# Framtidens Värmland

*Tillsammans utvecklar vi god och nära vård, hälsa & omsorg*

## Inspirationskonferens 2026



# Pass 1D - Sola

10:30-10:55

# Äldrevårdsteamet Karlstad – Nära vård för sköra äldre

# Äldrevårdsteam Karlstad

Inspirationskonferens 261119

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Äldrevårdsteam Karlstad

- Äldrevårdsteam Karlstad är ett samarbete över organisationsgränserna Region Värmland och Karlstads kommun. Startade hösten 2017

- Teamet består av 3 distriktssköterskor från Karlstads kommun, 3 specialistläkare, en ST-läkare och en distriktssköterska på 50% från Region Värmland. Till teamet finns även apotekare knutna

- Gemensamt ledarskap, en enhetschef från regionen och en från kommunen

- Uppdraget är att ge god allmänmedicinsk vård i hemmet, minska oplanerade inläggningar, öka tryggheten och kontinuiteten samt att vara ett stöd för patient, närstående och personal

- Målgruppen är de sköra äldre över 70 år. I ordinärt boende med kontinuerlig hemsjukvård, multisjuklighet och svårigheter att ta sig till vårdcentralen

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Modellen

Ansvaret som fast läkarkontakt i primärvård
och fast vårdkontakt övertas av läkare och sköterska i teamet.

Hemsjukvårdens patientansvariga sjuksköterskor får stöd och hjälp kring vården av de medborgare där det krävs ett mer intensivt och nära samarbete med primärvård och slutenvård.



Äldrevårdsteamet arbetar med besök i hemmet, både planerade och akuta.

Öppen rådgivningstelefon vardagar 08:30-16:00

Hemsjukvården når patientansvarig läkare på direktnummer dagtid.

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Arbetssätt

| Inskrivnings besök | Morgon möte | 3 månaders uppföljning | Oplanerade, akuta besök | Öppen telefon | Kontinuitet | Flexibilitet- Samverkan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alltid läkare tillsammans med patientansvarig sköterska i kommunen<br><br>• Riskbedömningar<br>• Skörhetsbedömning- CFS<br>• Läkemedels- genomgång ( apotekare med)<br>• Noggrann anamnes<br>• Aktuellt status kontrolleras<br>• Vitalparametrar/ undersökning<br>• Provtagning vid behov<br>• Munhälsa<br>• Samtal kring vårdbegränsning.<br>• Planering kring återbesök<br><br>Medicinsk vårdplan | Genomgång av dagens besök + genomgång av patienter på CSK för planering kring hemgång och uppföljning.<br><br>Max 30 min.<br><br>Alla sitter med, leder till en god kännedom om alla teamets patienter. Kan täcka upp för varandra. | Görs 3 månader efter inskrivning i teamet. Uppstart i maj 2023 då statistiken och upplevelsen i teamet var att patienterna som listades på var skörare och sjukare än tidigare. | Utifrån patientens behov och bedömning från patientansvarig sköterska i kommunen. Exempelvis efter sjukhusinläggning, akut försämring eller nytillkomna hälsoproblem. | Öppen telefon för patienter, närstående och kommunsjuksköterskor vardagar kl 08.30-16.<br><br>Kommunsköterskorna har direktnummer till läkarnas mobiltelefoner | Läkaren som skriver in patienten är sedan patientansvarig, Närstående ofta med på inskrivningsbesök.<br><br>Alltid samma sjuksköterskor som bemannar den öppna telefonen- känner teamets patienter. | Hembesöken görs av den profession, som utifrån patienters behov, är bäst lämpad.<br><br>Om patientansvarig sköterska i kommunen har förhinder så stöttar teamets sköterskor upp.<br><br>Läkarna täcker upp för varandra under ledighet- även under sommaren.<br><br>Allt fler ST läkare randar sig på teamet. Gör hembesök<br><br>Regelbunden uppföljning av statistik- anpassar arbetssätt.<br><br>Gemensamma APT/ möten (enhetschef från kommun resp region delar ansvar). |

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Apotekare knutna till teamet

Inför inskrivnings-besök

- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Journalanteckning/Diskussion med PAL
- Morgonmötet

- Även med på 3 månaders besök



# Effekter och uppföljning



HAFT MÖJLIGHET ATT FÖLJA DATA FRÅN START



KVALITATIV UTVÄRDERING 2019, PLANERING PÅGÅR FÖR EN NY!

Region Värmland

# Mätbara upplevelser

***”Resultaten av utvärderingen visar att både de multisjuka äldre och de professionella som arbetat, eller har kommit i kontakt med teamet, upplever att det Mobila resursteamets arbetssätt ger förhöjd upplevd kvalité i vården.”***

*”Ja, på akuten har jag inte varit. Ja, jag vet inte om jag har varit på akuten någon gång sedan dom kom.”*

*”Inte efter jag kom med i teamet.”*

*” Och det numret har jag fått och det går direkt till dom, så det går inte igenom några frågor med att trycka 1 och 2.”*

*”De svarar nästan med en gång.”*

***Två av tre läkare arbetar kvar sedan uppstart hösten 2017. Enda nyrekryteringen av läkare gjordes våren 2024 pga pensionsavgång.***

***Samma enhetschef från regionen sedan våren 2018.***

Citat från: Utvärdering av Mobilt resursteam Karlstad- FoU Välfärd Värmland 2019:1

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Besök på akutmottagning

Region Värmland

ANSVARIGENHETSNAMN (närsjukvårdsteam)

Äldrevårdcentral Karlstad

STARTDATUM

2017-09-06 — 2026-07-10

STATUS

☐ Avslutad
☐ Öppen

AKUTMOTTAGNING

Alla

**Jämförelse 90 dagar FÖRE anslutning och 90 dagar EFTER anslutning bland patienter som varit anslutna 90 dagar eller mer.**

**Jämförelse antalet besök på somatisk akutmottagning FÖRE och EFTER anslutning**

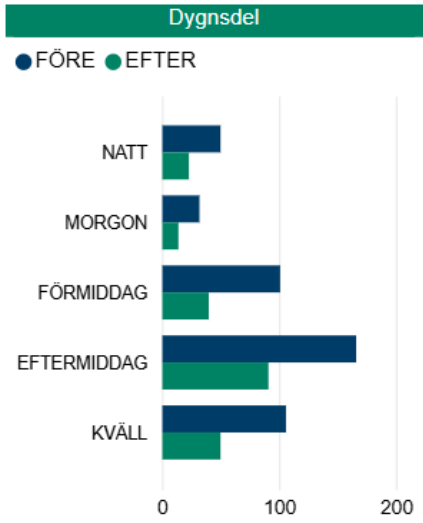
| Före | Före | Efter | Efter |
|---|---|---|---|
| 266 | 455 | 153 | 218 |
| Patienter besökte akuten | Besök på akutmottagning | Patienter besökte akuten | Besök på akutmottagning |

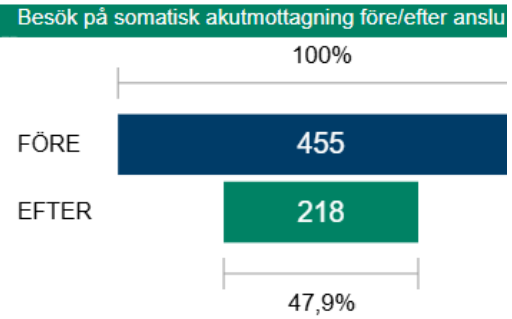
**Differens mellan före och efter**

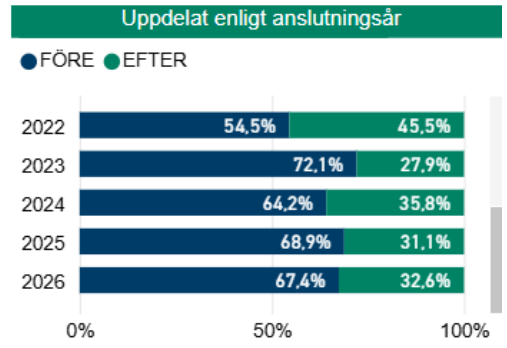
| -237 | -52,1 % |
|---|---|
| Diff i antal akutbesök | Diff i % akutbesök |

**Totalt sedan start**

| FÖRE/EFTER AKUTMOTTAGNING | FÖRE Besök | FÖRE Patienter | EFTER Besök | EFTER Patienter |
|---|---|---|---|---|
| **CENTRALSJUKHUSET I KARLSTAD** | **453** | **264** | **218** | **153** |
| AKUTMOTTAGNINGENS ALLMÄNMED SEKTION CENTRALSJUKHUS | 1 | 1 | | |
| INFEKTIONSKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 4 | 4 | 4 | 2 |
| KIRURGIKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 105 | 79 | 64 | 49 |
| KVINNOSJUKVÅRDEN | | | 1 | 1 |
| MEDICINKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 244 | 165 | 114 | 94 |
| NEUROLOGI- OCH REHABILITERINGSKLINIKEN | 27 | 26 | 8 | 8 |
| ORTOPEDI ARVIKA OCH KARLSTAD | 72 | 61 | 26 | 23 |
| ÖRON- NÄS- OCH HALSSJUKVÅRDEN | | | 1 | 1 |
| **SJUKHUSET I ARVIKA** | **1** | **1** | | |
| SLUTENVÅRDEN SJUKHUSET ARVIKA | 1 | 1 | | |
| **SJUKHUSET I TORSBY** | **1** | **1** | | |
| ORTOPEDI SJUKHUSET TORSBY | 1 | 1 | | |
| **Totalt** | **455** | **266** | **218** | **153** |



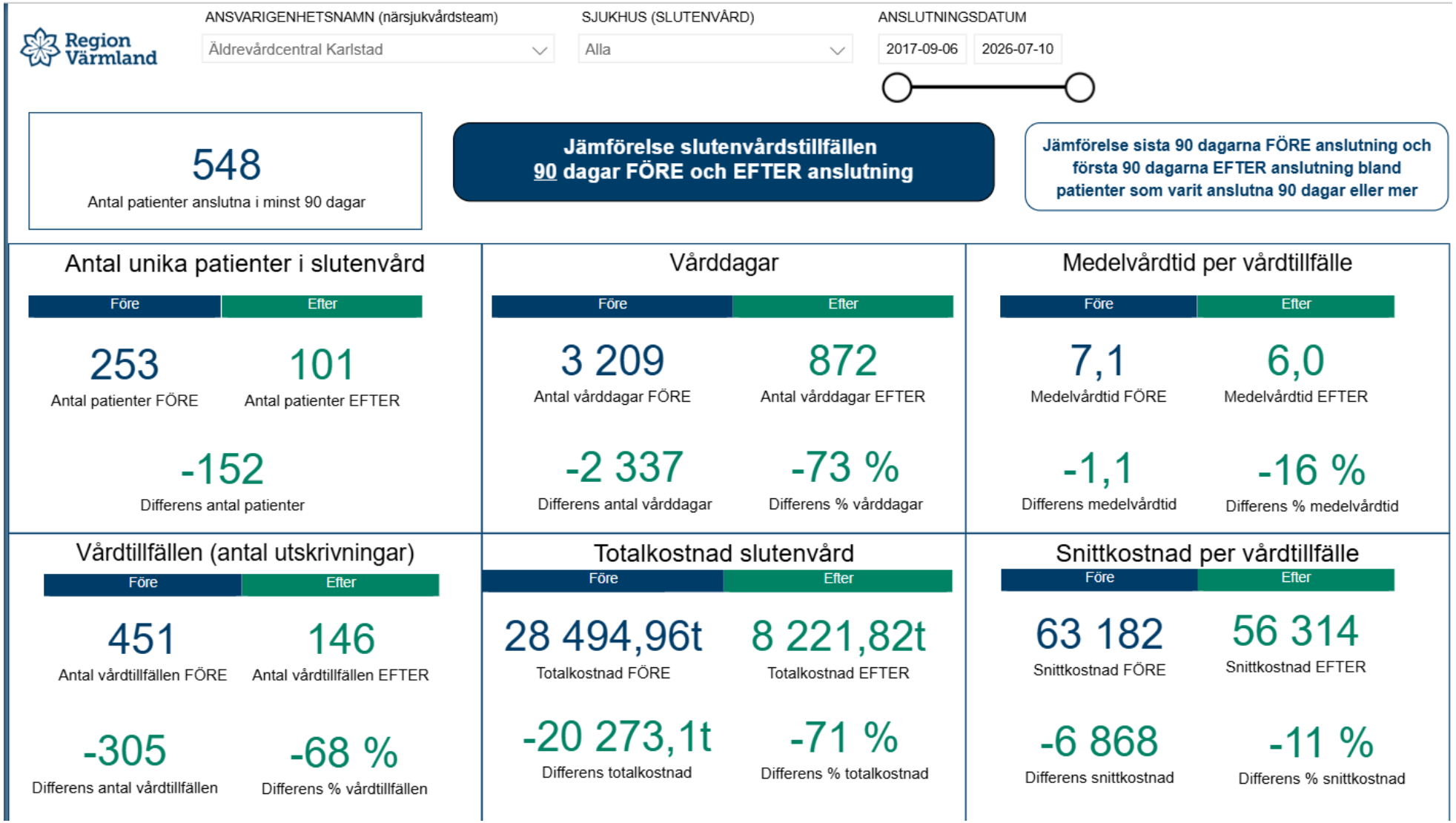

OM RAPPORTEN

**Lite mer utmaning / år men stabilt runt 35 % skillnad**

Region Värmland

# Slutenvårdstillfällen

**Samma individer före och efter anslutning**




Region Värmland

# Oplanerade återinskrivningar

ANSVARIGENHETSNAMN (närsjukvårdsteam

Äldrevårdcentral Karlstad

**Oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar från ordinärt eller särskilt boende enligt vald anslutningstid och under vald tidsperiod före och efter anslutning**

Minsta antalet dagar som ansluten

90 | 3223

**Före**

69

Antal återinskrivningar FÖRE

**Efter**

16

Antal återinskrivningar EFTER

-53

Differens antal återinskrivningar

-77 %

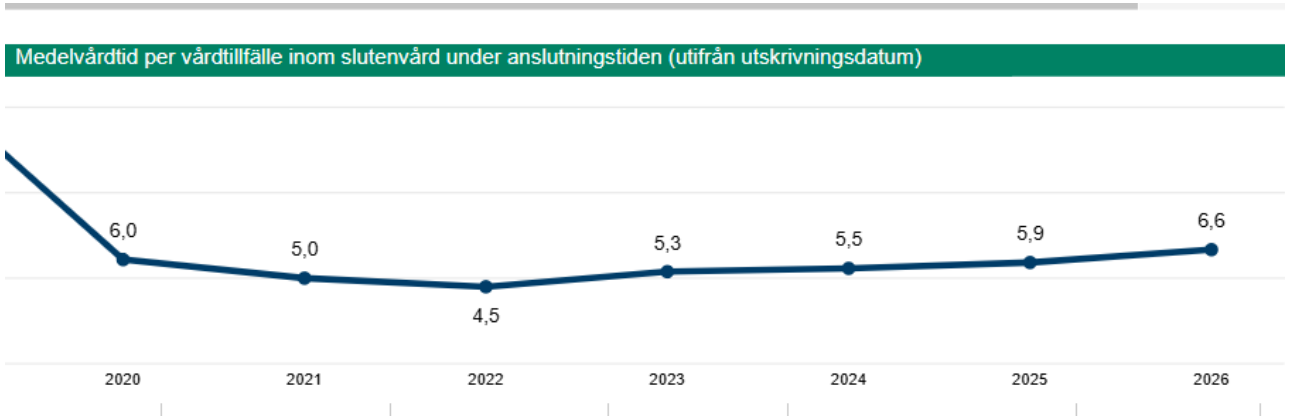
Differens % återinskrivningar

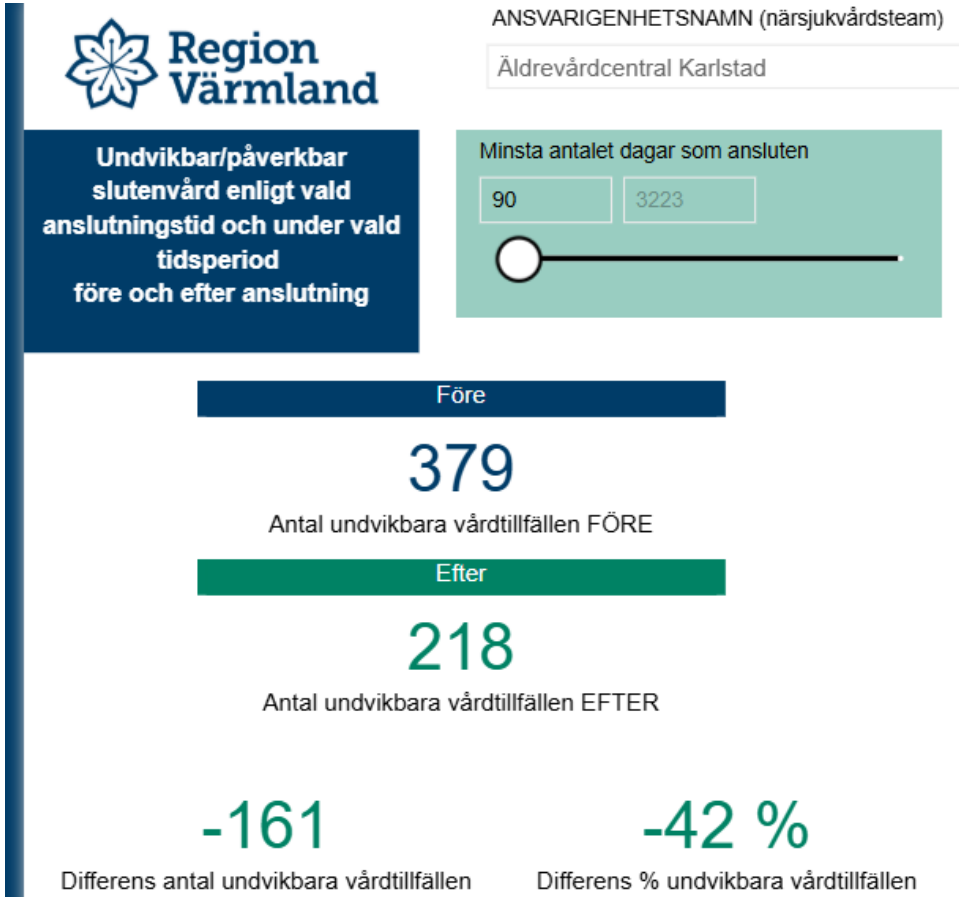
**Undvikbara slutenvårdstillfällen före/efter anslutning per utskrivande MAE**

| Inskrivande medicinskt ansvarig enhet | Antal undvikbara vårdtillfällen FÖRE | Antal undvikbara vårdtillfällen EFTER |
|---|---|---|
| ALLMÄNPSYKIATRISK SLUTENVÅRD | | 1 |
| HJÄRT- OCH AKUTMEDICINKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KA | 103 | 56 |
| INFEKTIONSKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 22 | 15 |
| KIRURGIKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 26 | 13 |
| KVINNOSJUKVÅRDEN | | 1 |
| MEDICIN SJUKHUSET TORSBY | 1 | |
| MEDICINKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 126 | 76 |
| NEUROLOGI- OCH REHABILITERINGSKLINIKEN | 30 | 17 |
| NJURMEDICINKLINIKEN CENTRALSJUKHUSET KARLSTAD | 29 | 13 |
| NÄRVÅRDEN KRISTINEHAMN | 9 | 8 |
| NÄRVÅRDEN SÄFFLE | 9 | 8 |
| ORTOPEDI ARVIKA OCH KARLSTAD | 21 | 10 |
| SLUTENVÅRDEN SJUKHUSET ARVIKA | 2 | |
| ÖRON- NÄS- OCH HALSSJUKVÅRDEN | 1 | |
| **Totalt** | **379** | **218** |

# Undvikbar slutenvård

En trend kopplat till allt sjukare patienter?




Region Värmland

# DSK utökat uppdrag utanför ÄVT

**(patienter som inte är anslutna till teamet. Uppdragen kommer från vårdcentralerna, pat på  SÄBO och ordinärt boende, immobila patienter)**

Mars – Dec 2025,

48 st besök. EKG toppar

Jan 26 - 30/9 2026

78 besök, Ferinject, Zoledronsyra, EKG, minnestest

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Förändring över tid

- Från idé och start som ”vårdcentral för äldre” till behovsstyrd vård för våra sköraste äldre
- Fler akuta besök
- Tillägg 3 månaders besök efter anslutning ( pga en negativ trend i uppföljning)
- Egen enhet utanför vårdval



KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Samorganisering

- En grundidé ( kommunen lokaler och möblering av kontor, regionen medicinsk utrustning, fordon ca 50/50)
- Lösningsfokuserat förhållningssätt
- Mandat från högre ledning
- Samma lokal. Samma rum. Nära till dialog.

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Gemensamt ledarskap

- Olika förutsättningar (tid) över tid - men alltid **gemensamt**
- Enhetschef från regionen kontor i teamets (kommunens) lokaler
- Regelbundna avstämningar
- Enkla kontaktvägar
- Gemensamma APT, från 2025 även gemensam skyddsrond
- Egna professionsmöten vid behov
- Styrgrupp ( verksamhetschefer+ enhetschefer), max en gång per termin. Löser det mesta löpande.

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Varför funkar det?

- Meningsfullt uppdrag
- Medarbetarna trivs och väljer att stanna
- Morgonmöten: delaktighet, information, gröna korset
- Ödmjukhet inför olikheterna mellan våra verksamheter
- Viljan att utmana och lära nytt
- Studiebesök och gemensamma verksamhetsdagar 1-2 ggr/ år

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# SPIN-OFF Äldrevårdteamet

- Regionsanställd DSK i samverkan kring medborgare på kommunens växelvård och trygghetsplatser
- Randningar för ST läkare ökar Allmänmedicin, psykiatri och geriatrik
- Psykosocialt stöd till sköra äldre med palliativt vårdbehov Projektfinansiering RCC

- Gemensam utbildning och kompetensutveckling, ex
  - Demens
  - Skörhetsbedömning
  - Svåra samtal
  - Hot och våld – fokus hembesök

KARLSTAD.SE

Region Värmland

# Utmaningar framåt

Utveckla äldrevårdsteam i **samverkan**- vad behöver VC/kommunen. Vad behöver våra patienter?

- fortsätta göra det som funkar! Kontinuitet **och** förändring
- tydlighet regionsbudget
- utveckla samverkan mellan Äldrevårdsteam Karlstad, regionens övrig mobila team och vårdcentraler
- att utveckla ett gemensamt kompetenscentrum för äldres hälsa som driver utvecklingen av den medicinska utvecklingen som krävs för att möta framtidens utmaningar.

KARLSTAD.SE

Region Värmland



KARLSTAD.SE

# Frågor?

helen.jansson@regionvarmland.se

johanna.almstrom@karlstad.se

Region Värmland

# Framtidens Värmland

*Tillsammans utvecklar vi god och nära vård, hälsa & omsorg*

## Inspirationskonferens 2026



# Pass 2C - Sola

11:40-12:05

# Bryggan

# Bryggan

Inspirationsdagarna 2026

Region Värmland

TORSBY KOMMUN

Värmlands läns vårdförbund

# Samsjuklighetsutredningen -En reform med tio bärande delar



| | |
|---|---|
| 1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. | 6. En samordnad vård- och stödverksamhet för dem med stora samordningsbehov ska finnas överallt. |
| 2. Behandlingen ska ges samordnat med behandling av andra psykiatriska tillstånd. | 7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet. |
| 3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagning som alla regioner ska erbjuda. | 8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas. |
| 4. Uppsökande och förebyggande insatser, social trygghet, anhörigstöd samt insatser till barn och unga ska vara fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten. | 9. Sammanhållen uppföljning ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. |
| 5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. | 10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska utformas. |

# Respektive huvudmans ansvar och det gemensamma.

De blå rutorna representerar regionernas ansvar

De gula rutorna reprsenterar kommunernas ansvar

De gröna rutorna representerar det gemensamma ansvaret

*Reformens 10 bärande delar*

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt förtydligat uppdrag för socialtjänsten
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet
8. Ett program för förstärkt brukar- inflytande och stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av områden skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys utredningen presenterar i betänkandet.

Värmlands läns vårdförbund

# När systemens komplexitet blir individens – Ingen människa är organiserad som våra verksamheter

-Personer med samsjuklighet behöver ofta insatser från flera verksamheter. Varje verksamhet kan göra ett gott arbete, men olika lagstiftningar, uppdrag, ingångar och tidsramar gör att insatserna sällan bildar en sammanhållen helhet.

**Det är inte alltid människans behov som är komplexa. Ofta är det systemen runt människan som är komplexa.**
**”Förenkla kanaler in till varandras verksamheter”**

-Bryggan skapades för att flytta fokus från organisatoriska gränser till individens samlade behov genom förena viktiga funktioner under samma tak i regelbundna träffar veckovis. Arbetssättet har bidragit till förstärkt samarbete, kunskapsutbyte för ökad förståelse om varandras uppdrag och framförallt förtydliga vem som kan göra vad utifrån individens behov




Värmlands läns vårdförbund

# Bryggan – en modell för samordnad vårdkedja

- Pilotmodell-nära samarbete mellan Torsby kommun och Region Värmland med stöd av Värmlands läns vårdförbund
- Bryggans arbete ska kopplas till bla samsjuklighetsutredningens bärande delar och målbilder ur ett patient/brukarperspektiv
- Hitta arbetsformer som avhjälper brister i samordning och samverkan vid komplexa tillstånd
- Utveckla arbetsformer som innebär integrerad verksamhet med vård- och stödsamordning

Värmlands läns vårdförbund

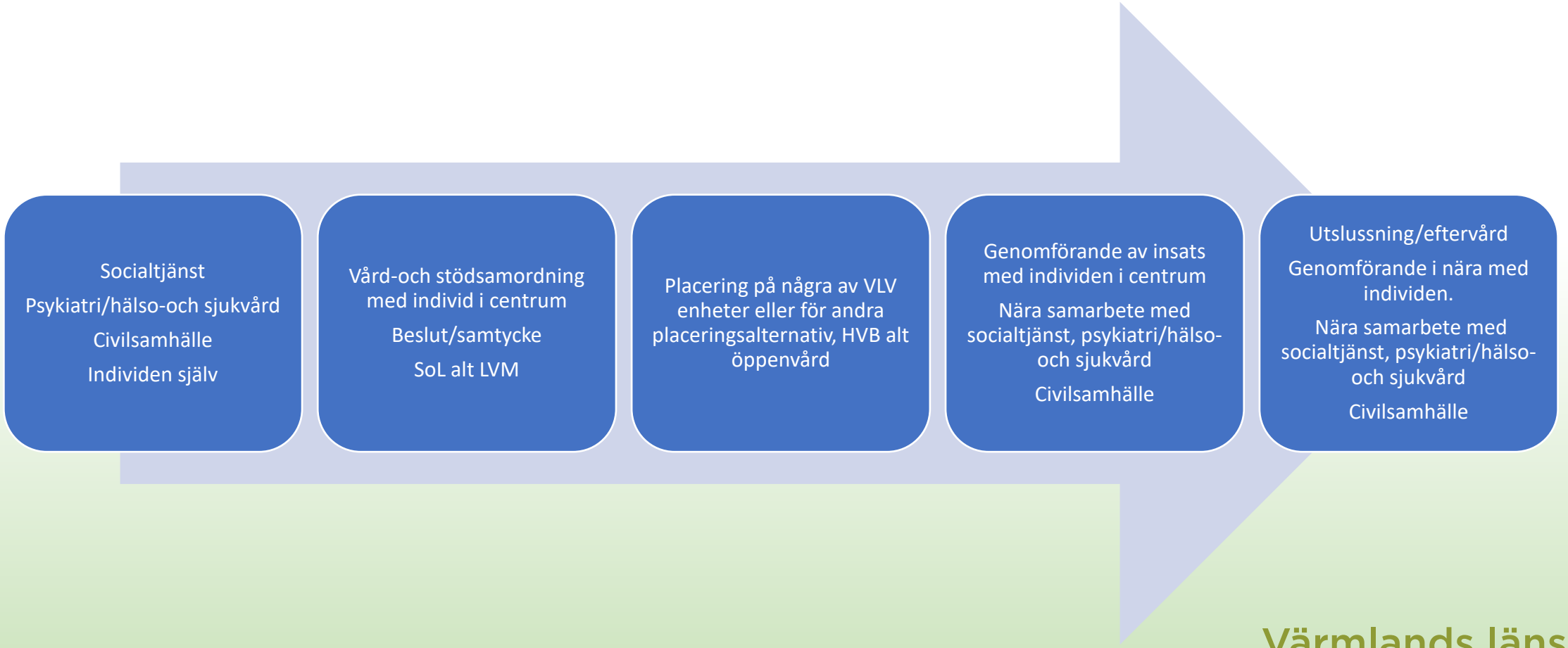
*”Projektet är ett resultat av en process där lokala chefer inom Torsby kommun och inom Region Värmland (Torsby) bestämde sig för att helt enkelt ”köra” och testa, utifrån de behov de sett finns enligt nedan”*

## Sammanfattning av vad Bryggan har identifierat

- Bristande kontinuitet
- Glapp mellan huvudmän
- Otydliga ansvar
- Fragmenterade processer
- Bryggan blev den saknade länken mellan verksamheterna.
- Bryggan som samarbetsforum mellan lokala verksamheter i Torsby kommun och Region Värmland

Värmlands läns vårdförbund

# Process sammanhållen vårdkedja




Värmlands läns vårdförbund

# Brukarens röst i centrum

- Flytta fokus från organisation till individ.
- Skapa trygghet, tillit och tillgänglighet.
- Möjliggöra inflytande och delaktighet.
- Uppföljning genom intervjuer med brukarna i Bryggan.

Värmlands läns vårdförbund

# Bryggans arbetsstruktur med fyra faser

**Identifiering av målgrupp**

Rätt personer identifieras med tydliga kriterier via kommun, region eller primärvård för skadligt bruk och samsjuklighet.

**Inhämtande av samtycke**

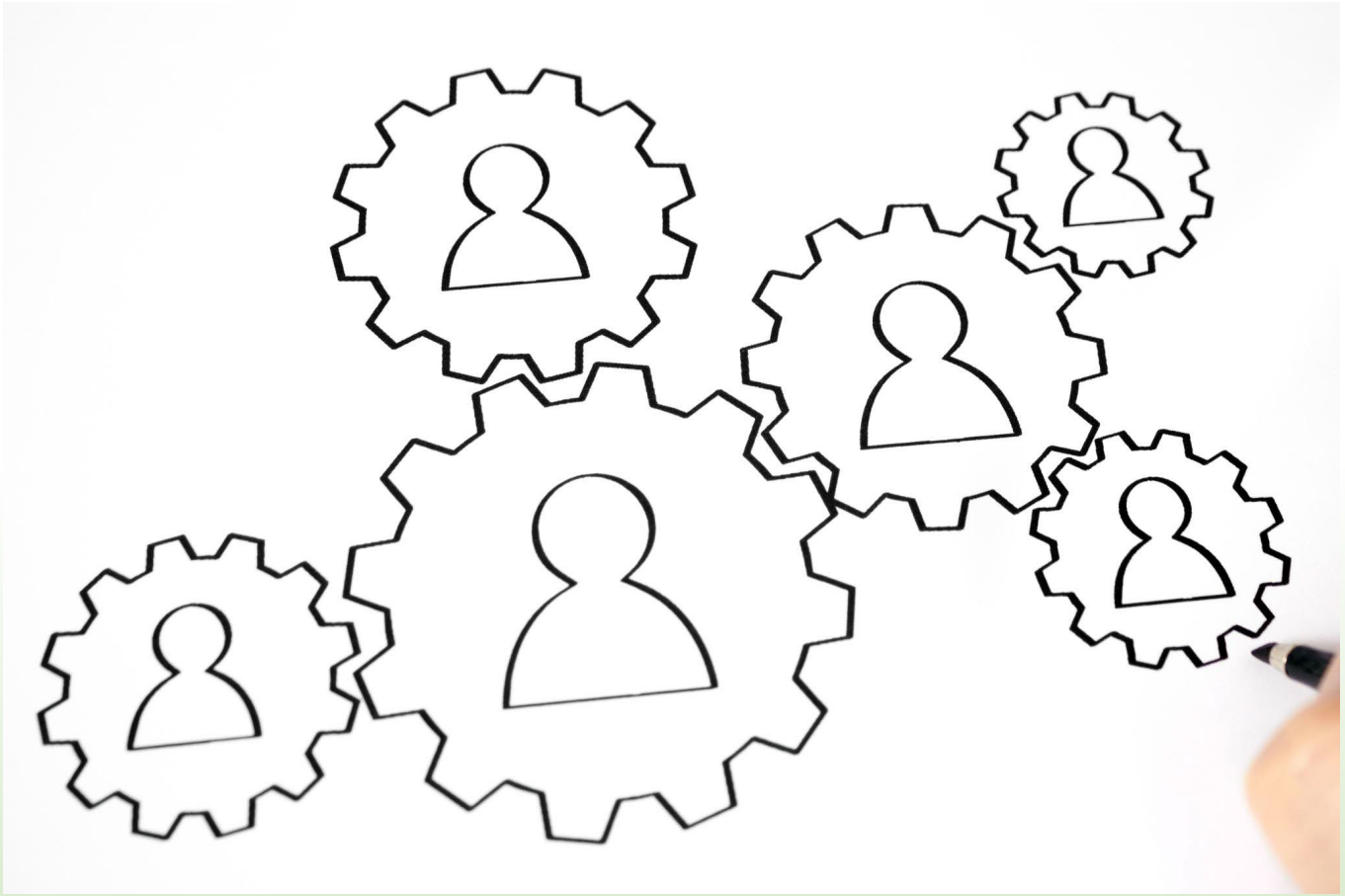
Informerat samtycke inhämtas för laglig och etisk samverkan, vilket möjliggör informationsdelning och gemensam planering.

**Helhetskartläggning av behov**

Kartläggningen omfattar resurser, mål, förmågor och tidigare erfarenheter med ASI för en strukturerad bild.

**Nätverkskartläggning och personcentrering**

Identifierar närstående och professionella kontakter samt inkluderar individens berättelse för ökad delaktighet och förtroende.



Värmlands läns vårdförbund

# Planeringsfas – Gemensam målbild och samordning

**Gemensam målbild**

Planeringsfasen skapar en gemensam och tydlig målbild med långsiktiga och kortsiktiga mål anpassade efter individens behov. Detta samlas I en samordningsplan som ansvaras av vård- och stödsamordnaren

**Ansvarsfördelning**

Tydlig ansvarsfördelning minskar glapp och dubbelarbete genom att klargöra aktörernas roller och kommunikation.

**Evidensbaserade strategier**

Strategier och åtgärder baseras på evidens och anpassas efter individens kognitiva, sociala och medicinska förutsättningar.

**Delaktighet och självbestämmande**

Individens och närståendes roller tydliggörs för att stärka delaktighet och självbestämmande i planen.




rmlands läns vårdförbund

# Genomförandefas – Samordning, uppsökande arbete och stöd

**Aktiv samordning**

Samordning säkerställer att rätt insats ges vid rätt tidpunkt med tydlig kommunikation mellan aktörer. SIP kan bli aktuell om fler aktörer behöver samordnas

**Uppsökande arbete**

Personal möter individen i dennes miljö för att underlätta stöd till personer med komplexa behov.

**Stödjande miljö**

Skapa trygghet genom att anpassa krav och minska stress i individens vardag.

**Löpande avstämningar**

Kontinuerlig dialog mellan aktörer möjliggör tidiga justeringar och hållbar förändring.



Värmlands läns vårdförbund

# Processkedjan i Bryggan




Värmlands läns vårdförbund

# Utmaningar

- olika journalsystem
- olika lagstiftningar
- olika uppdrag
- olika chefskedjor
- olika kulturer



Värmlands läns vårdförbund

# Vad gjorde skillnad

- ✅ Veckovisa möten
- ✅ Gemensam målbild
- ✅ Relationer mellan professioner
- ✅ Mod att lämna stuprören

Värmlands läns vårdförbund

# Verksamhetsperspektiv till individperspektiv

**Gamla logiken**

- ❑ min verksamhet
- ❑ min budget
- ❑ mitt uppdrag

**Ny logik**

- ✓ individens mål
- ✓ gemensamt ansvar
- ✓ gemensam plan

Värmlands läns vårdförbund

# Vad säger evidensen?

## Forskningen pekar åt samma håll

- **Integrerade insatser**

Ger bättre resultat än parallella vårdspår.

- **Kontinuitet**

Ökar sannolikheten att personer stannar kvar i behandling.

- **Gemensam planering**

Minskar risken för glapp mellan aktörer.

Värmlands läns vårdförbund

# Bryggans viktigaste lärdom

- Bryggans arbetssätt är egentligen inte nytt, vi gör det som forskningen redan säger fungerar

- Samordning uppstår inte genom beslut

- Samordning uppstår när människor från olika organisationertar gemensamt ansvar för samma person.

Värmlands läns vårdförbund

# Framtidens Värmland

*Tillsammans utvecklar vi god och nära vård, hälsa & omsorg*

## Inspirationskonferens 2026



# Pass 3C - Sola

11:40-12:05

# Sammanhållen planering 1177 - en plan, många aktörer, nästa steg för nära vård i Värmland

# Framtidens Värmland

*Tillsammans utvecklar vi god och nära vård, hälsa & omsorg*




## Sammanhållen planering på 1177 – en plan, många aktörer, nästa steg för nära vård i Värmland

För Selmas skull


Anna Hellberg, biträdande verksamhetschef, Vård och omsorg Karlstad kommun

**Birgitta Hjerpe, utvecklingsledare, Region Värmland**

**Isa Nyberg, verksamhetschef och MAS, Vård och omsorg Hagfors kommun**



# 1177 – ett världsledande koncept

- **99 procent av befolkningen** känner till 1177
- Ca **20 miljoner besök** på den öppna delen av 1177 per månad, 34 miljoner som mest (under pandemin)
- **18 miljoner inloggningar varje månad**, för att läsa provsvar och journalanteckningar, boka tid, förnya recept, kommunicera med vården osv
- Över **10 miljoner invånare** har ett personligt konto på 1177.se
- Omkring **3 400 000 ggr googlas** 1177 i månaden




inera

# Sammanhållen planering i 1177

En plan. Flera aktörer. Gemensamt mål.

## Idag

Stuprör och många kontaktvägar

**Flera system**
Information spridd på olika ställen

**Flera kontaktvägar**
Invånaren behöver själv hålla ihop

**Otydligt ansvar**
Risk för missförstånd och glapp

**Invånaren söker svar**
Svårt att få en helhetsbild

**Sammanhållen planering i 1177**

*Från dagens utmaningar till morgondagens möjligheter.*

## Imorgon

Gemensam riktning och ökad trygghet

**Gemensam planering**
Samma information, samma mål

**Samordnad information**
Enklare och mer tillgängligt

**Tydligare samverkan**
Ansvar och roller är tydliga

**Invånaren i centrum**
Större delaktighet och trygghet




DELAKTIGHET • SAMORDNING • TRYGGHET

En mer sammanhållen nära vård

# Sammanhållen planering på 1177

- Sammanhållen planering på 1177 är namnet på det initiativ på Inera som syftar till att skapa en samlad och personanpassad digital översikt av invånarens vård- och omsorgsärenden på 1177.
- Denna översikt ska ge både invånare och medarbetare bättre förutsättningar för delaktighet, kontinuitet och trygghet, i linje med målen i Nära vård.



# Sammanhållen planering 1177 etapp 1



## Fasta kontakter





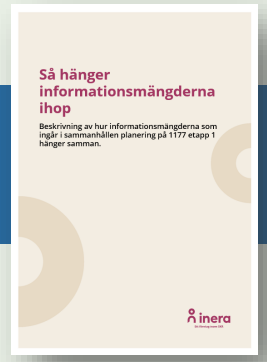

## Dokumenterad överenskommelse






## Planer




**Sammanfattande dokument**

– Så hänger informationsmängderna ihop

# Sammanhållen planering 1177 etapp 2 – pågår

- Fokus på lösningar och ökad anslutning
- Lösningar för
  -Fasta kontakter
  -Dokumenterad överenskommelse
  -Vård och omsorgsplaner
- Nationellt bredinförande av fasta kontakter
- Piloter och införandestöd
- Förbättrad information och funktionalitet kring läkemedel
- Utredning av vårdens och omsorgens tillgång till den sammanhållna planeringen

# Från nationell målbild till regional riktning

**Varför gör vi detta?**
*(Nationell målbild och sammanhållen planering)*

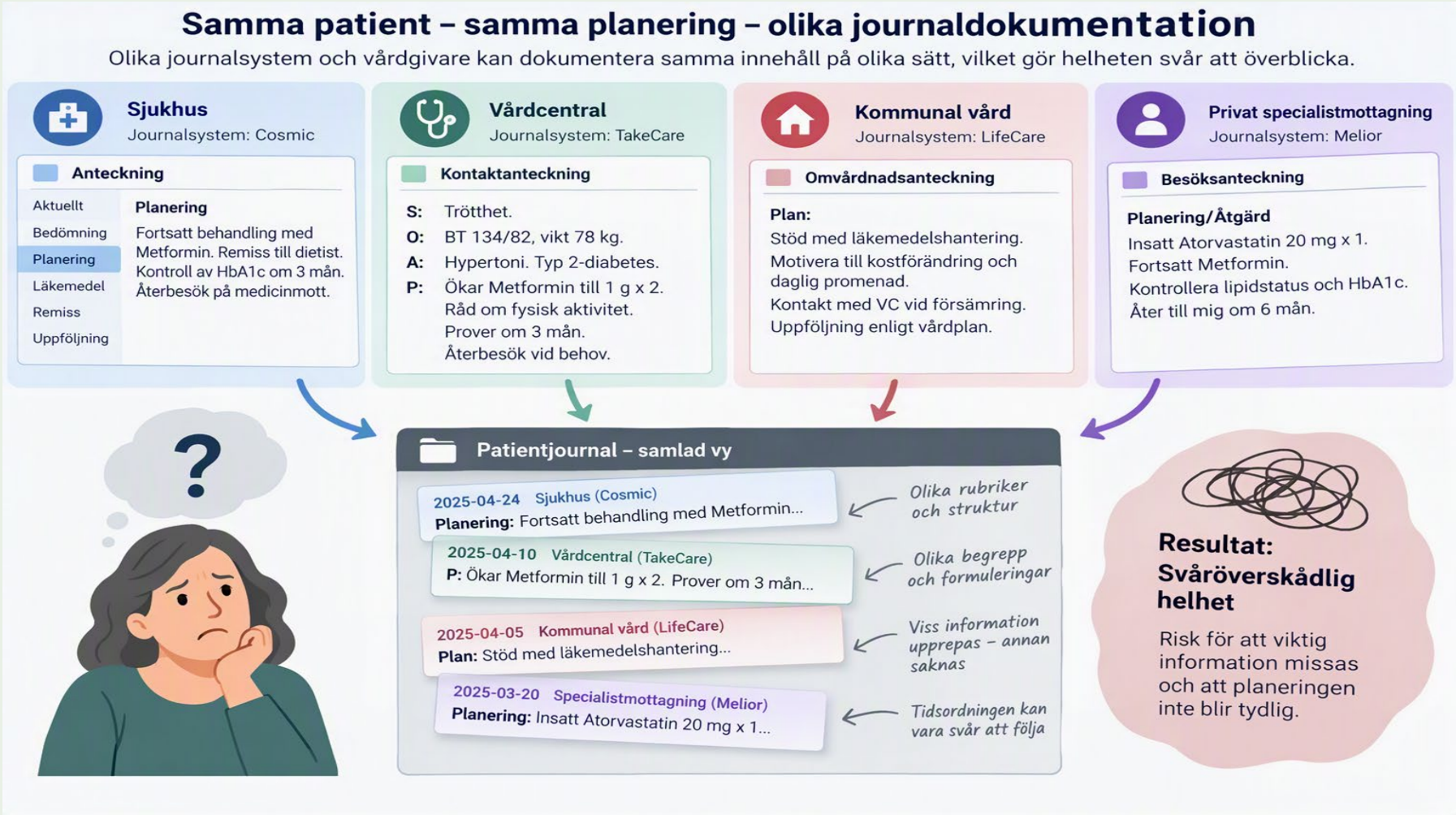
1

**Vad betyder det för Värmland?**
*(Regional inriktning och nyttor)*

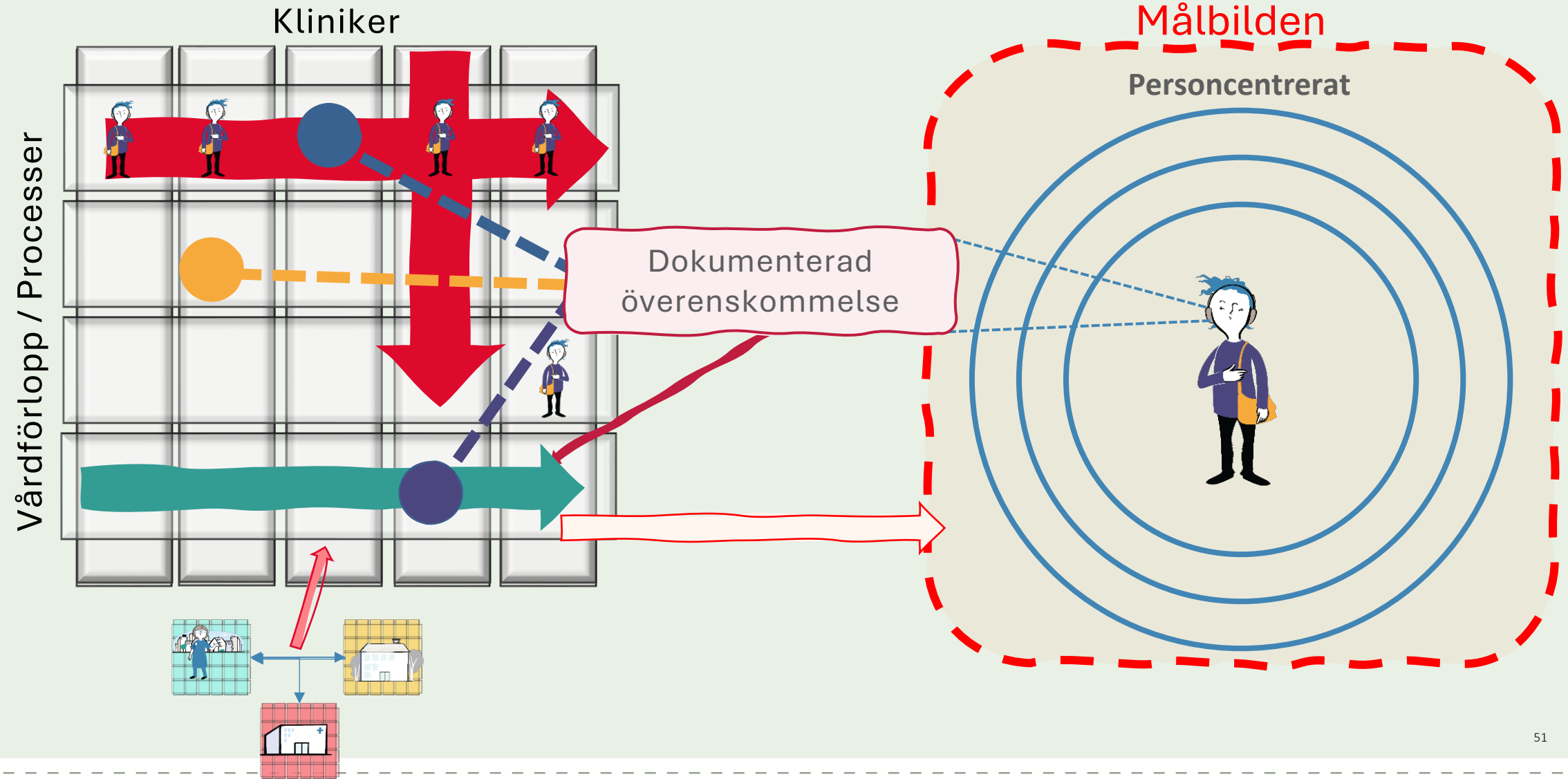
2

**Hur tar vi arbetet vidare?**
*(Samverkan, förankring och nästa steg)*

# Samma planering dokumenteras på olika sätt på olika ställen



# Grunden i sammanhållen planering - samverkan



# Dokumenterad överenskommelse är grunden

Vad är viktigt för mig?

## Överenskommelse

**Patienten mål**
Svarar på vad som är viktigt för personen för ett gott liv

**Patientens åtagande**
Vad personen själv ska göra

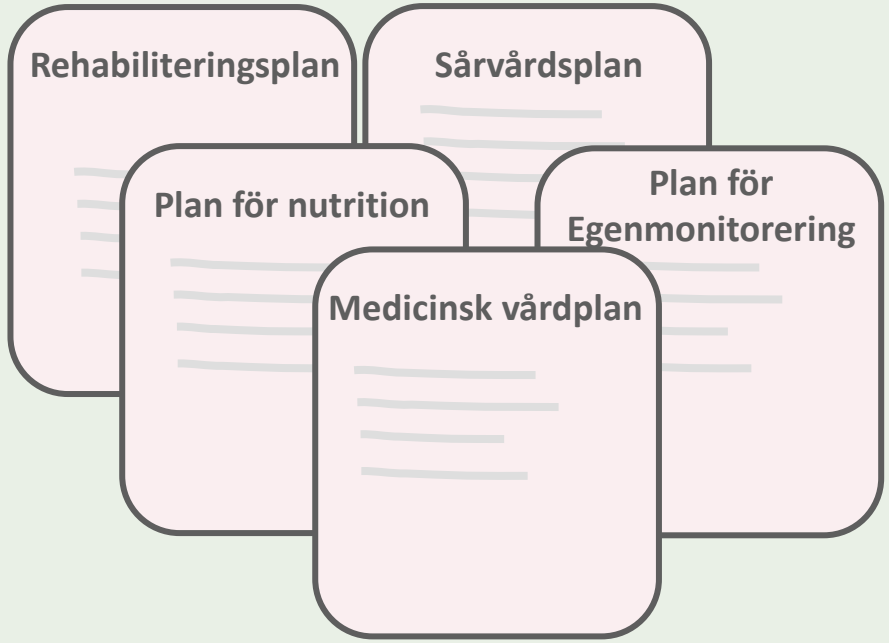
**Kontaktperson**

**Vårdens åtagande**
Vad vården ska göra

**Nästa steg**

**För alla patienter**
Personligt mål / mitt mål

**För patienter med ett utökat behov**
Planer ska ha fokus på att patienten ska kunna uppnå sitt mål som du hittar i överenskommelsen




- Dokumentationen är vårdens kvalitetssäkring
- Dokumenterad överenskommelse visar hur vården utgår från personens behov och förutsättningar samt visar patientens delaktighet

# Från pilot till sammanhållen vård

*Två länspiloter visar hur gemensamma begrepp och vårdplaner kan skapa en sammanhållen planering över organisationsgränser*



# Selma

Diabetes typ 1

Medicinska vårdplanen upplevs tydlig och lätt att läsa

Informationen spridd

1177 Journal och NPÖ



Säker digital kommunikation (SDK)

Allvarlig incident

Medicinsk vårdplan -komplement till aktuell läkemedelslista

Arbetsprocesser och systemstöd

Dokumenterad överenskommelse

Läkemedelsregistrering av insulinordinationer i Cosmic och Pascal

Vård och omsorgsplan

Fasta kontakter

# Selmas medicinska vårdplan

**Plan** 2025-06-16 15:30
Diabetesmottagning med plan
Nicklasson, Alice (Diabetessjuksköterska) Endokrin- och diabetescentrum medicinkliniken
Medicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad

**Åtgärder**

| | |
|---|---|
| **Dokumenterad överenskommelse** | Uppföljning |
| Patientens mål | God diabeteskontroll och livskvalitet utan allvarliga symtom på högt- eller lågt blodsocker. |
| Patientens ansvar | Att [illegible] hjälp som erbjuds från såväl medicinsk personal samt omvårdnadspersonal.<br>Att påtala behov av eller försämrat hälsotillstånd. |
| Vårdens och omsorgens ansvar | Att följa patientens medicinska plan avseende blodsockerkontroller, insulininjektioner samt övrig instruktioner. |
| **Fasta kontakter** | |
| Fast vårdkontakt | Sjuksköterska Nathalie Persen. |
| Andra kontakter | Ansvarig diabetesläkare Aleksandra Klimek-Baranowska.<br>Ansvarig diabetessjuksköterska Alice Nicklasson.<br>Fotterapeut Anna Blom. |
| Planer | Uppföljning medicinsk plan |
| **Läkemedelsordination Diabetes typ 1** | Snabbverkande insulin<br>Långtidsverkande insulin<br>Blodsockerkontroll, sensor<br>Blodsockerkontroll, teststicka |
| Mål | Undvika hypoglykemi och symtomgivande hyperglykemi<br>Blodsockervärde 8 [illegible] mmol/l. HbA1c 60 - 70 mmol/mol |
| Kontroll blodsocker | Före måltid. Vid blodsocker mindre än 4 eller mer än 20 mmol/l, genomför kapillär blodsockerkontroll. Genomför även en ny kapillär blodsockerkontroll 2 timmar efter måltid. |
| Långtidsverkande insulin | Administreras i låret<br>Ges oavsett blodsockervärde<br>Variera insticksställe vid varje injektion.<br>Tresiba 24 + 0 + 0 + 0 E. |

Dokumenterad överenskommelse

Fasta kontakter

Plan

Plan

| | |
|---|---|
| Snabbverkande insulin | Administreras i buk<br>Ges innan måltid 3 gånger per dag. Vid osäkert matintag kan dosen ges direkt efter maten<br>Dosera utifrån aktuellt blodsockervärde, se läkemedelslista<br>Variera insticksställe vid varje injektion. |
| Insulindosering vid blodsockervärde: | mindre än 5 mmol/l<br>Snabbverkande insulin: Novorapid<br>Morgon: 5 E Lunch: 5 E Middag: 4 E Kväll: 0 E |
| Insulindosering vid blodsockervärde: | 5,0 - 12,0 mmol/l<br>Snabbverkande insulin: Novorapid<br>Morgon: 8 E Lunch: 8 E Middag: 6 E Kväll: 0 E |
| Insulindosering vid blodsockervärde: | 12,1 - 18,0 mmol/l<br>Snabbverkande insulin: Novorapid<br>Morgon: 10 E Lunch: 10 E Middag: 8 E Kväll: 0 E |
| Insulindosering vid blodsockervärde: | mer än 18,1 mmol/l<br>Snabbverkande insulin: Novorapid<br>Morgon: 11 E Lunch: 11 E Middag: 9 E Kväll: 0 E |
| Vid lågt blodsocker mindre än 5 mmol/l | Inför natt erbjud extra kolhydrater<br>Om personen har ett symtomgivande lågt blodsocker eller blodsocker under 4 mmol/l ges 3-4 druvsockertabletter med vatten alternativt 2 dl söt saft, juice eller nyponsoppa.<br>Förutsatt att patienten kan svälja.<br>Om blodsocker 4-5 mmol/l ges 20 g kolhydrater exempel frukt eller smörgås. |
| Korrektionsdos vid högt blodsocker mer än 20 mmol/l | Ta ett kapillärt blodsocker- och ketonvärde med mätaren GlucoMen Areo 2K.<br>Minst 2 timmar efter föregående dos, ge korttidsverkande insulin 4 E insulinsort Novorapid.<br><br>Ny kapillär blodsockerkontroll efter 2-3 timmar.<br>Ta ett nytt ketonvärde om föregående ketonvärde var mellan 0,6-1,4 mmol/l (eller mer).<br><br>Fortsatt mer än 20 mmol/l eller ett avvikande ketonvärde, kontakt med sjuksköterska. |
| Planering | Återbesök till diabetessjuksköterska Alice Nicklasson 22/8.<br>Om upprepade problem med hypoglykemier eller längre period med hyperglykemi kontaktas Endokrin- och diabetescentrum. |

# Gustaf

Komplexa vårdbehov

1177 Journal och NPÖ

Informationen spridd



Säker digital kommunikation (SDK)

Sammanhållen vårdplanering – enkel åtkomst och uppdatering

Sjukvårdsplanen finns tillgänglig i patientens hem

Arbetsprocesser och systemstöd

Strukturerad dokumentation för samordnad vård och behandling

Sjukvårdsplanen upplevs som tydlig och informativ

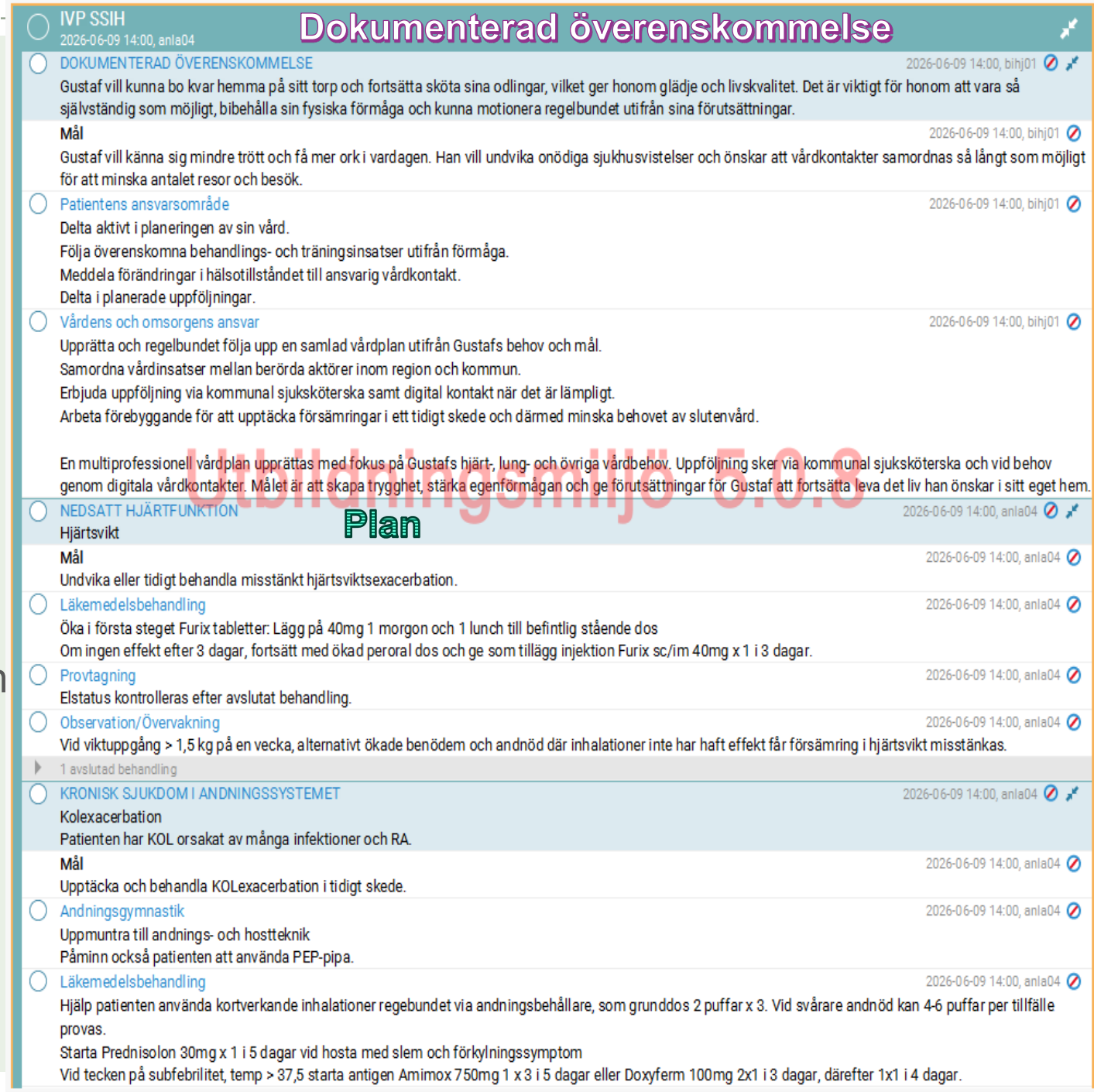
Dokumenterad överenskommelse

Vård och omsorgsplan

Fasta kontakter

# Från Gustafs mål till samordnande insatser

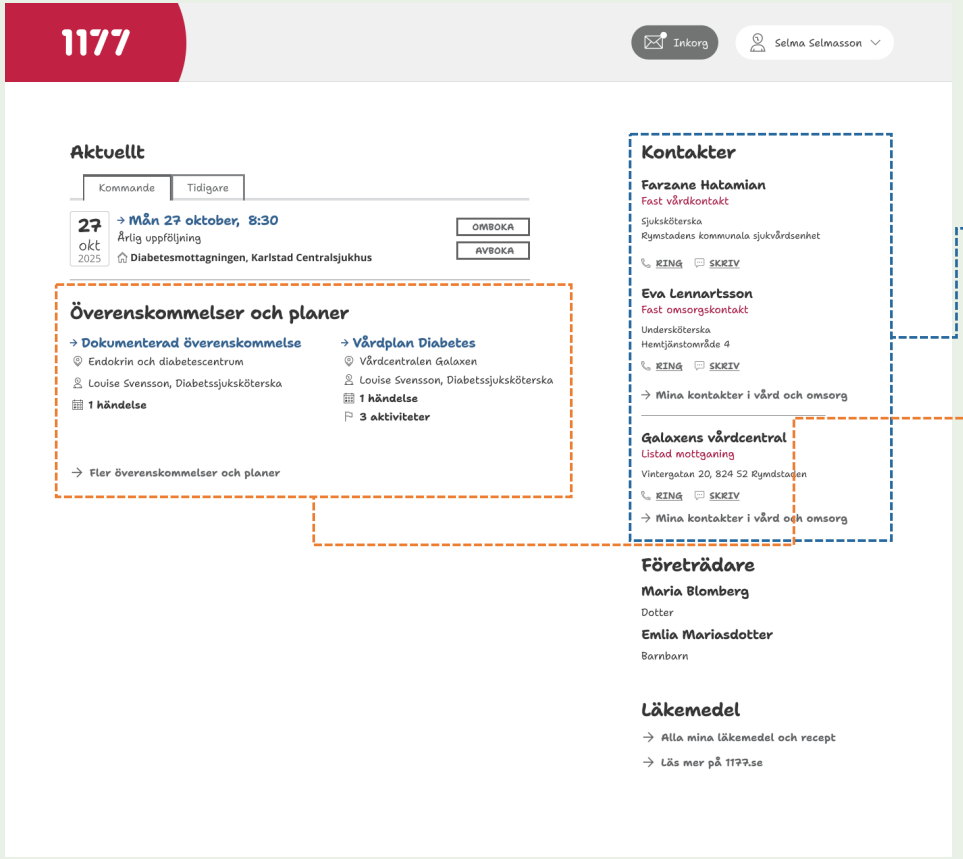
- Dokumenterad överenskommelse beskriver vad som är viktigt för Gustaf
- Vårdplanen samlar mål, vårdbehov och planerade insatser
- Medicinska, omvårdnads-och rehabiliterande åtgärder i samman plan
- En gemensam överblick för alla involverade aktörer
- Enklare att uppdatera och följa upp vården över tid



*OBS! Skisser*

# Fasta kontakter, vårdplan och dokumenterad överenskommelse samlat

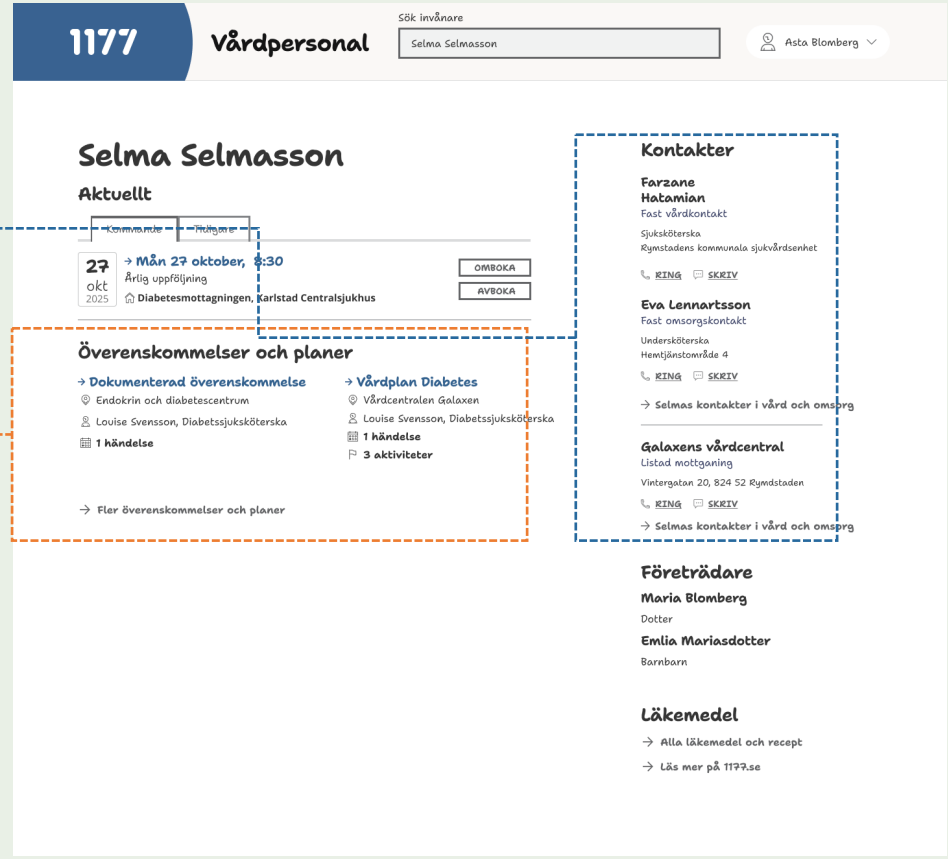
*För patienten:*




Fasta vårdkontakter

Överenskommelser och planer

*För personalen:*





# För Selmas skull

- Text: Anna Hellberg
- Musik: AI
- För Selmas skull




**Värmlands kommuner | Region Värmland**

**regionvarmland.se/naravard**