

RSS DALARNA

REGIONAL SAMVERKANS- OCH STÖDSTRUKTUR FÖR
LÄNETS FEMTON KOMMUNER OCH REGION DALARNA



Systemledningsdag God och nära vård i Dalarna

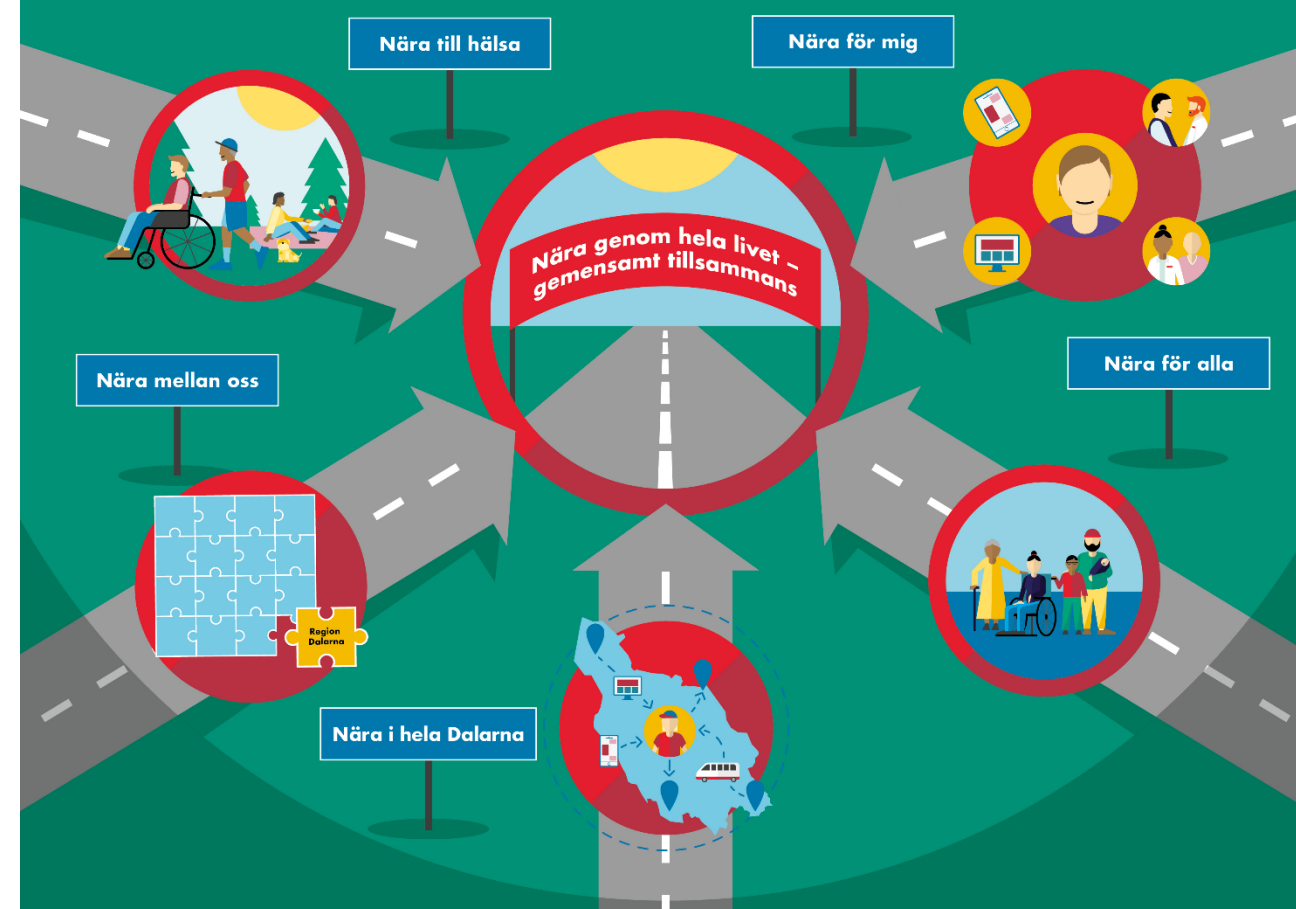
2025-11-13

Tillsammans för en
God och Nära vård

Från ord till handling



God och nära vård i Dalarna



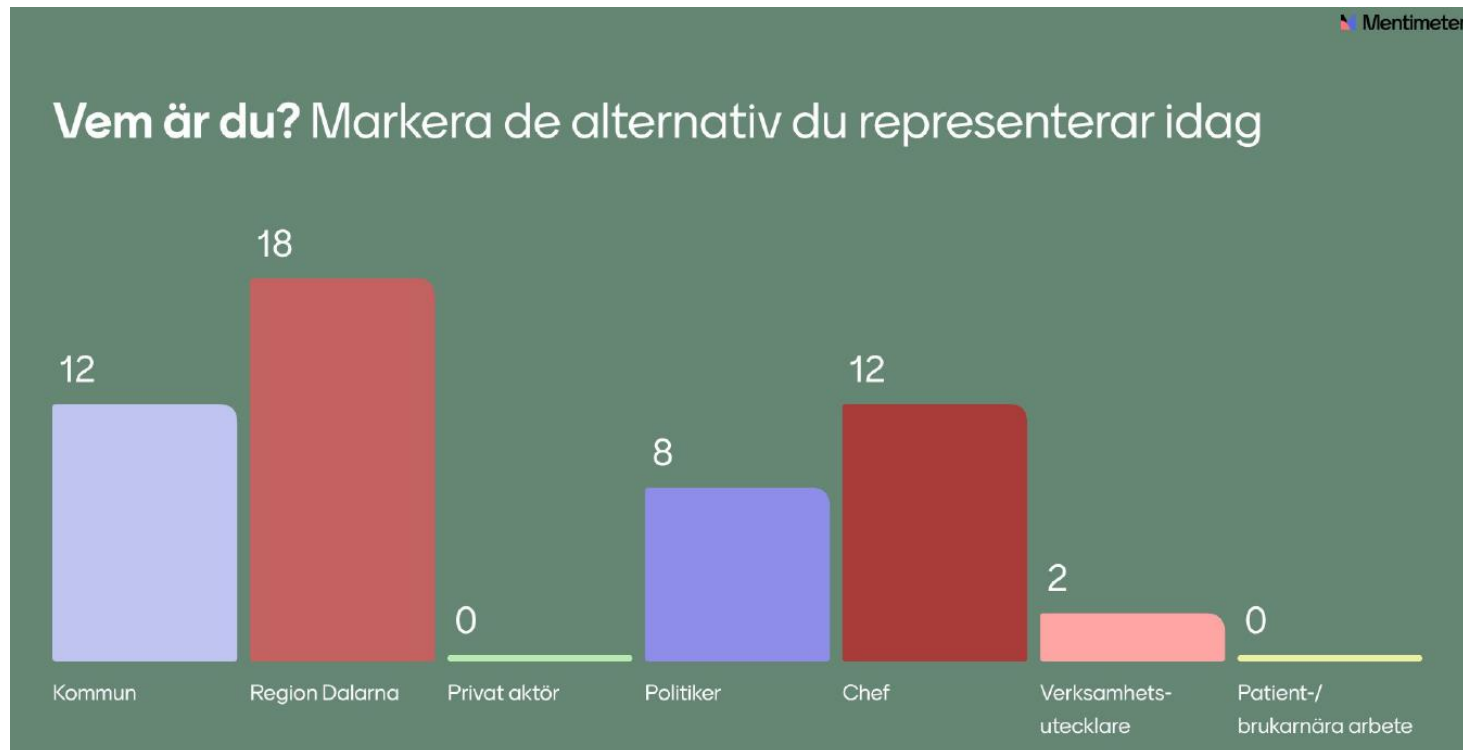
Dagens program

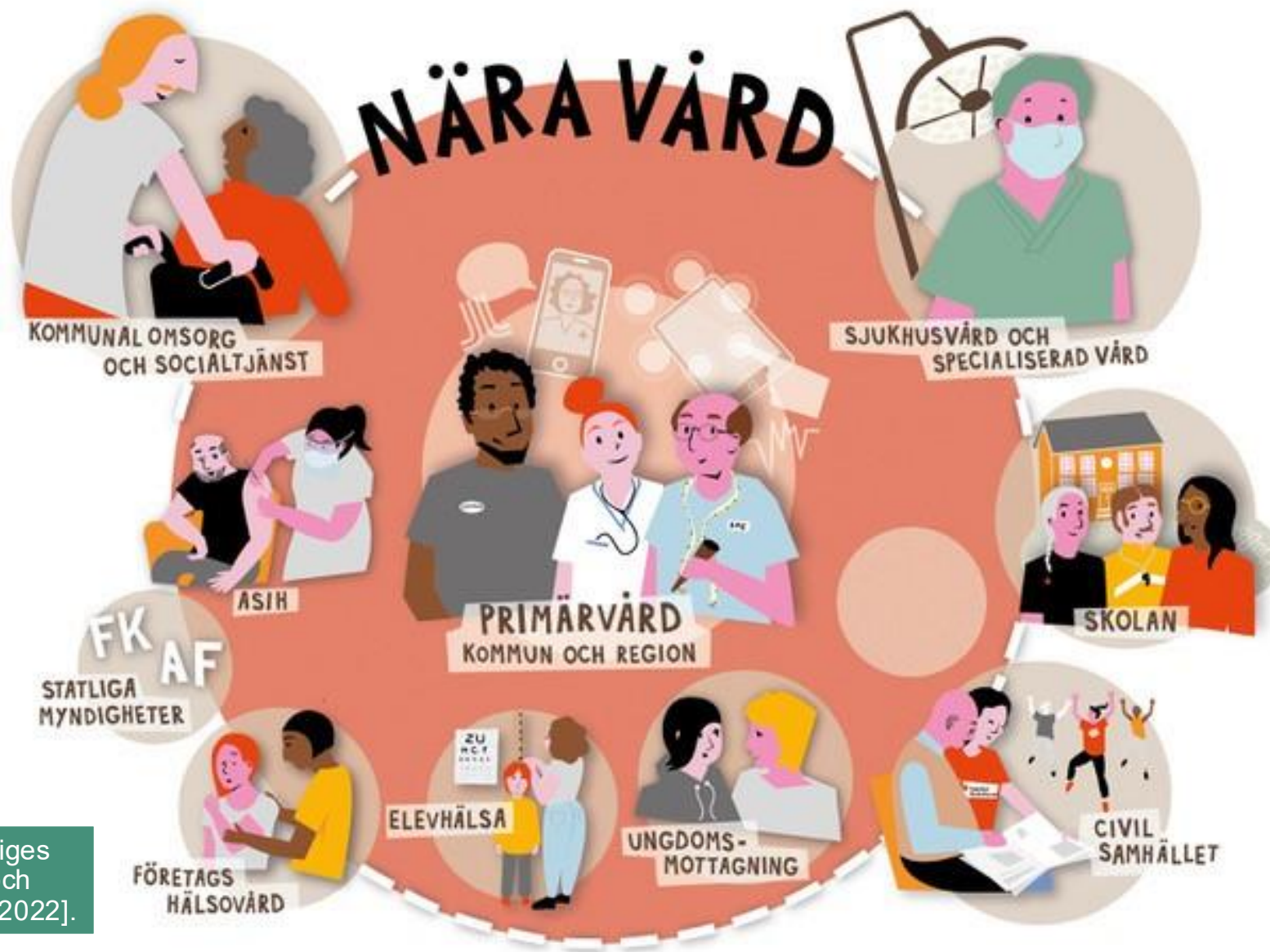
Tid	Innehåll
08.30-09.00	Drop in-fika
09.00-09.20	Välkomna! Inledning
09.20-09.50	Hur kan vårdvalsavtalet främja en god och nära vård?
09.50-10.10	Lokal PraktikUtveckling (LPU)
10.10-10.20	PAUS
10.20-10.50	Oskarsmodellen
10.50-11.10	Nära dialog med invånare
11.10-11.40	Egenmonitorering – Ett regionalt exempel
11.40-11.50	Summering av förmiddagen

Tid	Innehåll
11.50-13.00	LUNCH
13.00-13.45	Systemledning
13.45-14.05	FIKA
14.05-15.35	Workshop systemledning
15.35-15.40	Sammanfattning av dagen
15.45-15.55	Utvärdering
15.55-16.00	Avslutning

Vilka är vi här idag?

Menti





Bildkälla: Sveriges
Kommuner och
Regioner [SKR, 2022].

Vårdval och Nära vård

Vårdvalsenheten 251113



Agenda

- Vad är vårdval och LOV?
- Hur fungerar Vårdval Primärvård Dalarna?
- Hur avtalet främjar god och nära vård
- Goda exempel andra regioner

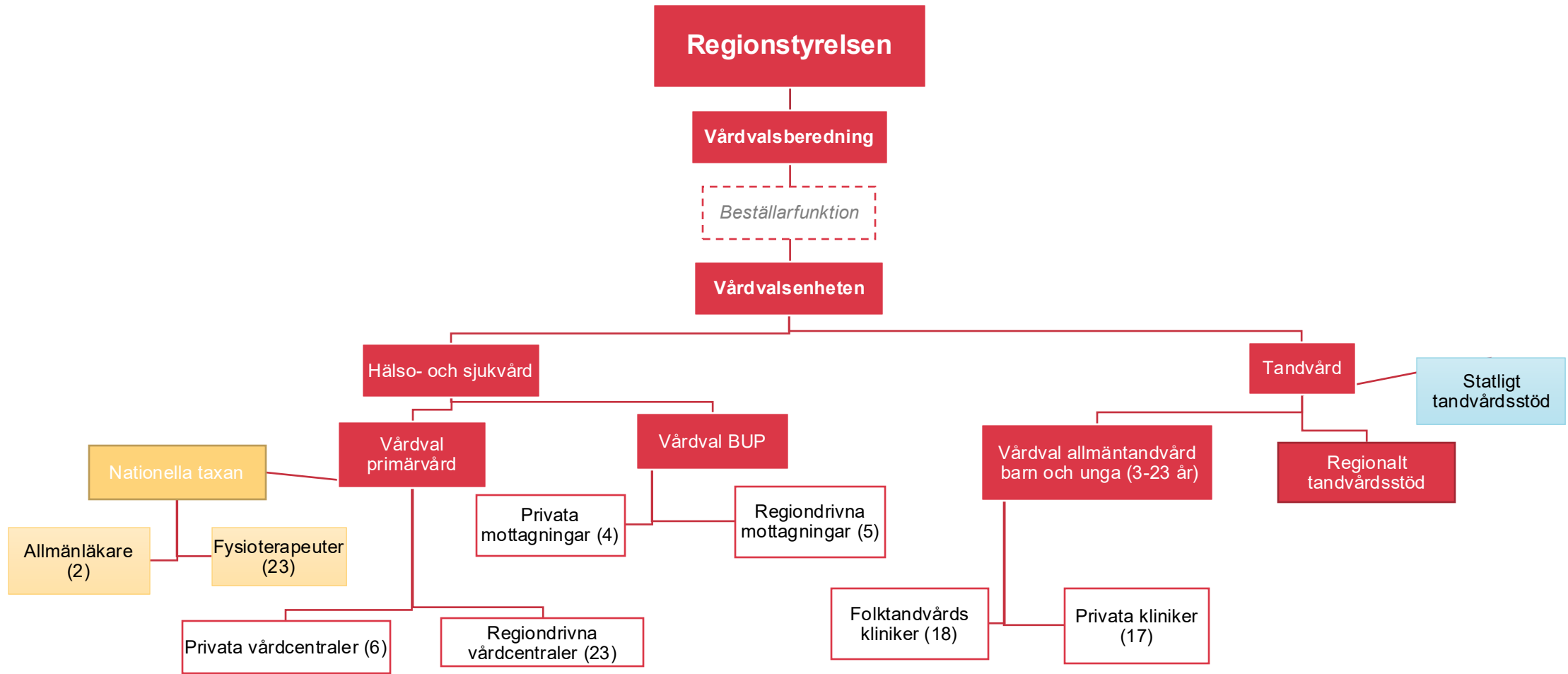


Lagen om Valfrihetsystem (LOV)

- Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla regioner att ha LOV inom primärvården.
- Alla vårdgivare som uppfyller de beslutade kraven i vårdvalssystemet har rätt att etablera sig med offentlig ersättning.
- Det är upp till varje region att besluta om vårdvalssystemets närmare utformning.
- Grunderna i [vårdvalssystemet](#) ska vara att ersättningen följer invånarens val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika.



Vårdvalsenhetens organisation



Vårdval Primärvård Dalarna

Förfrågningsunderlag och Avtal med tillhörande bilagor

- Bilaga 1 - *Ersättning*
- Bilaga 2 - *Uppföljning*
- Bilaga 3 - *Informationsteknik (IT)*
- Bilaga 4 - *Ansökan om godkännande*

Avtal Vårdval Primärvård Dalarna med bilagor kan du läsa i sin helhet på [Vårdval PLUS-sidan](#).



Vårdval Primärvård Dalarna

Förfrågningsunderlag och Avtal



Vad styr avtalet?

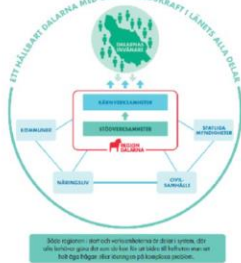


Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Kommunallag (2017:725)

Patientlag (2014:821)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)



Ett hållbart Dalarna med
utvecklingskraft i länets alla delar

Regionplan, budget och finansplan 2025-2027

Regionstyrelsen 2024-05-27 § 105
Regionfullmäktige 2024-06-10 -11 § 63
RS 2024/1116



Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård



Myndigheten för vård-
och omsorgsanalys

Vad ingår och vad ingår inte i Avtalet?

Exempel på vad som ingår i Avtal Vårdval Primärvård



Lagar och
förordningar



Kravställda
yrkeskategorier



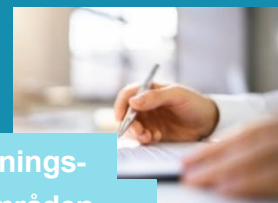
Kravställda
öppettider

Kravställt
basuppdrag

Kravställda
IT-system



Uppföljnings-
områden



Kravställda
Kvalitetsregister



Kommunal
primärvård



Särskilt boende
Korttidsboende



Skolhälsovård

Ingår ej i avtalet (ansvar ligger på regionen)

Samtalsmottagning

barn och unga



Ungdoms-
mottagning



Asyl- och
migranthälsan



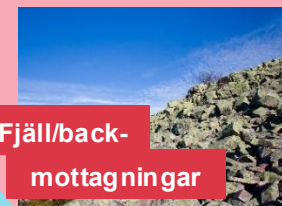
Vårdcentralen
Min Vård

Telefonrådgivning

1177
VÅRDGUIDEN



Mobila
team



Fjäll/back-
mottagningar

Jour-
mottagningar



Närakuten
Ludvika

Hur främjar avtalet God och nära vård?



Tillgänglighet

Krav på kontakt samma dag, digital tillgänglighet och geografisk täckning



Personcentrering

Samverkan med kommun, vårdplanering och delaktighet



Kontinuitet

Listning, fast vårdkontakt och uppföljning av kontinuitet



Mobil mottagning

Möjlighet att ansöka om mobil mottagning



Tillit och lärande

Uppföljning sker genom dialog, inte bara kontroll



Hälsufrämjande arbete

Fokus på levnadsvanor/förebyggande insatser och riktade hälsosamtal 50 åringar

Utvecklingsområden framåt

Samskapande - stärka samverkan med kommunal vård.

Kontinuitet till såväl riktning som medborgare och patient/brukare/klient.

Riktning och styrning - från systemledning till uppföljning av överenskommelser och avtal på utförarnivå.

Goda exempel andra regioner



Sammanfattning

Avtalet är ett verktyg för god och nära vård.

Det möjliggör:

- Rätt vård på rätt nivå
- Kontinuitet och delaktighet
- Samverkan och lokal förankring

God och nära vård byggs i mötet – men möjliggörs av ett klokt utformat avtal.

Har du frågor?



Funktionsbrevlåda

vardval.primarvard@regiondalarna.se



Socialtjänstens Utvecklingscentrum Dalarna, SUD



Dalarnas Kommuner (15) och
Högskolan Dalarna



Avtal & verksamhetsbidrag



Samverkan mellan akademien &
yrkeslivet



Kunskapscirkulation - Forskning
och praktik



SUD's syfte....

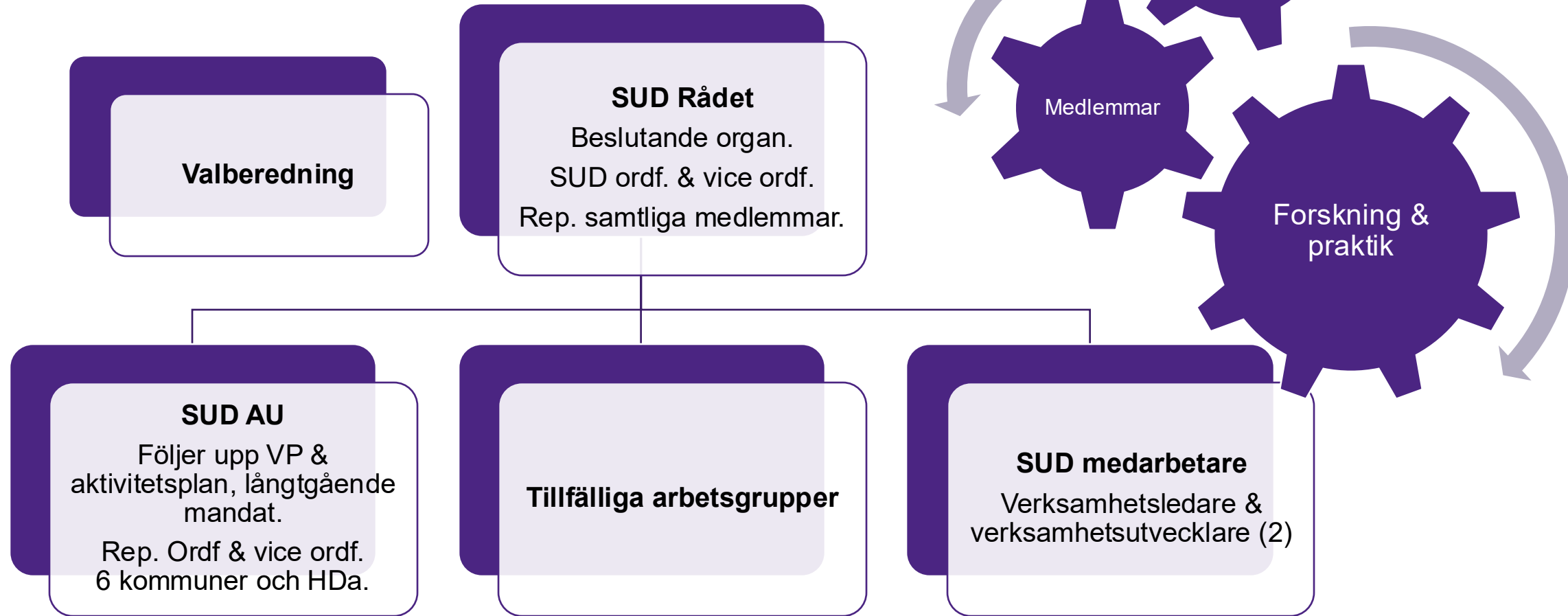
Att inom socialtjänstens område och närliggande hälso- och sjukvårdsområde:

- Stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik
- Stödja långsiktig kompetensförsörjning av god kvalité
- Bidra till långsiktig kompetensutveckling av god kvalité.
- Bidra till verksamhetsutveckling av god kvalité.
- Bidra till praktikhära forskning

....och mål

Att skapa en hållbar struktur för kompetensutveckling, verksamhetsutveckling och praktikhära forskning för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård.

SUD- samverkansstruktur





Namnbyte – Varför då?

Hälsa och Välfärd i Dalarna (tidigare SUD) *”Akademi och yrkesliv i partnerskap”*

Namnbytet fordrar även ändring av namn på: 

- Socialtjänstforskningsfonden till **Fonden för hälso- och välfärdsforskning**
- Lokal praktikutveckling till **Kunskapsbaserat utvecklingsarbete**
– *forskare och praktiker tillsammans*

Lansering av nytt namn 12 december!

Lokal praktikutveckling, LPU: ”ett forskarstött utvecklingsarbete”

Startpunkten till ett
forskningsprojekt?

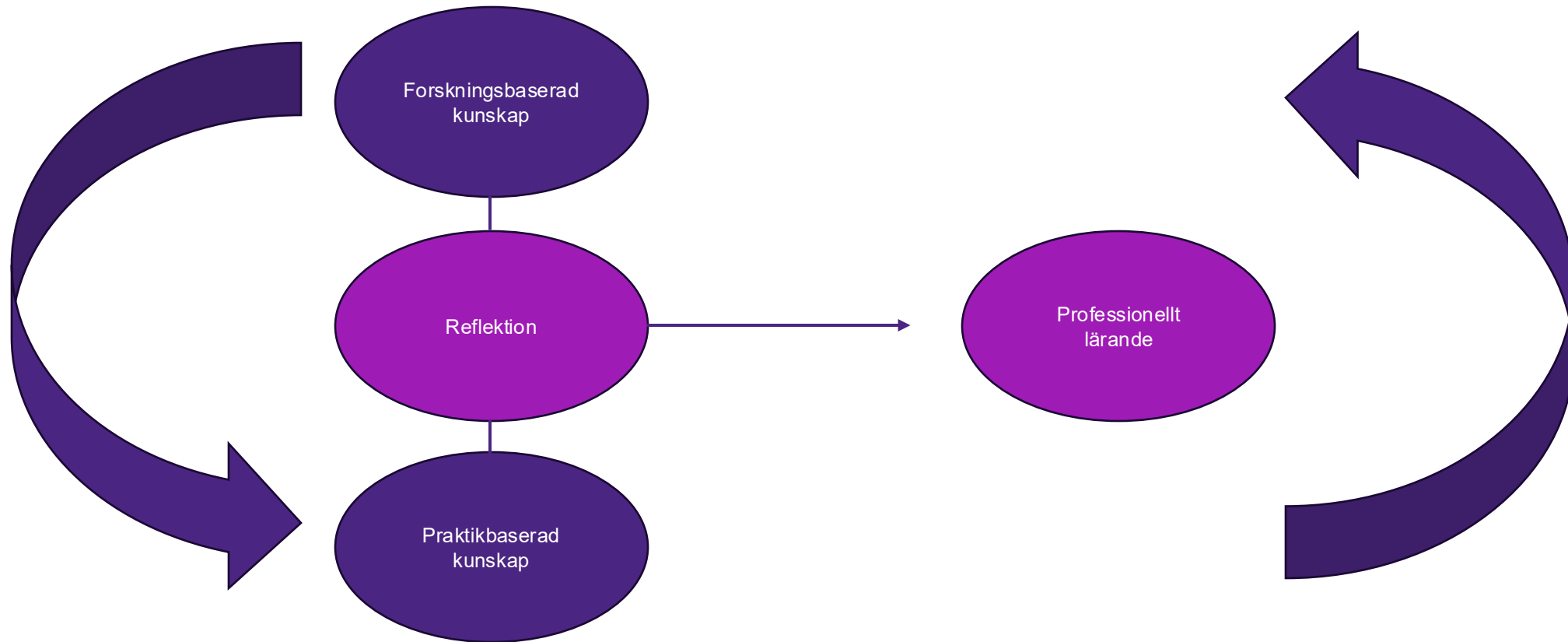
Vad är lokal praktikutveckling?

En grupp yrkesverksamma inom det sociala välfärdsområdet får möjlighet att bepröva sig egen praktik i samverkan med en eller två forskare/lärare från Högskolan Dalarna.



Samverkansgrupp

5 tillfällen & inläsning



Pågående & avslutade projekt

Avslutade projekt:

- Metod för parsamtal (2024-2025).
Öppenvården, Viva Falu kommun.



Projekt med start hösten 2025:

- Regional systemledning God och Nära Vård (2025- 2026).
- Kvalitetssäkring Dalarnas familjehemresurs (2025- 2026)
- Förebyggande arbete/Nya SoL, Ludvika kommun (2025- 2026)

Lokal praktikutveckling (LPU)

Genom arbetssättet Lokal praktikutveckling har du som arbetar inom socialtjänst eller närliggande hälso- och sjukvård möjlighet att utveckla den egna verksamheten tillsammans med forskare från Högskolan Dalarna.



Mer information finns på SUDs hemsida:

- Riktlinjer
- Ansökningsformulär
- Pågående & avslutade projekt

[Lokal praktikutveckling \(LPU\) - Högskolan Dalarna](#)

Socialtjänstforskningsfonden

Riktlinjer

- Årlig utlysning
- Forskare Högskolan Dalarna i samarbete med en eller flera kommuner
- 1-2 åriga projekt motsvarande 20% av en heltidstjänst
- Riktlinjer & bedömningskriterier (SBU/FORTE's prioriteringar för forskning om socialtjänsten)



Pågående & avslutade forskningsprojekt

Pågående:

- Personcentrerad dagverksamhet utomhus (25-26)
- Betydelsen av välfärdsteknik för chefers förutsättningar (25-26)
- Hur stärker vi förtroendet för socialtjänsten? (24-25)
- Mer än tusen ord? Bildarbete inom socialtjänsten (24-25)
- Dalaprojektet – implementering av en behandlingsmetod (24-25)
- Välfärdsteknik i praktiken (24-25)

Avslutade & rapporter:

[Forskningsprojekt Socialtjänstforskningsfonden \(STFF\) - Högskolan Dalarna](#)

- Genus som verktyg i mötet med föräldrar som utövar våld (2025)
- Boendemiljöer för äldre (2023)
- Integrerat föräldraskapsstöd i SFI-undervisning (2023)
- En förebyggande socialtjänst (2023)
- Jag och min familj (2022)
- SWEOLD Dalarna (2022)

Var hittar ni SUD?

[Socialtjänstens utvecklingscentrum Dalarna - SUD - Högskolan Dalarna](#)

Följ oss gärna på
Linkedin!

[Prenumerera på nyhetsbrev från SUD](#)



Samverkansparter och medfinansiärer

Socialtjänstens utvecklingscentrum Dalarna (SUD) är ett samverkansorgan för Högskolan Dalarna och yrkeslivet inom det sociala välfärdsområdet. SUD består av 15 kommuner och Högskolan Dalarna. Samverkan inom SUD ska främja kompetensförsörjning, utbildning, praktisk forskning, samt evidensbaserad verksamhetsutveckling inom socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård.



LPU-ansökan

Syfte:

Stöd till etablerandet av en hållbar regional systemledning för GNV i Dalarna

Deltagare:

Representanter från både lokal och tilltänkt regional systemledning

LPU och God och nära vård-omställningen

- Ett **verktyg**: Används som ett sätt att stärka etableringen av regional systemledning för GNV-omställningen i Dalarna.
- En **ram** för en gemensam dialog med fokus på styrning och ledning i komplexitet.
- Möjliggör en **kunskapsbaserad dialog** baserad på tidigare erfarenheter och utmaningarna i nuläget - borde vara gynnsamt för processen framåt.
- Ett potentiellt första steg på ett fortsatt **forskningssamarbete** inom området.

LPU – Lokal praktikutveckling

- **Strukturerad process** – Ett antal träffar i gruppen för att arbeta systematiskt med identifierade frågor.
- **Win-win-upplägg** – Regionens och kommunernas representanter får evidensbaserat stöd, och forskningen får insikter om praktikens villkor.
- **Evidensbaserat beslutsfattande** – Ett gediget underlag för strategiska vägval i omställningsarbetet.

Deltagare

Representanter från

- Regional systemledning – representant Länschefs nätverket
- Lokal systemledning – kommun respektive region
- Forskare från Högskolan Dalarna
- Det regionala stödet



Fortsättning följer!
Vi återkommer!

Oskarsmodellen - God och Nära Vård i Oskarshamn

Blå Kustens HC

Omställning till nära vård – en utvecklingsresa

2016: Utredning Effektiv vård, Göran Stiernstedt

2017: Projekt Oskar startar



2017: Målbilden "Framtidens hälso- och sjukvård" tas fram inom dåvarande Landstinget

2020: Utredningen "God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem" Anna Nergårdh (2020)

2021: Nationell målbild för nära vård



2023: Gemensam målbild för nära vård i länet – region och kommuner

2023: Extra satsning på omställning – fyra kluster



2025:
Närsjukvård
Oskarshamn

2024: Utredning Ernst&Young

2024: Uppdrag i regionplan att se över sjukhusens roller

Länsgemensam ledning i samverkan

Länsgemensam ledning i samverkan är ett samverkansorgan där gemensamma inriktningsbeslut tas inom gemensamma områden.

Samverkan görs inom områden där socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola möts. För att inkluderas inom Länsgemensam ledning i samverkan krävs samverkan inom kommunerna och region Kalmar län och att insatserna på sikt, där det är lämpligt, ska vara länsövergripande.

Gemensam målbild

”

När vi har nått målbilden arbetar vi med hälsa, vård och omsorg utifrån vad som är viktigt och skapar värde för invånaren. Vi utgår från personen vi har framför oss och hens behov, resurser och individuella förutsättningar. Hälsa, vård och omsorg är något vi skapar tillsammans med invånaren. Invånaren är alltid delaktig och använder sina egna resurser och drivkrafter.

Målbilden ska vi uppnå genom att arbeta tillsammans över organisatoriska gränser med tillit till varandra. Alla inblandade aktörer tar ansvar för att invånaren känner sig trygg och upplever att arbetet för hälsa, vård och omsorg är samordnat. I det ingår att kroka i varandra och överbrygga eventuella mellanrum och hinder tillsammans.

Länsgemensam målbild och strategi för Nära vård

- Beslutad inom samtliga 13 fullmäktige i Kalmar län
- Innehåller länets gemensamma inriktningen för omställningen till Nära vård

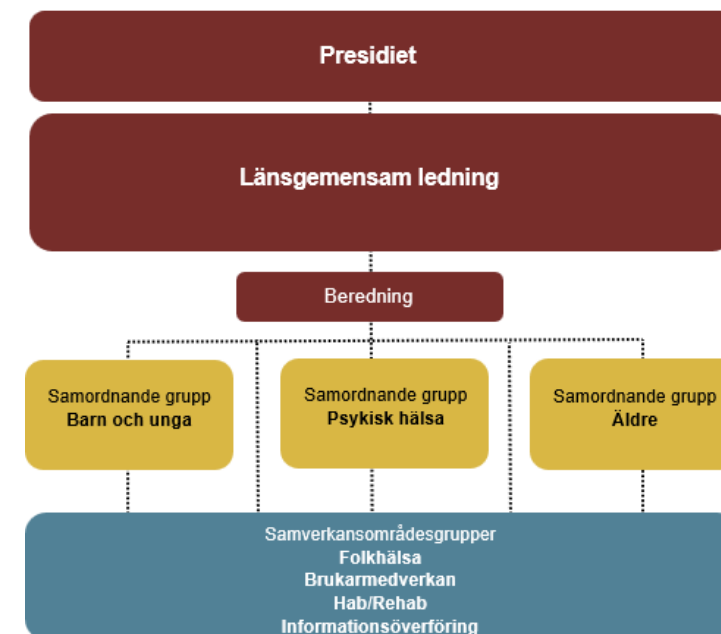


Länsgemensam ledning i samverkan

”Länsgemensam ledning i samverkan” består av flera delar och nivåer, där de gemensamma överenskommelserna på tjänstepersonsnivå görs inom ”Länsgemensam ledning”.

Följande ledamöter deltar:

- Social- och omsorgschefer samt skolchefer i länets 12 kommuner samt Kalmarsunds gymnasieförbund
- Direktörer från Region Kalmar läns ledningsstab samt representant från regionens enhet för folkhälsa
- Förvaltningschefer inom primärvård, specialistvård, psykiatri och tandvård inom region Kalmar län
- Invånarrepresentanter



Samordnande grupper sammansättning

Varje samordnande grupp består av:

- Ordförande och vice ordförande
- Utvecklingsledare Region Kalmar län
- Utvecklingsledare Kommunförbundet
- Tre representanter från kommuner
- Tre representanter från Region Kalmar län
- En representant för folkhälsa
- Två representanter för invånarmedverkan
- En representant för hab/rehab

Samordnande grupp
Barn och unga

Samordnande grupp
Psykisk hälsa

Samordnande grupp
Äldre

Utifrån behov kan ytterligare representanter ingå in i samordnande grupper, beslutas av länsgemensam ledning.

Samordnade grupp Äldre

Fokus: Att genom samverkan mellan region, kommun och övriga samhällsaktörer skapa förutsättningar så att äldre personer och dennes närstående kan leva ett aktivt och rikt liv samt åldras i trygghet.

Exempel på aktiviteter:

- Samordnande insatser för de med mest komplexa behov
- Förebyggande insatser för de som lider risk för ohälsa
- Utveckla den palliativa vården i länet
- Utveckla området kognitiv svikt och demens bland äldre

Dokument som styr samverkan

Länsgemensam målbild och strategi för Nära vård



Gemensam plan för samverkan
(beslutsprocess)



Handlingsplaner



Överenskommelser



Praktiska anvisningar

Omställning till nära vård – en utvecklingsresa

2016: Utredning Effektiv vård, Göran Stiernstedt

2017: Projekt Oskar startar



2017: Målbilden "Framtidens hälso- och sjukvård" tas fram inom dåvarande Landstinget

2020: Utredningen "God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem" Anna Nergårdh (2020)

2021: Nationell målbild för nära vård



2023: Gemensam målbild för nära vård i länet – region och kommuner

2023: Extra satsning på omställning – fyra kluster



2025:
Närsjukvård
Oskarshamn

2024: Utredning Ernst&Young

2024: Uppdrag i regionplan att se över sjukhusens roller

Projekt "Oskar"

- Startade 2017
- Förbättra utskrivningsprocessen från slutenvården
- SIHV möten (Samordnade insatser vid hemgång)
 - Digitalt möte måndag-fredag
 - Tilldelad tid per hälsocentral
 - Närvarande är; sjuksköterska i PV, koordinator i slutenvården, rehab i slutenvården (v.b), handläggare i kommunen, sjuksköterska i kommunen, rehab i kommunen

Oskar – styrgrupp

Roll	Verksamhet
• Verksamhetschef • Verksamhetschef • Sjukhuschef • Verksamhetschef • Myndighetschef • Verksamhetschef • MAS/MAR • Områdeschef • Verksamhetsutvecklare • Ambulanschef • Verksamhetschef • Enhetschef- Rehabiliteringen	• Samrehab • Hälsocentraler • Oskarshamns sjukhus • Oskarshamns sjukhus Medicinkliniken • Oskarshamns kommun • HSE Oskarshamns kommun • Oskarshamns kommun • Samrehab • Oskarshamns sjukhus • Oskarshamn • Öppenvårds psykiatri, Oskarshamn • Oskarshamns kommun

Oskar – arbetsgrupp

Enhetschef kommunen
Planerare kommunen
Undersköterska kommunen
Sjukgymnast Samrehab distriktsrehabiliteringen
Specialist allmänmedicin, primärvården
Sjuksköterska primärvården
Arbetsterapeut, Samrehab
Arbetsterapeut, Oskarshamns kommun
Fysioterapeut, Oskarshamns kommun
Sjuksköterska och koordinator, Oskarshamns kommun
Sjuksköterska, ambulanssjukvården
Avd.chef medicinkliniken
Samordnare medicinkliniken
Medicinsk sekreterare, öppenvårds psykiatri
Verksamhetsutvecklare, Region Kalmar

2023 Extra satsning på omställning till Nära Vård med primärvården som nav

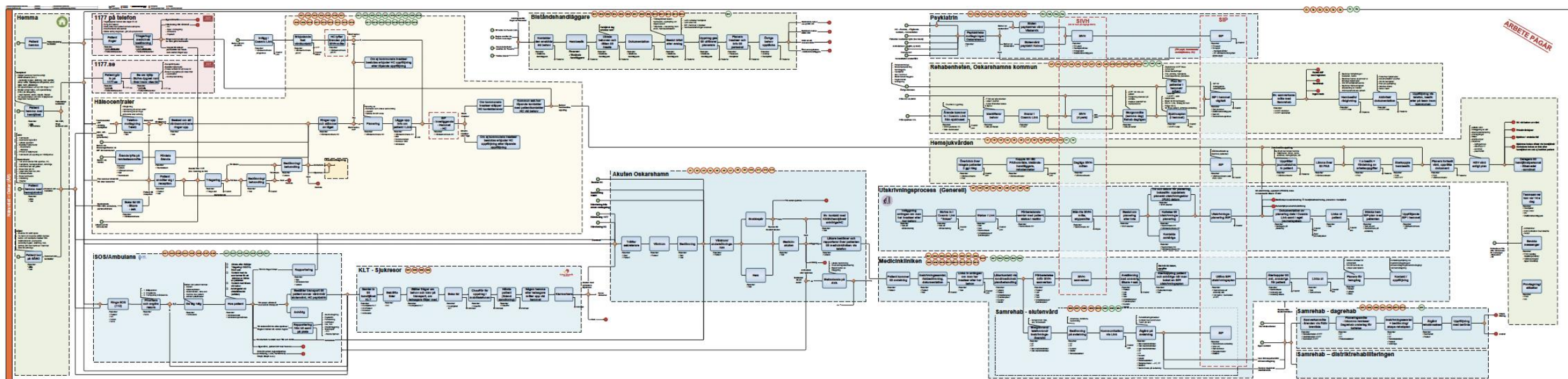
5300 pat. med komplex behov

92 000 har en kronisk sjukdom

45 000 har ingen kontakt med vården

- Skaffa kunskap kring sina egna patienter
 - Stort vårdbehov (RUB)
 - Mångbesökare

”Nu läge” – vilka felkopplingar/skav finns?



”Skav” som fanns i flödena

- Begreppsförvirring
- Utskrivningsprocessen
- Fast läkarkontakt
- Fast vårdkontakt
- Hälsofrämjande arbetssätt
- Fastställande av lämplig vårdnivå i god tid
- Förbättra vården i livets slutskede
- SVAS – Samtal vid allvarlig sjukdom
- Samordning psykiatri
- SIP i hemmet

Arbetet i OSKAR

- Styrgruppen fattade beslut kring vilka ”skav” man skulle börja med
- Arbetsgruppen delade upp sig och utförde olika tester med återkoppling till styrgruppen
- Under processen anordnades flera förankringsdagar

Nyhem – kommunens största boende

cirka 50 platser

- Läkarkontinuitet/Fast läkarkontakt
 - Arbetar med hela teamet kring patienten, de som träffar patienten dagligen
 - Vårdplan
 - Läkemedelsgenomgång
 - Beslut om lämplig vårdnivå
- färre antal insatser/frågor till beredskapsjouren samt färre antal besök/inläggningar på sjukhus
- Utbildning av personalen → engagerad personal, lättare att rekrytera, lägre sjukskrivningstal
 - Information till anhöriga → ökad kunskap kring vårdnivån, trygghet

Det som pågår nu...

På SÄBO

- Möjliggöra för enklare undersökningar på boendet
- Behandlingar på boendet i större utsträckning
- Fortsatt utbildning till personalen
- Spridning till samtliga boenden
- Inkluderat även hemsjukvårdspatienterna

I OSKAR

- Dashboard för att se patientrörlighet i realtid

Närsjukvård Oskarshamn - Tillsammans för en trygg och nära vård

- Stärka tillgängligheten på länets hälsocentraler - ersätta dagens primärvårdsjourer vardagar
- Utveckla och förändra befintliga akuta vårdflöden vid Oskarshamns sjukhus
- Utveckla medicinkliniken vid Oskarshamns sjukhus utifrån ett närsjukvårdskoncept

En styrgrupp/två arbetsgrupper/flera genomförandeteam



Tillsammans
för ett **friskare**
tryggare och
rikare liv

Nära dialog med invånare- ett kreativt exempel från Nordåker

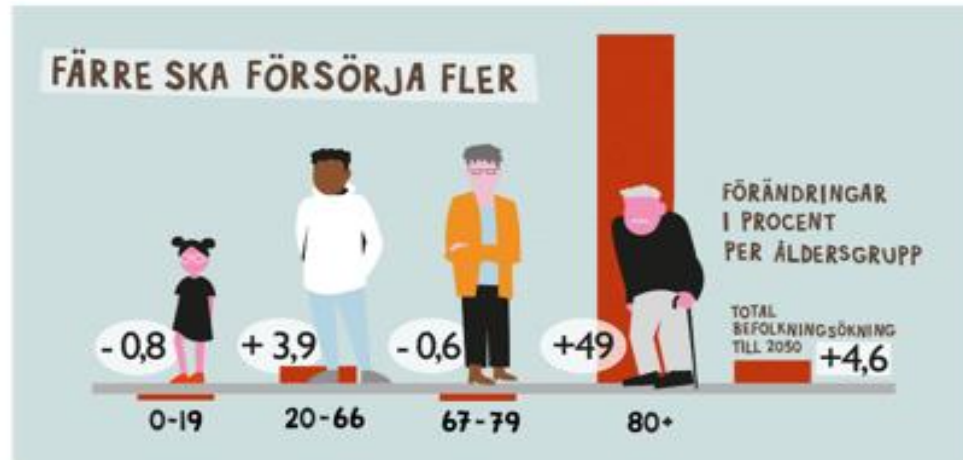
- Enhetschef med kollegor delar sina erfarenheter

Pilotprojekt Egenmonitorering - en del av God och nära vård

Varför behöver vi ändra arbetssätt?

Vikten av att överbrygga klyftor och samarbeta Region och Kommun tillsammans

Samhälle i förändring



Ökat behov av vårdpersonal

- När befolkningen i Sverige blir allt äldre ökar behovet av vård- och omsorgspersonal i välfärden.
- Vi behöver nya arbetssätt och kompetenser för att arbeta personcentrerat och möta de ökade vård- och omsorgsbehoven.
- Digitalisering är ett verktyg i omställningen som effektiviserar och frigör resurser till välfärden.



Egenmonitorering– Vad är egenmonitorering och vilka möjligheter skapar det?

Invånarna i Dalarna ska uppleva att den goda och nära vården finns tillgänglig när och där individen behöver den och att den är personcentrerad. Invånarna ska uppleva att regionen och kommunerna samarbetar och samverkar för att ge vården på rätt nivå och med rätt stöd i förhållande till behov och närhet, med fysiska, mobila och/eller digitala lösningar som gagnar invånarna i hela länet.

- Egenmonitorering – är **ett verktyg i omställningen till nära vård**
- Egenmonitorering innebär en löpande registrering, övervakning och bedömning av vården avseende en persons hälsotillstånd, där personen själv utför registreringen.
- I projektet används **ordinerad egenmonitorering**, vilket betyder att den beslutas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vården ansvarar för mätutrustning och hantering av inkomna data.

Egenmonitorering– Fördelar och effekter

Invånarna i Dalarna ska uppleva att den goda och nära vården finns tillgänglig när och där individen behöver den och att den är personcentrerad. Invånarna ska uppleva att regionen och kommunerna samarbetar och samverkar för att ge vården på rätt nivå och med rätt stöd i förhållande till behov och närhet, med fysiska, mobila och/eller digitala lösningar som gagnar invånarna i hela länet.

- **Patientens trygghet och delaktighet:**
Patienten får bättre sjukdomskontroll och blir mer aktiv i sin vård. Enkäter före och efter pilot visar ökad trygghet och delaktighet.
- **Proaktiv och individanpassad vård:**
Vården får tillgång till patientdata och kan agera förebyggande.
- **Bättre resursutnyttjande:**
Färre akuta vårdbesök.
Minskad återinskrivning inom 30 dagar för utvalda patientgrupper.
Färre vårdkontakter för vissa grupper.
Möjlighet att hantera fler patienter per sköterske/läkarresurs/dag.
- **Arbetsmiljö och effektivitet:**
Bättre arbetsmiljö för vårdpersonal och effektivare nyttjande av vårdens resurser.

Regionens tjänst för egenmonitorering

- **Teknikplattform:**
App och monitoreringsportal från **Cuviva**.
- **Språkstöd:**
Appen finns på **svenska, engelska, arabiska och somaliska**.
- **Utrustning:**
Sensorer förskrivs som hjälpmedel via **DHC**.
Ingår: **blodtrycksmätare, våg, saturationsmätare och termometer**.
Glukosmätare tillhandahålls enligt tidigare avtal.

- **Kostnad:**
Kostnadsfritt för patienten under **pilotperioden**
- **Support:**
Hjälpmedelscentralen ger support till användare och patienter **vardagar**.

Pilot Västerbergslagen

Samarbete med många aktörer

Projektgruppen består av deltagare från:

- Våra båda kommuner (Ludvika och Smedjebacken)
- Biståndsbedömare (bjöds in vb)
- Närakuten
- Ambulansen
- Vårdavdelningarna
- Medicinmottagningen
- Specialistsköterskor på VC
- Mobila teamet

Alla ska kunna initiera ett behov av egenmonitorering!

Samarbete med kommunerna

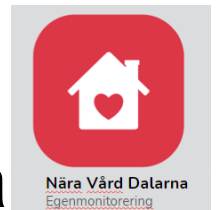
- Målet är att vi ska kunna dela data med våra kommuner
- Kommunerna ska ges läsbehörighet i systemet
- Möjlighet att chatta vårdpersonal emellan
- Alla ska kunna initiera egenmonitorering
- Snabbare och effektivare uppföljningar av patienternas hälsotillstånd
- Hemtjänsten - patientens förlängda arm (multisjuka)

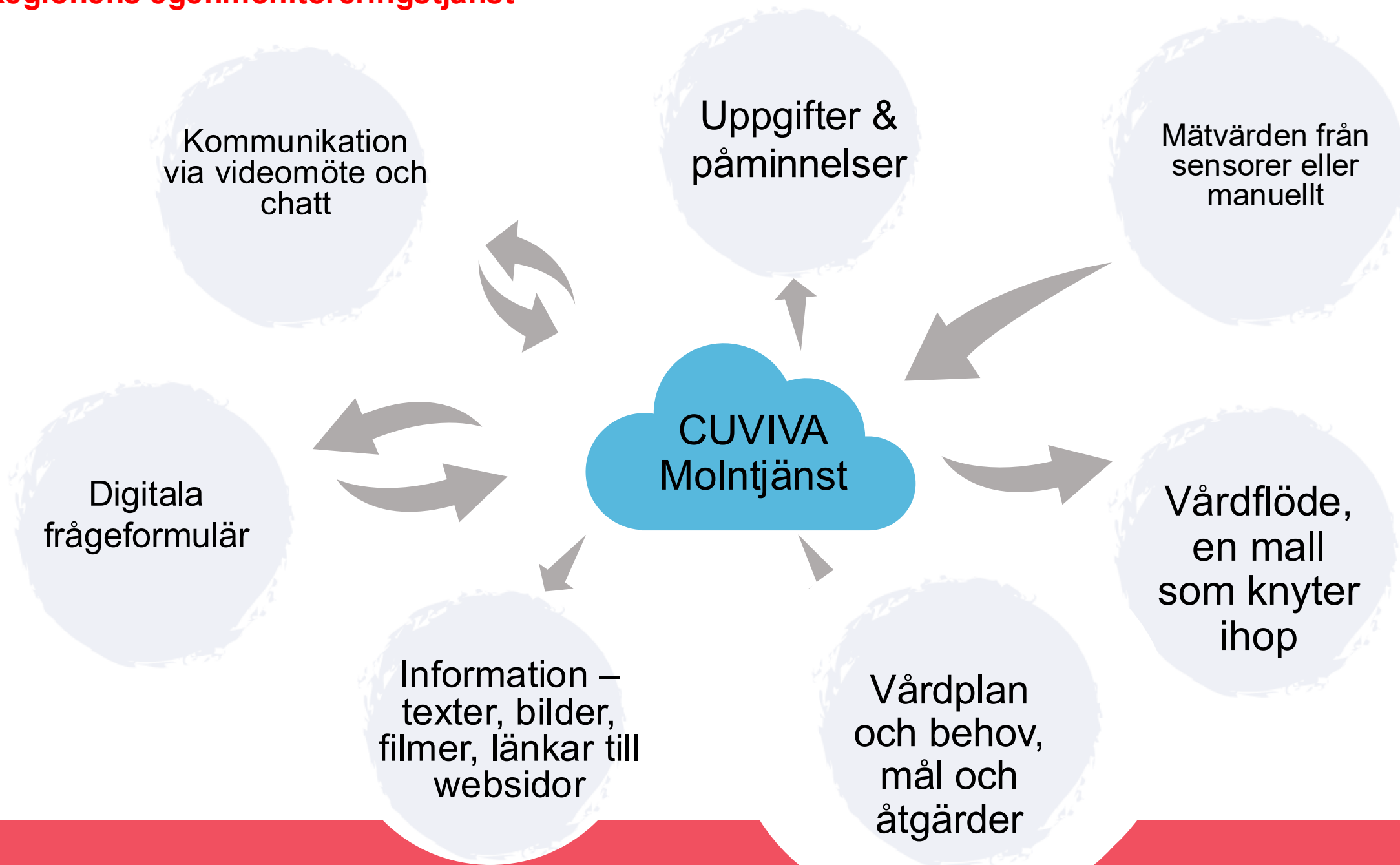
Mål med pilotprojektet för egenmonitorering

- **Verksamhetsutveckling:**
Testa ett nytt arbetssätt inom vården.
- **Metodutveckling:**
Utveckla och utvärdera metodik för egenmonitorering.
- **Patientperspektiv:**
Utvärdera patientens upplevelse av egenmonitorering som vårdform.
- **Personalperspektiv:**
Utvärdera personalens erfarenheter av att arbeta med egenmonitorering.
- **Medicinska resultat:**
Förbättra målvärden för patienter med högt blodtryck och diabetes.
Minska återinläggningar vid kroniska sjukdomar.
- **Effektivitet:**
Öka antalet patienter som en sjuksköterska eller läkare kan hantera per dag.

Start av egenmonitorering

- Vårdplan skapas och förankras med patienten.
- Mätutrustning (medicinsk apparatur) lånas ut till patienten.
- Start sker via SMS med instruktioner
- Appen Nära Vård Dalarna laddas ned till mobil eller surfplatta
- App och sensor kopplas via Bluetooth.
- Regelbunden uppföljning av inskickade värden och vårdplan
- Justering av behandling sker löpande vid behov.
- Monitoreringen avslutas när patienten uppnått målet i sin vårdplan.





Dataflöde

Cuviva Kontrolltorn



Mät
blodtryck



mät-
värden



Målgrupp för projektet?

- Projektet fokuserar på patienter i Västerbergslagen med instabila hälsovärden eller flera sjukhusinläggningar kopplade till kroniska sjukdomar.
- Patienter identifieras via Medrave och Vårdkartan 3.0 för att säkerställa rätt deltagare i projektet.
- Inkluderar patienter som har svårt att ta sig till vården och de som påbörjar nya läkemedelsbehandlingar med behov av tät uppföljning.
- Vården måste bedöma behov och patienten ska vara informerad och samtycka för att delta i egenmonitorering.

Primära målgrupper

Patienter som lämpar sig för **ordinerad egenmonitorering** är främst de som har **kroniska sjukdomar** eller tillstånd där kontinuerlig uppföljning är viktig.

- **Hjärtsvikt** – för att tidigt upptäcka försämring och undvika akuta insjuknanden.
- **Hypertoni (högt blodtryck)** – för att följa blodtrycksvärden och minska komplikationsrisk
- **Diabetes** – för att följa blodsockernivåer och vikt.
- **KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom)** – för att följa lungfunktion och syresättning.
- **Astma** – för att kontrollera symtom och lungfunktion.
- **Njursvikt** – för att övervaka vätskebalans och vikt.

Exempel på övriga användningsområden

- **Graviditetsdiabetes** – för att följa blodsocker under graviditet.
- **Levnadsvaneförändringar** – t.ex. viktkontroll, rökavvänjning
- **Hälsofrämjande syfte** – för att förebygga försämring hos riskgrupper innan de blir patienter. Ex FaR

En dag med egenmonitorering

- Vårdpersonalen använder ett digitalt kontrolltorn för att snabbt överblicka patienters mätvärden och status under dagen.
- Patienternas värden visas med färgkodning: **grönt** för normala, **gult** för avvikande och **rött** för kritiska värden för att underlätta prioritering.
- Sköterskor och läkare kommunicerar med patienterna via chatt, men möjlighet finns också att boka videobesök vb. Det är också möjligt att för vårdpersonal kommunicera via egen personalchatt.
- Egenmonitorering möjliggör effektivare arbetsdag och snabb återkoppling för kontinuerlig hälsouppföljning.

Exempel på hur patienternas dag kan se ut

- Blodtryckspatienter skickar in sina värden 2ggr/dag första veckan, därefter 3 ggr/v tills dess att patienten uppnått sitt målvärde som sätts upp då vårdplanen skapas dag 1.
- Patient som ska ställas in på insulin kan behöva skicka in upp till 7 värden/dygn.
- Hjärtsviktspatienterna tar vikt, blodtryck och svarar på en kort enkät 3ggr/vecka.
- Vid frågor och funderingar tar alla kontakt via chatten.

Effekter och nyttor – observationer

Effekter

- Vården upptäcker snabbt förändringar som behöver åtgärdas
- Snabbare och effektivare behandlingar och läkemedelsjusteringar
- Tydligare uppföljningar av patienter med kroniska sjukdomar

Nyttor

- Behovet av fysiska besök minskar hos samtliga monitorerade patienter
- Antalet oplanerade inläggningar minskar för multisjuka patienter inskrivna i monitoreringen
 - Medicinmottagning –
Hjärtsviktspatienter 0 inläggningar
250331-251111
- Minskade reskostnader för patient och region

Några aktuella aktiviteter

- Juridiska förutsättningar för delad data i egenmonitorering – en utmaning. Vi tittar gemensamt på vilka legala krav som finns för att dela data inom egenmonitorering med kommunerna.
 - Hantering av personuppgifter - Rättslig grund
 - Samtycke
- Nyttoanalys och nyttokalkyl inför breddinförande
- Verka för ett inriktningsbeslut från division och/eller Hälso- och sjukvården för att:
 - 1) Förbereda för ett breddinförande i primärvården
 - 2) Eventuellt ändra inriktning på projektet

Behov av egenmonitorering hos patient i ordinärt boende – monitoreringen ordineras av regionen

Regionens sjukvård eller **kommunal hemsjukvård** konstaterar behov av egenmonitorering ex en eller flera allvarliga kroniska sjukdomar.

Egenmonitorering ordineras **av Regionen**



Sjuksköterska

Individen utrustas, och introduceras i egenmonitorering **av regionen**. Patienten tar själv, eller med stöd av omsorg, mätvärden i hemmet. **Sjuksköterskan i kommunen** ges rätt att se värden och planer samt använda personalchatten

Patienten registrerar mätvärden från sensorer och svarar på enkäter. Patienten kan även kontakta **sjukvården** via chatt. **Sjukvården** värderar data med stöd av mjukvara och svarar i chatten.

Kommunsköterskan kontaktar vid behov regionen via chatt



Sjuksköterska

Regionens sjuksköterska kontaktar vid behov kommunsköterskan eller patientens teamläkare för bedömning/ordination



Individ

Mobiltelefon/Surfplatta samt för individen nödvändiga sensorer (exempelvis)

- Termometer
- Pulsoximeter
- Blodtrycksmonitor (blodtryck och puls)
- Våg
- Enkäter



Individ

Cuviva Control Tower and Technical Control Tower
Responsive Web application for Health care Professionals



Ingen åtgärd



Sjuksköterska

Åtgärd



Individ

Telefon,
Chatt,
Videobesök,
Hembesök



Läkare

Inläggning

Behandling /
ordination

Fortsatt egenmonitorering efter kontakt och/eller intervention av regionen

(Lay-out från Region Kalmar, anpassad efter situationen i Dalarna)

Start och tidsram för projektet

- Starten gick den 14/1 2025 för Primärvården och den 31/3 startade Medicinmottagningen/vårdavdelningen i Västerbergslagen med hjärtsviktspatienter.
- Maximalt ca 200 patienter i gång samtidigt i systemet.
- Pilot över 2 år innebär ett patientflöde på uppskattningsvis ca 1000 patienter.

Här hittar ni mer information om projektet och samt kontaktuppgifter

<https://www.regiondalarna.se/plus/vard/utveckling-och-utbildning/god-och-nara-vard/egenmonitorering/>



Reflektera över
ditt ledarskap

Leda omställningen till God och Nära vård - Reflektera över ditt eget ledarskap -
Hur stärkt och rustad känner du dig just nu? (skala 1-10)

Jag vet vilka som ingår i min systemledning och har kopplat ihop
mig med dem

7.7

Vi har ett inspirerande arbete i min systemledning

5.6

Min systemledning har hittat vårt varför - det som gör
omställningen till God och Nära vård viktig samt betydelsefull

5.6



Tack för ditt bidrag till ett stärkt
omställningsarbete i Dalarna!



God och nära vård i Dalarna

