Sahlgrenska eller Karolinska, utan det heter Hemsjukhuset.” - Åke Åkesson, verksamhetschef Hälsocentralen Borgholm (Läkartidningen, 2018a).

Det blev tidigt konstaterat att hemsjukvården kommer utgöra en väsentlig större del av sjukvårdssystemet framöver. Förändringsarbetet påbörjades för att bryta mönstret där hemsjukvårdspatienter kastades mellan kommunen och länssjukhusets akutmottagning utan primärvårdens delaktighet. Beslut att skapa ett virtuellt hemsjukhus togs, där alla hemsjukvårdspatienter skulle kunna erbjudas ett besök av distriktsläkare senast påföljande dag och att samtliga ordinarie distriktsläkare skulle avsätta tid dagligen för hembesök mellan klockan 11 och 12. Ambulanssjukvården bjöds in till medverkan och de betonade hur viktigt det var att erbjuda trygghet för patienterna. Ambulanspersonalen erbjöd sedermera samtliga grön-triagerade patienter hembesök av distriktsläkare senast klockan 11 efterföljande dag. Denna försäkran bidrog till att fler patienter valde att stanna hemma eftersom de kände sig trygga med vetskapen att hjälpen var nära till hands.

5.2. Malå kommun

I Region Västerbotten drivs ett projekt för att införa digitala läkarkontakter som riktar sig till särskilda boenden. Projektet innebär att flera boenden med sammantaget 200 personer i Södra Lappland (med uppstart Malå kommun) ska få möjlighet att ha tillgång till digitala läkarkontakter med målet att erbjuda ökad kvalitet och patientsäkerhet i glesbygden (Läkartidningen, 2020b). Enligt projektledare Katarzyna Wikström innebär detta att kontinuiteten i vårdverksamheten kommer att förbättras. Projektet förväntas motverka den brist på läkarkontakt som finns på hälsocentraler eller sjukstugor i dagsläget genom att erbjuda en kombination av digitala möten och fysiska besök. Enligt Wikström finns i dagsläget inte en enda fast läkare på hälsocentralen eller sjukstugan i Malå kommun. Detta leder till kontinuitetsproblem då man blir beroende av att utnyttja stafettläkare eller inhyrd personal vilket huvudbetänkandet SOU (2020:19) belyste som ett problem som behöver adresseras i omställningsarbetet till Nära vård.

Många av de som bor på särskilda boenden är äldre och multisjuka med diverse fysiska eller kognitiva svårigheter, vilket ställer höga krav på vårdssystemet. Dessa brukare kräver ofta kontinuerlig och återkommande kontakt med vårdpersonal och det finns i dagsläget en stor brist på sådan personal i glesbygdssområden så som stora delar av

Västerbotten. För att svara till denna utmaning antas projektet, som går under namnet ”*Digifysiska vårdkontakter*”, kunna öka ”*tryggheten för personer på särskilda boenden*” (Läkartidningen, 2020b). Det är tänkt att involvera uppemot sju kommuner i södra Lappland med syftet att fysiska läkarkontakter på särskilda boenden ska varvas med digitala möten. Uppföljning sker via intervjuer med vårdpersonal och patienter med målet att hitta en god och fungerande lösning.

Arbetet finansieras av Vinnova och utförs i ett samarbete mellan RISE forskningsinstitut, den digitala vårdgivaren Kry, Region Västerbotten samt de deltagande kommunerna.

5.3. Munkedal kommun

Enligt en rapport från Valfärdsförvaltningen på Munkedals kommun följer kommunen den nationella trenden när det gäller ökning av brukare i hemsjukvård (Munkedals kommun, 2019). Äldre invånare i kommunen vill kunna bo kvar längre i sin nuvarande bostad, och i den mån det är möjligt, få sjukvård i hemmet. Antalet platser som avsatts för särskilda boenden har en stor påverkan på den totala fördelningen av resurser inom äldreomsorgen.

Samtidigt har andelen invånare i kommunen som är, eller överstiger, 80 år och som bor på särskilt boende *minskat* de senaste åren. Trots minskningen ligger kommunen över det nationella genomsnittet. Även om trenden i kommunen visar på att behovet av lägenheter inom särskilda boenden har minskat sedan 2015 så är det svårt att avgöra hur utvecklingen kommer att se ut de närmsta åren. Den nationella demografiska utvecklingen återspeglas även i kommunen. Enligt kommunens egna prognoser finns det inga tecken på att nedgången inom somatisk vård kommer stanna upp inom den närmaste tiden, utan tvärtom så finns det indikationer på att denna utveckling kommer att fortsätta. Detta förklaras delvis av att omsorgsbehoven tas hand om i ordinära boenden i allt högre grad.

”Generella trender som kan ses nationellt är den omställning mot mer nära vård med avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet. Detta drivs både av en ambition och av en teknisk utveckling som agerar som möjliggörare.”
(Munkedals kommun, 2019).

En anmärkningsvärd punkt i Munkedals kommuns strategi när det kommer till särskilda boenden är de övervägningar som kommunen gjort i diverse målkonflikter som berör lokal- och fastighetsfrågor. Dessa är i linje med regeringens lagrådsremiss som belyser vikten av att jämföra olika perspektiv och se över potentiella målkonflikter i omställningsarbetet. I förlängningen innebär detta att prioriteringar måste göras. Kommunen nämner bland annat att avdelningar som är positionerade intill varandra ger bättre förutsättningar för att upprätthålla kvalitén med lägre nattbemanning. Även storleken på fastigheter diskuteras.

”Ett större boende har bättre förutsättningar att ”dela” personal mellan avdelningar, det kan vara vid aktiviteter, varierande behov och korttidsfrånvaro.” (Munkedals kommun, 2019).

De särskilda boenden som byggs i nuläget har runt 60 platser eller fler. Ökningen har skett eftersom det funnits stordriftsfördelar med att bygga ett större boende. Större boenden är inte lika känsliga för svängningar när det kommer till antalet uthyrda lägenheter i jämförelse med mindre boenden. Kommunen påpekar samtidigt att det finns nackdelar med större boenden, exempelvis kan det innebära att de upplevs som opersonliga. Den huvudsakliga målsättningen med reformarbetet och med den statliga utredningen SOU (2020:19) handlar ej om att utreda en kostnadsminimering utan berör snarare en förändring i arbetssätt som leder till en mer effektiv, god och nära vård, där även patientens upplevelser spelar roll. Detta synsätt behöver framgå i kommunernas lokalförsörjningsplaner och framtida nybyggnads- eller ombyggnadsprojekt av särskilda boenden. Munkedals kommun är en av de kommuner som explicit diskuterar hur modern teknik och omställningsarbetet kan komma att omforma hur nya särskilda boenden byggs i framtiden.

”Det arbete som nu pågår på Allégården är intressant ur detta perspektiv där det ges möjlighet att pröva och lära vilka effekter modern teknik kan få på ett särskilt boende i Munkedal. Att följa utvecklingen och vilka effekter det får kommer bidra med viktiga lärdomar vid utformningen av ett eventuellt nytt boende.” (Munkedals kommun, 2019).

5.4. Norrtälje kommun

Direktionen för *Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje*, som går under förkortningen KSON, har i sin verksamhetsplan för 2018–2020 gett myndigheten uppdraget att ta fram en lokal kvalitetsplan för Norrtälje kommun. Detta uppdrag utgår ifrån den nationella kvalitetsplanen för äldreomsorgen (SOU, 2017:21) med fokus på att uppnå en jämlik och jämställd vård och omsorg inom riket. Kopplat till detta har KSON publicerat en rapport med titeln ”lokal kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer i Norrtälje kommun 2019-2034” där ett antal åtgärder diskuteras som berör äldrevården inom den egna kommunen (KSON, 2019). Rapporten beskriver bland annat en plan för att stärka utbredningen av IT och kommunikationsteknik för äldre i Norrtälje kommun. Lokal- och fastighetsfrågan omnämns kortfattat och berör framförallt bostadsanpassning och utbud. KSON menar att utbudet av boendeplatser bör motsvara behovet som finns för äldre i kommunen. De lyfter även att åtgärder behöver tas för att skapa balans mellan utbud och behov vad gäller särskilda boenden, antal platser och inriktning; det förekommer dock ingen detaljerad beskrivning över vad dessa åtgärder skulle kunna vara. Även förslag på nya boendeformer med skiftande vård och omsorgsinnehåll föreslås, men utan vidare detaljer kring dessa boendeformers eventuella utformning.

KSON är noga med att det krävs aktivt deltagande i kommunens planeringsarbete för att kunna hantera bostadsförsörjningen: det behövs kontinuerliga behovsbeskrivningar som kan ligga till grund för kommunens handlingsplaner och arbetet med att framföra en översiktsplan för kommunen.

Norrtäljemodellen

Norrtäljemodellen är ett samlingsnamn på det projekt som tidigare gick under namnet Tiohundraprojektet (startades år 2006) av Norrtälje kommun tillsammans med Region Stockholm. Projektet går nu mot att bli permanent och drivs under det bredare begreppet Norrtäljemodellen. Modellen kännetecknas av gränsöverskridande samverkan mellan de olika organisationer som är delaktiga i hälso- och sjukvården inom kommunen. Målet med arbetet är att göra sig av med ”de gränsdragningar som inte behövs mellan offentlig och privat och mellan kommun och region” och på så vis skapa en mer sömlös vård och omsorg för invånarna (Norrtälje kommun, 2020b). Medverkande organisationer utgörs av KSON, vårdbolaget Tiohundra, Norrtälje kommun och Region Stockholm. Samverkan sker på flera olika nivåer och på det politiska planet innebär samarbetet att ett gemensamt kommunalförbund har skapats med en egen politisk ledning från både region och kommun. Rent organisatorisk har detta mynnat ut i att gemensamma kvalitetsråd och att ledarskapsutbildningar utförs som syftar till att skapa en stark gemensam kultur. Medverkande organisationer samverkar även i rekrytering av personal och arbetar tillsammans för att gemensamt bygga ett starkt arbetsgivarvarumärke. Rent teknologiskt innebär modellen att IT-personal samarbetar över gränserna och att digitalisering och välfärdsteknik används i större utsträckning än tidigare. Detta har banat väg för installering av ny teknik, så som 5G, vilket möjliggör för sofistikerade robotiseringslösningar inom vård och omsorg. Tekniken har stor potential inom äldre vården där tekniskt komplexa system såsom trygghetslarm och liknande behöver internetkopplingar med hög kapacitet för optimal drift.

Kommunen har som målsättning att ”möjliggöra högre livskvalitet till de mest sjuka äldre till lägre kostnader” (Norrtälje kommun, 2020a). Detta görs genom att skapa nya lösningar över de traditionella gränserna med målet att reducera antalet personer med stort vårdbehov. Målet är att hitta nya ”kvalitativa och effektiva lösningar för de mest sjuka äldre inom vård- och omsorgssektorn”, vilket möjliggörs bland annat genom att implementera en testbädd med innovativa lösningar/metoder. Detta ger upphov till nya arbetssätt som kan bli en naturlig del av den operativa verksamheten.

5.5. Örebro kommun

I Örebro drivs ett tvåårigt projekt i samarbete kommunen och Region Örebro län för att utveckla en förstärkt hemsjukvård för äldre patienter med svåra sjukdomstillstånd kallat *Närsjukvårdsteam Örebro* (Region Örebro, 2020). Närsjukvårdsteam Örebro kan erbjuda avancerade behandlingar i patientens hem och möjliggör för täta hembesök av

både läkare och sjuksköterskor. Finansieringen och bemanningen sker gemensamt mellan Region Örebro och Örebro kommun. Genom projektet har behovet av sjukhusvård halverats och antalet akutmottagningsbesök reducerats till en tredjedel av den ursprungliga nivån. Den utvärdering som gjorts av projektet har hittills visat på positiva resultat, bland annat:

- En reduktion av antalet besök på akutmottagningen, inläggning på sjukhus och antalet kontakter som behövts med sjuksköterskor som arbetar inom kommunal hemsjukvård under jourtid.
- Att de berörda patienterna har rapporterat ökad trygghet, en förbättring av den upplevda samordningen av insatser och ökad tillgänglighet.
- Att sjuksköterskor som arbetar kommunalt har rapporterat ett välfungerande samarbete samt en förbättrad upplevelse av den vård som erbjudits för patienterna.

Utvärderingen är ännu preliminär men aktuella siffror pekar på att de hälsoekonomiska effekterna av projektet är goda. Detta förutsätter dock att antalet inskrivna patienter når den planerade nivån.

Akuta hembesök

Från december 2020 planerades en ny satsning där teamet skulle utökas med sjukvårdspersonal i form av läkare och sjuksköterskor med uppgift att erbjuda akuta hembesök till äldre inom kommunen. Den specifika målgruppen som berörs är patientgrupper ≥ 65 år vars hälsotillstånd har försämrats akut. Detta berör framförallt de med kronisk sjukdom eller med en funktionsnedsättning som medför betydande svårigheter för patienten att söka sig till en vårdmottagning. Tanken är att undvika sjukhusbesök eller inläggning av patient. Hembesöken sker oavsett patientens nuvarande boendeform och kräver inte att patienten i fråga haft tidigare hemsjukvård (Region Örebro, 2020).

Rehabiliterande arbetssätt

Utöver ovanstående insatser så nämns även att ett långsiktigt förändringsarbete pågår med målet att skapa ett rehabiliterande arbetssätt. Med detta avser kommunen att införa ett partnerskap som underlättar för den enskilde individen och vårdgivare att tillsammans genomföra sådana förändringar som bidrar till att individen får leva det liv som denna önskar. Mer specifikt så definierar Örebro kommun ett rehabiliterande arbetssätt som ett arbetssätt där

”[...] alla yrkeskategorier inom omsorgen arbetar tillsammans med varandra och med medborgarna för att nå medborgarens mål med huvudfokus att stärka och bibehålla hälsa” (Örebro kommun, 2020c).

Kommunen tar inspiration från Odense i Danmark där ett rehabiliterande arbetssätt har medfört stora förändringar i hur kommunen anpassat sig efter medborgarna

(Örebro kommun, 2020b). Det nya arbetssättet testas i olika områden (Örnsro, Rosta, Markbacken, Gamla Hjärsta och Baronbackarna) med varierande socioekonomiska förutsättningar. Syftet med arbetet är att både utveckla och iterativt testa arbetssättets olika delar och hur dessa fungerar i samarbete med de olika aktörer som är involverade (Örebro kommun, 2020a).

6. Enkät och fokusgruppsintervjuer

Detta avsnitt redovisar sammanhållet och integrerat både intervjuer och enkätsvar insamlade i denna studie. Avsikten är att ge en bred bild över hur kommuners verksamhet fångat upp frågan kring Nära vård och dess koppling till lokaler. Kapitlet är upplagt så att det följer de tre teman som guidade intervjuer och enkät. Dessa var:

- Tema 1 – Kartläggning av nuläget – vilka erfarenheter finns?
- Tema 2 – Samverkan och processer
- Tema 3 – Omställningsarbetet och lokaler

Under varje tema lyfts olika typer av frågor fram. Inom tema ett är fokus på frågor kring kartläggning, definitioner och effekter av pandemin. Tema två berör behovet av samverkan och utbildning. Det tredje temat tar upp omställningsarbetet och frågor kring fastigheter och lokaler.

6.1. Tema 1 – Kartläggning av nuläget – vilka erfarenheter finns?

Kartläggning av nuläget

I intervjuerna framkom att verksamheterna i kommunerna kommit olika långt i arbetet med Nära vård. Främst beskrevs det att diskussionerna skett på en strategisk nivå, där verksamhetschefer genomgått utbildningar inom Nära vård, deltagit i workshops och kommunöverskridande samverkansdialoger. Den mer operativa sidan inom verksamheten, till exempel MAS, MAR och medarbetare hade till viss del fått till sig information om Nära vård, men upplevde att de mer aktivt fått arbeta för att hitta lämplig information och utbildning inom sina nätverk. Lite förenklat skulle det gå att sammanfatta genom att informationen och kunskapen om Nära vård kommer uppifrån och går nedåt genom verksamheterna. Nulägesbilden är därmed att kunskapen om Nära vård skiljer sig åt mellan kommuner, både till följd av organisatoriska faktorer, och i form av strukturella förutsättningar att sprida information.

Detta blir tydligt när det kommer till elevhälsans roll i Nära vård. Elevhälsan är organiserad på olika sätt i de olika kommunerna, och de deltagande representanterna från elevhälsan såg väldigt annorlunda på frågan om de bör ses som en del av Nära vård

eller inte. En informant menade att elevhälsan inte är en del av vården, utan skolan, där elevhälsans roll snarare är att stötta eleverna än att bedriva vård. En annan informant ser att det finns en potential för elevhälsan i att bli en del av Nära vård, eftersom det skulle ha en funktion av att hindra elever att hamna mellan stolarna i relation till remittering till vårdcentral eller barnpsykiatri. Detta är likt den sömlöshet inom vårdkedjan som den Nära vården ämnar uppnå. En tredje lyfter fram att elevhälsan kommer att se effekter av Nära vård, till exempel genom att den vårdlokal som kanske främst förknippas med skolan är sjukhuskolor, exempelvis där ett BUP i regionen inte planerats för skollokaler.

Elevhälsans roll i arbetet med Nära vård verkar även vara oklar på en kommunnivå, då det i enkäten framkommer 56% av respondenterna (n=40) inte vet om elevhälsan ingår i samtalen om Nära vård (tabell 4) och att 28% (n=20) av de resterande svaranden menar att deras kommun inte haft elevhälsan inkluderad i diskussionerna kring Nära vård ännu. Endast 5 svaranden av 72 (7%) uppgav att elevhälsan var en del av deras samtal om vad Nära vård innebär för deras kommun, vilket kan anses återspegla de indikationer som framkom från elevhälsans representanter under intervjuerna.

Tabell 4. Enkät svar fråga 31. Elevhälsan

	Ingår elevhälsan i era samtal om vad Nära vård innebär för Er kommun?
Ja	5 (7%)
Nej	7 (10%)
Kommunen har inte diskuterat Nära vård på denna nivå ännu	20 (28%)
Vet ej	40 (56%)
SUMMA	72 (100%)

I motsats till elevhälsan visade sig hemsjukvården i hög grad vara en del av vad som diskuteras kring omställningen till Nära vård inom kommunerna (se tabell 5). Bland annat svarade 67%, 48 svaranden av de 72 deltagarna, att effekter på kommunal hemsjukvård ingår i de samtal som förs angående vad Nära vård innebär för just deras kommun. Resterande svar var fördelade med 10% (7 svaranden) som sa att effekter på kommunal hemsjukvård inte ingick i samtalen samt 24% (17 svaranden) som inte visste.

Tabell 5. Enkät svar fråga 29 och 30. Hemsjukvård.

	Ingår effekter på kommunal hemsjukvård i era samtal om vad Nära vård innebär för Er kommun	Har ni kontakt med regionen för att diskutera samverkan mellan regional respektive kommunal hemsjukvård relaterat till Nära vård?
Ja	48 (67%)	45 (62%)
Nej	7 (10%)	14 (19%)
Vet ej	17 (24%)	14 (19%)
SUMMA	72 (100%)	73 (100%)

Hemsjukvården visade sig också vara ett område där kommunerna i relativt hög utsträckning har kontakt med regionen för att diskutera samverkansfrågor mellan den kommunala- och regionala hemsjukvården relaterat till Nära vård (45 svaranden motsvarande 62%). Det var här fler som svarade *nej* på frågan än angående samtal om Nära vårds effekter på den kommunala hemsjukvården (14 i stället för 7), medan 14 (19%) inte visste hur det låg till på den punkten.

I jämförelse med vårdverksamheter på regional nivå, så förefaller fastighetssidan i kommunerna inte ha blivit inbjudna eller engagerade i diskussionerna kring Nära vård i någon högre utsträckning. De flesta var bekanta med begreppet, men främst sett det som en verksamhetsförändring och inte som en fråga som rör lokaler och fastigheter. Indirekt kunde informanterna se att Nära vård kommer innebära en påverkan på lokaler och lokaliseringsfrågor, men att det kanske i högre grad rör teknikutveckling och omställning av verksamhetsbehov än frågor kopplat till lokaler. Detta återspeglade sig även i enkäten där majoriteten av deltagarna värderade lokalfrågans prioritet i diskussionerna kring Nära vård som antingen 1 eller 2 på en 5-gradig skala (där 1 = i låg grad och 5 = i hög grad). Detta gällde även kring olika former av samverkansforum inom de egna verksamheterna och mellan kommuner och regioner. En kommun som verkar stå ut i detta arbete var Varbergs kommun som rankat lokalfrågan till mellan 3 och 5 på samtliga enkätfrågor i tabell 6.

Tabell 6. Enkät svar fråga 16–21. Vilken prioritet anser Du att lokalfrågan har haft i diskussionerna om Nära vård i följande sammanhang?

Värde (1–5)	På Nationell nivå	På Regional nivå	På Kommunal nivå	Inom Er verksamhet	I olika Samverkansforum inom kommunen	I olika Samverkansforum mellan kommun och region
1	27 (39%)	23 (35%)	27 (39%)	26 (38%)	25 (36%)	37 (54%)
2	25 (36%)	26 (39%)	24 (35%)	18 (26%)	24 (35%)	14 (20%)
3	14 (20%)	16 (24%)	13 (19%)	12 (18%)	14 (20%)	17 (25%)
4	3 (4%)	0 (0%)	3 (4%)	10 (15%)	5 (7%)	1 (1%)
5	0 (0%)	1 (2%)	2 (3%)	2 (3%)	1 (1%)	0 (0%)
SUMMA	69 (100%)	66 (100%)	69 (100%)	69 (100%)	69 (100%)	69 (100%)

Ett sammanfattande uttryck som ofta förekommit i beskrivningen av nuläget inom omställning och utveckling av Nära vård är att arbetet är "...i sin linda". En del diskussioner och samtal har förts påpekas det, detta rör sig dock mest om samtal på strategisk nivå och "högre upp" i organisationskedjan snarare än att det lyfts fram som ett konkret förhållningssätt för den dagliga verksamheten. I förlängningen har även flera exempel tagits upp där Nära vård benämnts under tidigare skeden men där det som effekt av covid-19 har hamnat i skymundan. Den mer långsiktiga utvecklingen och systematiseringen av kommunal hälso- och sjukvård utifrån har prioriterats om till snabba beslut och flexibilitet under det senaste året (2020–2021). Även om ett flertal av de förändringar och lösningar som covid-19 har tvingat fram rent konkret kan sammanfogas med omställningen mot Nära vård har inte begreppet använts eller varit med i planeringen i någon större utsträckning.

Utifrån den enkät som skickats ut till samtliga registratorsfunktioner för kommunerna tillhandahållna av SKR framkom det att kommunerna arbetat med frågor kring Nära vård historiskt sett till en ganska låg grad (2,63 på en skala mellan 1 och 5). Bland de som svarat högt på denna fråga var det främst kommuner kopplade till Stockholmsområdet, Värmland och Dalarna som menade att de arbetat med en Nära vård, medan de lägre svaren på skalan var brett representerat från kommuner över hela landet.

Tabell 7. Enkät svar fråga 3–5, Nära vård i kommuner

Värde (1–5)	Antal Svar ”historiskt”	Antal Svar ”i dagsläget”	Antal Svar ”i den framtidiga planeringen”
1	5 (7%)	0 (0%)	2 (3%)
2	30 (42%)	8 (11%)	12 (17%)
3	26 (36%)	30 (42%)	24 (33%)
4	9 (13%)	28 (39%)	28 (39%)
5	2 (3%)	6 (8%)	6 (8%)
SUMMA	72 (100%)	72 (100%)	72 (100%)

På en skala mellan 1 och 5 (Där 1 = till låg/ingen grad, och 5 = till hög grad), till vilken grad uppskattar ni att Er kommun arbetar/har arbetat med frågor relaterat till Nära vård **historiskt, i dagsläget och i den framtidiga planeringen.**

Ser man till hur de deltagande kommunerna ser på arbetet med frågor relaterat till Nära vård i dagsläget märks det en markant ökning av engagemang där snittskattningen uppgick till 3,44 istället för 2,63 – vilket återspeglar intervju svaren i tolkningen att Nära vård allt mer börjar vara en del av det kommunala vård- och hälsoarbetet. Även om snittet för skalvärdet på den tredje frågan rörande arbete relaterat till Nära vård, är den framtidiga planeringen något lägre än för dagsläget (3,33 kontra 3,44) så kan det även utläsas ett mönster, där kommuner som uppskattar Nära vård-arbetet vara i lägre utsträckning historiskt också har lägre snitt för *dagsläge* och *framtidiga planering*. Detsamma gäller det omvända – kommuner som uppskattar Nära vård-arbetet vara i högre utsträckning historiskt.

Tabell 8. Enkät svar fråga 6, Fördelar med Nära vård

Fördelar med Nära vård	Antal svar	Procent
Tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten	15	12,2%
Tid- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren	36	29,3%
Verksamheten kan utnyttja lokaler mer effektivt	3	2,4%
Nära vård är en förutsättning för en jämlig vård i landet	35	28,4%
Hälsofrämjande	25	20,3%
Annan fördel	9	7,4%
Ser inga fördelar	0	0%
SUMMA	123	100%
	(n=72)	

Fördelar med Nära vård Vilken är den största fördelen med omställningen till nära vård enligt Dig? *Välj max 2 svarsalternativ!* 72 svarande representanter återgav 123 svarsalternativ.

I tabell 8 kan utläsas hur kommunrepresentanterna kopplade Nära vård samman med olika former av fördelar. De vanligast förekommande svarsalternativen var att övergången kopplas till ”Tid- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren” samt att ”Nära vård är en förutsättning för en jämlik vård i landet”. Dessa svarsalternativ angavs av ungefär hälften av alla svaranden (n=72) på frågan. Nära vård ses även som hälsofrämjande (25 svar) och som tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten (15 svar) i någorlunda hög utsträckning. Noterbart är att endast 3 svaranden ser en fördel med Nära vård i form av att verksamheten kan utnyttja lokaler mer effektivt.

Definition av begreppet Nära vård

Vill man beskriva det bildligt kan man säga att Nära vård tas emot med en viss skräckblandad förtjusning i kommunerna, fördelen är att Nära vård sätter medborgaren i centrum, men det är något som upplevs vara lättare att diskutera på nationell nivå än att praktisera på lokal nivå. Nära vård beskrivs bland annat som en stor omställning, där nivåstrukturering/huvudmannaskapet av vården kommer i centrum då sjukhus blir avsett för inneliggande, vårdcentraler för specifika åkommor och kommunen får ansvar för daglig vård och omsorg för alla medborgare där det inte ställs krav på specialistläkarkompetens. I intervjuerna beskrivs Nära vård bland annat som den största reformen sedan Ädelreformen 1992, då kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionsnedsatta genom att ta över en del av det ansvar som tidigare legat på de dåvarande landstingen.

Nära vård handlar enligt informanterna mycket om att skapa en sömlös vård, där det finns en samordning mellan de olika vårdgivarna och en hög fysisk och geografisk tillgänglighet till vården ur ett medborgarperspektiv. Den nära vården kräver även en förändring av verksamheterna, i form av ändrade öppettider och andra målgrupper för den kommunala vården. Det handlar inte bara om hur och var arbetet ska utföras, utan även för vem och när ska vården ges.

Flera informanter lyfte att Nära vård inte är ett enda begrepp, utan mer ett paraplybegrepp som kan fyllas med lite olika innebörd beroende på vem det pratas med. Detta skapar dels en frihet, dels en osäkerhet. Medan vissa informanter uttrycker att Nära vård är komplext och svårt att greppa, uttrycker andra att det bara är ett nytt namn på ett gammalt arbetssätt, en tredje säger att det kanske är dags att ”se Nära vård som en vårdform– organisatoriskt, rumsligt och kvalitetsmässigt” (Lokalsamordnare).

De begrepp som främst knyts till Nära vård är sömlöshet (att bli av med stuprör inom och mellan vård- och omsorgsverksamheter), personcentrering, proaktivt hälsofrämjande arbete samt digital och fysisk tillgänglig vård under hela livet. Denna sömlöshet återspeglade sig även i enkätsvaren, där 83% av de svarande menade att

påståendet ”En ökad samverkan mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänst” återspeglade bäst den bild av vad Nära vård innebär (tabell 9).

Tabell 9. Enkät svar fråga 8, Innebörd av Nära vård

Vilket av följande påståenden stämmer bäst överens med Er bild av vad en omställning till Nära vård innebär? *Välj alla aktuella svarsalternativ!*

Påstående som stämmer bäst överens med er bild av Nära vård	Antal svar	Procent
En övergång från sluten vård till öppen vård	33	16%
En övergång från akut- till planerad vård	17	8%
En bättre samverkan mellan specialistvård och primärvård	24	11%
En förbättrad tillgänglighet i primärvården	28	14%
En ökning av hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva vårdinsatser	45	22%
En ökad samverkan mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänst	59	29%
SUMMA	206 (n=71)	100%

Enkät svaren återspeglar till viss del den otydlighet kring begreppet *Nära vård* som intervjuerna antytt, där en stor spridning av svar kunde återses. Av de 71 svarande på enkätfråga 8 (tabell 9) var det endast alternativet ”En övergång från akut- till planerad vård” som inte valdes av åtminstone var fjärde deltagare. Detta kan antas vara en effekt av att de svaranden uteslutande representerar kommunal hälso- och sjukvård som inte bedriver vare sig akut- eller planerad vård eller har kunskap om vårdnivåerna i samma utsträckning som den regionala hälso- och sjukvården.³

Ett begrepp som inte förekom i enkätundersökningen, men som flera gånger omnämndes under intervjuerna var ”trygghet”. Trygghet ansågs vara en grundförutsättning för att kunna implementera Nära vård fullt ut. Trygghet kopplades bland annat till att utförare av kommunal vård, till exempel MAS skulle kunna boka till på vårdcentraler för patienter och kunna lita på att vårdcentralen genomförde ett hembesök dagen efter. En annan aspekt av trygghet rörde att vården skulle inge ett

³ För en utförlig beskrivning av regionernas arbete kring Nära vård, se (Thodelius, Widmark, Lindahl, & Adam, 2021)

förtroende så att patienter och brukare, skulle känna sig trygga med att få vård i hemmet. En tredje aspekt rörde trygghet i relation till digitalisering och välfärdsteknik, det vill säga att brukaren och personal skulle känna sig trygga med att både IT- och driftsansvar var löst från kommunens sida.

Digitalisering

Digitalisering och en ökad välfärdsteknik var två saker som flera gånger förknippades med Nära vård. Inom verksamheterna verkade digitalisering och välfärdsteknik ha en direkt koppling till det arbetssätt som Nära vård innebär, exempelvis genom teknisk nattinsyn, egenmonitorering och digitala vårdbesök. Arbetssättet skulle så att säga vara mer digitalt och teknikorienterat i den Nära vården. Från fastighetssidan däremot särskiljs frågan om digitalisering och välfärdsteknik från den Nära vården. En ökad grad av digitalisering och välfärdsteknik, ansågs i några fall påverka fastigheter mer än själva omställningen till Nära vård.

Pandemieffekter

Även om arbetet med Nära vård tappat fart i samband med pandemin, lyfter flera informanter fram pandemieffekter som ses som positiva att arbeta med i omställningen. Dessa är erfarenheter rör främst att arbeta sömlöst i samverkan samt vikten av funktionella lokaler.

Samverkan mellan kommun och region under pandemin uppfattas som mycket positiv och att vårdkedjan har fungerat sömlöst. En del uttrycker en stark önskan om att samverkan kvarstår och kan flyttas över till Nära Vård-omställningen, och att det inte sker en återgång till gamla stuprör inom verksamheterna.

Lokalerna har även de fått en stor betydelse under pandemin, både i form av möjligheten att friställa lokaler till Covid-19 korttidsboende för att förhindra att smittan kommer in på till exempel äldreboenden. Men även brister inom särskilda boenden har blivit uppenbara som till exempel bristen på tvättmaskiner i lägenheter, förråd och omklädningsrum för personal.

Initiativ/diskussioner

Initiativ som tagits inom verksamheterna och som kunde översättas till Nära vård-omställningen rörde både de erfarenheter som fåtts i och med pandemin, samt projekt som rörde trygg hemgång, där slutenvården och kommunala vårdgivare samverkat för att patienten skulle uppleva en trygg övergång från sjukhus, till korttidsboende och ordinärt boende.

De diskussioner som förts kring omställningen har enligt flera av de intervjuade stoppats upp av pandemin och förs främst på en styrnings- och strategisk nivå och når sällan ner i verksamheterna. Samtidigt berättade en del av de som intervjuades om initiativ som påbörjats under Nära vård-paraplyet men som sedan hamnat i skymundan.

Även i enkätundersökningen kan detta återspeglas i svaren, där diskussioner kring omställningen till Nära vård i de flesta fall inte förs (fastighetsinvesteringar, på tjänstemannanivå och kring fysisk samlokalisering av kommunal verksamhet) eller att de svarandena inte vet ifall diskussioner förs (på strategisk politisk nivå samt vid fastighetsutvecklingsplaner), för svarsfrekvens på dessa frågor – se tabell 10. Undantaget för denna fråga var att Nära vård har i hög grad (63%) påverkat eller lett till diskussioner på strategisk nivå i relation till digitalisering och/eller e-hälsa.

Tabell 10. Enkät svar fråga 10–15, Diskussioner om omställningen till Nära vård

Har påverkat eller lett till diskussioner på...	Fastighetsinvesteringar	Strategisk politisk nivå?	Tjänstemannanivå?	FUP (fastighetsutvecklingsplan)	Fysisk samlokalisering av kommunal verksamhet ?	Strategisk nivå i relation till digitalisering och/eller e-hälsa?
Ja	10 (14%)	9 (13%)	24 (33%)	5 (7%)	25 (35%)	43 (61%)
Nej	34 (47%)	29 (40%)	26 (36%)	29 (41%)	27 (38%)	13 (18%)
Vet ej	28 (39%)	34 (47%)	22 (31%)	37 (52%)	20 (28%)	15 (21%)
SUMMA	72 (100%)	72 (100%)	72 (100%)	71 (100%)	72 (100%)	71 (100%)

Särskilda boenden

Särskilda boende upplevdes som svårprognostiserade, främst för att det finns en stark trend för kvarboende – men även en ekonomisk aspekt att ta hänsyn till. Två utmaningar som verksamhetssidan lyfte fram rörde svårigheterna att motivera personer att flytta till särskilda boenden när hemvården inte fungerar optimalt. Dels handlar det om att motivera den enskilda att flytta från sitt hem, dels att det inte produceras billiga tillgängliga boenden i kommunen, så att personer också har råd att flytta till ett kommunalt service- eller trygghetsboende. En informant säger:

”Där är ju också hyreskostnader viktig, boende måste kunna betala, vilket är en politisk fråga. Det handlar om att producera billiga, tillgängliga bostäder i kommunerna. Det är ju alltid svårt att flytta ifrån sitt hem, det kommer det alltid att vara, så vi måste kunna motivera personer att söka sig till trygghetsboenden, kostnaden är ju bara en del av det.” (Socialchef)

Trots att det finns en trend av kvarboende i de intervjuade kommunerna så fyller särskilda boenden en viktig funktion i den Nära vården på olika sätt, både för de personer som har ett stort vårdbehov och för nya målgrupper. Bland annat lyfts det fram att de äldre blir sjukare och att Nära vård kommer att innebära en mer avancerad och därmed också vårdtung och tekniktät vård framöver, vilket gör att verksamheten kommer kräva mer utrymme och bli en större enhet av verksamheten. Personer med

kognitiv svikt kommer även behöva särskilda boenden, eftersom det inte går att inte möta de behoven hemma, vilket gör att även rumslig tillgänglighet kommer vara ett stort behov framöver. En informant diskuterar även möjligheten att särskilda boenden kommer att kunna fungera som en tillfällig lösning för de som är ensamma i ordinära boenden vid till exempel dagoperationer. Dagopererade får till exempel inte vara ensamma under natten, där kan särskilda boenden vara en tillfällig plats i samband med dagoperationer om anhöriga saknas.

Det lyfts även fram att det finns behov av upprustning/renovering av befintliga särskilda boenden och en viss volym av nybyggande, eftersom äldre fastigheter inte kommer att klara kraven som Nära vård ställer på vårdnivå, tillgänglighet och digitalisering. Här ses Nära vård som en drivkraft snarare än samhällsutvecklingen i stort. Tillgången till trådlösa nätverk diskuterades bland annat under intervjuerna, och även om internetuppkoppling finns på särskilda boenden, så finns det inte i alla boenderum, utan främst i gemensamhetsutrymmen, vilket försvårar för både boenden och personal. Ett konkret exempel på detta kan vara när personal ska komma åt journalsystem inne i brukarens boende men måste lämna för att få internetåtkomst.

Samlokalisering av särskilda boenden och andra verksamheter diskuterades, även om inga konkreta exempel på att ha börjat arbeta med frågan framkom i intervjuerna. En del såg att det fanns en vinst i samlokalisering, främst genom att skapa nya kombinationer av verksamheter och boendeformer för att utnyttja ytor effektivt. Lokalisering och frågan om att decentralisera eller centralisera enheter var däremot svårare, på ett sätt upplevde kommunerna att det är svårt med många små enheter som är utspridda, eftersom det försvårar rekrytering, försörjning av personal och service, samtidigt vill ingen kommun återgå till en mer "institutionslik vård" med stora vårdkomplex. Samtidigt lyftes problematik i spåren av Covid-19 med säkerhet ur smittspridningssynpunkt vid denna typ av samlokalisering. Även om fördelar med samlokalisering kunde ses kommenterades denna punkt med; att lärdomar som gjorts under pandemin måste ges stor vikt i planering av framtida hälso- och sjukvårdslokaler.

Hemsjukvård/vård i hemmet

Majoriteten av respondenter var överens om att det finns en stark pågående trend av kvarboende, det vill säga att medborgare vill stanna kvar i sitt ordinära boende. Att bedriva vård i hemmet, är däremot inget nytt – och en del av de arbetsmiljö relaterade utmaningar som förknippades med vård i hemmet har tidigare blivit identifierade av bland annat MAS:ar i kommunerna, men att de nu fått en ny status i samband med Nära vård. I intervjuerna framkom två tydliga spår som rörde möjliggörare/hinder för en implementering av Nära vård i det ordinära boendet: utformning och försörjningsfrågor rörande fastigheter samt professionsutveckling.

De utmaningar som diskuterades under intervjuerna var bland annat att de ordinära boendena sällan är utformade för vård, vilket försvårar både en god vårdhygien och möjligheten att bedriva vård i form av utrymme (trångt i t.ex. bad- eller sovrum samt att

det saknas förråd). Till detta kan också effekten av den sömlösa vården läggas, som innebär samverkan mellan kommunal och regional vård, vilket gör att hemmet blir en arbetsplats/vårdlokal för flera huvudmän och det ställs därmed flera olika typer av krav. Det identifierades även tydliga skillnader mellan de olika kommunerna där framförallt geografiska skillnader påverkar hur hemsjukvård och tillhörande verksamhetslösningar ser ut och hur väl de fungerar. Exempelvis kunde en kommun med stora geografiska avstånd mellan tätorter och glesbygdssområden se problematik i att exempelvis ha ett gemensamt personalutrymme i nära anslutning till exempelvis vårdcentral eller annan funktion. Det skulle i sådana fall innebära stora tidsförluster i att ta sig ut till brukare eller få tillgång till rätt medicinska utrustning. I en annan, mindre kommun, kan det i stället vara fördelaktigt att samla hemsjukvårdens personalutrymmen på en ort eller i anslutning till en vårdlokal för att enklare kunna finna adekvat stöttning vid specialfall/behov.

För att framgångsrikt kunna bedriva vården i hemmet behöver bostäder anpassas för vårdsituationen, det handlar om dels om den fysiska utformningen, badrum och att förbättra rumssambanden mellan bad- och sovrum. Dels om att utveckla en god infrastruktur i form av el- och internetförsörjning till ordinära boenden för att understödja den teknik som kommer att användas i vården. Teknikutvecklingen och en ökad teknikanvändning, kommer även att skapa utmaningar gällande ansvarsfrågor. Vem ska till exempel ansvara för servicen av teknik och larmsystem, vem/vilka ska ta ansvar för jourutryckningar som rör tekniken etc. I detta arbete krävs involvering av bostadsbolag, privata som allmännyttiga.

I diskussionen om själva utförandet av vårdarbetet, framkom att mer vård i hemmet kommer innebära nya frågor kring integritet, hur går det att prata vård med brukare om till exempel anhöriga är hemma och hur går det att säkra de digitala systemen så att information överförs på ett säkert sätt. Den nära vården kommer även innebära att vård i hemmet inte enbart kommer innefatta äldre personer – utan även nya målgrupper av brukare, till exempel barn och unga samt personer med psykisk ohälsa, vilket gör att kommunerna behöver rekrytera nya professioner, som till exempel specialistundersköterskor, barnsköterskor och psykiatrisköterskor. Detta kommer i sin tur väcka frågor om professioners ansvar, digitala plattformar/journalsystem, IT-säkerhet och samverkan mellan olika vårdprofessioner.

Personalen inom hemsjukvård behöver även kompetens att arbeta med välfärdsteknik, vilket gör att rekrytering och kompetensförsörjning är två viktiga faktorer för att kunna implementera Nära vård i det ordinära boendet. Rekrytering upplevdes som utmanande. Bland annat ställdes frågan gällande hur det går att göra kommunen till en attraktiv arbetsplats. Framst i de fall det gäller kommuner med högre grad av glesbygd eller som ligger nära större kommuner med mer attraktiva arbetsplatser. Exempelvis uttryckte en representant från Hofors problematiken med att ligga mitt emellan – på pendlingsavstånd från Gävle och Falun, två kommuner med lasarett/sjukhus som ofta ses som mer attraktiva arbetsplatser än inom den kommunala hemsjukvården eller på

vårdcentral. Hofors har därmed svårt att konkurrera om den kompetens som krävs för att upprätthålla en så bra vård som möjligt.

För att kunna implementera Nära vård måste verksamheten kunna ha rätt kompetenser, och redan idag är det en brist på sjuksköterskor i kommunerna och en brist på läkare i primärvården, vilket försvårar en god hemsjukvård – främst eftersom mycket av Nära vård i ordinärt boende bygger på en stark samverkan mellan kommun och primärvård.

Samtidigt innebär en förflyttning mot mer Nära vård i hemmet och en ökad hemsjukvård inte bara utmaningar, utan det finns även positiva effekter. Främst i relation till professionsstatus. Bland annat lyftes det fram att det finns en vinst i att undersköterskor kommer att få arbeta med vård igen och inte bara omsorg, att arbetsmiljön i hemsjukvården kommer att förbättras samt att det kommer satsas mer på kompetenshöjning/utbildning av personalen så de kan arbeta med välfärdsteknik.

6.2. Tema 2 – Samverkan och processer

Ansvar för frågan/utvecklingen

På frågan om vilken aktör som ska driva frågan om Nära vård och samverkan pekades tre möjliga aktörer ut av kommunrepresentanterna: regionerna, kommunerna själva eller nationellt övergripande arbete.

De som såg regionen som en primär aktör, knöt det till vikten av att utveckla primärvården i samband med Nära vård-omställningen. Där primärvården kommer att bli navet i arbetet med Nära vård och bli en ny mellanvårdsform där viss sjukhusvård kommer att flytta in, vilket gör att regionen redan idag har medarbetare med rätt kompetens för vården och då kan regionen ta ansvar och kommunen verka som regionens förlängda arm. Regionerna måste bjuda in till samtal och få förståelse för de kommunala förutsättningarna.

Avseende att se kommunen som ansvarig för att driva frågan, ansåg däremot förespråkarna att det låg i tanken med det kommunala självstyret och att arbetet skulle drivas kommunalt med en öppenhet mot regionen. Risken är annars att regionerna kommer att styra vilken vård som kommunerna ska ta över, och att det kommer saknas kapacitet inom kommunen för att kunna genomföra vårduppgifterna. Det finns en rädsla att kommunerna ska få ”resterna” när regionerna ”tagit sitt”.

Det tredje sättet innebar att arbeta med nationellt ansvar, där SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) kunde vara en aktör som drev frågan. Detta grundade sig i uppfattningen om att frågan dels är politisk fråga som rör lagförändringar kring regionalt och kommunalt självstyre, dels att det rör frågor som behöver en likriktning och styrning för att möjliggöra en jämlik vård nationellt. Ett förslag här är att bedriva Nära vård-frågor i projektform på nationell nivå för att reda ut vilka ansvarsfrågor som finns, allt från frågor om nivåstrukturering inom vård, bostadsanpassningar och juridiska frågor.

Nationell arena för diskussioner

I intervjuerna framkom att det finns ett behov av ett nationellt forum för att kunna arbeta med frågorna mer övergripande. Även om det erbjuds utbildningar, nätverksmöten och forskarfrukostar så finns det en önskan om ett mer specifikt forum kring de här frågorna, ett forum om det faktiska arbetet som ska göras. Även om det i dagsläget finns ett flertal forum för exempelvis verksamhetschefer så är uppfattningen att det krävs en hög grad av eget initiativ för att kunna söka upp dessa och kunna ta del av dem. Dessa forum uppfattas även som att de ligger på regionnivå snarare än kommunnivå och att det behövs fler plattformar för nationella diskussioner än fler på lokal nivå. Detta för nationell samordning och utbyte av erfarenheter. Det finns dock även en uttryckt oro att det oftare blir informationsforum än "hands-on" ju större arenan för forumet är. Sannolikt behövs ett flertal forum för diskussioner avseende såväl praktik som strategi. Bland de exempel på existerande forum lyfts SKR fram även här som ett gott exempel på en organisation och plattform för omställningen till Nära vård för kommunerna.

Samverkan – behov, region, ansvar, processer

Samverkan och samordning ses som nyckelkomponenter i omställningen till Nära vård i kommunerna. Dagens samverkan bedrivs både inom regionen samt mellan region och kommun, men flera uttrycker att det finns mer att önska av samverkan – främst från fastighetsidan eftersom de sällan samverkar mot regionen utan arbetar på uppdrag av kommunen.

Även om samverkan fungerat väl under pandemin, upplever informanterna att det finns utmaningar i samverkan när det kommer till frågan om Nära vård. Främst kommer det fram att samverkan ofta fastnar i klassiska stuprör, det är oklarheter kring mandat och att det är långa processer, även när samverkansorgan finns.

Exempel på detta är att samverkan med primärvård försvåras på grund av att de har tidsbrist och svårt att delta på möten, regionssamarbeten försvåras av att det saknas naturliga kanaler att använda och internt samarbete försvåras av att förvaltningar har olika ansvarsområden som inte alltid är tydliggjorda.

Utbildningsbehov

Det kunde även identifieras ett behov av utbildning av vad den nära vården innebär, både för personal och för patienter. Bland hälso- och sjukvårdspersonal föreslogs exempelvis att hemsjukvård borde inkluderas i praktikutbildningen under exempelvis läkar- och/eller sjuksköterskeutbildningar för att utöka förståelsen för hälso- och sjukvårdens olika delar. Sjukvården inkluderar så många andra delar än enbart sjukhus- och specialistvård. Det återfinns även en diskrepans bland intervjuerna där det efterfrågas bland annat skyddade titlar för undersköterskor och högre krav på kunskap vid exempelvis hemsjukvård då man ofta jobbar ensam, till skillnad från på sjukhusen där det inte sällan finns en kollega i närheten som kan hjälpa till. Problematiken med

detta tillkommer när det även uttrycks personalbrist, framförallt i de geografiskt mer utspridda kommunerna.

Det efterfrågas också utbildning som mynnar ut i utökade behörigheter för hemsjukvårdspersonal. Det har visat sig ofta vara svårt att få läkartillgång inom den kommunala sjukvårdsverksamheten vilket kan upplevas som en flaskhals. Det uttrycks förhoppningar att även läkare kan få utbildning i hemsjukvård.

Utbildning för brukare/patienter kan även vara ett sätt att underlätta för att erbjuda personer att stanna hemma i sitt ordinära boende längre. Exempelvis symptomskattning, utbildning i att använda digitallösningar och skapandet av kunskap för att även skapa en högre trygghet hos vårdtagarna.

Utbildning inom politiken efterlyses för att sluta använda värdeord och i stället skaffa en utökad förståelse för hur vårdverksamheten faktiskt går till. Det blir lätt att ett initiativ startas för att sedan ändras efter ett politiskt skifte några år senare.

6.3. Tema 3 – Omställningsarbetet och lokaler

Även om lokalfrågan inte var självklar när intervjuerna påbörjades, framkom att informanterna mer och mer insåg att det fanns en relation mellan Nära vård och lokalers utformning och funktion under intervjuerna. Bland annat genom att de själva började reflektera kring var vården skulle bedrivas och vilka fysiska förutsättningar vårdssituationen behöver inom till exempel olika boendeformer. Noterbart var att även representanter från fastighetssidan i kommunerna vi intervjuat inte reflekterat över att och på vilket sätt Nära vård kommer få effekt också på fastighets- och lokalfrågor. Kommunala bostadsbolag svarade i mycket låg utsträckning på enkät och deltog bara vid intervjuer då de också hade ansvar för verksamhetslokaler omfattande vårdverksamhet i kommuner. De hade inte reflekterat över betydelsen av en ökad hemsjukvård.

Fastighetsrelaterade frågor

Fastighetsrelaterade frågor som adresserades rörde främst robusthet och flexibilitet, oavsett om det gällde ordinära boenden eller särskilda boenden. Även för andra verksamheter behöver fastigheter kunna möta framtida behov. Det handlar bland annat om robusthet i termer av el- och IT försörjning, tillgänglighet för både boende och vårdgivare, samt trygga och säkra lokaler, med fokus på skalskydd, lås, larm, patientsäkerhet, sekretess och vårdhygien.

Både särskilda och ordinära boenden behöver även mer yta, detta för att kunna inrymma omklädningsrum, personalytor och förråd. Fastigheterna behöver även vara flexibla, genom att kunna ställas om (sektioneras) för att skapa ett gott smittskydd och/eller en hög integritet vid sådana behov.

Därtill behöver fastigheterna tillgänglighetsanpassas, inte bara tillgänglighet inomhus är ett krav, utan de ska även vara tillgängliga från utsidan i form av att det ska vara lätt att nå parkeringar, gångvägar, service i närområdet med mera. Ett redan idag vanligt krav men som i samband med demografiska såväl som logistiska behov och förändringar blir allt mer viktigt.

Detta gör att behovet av fastigheter där det kan bedrivas vård och omsorg kommer att öka, det kommer inte heller alltid att vara specifika byggnader utan snarare integreras vård och omsorg i många olika typer av byggnader, inte minst genom ombyggnader och anpassningar. Detta påverkar även urbana frågor, service och andra hänsynstagande blir aktuella, liksom att det får effekt på kommuners planarbete.

Att just förändra befintliga fastigheter är även det en utmaning, eftersom det exempelvis kan relateras till olika lagrum. Till exempel kan klassningen av verksamhet i relation till brandskyddsregler vara en viktig del i arbetet. Att gå från lättare vård och omsorg till mer avancerad vård i till exempelvis särskilda boenden, innebär ofta nya krav på brandskydd i och med att det blir en annan verksamhetsklassning, och det i sin tur kan kräva nya typer av granskningar och behov av andra tillstånd. Detta kan även relateras till kommuners detaljplanarbete och bygglovsprocesser.

Lokalfrågor

Lokalfrågor som lyftes upp kan tematiskt sägas identifiera fyra olika typer, det är lokaler inom ordinärt boende, särskilda boenden, skollokaler och icke-vårdanpassade lokaler.

I fråga om det ordinära boendet, handlar det främst om hur boendet ska kunna anpassas till att stödja det vård och omsorgsarbete som kan och behöver ske där. En översyn av rumssamband, förråd och bostadsanpassningar kan bli aktuellt liksom hur digitala stöd kan integreras i nya och befintliga bostäder. Detta kan omfatta mer genomgripande förändringar men också mindre anpassningar med hjälpmedel. Även frågor kring hur trapphus och liknande biytor kan behöva anpassas, så att personal kan parkera bil eller cykel, kan bli aktuella i samband med en ökad omfattning av mobila lösningar. För att utföra vård i det ordinära boendet måste det även friställas nya typer av lokaler för personalen inom mobila team och hemsjukvård, som till exempel mötesplatser/hemvister där personal kan äta, göra klädombyten etc. En utmaning speciellt i mindre tätbefolkade områden. Vård hemma är dock inget nytt, hembesök har funnits i olika former länge. Skillnaden som Nära vård för med sig är att brukaren genom digital teknik och mobila lösningar ska erbjudas en möjlighet till trygg och säker vård också hemma avseende långt mer än det som görs idag.

Särskilda boenden, som redan idag är mer vårdtunga än tidigare, kommer troligen att se en utveckling där nya metoder och arbetssätt, delvis relaterat till mer avancerad vård, kommer att ställa nya krav på lokalerna. Här diskuterades i intervjuerna ofta behoven utifrån de befolkningsprognoser som görs inom landets kommuner och hur dessa prognoser i hög utsträckning behöver revideras då fler och fler föredrar att stanna

hemma och har möjlighet att stanna hemma trots att befolkningen blir allt äldre. Sammantaget framträder en bild där mer vårdverksamhet ska utföras såväl i särskilda som i ordinära boenden.

Skollokaler föreslogs dels kunna användas som mötesplats för mobila team under patrullering. Skolan skulle även kunna vara en plats för att bedriva utredningar av till exempel barn med NPF, eftersom skollokalerna till viss del kan vara tryggare för dem än till exempel BUP:s lokaler. Skolan pekades även ut som en viktig aktör i det proaktiva arbetet, där hälsofrämjande arbete kunde integreras tydligare, både före, under och efter skoltid. Representanter från elevhälsan poängterade samtidigt att de lokaler som tillhandahålles av elevhälsan ofta saknar utrymme och utrustning för att kunna tillgodose annan typ av användning. De är inte sällan små lokaler eftersom en stor del av elevhälsans arbete sker i form av informationsaktiviteter på plats i klassrum etcetera. Som en deltagare uttryckte det, ”för många barn är ju skolan en frizon” och det kan finnas ett värde i att inte sammanblanda för mycket.

Andra, icke vårdanpassade lokaler, som till exempel bibliotek eller varuhus, kan vara lokaler som bedriver både hälsofrämjande arbete, lättare vård (vaccinationer) och där egenmonitorering kan ske, dvs. små hälsohubbar i kommuner där medborgare kan göra mindre hälsoundersökningar på egen hand.

Enkät svar angående lokalbehov (tabell 11) visar det vanligaste förekommande svaret från de deltagande att omställningen till Nära vård kommer att innebära ett oförändrat lokalbehov inom kommunerna (49%, n = 69). I ännu högre grad visade det sig att lokalbehoven ansågs vara kopplade till oförändrade lokalbehov när det gällde effekt av digitalisering av vårdverksamhet/processer samt samverkan mellan regioner och kommuner i samband med den nära vården (63% för båda, där n = 71 och 70).

Tabell 11. Enkät svar fråga 22–24. Lokalbehov.

Förändrat lokalbehov	På vilket sätt tror du att omställningen kommer att påverka Er kommuns lokalbehov?	På vilket sätt tror du att digitalisering av vårdverksamhet/processer kommer att påverka Er kommuns lokalbehov?	På vilket sätt tror du att samverkan med regioner kring Nära vård kommer att påverka Er kommuns lokalbehov?
Ökat lokalbehov	25 (36%)	11 (15%)	18 (26%)
Minskat lokalbehov	10 (14%)	15 (21%)	8 (11%)
Oförändrat lokalbehov	34 (49%)	45 (63%)	44 (63%)
SUMMA	69 (100%)	71 (100%)	70 (100%)

Lokalisering

Lokaliseringsfrågan togs upp i intervjuerna, där kommunerna diskuterade utifrån i huvudsak två spår, som kan beskrivas som varandras motsatser. Svårigheterna här var att skapa en övergripande bild eller rekommendation kring lokalisering på grund av kommunernas geografiska och demografiska skillnader.

Det ena spåret rör centralisering av verksamheter, med större enheter samlade på några få ställen. Denna strategi motiverades av att den var ekonomiskt försvarbar samt att det var ett sätt att säkra kompetensförsörjningen. Större enheter med mer personal med olika kompetens skulle ge en bättre personalgrupp. Samtidigt ville informanterna inte att dessa vårdfastigheter skulle sticka ut i stadsbilden eller vara en återgång till de tidigare institutionerna i samhället. En informant lyfter fram att: ”vi behöver en variation i staden, och då kan boenden inte vara några utmärkande institutioner [i stadsbilden].” (chef särskilt boende)

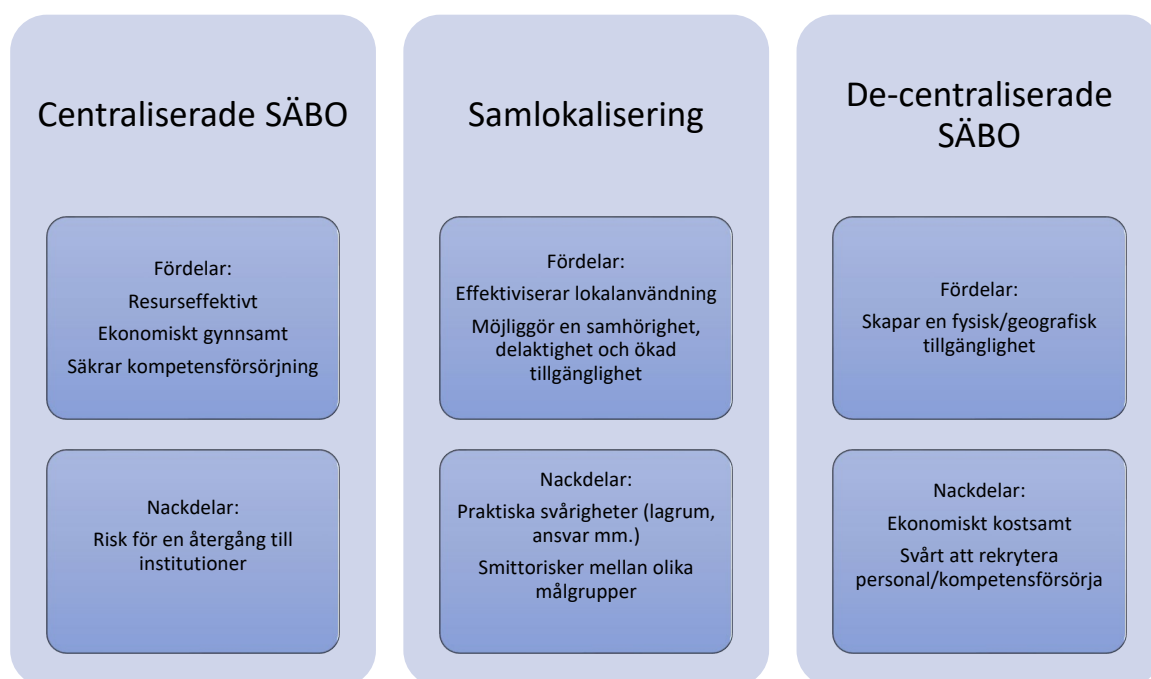
Den andra rör motsatsen, nämligen en de-centralisering och spridning av verksamheterna i kommunen för att skapa en fysisk närhet till medborgarna, vilket däremot kan komma att bli ekonomiskt kostsamt. Det innebär exempelvis utmaningar att ha all kompetens vid alla lokaliseringar. En kommun som ännu inte bestämt sig för val av strategi, uttrycker att de ”i dagsläget har plockat bort små boenden och övergått till stora, men funderar nu igen på om inte små enheter är bättre.” (repr. boendefrågor).

Under intervjuerna diskuterades samlokalisering som ett alternativ för både framtida särskilda boenden och andra former av kommunala verksamheter. De tre alternativ som diskuterades var:

- Integrera särskilda boenden med andra typer av kommunala verksamheter, till exempel daghem eller hälsocentral, men även att integrera daghem med BVC och hälsocentraler. Fördelen med att integrera flera kommunala verksamheter i en och samma byggnad, var att det möjliggjorde en känsla av samhörighet och delaktighet mellan medborgarna.
- Ett annat sätt att tänka samlokalisering rörde hur kommunala vård- och omsorgsverksamheter kunde integreras med ordinära boenden. Fördelen här var främst att skapa en ökad tillgänglighet till vård- och omsorg som skulle gynna medborgarna.
- Ett tredje sätt för samlokalisering, var att bygga vårdcentrum, för att kunna skapa en sömlös enhet där brukaren kan möta alla vårdgivare samtidigt – vilket både kan skapa en större tillgänglighet till vård och underlätta för medborgaren.

Framtida utformning av särskilda boenden

Utifrån enkät- och intervjustudien går det att se att kommunernas bild av hur framtidens särskilda boenden ska utformas är svårprognostiserad, både till följd av en ökad grad av kvarboende och till följd av omställningen till Nära vård. Däremot, är det ingen som tror att särskilda boenden kommer att försvinna, utan istället kommer detta innebära en förändring av särskilda boenden, som både kommer att bli tekniktätare och inte sällan mer vårdtungt. I studien finns det en indikation kring att framtidens särskilda boenden kan utformas på tre sätt baserat på kommunernas lokala förutsättningar, nämligen: större komplex som är centraliserade, en högre grad av samlokalisering med andra verksamheter/ordinära boenden samt mindre enheter med en geografisk spridning samt (Figur 1).



Figur 1. Utformningsalternativ avseende SÄBO baserat på enkät och intervjuer.

7. Sammantagen bild och avslutande kommentar

I detta kapitel avhandlas den sammantagna bilden från de kommuner som intervjuats och som bidragit till den enkätundersökning som också ingått i detta rapportarbete. Avsikten är även att jämföra denna bild med de exempel som presenterades initialt samt de utmaningar som identifierats.

Det som väglett detta arbete har varit att framställa en *nationell överblick över utvecklingen av kommuners verksamhetslokaler och särskilda boenden i samband med Nära vård*. Målet har varit att kunna återge en bild av pågående arbete, hur arbetet är organiserat och vilka beaktanden som görs med avseende av lokalisering av vårdverksamhet samt lokalutnyttjande-, bygg- och fastighetsfrågor på kommunal nivå. På samma sätt som sågs i rapporten om regionernas arbete kopplat till lokal- och

fastighetsfrågor i anslutning till omställningen mot nära vård (Thodelius, Widmark, Lindahl, & Adam, 2021) visade även enkät- och intervjuresultat i denna studie att det saknas konkreta planer för hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor ska hanteras inom kommunerna kopplat till Nära vård.

Exempel på aktuellt arbete inom kommunerna kopplat till särskilda boenden och Nära vård, som redovisats är från kommunerna Borgholm, Malå (och grannkommuner i Södra Lappland), Munkedal, Norrtälje och Örebro upp. Bland dessa framkom tydliga teman på hur detta arbete exemplifierats inom bland annat utökad sjukvård i hemmet – hemsjukvård, utökad digitalisering, förbättrad teknologi och samverkan mellan och inom kommuner samt förbättrad närsjukvård i form av hembesök av vårdpersonal för att minska antalet akutbesök samt sjukvårdsnätter när de inte varit nödvändiga. Samtliga exempel har varit effektiva i förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete.

Nästa steg var därmed att undersöka om och i så fall hur dessa och andra initiativ påverkar eller kan tänkas påverka lokal- och fastighetsfrågor kopplade till omställningen mot Nära vård.

7.1. Vad vi fann – nuläget

Ett antal verksamhetsområden och funktioner identifierades, sådana vars påverkan av Nära vård på kommunal nivå antogs vara hög; Särskilda boenden (SÄBO), hemsjukvården samt elevhälsan. Utifrån dessa områden har utvecklingspunkter såsom digitalisering, begreppsdefinitioner, pandemins effekt på omställningsarbetet samt andra behov och utmaningar diskuterats. Detta för att sedan knytas ihop med denna rapports syfte; vilka effekter omställningen till Nära vård har på lokaler och fastigheter i landets kommuner.

Det första som kunde konstateras utifrån denna rapport angående nuläget var att arbetet och planeringen kring omställningen mot Nära vård har kommit olika långt i landets olika kommuner. Ett antal kommuner kände väl till begreppet samt vad det kunnat innebära rent konkret för den enskilda kommunens arbete och påverkan på lokaler och fastigheter. Det visade sig snabbt att det ofta handlade om enskilda personer som antingen genom engagemang via andra kanaler såsom regionala samverkansgrupper eller organisationer stött på Nära vård och därigenom vidare lyft frågan på kommunal nivå. Ofta handlade det om verksamhetschefer som tagit del av utbildning eller workshops rörande Nära vård. Bland de operativa verksamhetsrollerna såsom MAS och MAR visade det sig att det handlade ofta om eget initiativ för att tillskansa sig information.

I andra fall var det tydligt att kommunen och dess organisatoriska ledning inte prioriterat frågan – av olika anledningar. En vanligt förekommande anledning som framkom under intervjuerna vara det rådande pandemiläget som i mångt och mycket lamslagit övriga aktiviteter och åtaganden. Prioritet har istället getts exempelvis frågor kring spridning av covid-19 vid särskilda boenden. Samtidigt var det flera informanter

som lyfte upp effekter av pandemin som lösningar som kan relateras till Nära vård, såsom förbättrad samverkan mellan olika instanser samt vikten av funktionella och flexibla lokaler. Möjligheten att ställa om lokaler för att fungera som korttidsboenden för att förhindra smittspridning är en erfarenhet som tagits upp i intervjuerna. Förhoppningen från flera informanter var att det som pandemin fört med sig i ny kunskap och nya lösningar inte glöms bort utan kan få fortsätta att utvecklas för att på så sätt underlätta för fortsatt patientnärhet andra mål som finns i relation till Nära vård.

Nuläget skiljer sig därmed bland de kommuner som deltagit, både angående spridning och användning av begreppet Nära vård och hur implementering och förhållningssätt kring omställningen hanteras. De utmaningar som omställningen innebär har även visat sig vara olika beroende på kommunernas olika förutsättningar såsom geografisk lokalisering, demografisk sammansättning, politiska styrning och typ av och omfattning av samverkan med kringliggande kommuner och inom den egna regionen.

I de genomförda intervjuerna inkluderades både representanter från fastighetssida och vårdverksamhetssida, vilket visade sig vara en god idé då tydliga skillnader kunde identifieras. Bland fastighetsrepresentanter var de flesta bekanta med begreppet Nära vård som sådant, men att koppla Nära vård till lokal- och fastighetsrelaterade frågor upplevdes mer avlägset. Den övergripande uppfattningen var att det mer handlar om en verksamhetsmässig omställning än en lokal- och fastighetsfråga. Vad som däremot framkom allteftersom i intervjuerna och samtalen, var en förståelse för att Nära vård indirekt även kommer att ha en hög påverkan inom fastighetssidan genom exempelvis behov av utökade lokalutrymmen för förändrad och ny teknisk utrustning eller då förändrade verksamhetsrutiner ställer nya krav och önskemål på lokaler eller lokalisering. Samtidigt återspeglade enkätresultatet en bild av att lokalfrågan är väldigt lågt prioriterad i samtalen kring Nära vård, oavsett om det handlar om nationell-, regional-, kommunal- eller verksamhetsnivå (se tabell 6).

Nära vårds effekter på fastigheter och lokaler, sammantaget, har under intervjuer funnits vara lite uppmärksammat bland representanter från de kommunala fastighetssidorna. Detta är intressant då det troligen är så att huvuddelen av de lokaler som ska användas redan idag finns inom kommunerna, här finns därför ett kunskapsutvecklingsbehov kring befintliga lokalers funktion och användbarhet. Även strategier avseende lokalanpassningar behöver utvecklas.

Elevhälsans inkluderande/icke-inkluderande

Elevhälsans roll inom omställningen till Nära vård har diskuterats i studien och någon tydlig bild har inte riktigt kunnat återges. Här framstår det som att kommunerna i landet ser på inkluderandet av elevhälsan på olika sätt. Vad som däremot har gått att finna är att elevhälsan åtminstone indirekt kan anses påverkas av den Nära vården, nämligen som en del i kedjan av verksamheter som unga hänvisas till från både psykiatri och primärvården (Socialdepartementet 2019: 3). Elevhälsan kan därmed ses ingå i den Nära vården som en del av den sömlöshet som syftas till att kunna uppnås mellan olika

vårdformer och vårdgivare. Främst lyfts elevhälsans roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

I intervjuerna framkom att elevhälsans organisering i kommunerna skiljde sig åt, en del informanter tydliggjorde att den inte är en del av vården utan av skolan. Det handlar med andra ord mer om att stötta eleverna och informera än att bedriva regelrätt vård. Samtidigt fanns det potential för elevhälsan att ingå som en funktion för att förhindra elever att hamna ”mellan stolarna” i relation till remittering till vårdcentral eller barnpsykiatri. Då elevhälsan främst bedriver verksamhet i klassrum blir dock lokalfrågan inte lika aktuell, förutom då sjukhusskolor diskuteras. I enkätundersökningen framgick det också tydligt att elevhälsan inte ingick i samtalen kring omställningen mot Nära vård inom kommunerna i särskilt hög utsträckning.

7.2. Utvecklingsarbete, vad ligger framför kommunerna i utvecklingen av Nära vård

Det första steget för kommunerna i arbetet med Nära vård kommer att bli att fortsätta det arbete som i flera fall påbörjades innan pandemin. Här kommer det även inkluderas fler och mer konkreta lokal- och fastighetsfrågor allteftersom den operativa verksamheten får en tydligare bild av vad Nära vård kommer att innebära för den enskilda kommunen samt efter, möjligen, tydligare inspel och direktiv från regionalt och nationellt håll. I utgångspunkten för detta arbete inkluderas även de lärdomar som dragits (och fortfarande dras) utifrån omställningsarbetet och anpassningar kring lokaler i samband med covid-19.

Flera goda exempel finns även för kommunerna att ta lärdom av, där bland annat Borgholmsmodellen varit ett återkommande samtalsämne både i kartläggning och under intervjutillfällen. Så även om arbetet i många fall är ” (...) i sin linda”, finns det redan nu implementerade varianter att undersöka. Man kan således göra mer av det som redan fungerar. Både intervjusvar och enkätundersökning tyder också på att arbetet mot Nära vård är något som i dagsläget blir allt mer tydligt och aktuellt för kommunerna samt att Nära vård i närtid betraktas som något som ska finnas med som en viktig punkt i planeringen. Det kunde även utläsas att de kommuner som historiskt sett arbetat med frågor relaterat till Nära vård i högre grad inkluderar det i dagsläget och i den framtida planeringen. Dock ger flera uttryck för att de saknar utvärderingskriterier och riktlinjer för hur Nära vård kan organiseras och genomföras.

Det ordinära boendet kommer att alltmer inkluderas i vad som kan anses vara en lokal för vård- eller omsorgsverksamhet. Detta innebär i förlängning att kommunala och privata fastighetsbolag kommer att behöva vara aktiva i den framtida kommunala hälso- och sjukvården för att kunna upprätthålla den lokalmässiga standard som förväntas i enlighet med exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Ökad sjukvård i hemmet kommer ställa nya krav på tillgänglighet och anpassning. Kvarboendet bland de äldre ökar, anpassade bostäder krävs därmed för att uppnå en hållbar

samhällsutveckling (Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future 2018:40). Hemmen blir/är även en arbetsmiljö i och med denna utveckling. I förlängningen ställer det också nya krav på tillgång till samlingslokaler/arbetslokaler för de inom hälso- och sjukvården som reser runt inom framförallt stora (geografiskt) kommuner. Frågor om upprätthållande av hygien i ordinära boenden samt säkerhet för både brukare respektive patient blir därmed allt mer aktuella. Vilka krav är rimliga att kunna ställa på det ordinära boendet? Här ser vi såväl en utmaning som en utvecklingspotential.

Digitalisering är och kommer att vara en viktig del för att kunna erbjuda medborgarna en nära vård. En digitalt tillgänglig vård för alla skeden i livet möjliggör för en mer liknande vård oavsett landsbygd eller storstad. En utökad digitalisering blir även en fastighetsfråga, vilket en del intervjurespondenter uppmärksammade, där bland annat wifi-tillgänglighet vid särskilda boenden togs upp som ett utvecklingsområde där i vissa fall verksamheterna låg i äldre byggnader med tjocka väggar. Personalen behövde där lämna brukarens bostad för att kunna göra journalanteckningar eftersom trådlös internetuppkoppling saknades i bostaden. Överhuvudtaget skapar de digitala medierna såväl nya data som nya beteenden vilket påverkar hur man ser på var man hanterar information och hur. Integritetsfrågorna är här en inte försumbar aspekt.

Det särskilda boendet prognosticeras av verksamhetsrepresentanter möta två primära utmaningar framöver. Dels trenden att allt fler väljer att stanna kvar i sitt ordinära boende och svårigheten att motivera personer att flytta till särskilda boenden – samtidigt som hemvården i flera fall inte är optimal. Framförallt har detta visat sig vara svårt i mer glesbefolkade kommuner där en flytt till närmsta särskilda boende kan innebära långa geografiska förflyttningar för brukaren, och därmed en försämrad relation till anhöriga som bor kvar. Den andra utmaningen är att kunna erbjuda tillgängliga boenden för brukare med olika ekonomiska förutsättningar. Personer måste också kunna ha råd att flytta till de kommunala service- och trygghetsboendena. Här uppmärksammas bland annat en trend att bygga nya och dyrare bostäder snarare än billiga och tillgängliga bostäder.

Det särskilda boendet har även utvecklingspotential i att kunna användas mer flexibelt genom exempelvis att ta in temporära platser för exempelvis dagopererade personer som bor ensamma i sina ordinära boenden. Eftersom dessa patienter inte får lämnas ensamma över natten så kan en plats på särskilt boende hjälpa till och avlasta sjukvården med en sådan lösning. Detta är i samklang med devisen att sjukhusens resurser bör nyttjas av de som behöver den mest. Samlokalisering med andra kommunala och regionala verksamheter är en annan aspekt att beakta, möjligheter finns att exempelvis koppla såväl daglig verksamhet, förskola som tandvård till särskilda boenden. Utmaningen här ligger i beslut om integrering av verksamheter och hur detta ska organiseras.

Robusthet och flexibilitet är fastighetsrelaterade områden som kommunernas representanter lyft som framtida områden att adressera. Detta oavsett om det gäller de ordinära boendena eller de särskilda boendena. För att kunna möta de framtida

behoven krävs robusthet vad gäller el- och IT-försörjning, förbättrad tillgänglighet för både personal och brukare. Lokaler behöver även upplevas som säkra och trygga genom exempelvis skalskydd, lås, larm och i fråga om brukarnas integritet och patientsäkerhet. Inkluderat i patientsäkerhet tillkommer även sekretesskrav och frågor om hygienstandarder. De skiftande behoven från brukarna kräver även en viss form av flexibilitet i lokalerna samt i de enskilda lägenheter/boenden där potentiella hemsjukvårdspatienterna i högre utsträckning förväntas stanna. Tillgänglighetsanpassningar såsom hissar och utrymmen för mer avancerade sjukvårdsutrustning behöver inkluderas i planerna liksom förrådsytor. Närhet till samhällsliga funktioner och integrering av dessa i det vardagliga livet blir därmed också en stadsplaneringsfråga. Samtidigt ställs detta i kontrast till befintligt utbud och möjliga anpassningar av ordinära och särskilda boenden. Vidare, för att kunna upprätthålla en högre grad av avancerad sjukvård behövs att nya krav såsom brandskydd och verksamhetsklassning kan hanteras.

Samtidigt, och mot bakgrund av ovan, visade enkätundersökningen på att representanterna såg att omställningen mot Nära vård och dess påverkan på kommunernas lokalbehov skulle bli i huvudsak oförändrade lokalbehov (se tabell 11).

Lokalisering av kommunala vårdverksamheter är en annan utmaning. Baserat på data insamlat för denna rapport kunde två inriktningar identifieras. Dessa kunde i sin tur relateras till kommunernas geografiska och demografiska uppbyggnader, dessa var: *centralisering* och *de-centralisering*. Farhågor vid centralisering av verksamheter återfanns då kommuner inte ville återgå till stora vårdfastigheter samtidigt ger en centralisering, i form av något större enheter men utspridda lokalt, en möjlighet till variation i staden menade några. Fördelarna med denna inriktning är också den att det underlättar för kompetensförsörjning och är ett mer ekonomiskt hållbart tillvägagångssätt då större personalgrupper kan samlas och integreras med varandra. Decentraliserade verksamheter å andra sidan möjliggör en större närhet för medborgarna samtidigt som det kan innebära en högre ekonomisk kostnad att erbjuda samma utbud vid varje vårdutbudspunkt. Lokalisering blir i förlängning även en fråga om möjliga samlokaliseringar med andra kommunala verksamheter. Det lyfts förslag på samlokalisering av vårdboenden med exempelvis daghem, hälsocentraler och BVC, något som kan ses i exempelvis kommuner som Askersund och Lindesberg där sådana lösningar finns uppförda. Även samlokalisering mellan ordinära boenden och kommunala vård- och omsorgsverksamheter är en möjlig lösning vilket skulle vara en del av en decentraliserad lokalisering inom kommunerna.

Vilken lösning som är bäst lämpad måste i slutändan vara upp till varje enskild kommun utifrån de förutsättningar som finns, befolkningsstruktur, geografisk yta och ekonomiska förutsättningar.

7.3. Vad sker på regional- och nationell nivå?

Omställningen till Nära vård är en fråga som drivs på alla nivåer. Olika tolkningar av vad begreppet *nära vård* innebär är en utmaning i ett nationellt gemensamt arbete där regioner och kommuner behöver samverka.

En utredning gällande hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård har gjorts där utvecklingen av Nära vård och utveckling av primärvården är central (Regeringen, 2019, Dir 209:69). Utredningen ledde till betänkandet *Rikssintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU, 2021), där fyra förslag lämnades för att säkerställa att de nationella intressena beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Detta avser exempelvis byggnader och tillhörande teknik men kan tolkas brett och avse alla stödande resurser. Dessa förslag påverkar i huvudsak regionerna men kommer också påverka kommunerna. I samband med denna rapports publicering pågår ett remissförfarande avseende utredningen. Nedan går utredningens förslag kort igenom.

- ”Stärkt statlig styrning genom definierade rikssintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.”

Detta förslag pekar på en tydlig relation mellan rikssintressen och kommuners investeringar där kommunerna måste beakta rikssintressena. I utredningen noteras att ”Frågan om vårdinfrastruktur i kommunerna har inte aktualiserats i lika stor utsträckning, men i princip är utmaningarna vid kommunala investeringar i vårdinfrastruktur likartade” (SOU 2021:71, s.250)

- ”Reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.”

I detta förslag menar utredningen att det i hälso- och sjukvårdslagen ska inkluderas en bestämmelse om att regioner ska samverka över regiongränserna kring frågor gällande planering och utveckling av vårdens lokaler. Detta med bakgrundsargument om kunskapsöverföring. Det huvudsakliga fokuset i detta förslag handlar om att skapa en standardisering i definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdlokaler. En möjlighet är att detta också överförs på samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och regioner liksom att de standarder som ska utvecklas också påverkar kommuners planering.

- ”Systematisk erfarenhetsuppbyggnad och en sammanhållen fastighetsstruktur genom ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter, eventuellt med regionalt deläggande.”

Detta förslag gäller helt eller delvis överförande av regionernas hälso- och sjukvårdslokaler, en organisationsmodell som dock först ska utredas. Det noteras i förslaget att ”I uppdraget [att utreda organisationsmöjligheter för statligt bolag] bör

även ingå en analys av förutsättningar och lämplighet i ett överfört ägandeskap även gällande lokaler för hälso- och sjukvård som ägs av kommunerna” (SOU 2021:71, s. 273) Att notera är att just frågan om ett gemensamt bolag inte omfattas av det remissarbete som pågår vintern 2021/2022.

- ”Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.”

Här lyfts betydelsen av strukturerad kunskapsutveckling fram, något som kan konstateras också efter intervjuer i den studie som presenteras i denna rapport. Det behövs kunskap och data om hur och på vilket sätt vård- och omsorgsinfrastruktur bäst utvecklas, byggs och drivs.

Rapporten kommenterar också, med utgångspunkt i frågan om ekonomiska konsekvenser att ”Förslaget innebär att dagens styrning med otydliga planeringsförutsättningar för regioner och kommuner utifrån nationella intressen ersätts med tydlig normgivning från staten” (SOU 2021:71, p.281).

Utredning med sina olika förslag understryker betydelsen av att kommuner ser över sin samlade vårdinfrastruktur och planerar långsiktigt, oavsett statens kommande agerande. Än mer samverkan mellan kommuner samt med regioner torde vara en möjlig strategi.

7.4. Förslag och kommentarer

I detta avsnitt lyfter vi fram huvudsakliga förslag och kommentarer från denna rapport, och kopplar dessa till exempel på lokalfrågor som behöver hanteras

Öka intern samverkan inom kommuner, att arbeta inom Nära vård är också parkeringsplatser och snöskottning

Den nära vården kommer att innebära ett flertal lokal- och fastighetsrelaterade konsekvenser och kommer att leda till behov av en ökad intern samverkan inom och mellan kommunerna. Omställningen innebär i förlängningen att många funktioner påverkas och samverkan mellan flera aktörer kring frågor som: parkeringsplatser i anslutning till vårdutbudspunkter, utökad snöskottning vid förändrade öppettider, förbättrad nätverksåtkomst och uppkoppling i ytterområden, möjlighet till obruten strömförsörjning i hemmen för de fall där avancerad sjukvård i hemmet är aktuellt, gods- och förrådsfunktioner med flera utmaningar med alla sina olika krav på byggnader och installationer. Samverkan behövs således avseende vad och hur något ska göras (vård och omsorgsverksamhet) såväl som avseende var (lokalisering) det ska göras.

Konsekvenser, koppling Primärvård – Hemsjukvård

Utökad samverkan mellan primärvård och den kommunala hemsjukvården kommer inom ramen för Nära vård bli mer behövd såväl som efterfrågad. Nära vård i ordinärt

boende bygger också på en stark samverkan mellan kommun och primärvård. Det uppmärksammades i intervjuer att det i dagsläget finns utmaningar avseende adekvat personal inom hemsjukvården liksom en hög personalomsättning, detta försvårar för en god hemsjukvård. Detta öppnar också upp för frågor kring tillhandahållandet av personalutrymmen – vem ska stå för detta när personalen är anställd under både den kommunala vården och primärvården? Frågor kring medicinförråd, möteslokaler, personalutrymmen och andra funktioner blir här aktuella.

Det lyftes under intervjuerna att det även finns en stor vinst i ett utökat samarbete mellan primärvården och hemsjukvården bland annat ur en utbildningssynpunkt samt att undersköterskor kommer att få arbeta mer med vård än endast omsorg. Det kommer även krävas en kompetenshöjning bland personal för att också kunna arbeta med välfärdsteknik då allt fler och mer vårdkrävande invånare stannar i det ordinära boendet. Hur detta ska understödjas med teknik och lokaler är ytterligare en utmaning. Var sker det vardagliga utbytet av erfarenheter mellan mobila team? Hur ger vi lärande, praktik och samtal utrymme?

Nivåstrukturering... när allt är vård...?

Den nära vården uppfattas enligt kommunerna vara lättare att diskutera på nationell nivå än på kommunal nivå. Det är i dagsläget svårt att riktigt veta vad Nära vård innebär konkret för den enskilda kommunen. Här identifierar vi en utmaning i att tydliggöra vad som förväntas på alla nivåer – från nationell till regional och kommunal nivå. Om den nära vården ska genomsyra hela vårdkedjan, från egenvård till avancerad sjukhusvård, från elevhälsa till särskilda boenden och akut sjukvård i hemmet, blir all vård Nära vård. Detta behöver kunna hanteras och kommunerna måste börja arbetet strukturerat för att undvika att det blir olika delösningar som inte samverkar. Detta väcker frågor om samlokalisering och hur det görs tydligt för medborgarna hur de kan möta sjukvården fysiskt när de behöver.

Hälsofrämjande arbete

Den Nära vården måste även ses som ett hälsofrämjande och proaktivt arbete där insatser riktade till de yngre generationerna i förlängningen skapar en friskare befolkning. Detta lyfter fram frågor kring exempelvis elevhälsa men sätter också fokus på, och öppnar för en stor bredd av åtgärder, något som påverkar alla kommunala lokaler som en del av Nära vårds hälsofrämjande intentioner. Lokaler som samlingslokaler, bibliotek, sporthallar, simhallar med flera.

7.5. Avslutande kommentar

Många frågor har dykt upp under genomförandet av detta projekt. En sådan är hur man ska tolka Nära vård, ett associativt och öppet begrepp. Kanske är den engelska termen ”Integrated care” rentav mer användbar. Den pekar på vad det handlar om – en för

brukaren integrerad vård, en vård som samarbetar, samverkar och stödjer. En vård och omsorg integrerad i vardagen, möjliggjord inte minst genom digitala hjälpmedel.

En annan aspekt kring terminologi som behöver fångas avser vilket språk vi använder. Ska utvecklingsarbetet tala om patient eller brukare, vård eller omsorg, beläggning eller uthyrning. Det är inte osannolikt att regioners och kommuners språkbruk behöver undersöka om Nära vård kan behöva också en delvis gemensam terminologi.

Det har också framträtt att Nära vård inte kan genomföras inom bara hälso- och sjukvården. Den förändring som Nära vård avser påverkar allt från byggrelaterad lagstiftning (Plan och bygglagen), via utbildning av vårdprofessioners förmåga att arbeta hemma eller på andra platser till nya utmaningar avseende integritet och datahantering. Är det givet dagens detaljplaner överhuvudtaget möjligt att öka vårdinslag i byggda miljöer, i vilken utsträckning utbildar vi för arbete i olika miljöer? Här har kommunerna med sin bredd av verksamheter en central roll att ta i ett sådant utvecklingsarbete.

Nära vård är heller inget som vi kommer att bygga en stor volym nya *Nära-vård-byggnader* för, snarare kommer detta att handla om många små anpassningar och ombyggnader av befintliga lokaler. Själva lokalförändringarna kommer så att säga ske integrerat med verksamhetsutvecklingen och här behöver tvärprofessionellt utvecklingsarbete omfatta också var och med vilka förutsättningar man arbetar. Det måste dock fattas beslut om var man ska börja, hur verksamheten ska organiseras, sedan kan man utveckla lokaler och byggnader interaktivt som stöd för detta.

Det behövs mer kunskap om hur Nära vård ska få effekt och drivas. Mer forskning och utvecklingsarbete behövs överhuvudtaget relaterat till Nära vård. I relation till denna rapport vill vi peka på behovet avseende forskning kring den kommunala vård och omsorgen liksom om de krav och förutsättningar som ska gälla för lokaler för att understödja denna verksamhet.

I korthet, nya arbetssätt leder till nya krav på lokaler!

8. Referenser

- Bergström, G. & Boréus, K. (2005). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Borgholms kommun. (2019, October 25). *Regeringens utredare Anna Nergårdh till Borgholm för att studera Borgholmsmodellen*. <https://www.borgholm.se/regeringens-utredare-anna-nergardh-till-borgholm-for-att-studera-borgholmsmodellen-pa-plats/>
- Boverket (2020). *Bostadsanpassningsbidragen 2019*. Nedladdad: <https://www.boverket.se/globalassets/publikationer/dokument/2020/bostadsanpassning-sbidragen-2019.pdf>
- Cama, R. (2009). *Evidence-based healthcare design*. John Wiley & Sons.
- Codinhoto, R. (2009). The impacts of the built environment on health outcomes. *Facilities*, 27(3/4), 138–151.
- Curtis, S., Gesler, W., Priebe, S., & Francis, S. (2009). New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex ‘rebirth’ of the clinic? *Health & Place*, 15(1).
- CVA. (2021). *Evidensbas för vårdmiljöer 2020. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers.
- Dagens medicin (2018). *Använd arbetsterapeuternas kompetens i nära vård*. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/anvand-arbetsterapeuters-kompetens-i-nara-varld/> [2021-06-14]
- Dagens medicin (2018). *Använd arbetsterapeuternas kompetens i nära vård*. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/anvand-arbetsterapeuters-kompetens-i-nara-varld/> [2021-06-14]
- Dir. (2003). *Översyn av vård och omsorg för äldre—Tio år efter Ädelreformen Kommittédirektiv 2003:40—Riksdagen*. Riksdagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/oversyn-av-varld-och-omsorg-for-aldre---tio-ar_GRB140
- Dir. (2018). *Välfärdsteknik i äldreomsorgen Kommittédirektiv 2018:82—Riksdagen*. Riksdagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/valfardsteknik-i-aldreomsorgen_H6B182
- Elf, M., Svedbo Engström, M., & Wijk, H. (2012). An assessment of briefs used for designing healthcare environments: A survey in Sweden. *Construction Management and Economics*, 30(10), 835–844. <https://doi.org/10.1080/01446193.2012.702917>
- Hamilton, D.K. & Watkins, D. H. (2008) *Evidence-based design for multiple building types*. Wiley.

- IVO. (2019). *IVO:s bidrag till omställningen i vården—Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård* (pp. 1–22). Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/rapport---ivos-bidrag-till-omstallningen-i-varden.pdf>
- Katz, J.(2001).From How to Why: On Luminous Description and Causal Inference in Ethnography (Part I).” *Ethnography* 2: 443–473.
- Krisberedskapsmyndigheten. (2008). *Det robusta sjukhuset*.
- KSON. (2019). *Lokal kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer i Norrtälje kommun 2019-2034*. Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.
- Lindahl, G., Thodelius, C., Adam, A., & Wijk, H. (2020). *Hur påverkar vårdens digitala utveckling behovet av lokaler och utformningen av dem?* Centrum för vårdens arkitektur (CVA)
- Läkartidningen. (2018a, January 17). Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård? *Läkartidningen*.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/01/kan-borgholm-modellen-bli-losningen-for-framtidens-sjukvard/>
- Läkartidningen. (2018b, August 16). *Borgholmsmodellen prisas*. Borgholmsmodellen prisas. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/08/borgholmsmodellen-prisas/>
- Läkartidningen. (2020a, July 7). *Ivo ser allvarliga brister vid 91 äldreboenden*.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/ivo-ser-allvarliga-brister-vid-91-aldreboenden/>. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/ivo-ser-allvarliga-brister-vid-91-aldreboenden/>
- Läkartidningen. (2020b, July 8). *Västerbotten testar digital läkarkontakt på äldreboenden*. Västerbotten testar digital läkarkontakt på äldreboenden.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/vasterbotten-testar-digital-lakarkontakt-pa-aldreboenden/>
- Munkedals kommun. (2019). *Välståndsnämnden 2019-10-24*. Valförvaltningen.
- Nolan, S.A. & Heinzen, T.E. (2014). *Statistics for the Behavioral Sciences*. New York, U.S.: Worth Publisher.
- Norrtälje kommun. (2020a). *Norrtäljemodellen 2.0—En god och nära vård för de äldre*.
<https://www.norrtalje.se/info/kommun-och-politik/organisation-och-styrning/norrtaljemodellen/norrtaljemodellen-2.0/>
- Norrtälje kommun. (2020b). *Om Norrtäljemodellen*. Om Norrtäljemodellen.
<https://www.norrtalje.se/info/kommun-och-politik/organisation-och-styrning/norrtaljemodellen/om-norrtaljemodellen/>

- Region Dalarna (2021). *Slutrapport: Sammanhållen Ungdomshälsa. Samverkansprojekt mellan Dalarnas Kommuner och Region Dalarnas Primärvård*. Nedladdad: <https://www.regiondalarna.se/contentassets/cfb7d3b2b4534674a48af40e8cd24164/bil-8-slutrapport-sammanhallen-ungdomshalsa-dalarna.pdf> [2021-06-15]
- Region Örebro. (2020). *Avancerad och individuellt anpassad vård i hemmet* [Text]. Örebro läns landsting. <https://www.regionorebrolan.se/sv/Om-regionorebrolan/Projekt/Nara-varld/Pagaende-projekt-och-utvecklingsarbeten/Narsjukvardsteam-Orebro/>
- Reumatikerförbundet. (2020). *Remissvar, SOU 2020:19, God och nära vård*. <https://reumatiker.se/wp-content/uploads/2020/09/Remissvar-SOU-2020-19-God-och-n%C3%A4ra-final.pdf>
- SCB. (2021). *Hitta statistik*. Hämtat från Län och kommuner i kodnummerordning: <https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/regionala-indelningar/lan-och-kommuner/lan-och-kommuner-i-kodnummerordning/> den 10 juni 2021
- SFS. (2001). *Socialtjänstlag (2001:453) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2020:574—Riksdagen*. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Skolverket (u.å). www.skolverket.se [2021-06-16]
- SKR. (2018). *Nära vård med utgångspunkt i individuella förutsättningar och behov*. Sveriges kommuner och regioner.
- SKR. (2019). *Utformning och forskning av framtidens boenden för äldre* [Text]. <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre/utformningochforskningsarskildaboenden.28195.html>
- SKR. (2020a). *Modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering—SKR*. Modellkommuner För Äldreomsorgens Digitalisering - SKR. <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/overenskommelsealdreomsorg/modellkommunerforaldreomsorgensdigitalisering.33031.html>
- SKR. (2020b). *Personcentrerad vård* [Text]. Personcentrerad vård. <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/personcentreradvard.16029.html>
- SKR. (2020c). *Särskilt boende för äldre (SÄBO)* [Text]. Särskilt boende för äldre (SÄBO). <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre.28193.html>

SKR (2020d). *Hälsoförebyggande arbete i skolan - en del av nära vård för barn och unga*.
<https://skr.se/skr/tjanster/larandeexempel/allalarandeexempel/halsoforebyggandearbet/eiskolanendelavnaravardforbarnochunga.50987.html> [2021-06-14]

SKR. (2021). *FoU-fonden för kommunernas fastighetsfrågor*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner:
<https://skr.se/skr/samhallsplaneringinfrastruktur/fastigheter/fonderforforskningochutveckling/foufondenforkommunernasfastighetsfragor.12993.html> den 08 juni 2021

Socialdepartementet, (2019) *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Kommittédirektiv 2019:93*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2019a). *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård* (pp. 1–43). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b). *Vård och omsorg om äldre—Lägesrapport 2019*.

Socialstyrelsen. (2020). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020*.

Socialstyrelsen (2021) Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen - En förstudie, Socialstyrelsen, 2021-1-7183.

SOU. (2011). *Kommunaliserad hemsjukvård | lagen.nu*. Statens Offentliga Utredningar. <https://lagen.nu/sou/2011:55>

SOU. (2017a). *Läs mig! nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer: Betänkande*. Statens Offentliga Utredningar.

SOU (2017b). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47)*. Stockholm: Socialdepartementet

SOU. (2020a). *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. SOU 2020: Betänkande från Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12)*. Statens Offentliga Utredningar.

SOU. (2020b). *God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Statens Offentliga Utredningar.

SOU. (2020c) *Delbetänkande från Coronakommissionen - Äldreomsorgen under pandemin – SOU 2020:80*

SOU (2021a). *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)*. Stockholm: Socialdepartementet

SOU. (2021b). *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (2021:71)*. Socialdepartementet.

- Sundberg, F., Olausson, S., Fridh, I., & Lindahl, B. (2017). Nursing staff's experiences of working in an evidence-based designed ICU patient room—An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.05.004>
- Sveriges Arbetsterapeuter (u.å). *Remissvar: God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19*. Nedladdad: <https://www.arbetsterapeuterna.se/nyhetsarkiv/nyheter-2020/remissvar-god-och-naera-vaard-en-reform-foer-ett-haallbart-haelso-och-sjukvaardssystem-sou-202019/> [2021-06-14]
- Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018). *Nära liv – nära vård i en digital vardag*. Nedladdad: https://www.arbetsterapeuterna.se/naralivnaravard?gclid=EAIaIQobChMIInMG86rm b8QIVi-d3Ch29FArOEAAAYASAAEgJECvD_BwE [2021-06-16]
- Sveriges Arbetsterapeuter (u.å). www.arbetsterapeuterna.se [2021-06-14]
- SVT. (2019, January 17). *Så gjorde sig Borgholm oberoende av hyrläkare. Så gjorde sig Borgholm oberoende av hyrläkare*. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/borgholmsmodellen-gor-hyrlakare-overflodiga>
- Theodore, D. (2016). Better design, better hospitals. *CMAJ*, 188(12), 902–903.
- Thodelius, C., Widmark, J., Lindahl, G., & Adam, A. (2021). *Framtidens vårdbyggnadsstruktur. Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen*. Chalmers Tekniska Högskola, CVA, Göteborg. Hämtat från <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/nyheter/Sidor/framtidens-varldbyggnadsstruktur.aspx>
- Ulrich, R. (2012). *Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Centrum för vårdens arkitektur (CVA). <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/Forskning/publikationer/rapporter>
- Vinnova (2021) Slutrapport Vinnova, projektrapport Trygghetsboende med digitalt stöd. Eksta, Kungsbacka.
- VGR. (2018a, October 2). *IBD Home*. IBD Home. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldskiftet/utvecklingsarbete/ibd-home/>
- VGR. (2018b, November 8). *Vården ska komma närmare patienterna*. Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/nyheter/nyhetslista/varden-ska-komma-narmare-patienterna/>
- Vårdsamverkan Skaraborg (2018). *Delprojekt: Vård och stöd barn och unga*. Nedladdad: <https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/skaraborg/Samverkansomraden/nara-varld-skaraborg/delprojekt/> [2021-06-1]

Örebro kommun. (2020a). *Rehabiliterande arbetssätt: Geografiskt test- och utvecklingsområde utsett - Örebro kommun - fördjupning* [Text].

<https://www.orebro.se/fordjupning/fordjupning/leverantor--utforare/rehabiliterande-arbetssatt/rehabiliterande-arbetssatt---geografiskt-test--och-utvecklingsomrade-utsett.html>

Örebro kommun. (2020b). *Rehabiliterande arbetssätt: Inspiration från Odense - Örebro kommun - fördjupning* [Text].

<https://www.orebro.se/fordjupning/fordjupning/leverantor--utforare/rehabiliterande-arbetssatt/rehabiliterande-arbetssatt---inspiration-fran-odense.html>

Örebro kommun. (2020c). *Rehabiliterande arbetssätt—Örebro kommun—Fördjupning* [Text]. Rehabiliterande arbetssätt - Örebro kommun - fördjupning.

<https://www.orebro.se/fordjupning/fordjupning/leverantor--utforare/rehabiliterande-arbetssatt.html>

9. Bilagor

Bilaga 1 – inbjudningstext e-postregistratur



Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära vård

CVA, Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers, driver en studie som avser att skapa en nationell överblick över utvecklingsarbete avseende kommuners verksamhetslokaler för vård och omsorg. I huvudsak särskilda boenden men också annan vård- och omsorgsverksamhet i kommunal regi. Bakgrunden är det pågående arbetet relaterat till Nära vård med exempelvis en ökning av hemsjukvård, digitala lösningar, mobila team mm. Arbetet med studien är finansierat av FoU-fonden för kommunernas fastighetsfrågor.

För att få en bred representation och därmed en rättvisande bild är det nödvändigt att vi når så många som möjligt. Kanalen vi har går via SKR till kommuners registratorer. Väl hos registrator funktionen är det vår önskan att denna inbjudan till gruppintervjuer kan distribueras till relevanta aktörer/roller/funktioner inom respektive kommun som får detta.

Då kommuner kan ha olika tjänstebenenämningar och roller/funktioner är nedan lista en anvisning om vilka vi behöver nå. Vår förhoppning är att denna är tillräcklig som stöd för vidare distribution. Om något skulle vara oklart är ni välkomna att kontakta någon av kontaktpersonerna nedan.

Lista över aktörer/roller/funktioner berörda av denna förfrågan.

- Fastighetschef/driftschef
- Lokalplanerare/fastighetstrateg
- Verksamhetsansvarig särskilda boenden
- Elevhälsoansvarig
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kontakt

Kontaktpersoner:

Göran Lindahl, goran.lindahl@chalmers.se,

Jens Widmark, jenswid@chalmers.se

Denna rapport är en del av en rapportserie från Centrum för Vårdens Arkitektur, CVA. Centret är en nationell plattform för utveckling, utbyte och spridning av kunskap kring byggd miljö för vård och omsorg. CVA är baserat på Chalmers tekniska högskola och genomför utbildning, fortbildning och forskning. Forskningsfokus är på byggd miljö och dess roll och funktion i vårdmiljöer.

Rapporterna utgår från antingen forskning och/eller ämnen relevanta för FoU avseende fysiska vårdmiljöer.

För mer information om CVA:s rapporter och aktiviteter, besök vår hemsida <https://www.chalmers.se/cva>



CHALMERS