

# Digitala möjligheter som stöd i den nära vården

## Projektrapport



<b>1</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>8</b>
2.1	Omställning till Nära vård.....	8
2.2	Syfte och mål med projektet .....	9
2.3	Hur rapporten ska läsas.....	10
<b>3</b>	<b>Det digitala nuläget.....</b>	<b>12</b>
3.1	Överenskommelser och sammanhållen planering.....	12
3.2	Fast vårdkontakt, fast omsorgskontakt och fast läkarkontakt .....	17
3.3	Samordnad vårdplanering.....	19
3.4	Säker kommunikation mellan kommun, region och myndigheter.....	20
3.5	Digitala möjligheter i Personcentrerade Sammanhållna Vårdförlopp (PSVF) .....	22
3.6	Vård- och omsorgspersonalens tillgång till journalinformation.....	23
3.7	Egenmonitorering .....	25
3.8	Behandlingar, undersökningar och stöd på distans.....	27
3.9	Läkemedelsanvändning.....	29
3.10	Symtombedömning, hänvisning och chatt eller videobesök.....	30
3.11	Frågor inför och efter kontakt med vården .....	31
3.12	En väg in psykisk hälsa .....	32
3.13	Trygg hemma .....	32
3.14	Läkarmedverkan i hemmet eller som specialistkonsult .....	33
3.15	Levnadsberättelse och patientens berättelse.....	34
3.16	Samverkan mellan region och kommun – “Samarbetsvård”.....	35
<b>4</b>	<b>Framtida behov .....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>Vägledande utgångspunkter för genomförande.....</b>	<b>39</b>
5.1	Grundprinciper för att ta vara på digitaliseringens potential i omställningen till Nära vård	41

5.2	Förhållningssätt eller förbättringsområden, baserat på nuläget.....	43
5.3	Nyttoanalys och nyttokalkyl.....	46
<b>6</b>	<b>Nyläge med förslag på prioriterade insatser .....</b>	<b>48</b>
6.1	Digitalt stöd vid kronisk sjukdom.....	49
6.2	Kunskapsstöd till patienten .....	51
6.3	Individens egna beslutsstöd.....	52
6.4	Läkemedelsanvändning.....	53
6.5	Alla delar sin information och data .....	54
6.6	Sammanhållen planering – En sammanhållen vy på 1177.se.....	55
6.7	Fokus på hälsa .....	57
6.8	Populationshälsa .....	58
<b>7</b>	<b>Bilaga 1: Utvärdering – pilot sammanhållen planering fas 2.....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Bilaga 2: Digitala stöd vid kronisk sjukdom .....</b>	<b>60</b>
<b>9</b>	<b>Bilaga 3: Läkemedelsanvändning.....</b>	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>Projektgrupp .....</b>	<b>61</b>
<b>11</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>61</b>
11.1	Rapporter och webbreferenser .....	61
11.2	Nationella nätverk.....	62
11.3	Fokusgrupper och workshops.....	62
11.4	Personer.....	62

## Dokumenthistorik

Utgåva	Datum	Beskrivning
0.1	2021-10-25	Första rubrikstruktur
0.2	2021-11-15	Första version med löptext
0.3	2021-12-06	Genomgång i arbetsgruppen
0.4	2021-12-14	Första utgåva till styrgruppen
0.5	2022-02-21	Justeringar efter styrgruppsmöte 4 februari
1.0	2022-02-21	Ytterligare mindre justeringar

## 1 Sammanfattning

Behovet av digitala lösningar som stöd i den nära vården i Sverige är stort, både när det gäller att skapa förutsättningar för individen att vara en aktiv medskapare, ta stort eget ansvar för sin hälsa och vara delaktig i en sammanhållen vård och omsorg. Behoven är också stora för alla aktörer kring individen som ska jobba proaktivt och hälsofrämjande och ha förutsättningar att ge bästa möjliga vård och omsorg.

Digitala lösningar är en självklar och naturlig del av dagens vårdutbud. Invånaren ska kunna utföra sina ärenden själva och få stöd på ett enkelt och smidigt sätt utifrån individens behov. Patienterna vill ha möjlighet till digital dialog och utifrån sina behov, vilja och förmåga kunna påverka och vara delaktiga i utformandet av allt som påverkar den egna hälsan och vardagen. Det innebär att det behöver finnas flera olika tjänster för samma behov så olika individers behov kan tillgodoses. I den nära vården kan vi dra nytta av digitala lösningar för att möta patientens behov av olika lösningar vid olika tillfällen.

Delarna inom patientkontrakt är centrala för realiseringen av strategin för en nära vård. Det omfattar bland annat en sammanhållen planering som ska innehålla kontaktuppgifter till berörda vård- och omsorgskontakter, gällande vårdplaner och överenskommelser, egenvårdsråd, läkemedel och andra behandlingar samt vad som är nästa steg och alla bokade tider. Den sammanhållna planeringen ska vara gemensam för alla aktörer och stödja både patienten, närstående samt medarbetare i vård och omsorg. Interoperabilitet, det vill säga att IT-system kan kommunicera med varandra och journalinformation görs tillgänglig på ett standardiserat sätt, är en förutsättning för att kunna skapa gemensamma digitala översikter och sammanhålla planer.

### Det digitala nuläget

Det pågår redan idag mycket arbete med digitala lösningar som stödjer omställning till Nära vård. I sammanfattningen lyfter vi fram fem områden som är extra påtagliga och där arbetet behöver intensifieras (läs mer på sidan 12):

- **Sammanhållen planering och överenskommelser** – Det pågår sedan många år arbete i hela landet för att få till sammanhållen planering och vårdplaner inom olika områden. Dessa vårdplaner dokumenteras idag på papper eller digitalt på olika sätt i vårdgivarnas egna journalsystem. Patienten och närstående har oftast inte tillgång till planeringen

digitalt mer än som PDF eller i löpande anteckning i journalen via nätet. Många lyfter behov av nationell samordning, nationella standard och struktur vid dokumentation av vårdplaner och överenskommelser. Behovet av bättre översikt genom en delad vy för patienter och närstående på 1177.se samt för vård och omsorgspersonal lyfts också.

- **Fasta vård- och omsorgskontakter** – Hur fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och fast omsorgskontakt dokumenteras och informeras om till patient och närstående skiljer sig åt mellan regionerna och kommunerna. Patienter och närstående behöver tydliga och enkla sätt att hitta och kommunicera med den/de fasta vårdkontakterna. Inom detta område finns stora behov av att tydliggöra rollerna, nationell teknisk standardisering och förbättrade kontaktvägar.
- **Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF)** – I PSVF för Hjärtsvikt, nydebuterad, lyfts potentialen med digitalisering. Flera olika exempel på digitala initiativ vid omhändertagande av hjärtsvikt lyfts fram samtidigt som det konstateras att täckningsgraden nationellt är låg. Olika digitala initiativ testas ofta lokalt och flera små studier har genomförts men ytterligare forskning behövs. En slutsats är att ”det finns uppenbarligen stor potential i att kunna förbättra vården med olika digitala lösningar” samtidigt som det konstateras att tekniska och juridiska frågor behöver hanteras. Det finns också en stor potential att utveckla digitala lösningar för att stödja patientens förmåga till delaktighet och samskapande kopplat till de olika vårdförloppen.
- **Läkemedelsanvändning** – Det finns flera utmaningar med dagens läkemedelsanvändning som kan förbättras med digitala lösningar. Patienten behöver en komplett lista över sina läkemedel, bättre förståelse för varför läkemedlet ska tas, tydlighet kring utbyte till generika, tydlighet av vilket apotek som har läkemedlet och förbättrad uppföljning.
- **Egenmonitorering** – Dagens lösningar är ofta specifika för en viss diagnos. Flera regioner lyfter behovet av ett mer generellt ekosystem där data och mätningar från patienten kan hanteras oavsett diagnos eller typ av utrustning/sensor utifrån nationell standard. De stora vinsterna av egenmonitorering görs om nya arbetssätt införs.

### Vägledande utgångspunkter för genomförande

För att ta vara på potentialen i de digitala lösningarna och hur dessa stödjer omställningen till Nära vård bör tre grundprinciper vara vägledande i det fortsatta arbetet (läs mer på sidan 39):

- Det som kan göras av patienten själv ska kunna göras av patienten
- Starta med det digitala, addera det fysiska vid behov - "Digital först fysiskt om det behövs"
- Låt den "nya vårdformen" växa så att det stärker det traditionella hälso- och sjukvårdssystemet

### Nyläge med förslag på prioriterade insatser

Avslutningsvis beskrivs åtta områden där det finns extra stort behov att med digitalisering stödja omställning till Nära vård. Varje område beskrivs kort tillsammans med värde, nyttor och förslag på prioriterade insatser inom respektive område (läs mer på sidan 48):

1. Digitalt stöd vid kronisk sjukdom
2. Kunskapsstöd till patienten
3. Individens egna beslutsstöd
4. Läkemedelsanvändning
5. Alla delar information och data
6. Sammanhållen planering
7. Fokus på hälsa
8. Populationshälsa

## 2 Bakgrund

### 2.1 Omställning till Nära vård

Genom goda livsvillkor i samhället och utveckling av hälso- och sjukvården lever vi allt längre i dag. Det har lett till att fler lever med kroniska sjukdomar och långvariga hälsotillstånd. I dag lever ungefär varannan invånare i Sverige med en eller flera kroniska sjukdomar. Samtidigt pågår en stor omställning av samhället där digitalisering spelar en avgörande roll. Detta skapar nya möjligheter och förväntningar från invånarna.

När behoven och förväntningarna förändras, måste också hälso- och sjukvården förändras. Idag vittnar många om att vården och omsorgen är mer organiserad utifrån vårdens logik än utifrån patient- och brukarperspektiv. Tillgänglighet, bemötande, samordning och kontinuitet behöver förbättras. Att ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen till en mer nära vård möjliggör detta. För att den nära vården ska bli verklighet behöver vården samordnas och hänga ihop oavsett huvudman eller vårdaktör.

Nära vård tar sin utgångspunkt i ett personcentrerat förhållningssätt. Kännetecknande för den nära vården är att den möter invånaren där hen är. Personen är en aktiv partner och medskapande i sin vård och hälsa utifrån sina behov, förmågor och preferenser.

Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan och där patienten kan vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Målet är också en mer effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser.

Omställningen till nära vård ändrar fokus för hälso-, sjukvård och omsorg. Man kan likna den vid en rörelse som går från att fokusera på organisation till relation, från att vara reaktiv till att bli förebyggande, och från en fragmentiserad till en sammanhängande vård och omsorg. För patienten innebär rörelsen att man blir en aktiv medskapare istället för



en passiv mottagare av vårdens tjänster. Digitalisering stödjer den önskade fokusfölyttningen.



## 2.2 Syfte och mål med projektet

- Syftet med projektet är att belysa digitala möjligheter som stödjer omställning till Nära vård, det personcentrerade synsättet, patientkontrakt, de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen och sammanhållen planering.
- Undersöka förutsättningar och krav på en teknisk utveckling i kommunala och regionala hälso- och sjukvården.
- Att stimulera en rörelse och dra nytta av de nationella tjänster som redan finns i regionerna är ett viktigt steg för att arbeta med de digitala möjligheterna.

### Målen för projektet är att:

- Beskriva det **digitala nuläget** och en analys som visualiserar behov och utmaningar. Klargöra vad som bör göras nationellt och vad som görs bäst kommunalt och regionalt.
- Ta fram förslag på **genomförandestrategi** och principer för att omställning till digitala arbetssätt ska ske samt en **färdplan** som beskriver nyläge och den önskade fölyttningen från nuläge till nyläge.

- Ta fram **ett nationellt ramverk** med gemensamma överenskommelse mellan kommuner och regioner som omfattar en gemensam målbild och ett antal övergripande gemensamma principer.

## 2.3 Hur rapporten ska läsas

Rapporten syftar till att ge en samlad bild med utgångspunkt från digitaliseringens möjligheter både i ett nuläge och rekommendationer framåt. Rekommendationerna är beskrivna på ett övergripande plan och behöver i ett nästa steg fördjupas, prioriteras och fördelas till ansvarig.

Rapporten är framförallt framtagen som stöd till SKR i sitt arbete med Nära vård. Målgrupp för rapporten är även relevanta nationella grupperingar inom området hälso- och sjukvård, omsorg och tandvård. Innehållet i rapporten och rekommendationerna kan även användas som stöd och vägledning för kommuner och regioner i deras omställning till Nära vård och digitala stöd.

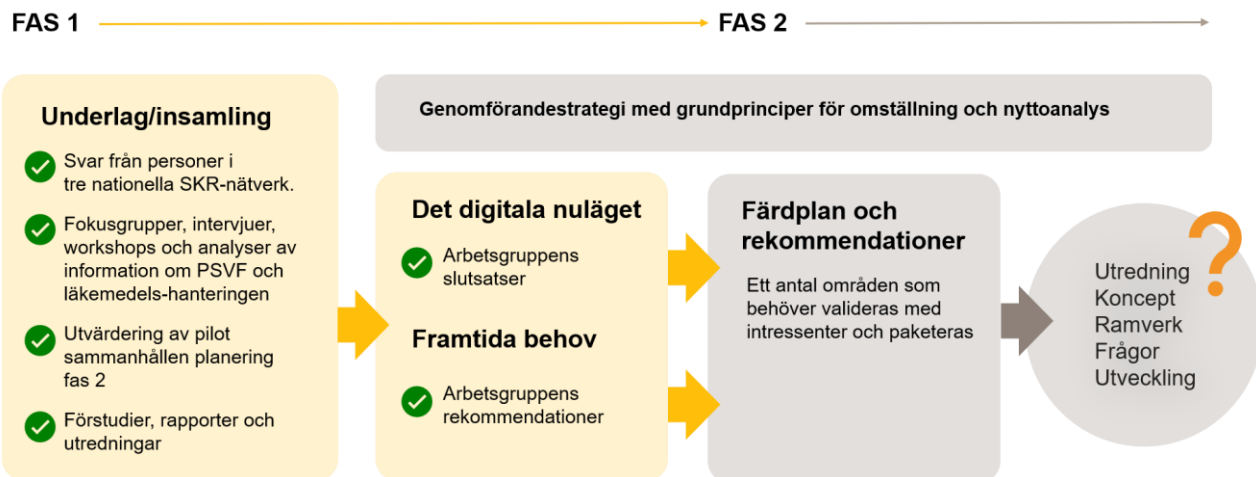
Utgångspunkt för rapporten är patienten, som resurs för sin egen hälsa, dennes förväntningar och behov. Patienten som aktiv medskapare och både konsument och producent av information.

Rapporten fokuserar inte på frågor ur ett medarbetarperspektiv, exempelvis behov av förenklad administration, användbara och ändamålsenliga system, utan utgår från patienten. Det finns ett stort behov att fokusera och komma med rekommendationer även för medarbetarna gällande digitala möjligheter för att åstadkomma önskad förflyttning.

Rapporten avser hela hälso- och sjukvårdssystemet oavsett vårdnivå, digitala tjänster är gränslösa, spänner genom hela systemet, okänsliga för vårdnivå och skalbara. Omställningen till Nära vård påverkar således såväl primärvård som sjukhusvård, till förmån för de nyttor som ska skapas där.

Det pågår redan idag flera nationella och regionala initiativ och projekt inom de områden som lyfts i denna rapport. Rapporten har så långt som möjligt hänvisningar till pågående initiativ och projekt.

Arbetet med rapporten har genomförts i följande steg:



### 3 Det digitala nuläget

Det pågår idag många initiativ i regioner och kommuner där flera av initiativen utgår från att möta liknande behov eller utmaningar. Beskrivning av det digitala nuläget presenteras därför samlat i ett antal områden där vi sett att flera regioner och kommuner idag redan har eller jobbar med att ta fram digitala lösningar. Det digitala nuläget ger inte en heltäckande bild utan snarare ett antal exempel inom ett antal områden som kan kopplas till fokusflyttningen inom Nära vård.

Underlaget till beskrivningen av det digitala nuläget i Sveriges kommuner och regioner är inhämtat dels från de nationella nätverken för Nära vård, Patientkontrakt och Egenmonitorering (se lista under rubriken Referenser sida 58), dels från nationella utredningar och förstudier som genomförts de senaste åren. Data över användning av de nationella tjänsterna kommer från Inera.se och är från november 2021.

Alla regioner erbjuder e-tjänster via 1177.se. Det digitala nuläget för erbjudande och användningen av e-tjänsterna presenteras inte i denna nulägesbeskrivning. Statistik för 1177 Vårdguidens e-tjänster finns på Inera.se.

#### 3.1 Överenskommelser och sammanhållen planering

##### Överenskommelser – patientkontrakt

En överenskommelse mellan patienten och vården, ett så kallat patientkontrakt, säkerställer att patient och närstående blir delaktiga i planering av vård- och omsorgsinsatser. Delaktighet innebär att patienten medverkar i beslut om vård, behandling och rehabilitering. Patienten delar också kunskap och erfarenhet till medarbetare i vården och omsorgen. I överenskommelserna ska det vara tydligt vad patienten ska göra själv och vad vården ska göra, den ska utgå från patientens möjligheter och önskemål.

##### Vårdplaner

Syftet med vårdplanen är att patienten och alla som är involverade i patientens vård har samma mål och gemensamt genomför de åtgärder som beslutats. En individuell vårdplan ska upprättas så snart en patient har behov av det. Vårdplanen är tvärprofessionell och framåtsyftande, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen. Den aktuella vårdplanen innehåller

diagnoser, problem, risker och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer.

### **Dokumentation av överenskommelser – patientkontrakt**

De flesta regioner i Sverige och flera kommuner har börjat dokumentera överenskommelser i sina vårdinformationssystem. Dokumentationen, som ofta är i fritext, sker via sökord eller specifika fält i den kronologiska journalen ofta kopplat till ett kontakttillfälle. Regioner och kommuner dokumenterar dessa på olika sätt. Några regioner kopplar överenskommelsen till dokumentation av vårdplanering eller sammanhållna vårdförlopp.

Även om överenskommelsen kan göras tillgänglig för patienten i journalen på 1177.se så hamnar den över tid längre och längre ner i den kronologiska journalen när nya anteckningar tillförs. Överenskommelserna blir därmed svåra att hitta för patienten. Närstående har inte direktåtkomst till överenskommelserna och patienten kan själv inte tillföra någon information.

Både regioner och kommuner lyfter behovet och nyttan av att överenskommelserna blir tillgängliga över huvudmannagränser. Idag kan regioner och kommuner ta del av överenskommelserna i Nationell patientöversikt (NPÖ), men de är idag skrivna i löpande journalanteckningar och svåra att hitta för vård- och omsorgspersonalen.

Det efterfrågas en nationell standard för hur överenskommelser ska dokumenteras och struktureras. Det saknas beskrivning i den nationella vårdhandboken hur dessa överenskommelser ska dokumenteras.

### **Behov kring sammanhållen planering**

Det finns tekniska förutsättningar i Nationell patientöversikt (NPÖ) att visa vårdplaner i PDF-format men endast en region, Norrbotten, visar vårdplaner i NPÖ, 24 kommuner visar vårdplaner i NPÖ medan ingen av de privata vårdgivarna i Sverige delar sina vårdplaner med andra vård- och omsorgsaktörer.

När det gäller visning av vårdplaner för patienten själv i Journalen på 1177 så sker det på samma sätt som för NPÖ ovan, alltså i PDF-format och det är endast Norrbotten och 24 av landets kommuner som tillgängliggör vårdplaner för patienten.

Koordinering och samordning innehåller fler dimensioner än sammanhållen plan, samordnad individuell plan och patientkontrakt. I arbetet med bristande samordning gällande barn med komplexa behov har flera avgörande faktorer identifierats. En av

dessa var kontaktoppgifter, både ur ett patient- och närståendeperspektiv, och mellan vårdaktörer. Ytterligare en aspekt som vid upprepade tillfällen dyker upp är patientens egen berättelse. Detta har också identifierats i andra arbeten som genomförts tillsammans med patient som medskapare. Oavsett vem som tillför patientens berättelse till den samlade dokumentationen, bör den finnas dokumenterad.

*Exempel på digitala stöd vid sammanhållen planering:*

- **Samordnad individuell plan (SIP)** – I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan när det bedöms att insatser behöver samordnas. Detta gäller också privata utförare som har avtal med kommun och region. I lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård finns även SIP med som en del. En samordnad individuell plan ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. Idag dokumenterar varje vård- och omsorgs verksamhet SIP i de egna journal- eller verksamhetssystemen.
- **Min vårdplan cancer** – Alla patienter med cancer ska få en skriftlig vårdplan som individanpassas utifrån patientens behov. Vårdplanen ska tas fram för och med patienten. Den digitala Min vårdplan cancer är byggd i Stöd- och behandlingsplattformen och förvaltas av Regionalt Cancer Centrum (RCC). Vårdplanen ska innehålla kontaktoppgifter till läkare, sjuksköterska, kurator och andra kontaktpersoner, tider för undersökningar och behandlingar, råd och åtgärder under utredning, behandling och rehabilitering samt beskrivning av vad patienten kan göra själv. Min vårdplan bröstcancer är mest använd just nu med ca 3500 aktuella planer i Sverige. Förutom bröstcancer finns vårdplaner för peniscancer, prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer, äggstockscancer och tumörer i nervsystemet. Under 2022 publiceras även nationell Min vårdplan för diagnoserna: huvud- och halscancer, urinblåsecancer, myelom, lungcancer, sarkom, bukspottkörtelcancer, barncancer, okänd primärtumör, livmoderhalscancer och hudcancer.
- **Mina Planer** är Region Skånes och de skånska kommunernas gemensamma verktyg för Samordnad Plan vid Utskrivning (SPU) och Samordnad Individuell Plan (SIP). Med hjälp av Mina Planer kan slutenvård, öppenvård, primärvård och kommun tillsammans planera och säkra insatser för patienten. Dessa vårdplaner är inte tillgängliga digitalt för patienten själv och närstående.

- **Samordnad vård- och omsorgsplanering (SAMSA)** – I Västra götalandregionen tittar just nu GITS (samverkan mellan region och alla kommuner) på hur informationen från kommunernas IT-tjänst SAMSA, som är patientens vårdplan, skulle kunna integreras till e-tjänsten Journalen på 1177.se.
- **Rehabiliteringsplan** – Personer med behov av rehabilitering ska enligt lag ha en rehabiliteringsplan. Planen utformas som en överenskommelse tillsammans med patienten och/eller dennes närstående. Den ska tydliggöra och ge en överblick över rehabiliteringsbehov, planerade åtgärder, vem som ansvarar för vad och när samt främja delaktighet i och samordning av alla rehabiliteringsinsatser. Regioner och kommuner dokumenterar rehabiliteringsplanen i respektive verksamhetssystem och för de som anslutit sina system blir rehabiliteringsplanen tillgänglig för patienten i journalen via nätet och för andra vårdverksamheter i NPÖ. Kommunal utveckling i Jönköpings län jobbar för att få till superanvändare i länets kommuner för sammanhållen plan för rehabilitering, med sökord som överenskommelse för att koppla det till patientkontraktet.
- **Cosmic Link** – Samma dag som vårdplaneringen genomförts dokumenterar vårdsamordnaren i Link. Planen speglas till journalen via nätet och går att läsa via 1177.se. Denna plan följs sedan upp för utvärdering av fortsatt behov av planering. När slutenvården gör inskrivning i Link skickas ett meddelande till berörda vård- och omsorgsaktörer. I samband med att inskrivningsmeddelande skickas ska inkluderade aktörer svara och redogöra för om det finns pågående insatser enligt HSL, SoL och LSS.
- **Vårdplaner i Treserva** – Den enskildes hälso- och livssituation dokumenteras i status (ICF) i hälso- och sjukvårdsjournalen. Utifrån den enskildes önskemål och identifierade problem-, resurs- eller riskområden upprättas vårdplaner för planering och uppföljning av hjälp och stöd. Det finns fasta vårdplaner – fast plan – som är standardiserad i sin struktur. Fasta planer är namngivna utifrån ställt problem-, resurs- eller riskområde och har fastställda namngivna planerade åtgärder. En tredjedel av Sveriges kommuner använder Treserva. Plattformen gör det möjligt att arbeta mobilt, personalen får åtkomst till systemet oberoende av var de befinner sig.
- **Min Läkemedelsplan** – pågår som pilot med forskning där flera kommuner är med och utvecklar Min Läkemedelsplan som del i patientkontrakt. Där kommer sökordet för uppföljning och spårbarheten över dokumentationsgränserna vara viktigt för att vi ska kunna ha en sammanhållen dokumentation som stödjer personcentrering.

*Notering: En intresseanmälan för Sammanhållen planering på 1177.se kommer skickas ut från Inera inom kort. Om tillräckligt många regioner ställer sig bakom en kommande avsiktsförklaring kan utveckling troligtvis inledas under andra halvåret 2022.*

## Dialogseminarium om vårdplaner och överenskommelser

För att diskutera olika perspektiv kring vårdplaner arrangerade och genomförde projektgruppen ett digitalt seminarium den 13 december 2021. Sexton medarbetare och fyra patienter från sju regioner deltog i seminariet. Därutöver deltog två medarbetare som arbetar med vårdplan cancer nationellt.

Personerna som deltog har bland annat erfarenhet från områden som personcentrerad vård, SIP, rehabiliteringsplaner, vårdplan cancer, medicinsk informatik, arbete med vårdinformationssystem och patientportaler.

Behov och krav på innehåll i planer och överenskommelser inom ramen för Sammanhållen planering diskuterades. Nedan följer en sammanfattning av resultatet från workshopen.

- Det fanns en relativt stor samsyn kring att överenskommelse och plan egentligen är samma sak men att en överenskommelse principiellt sett kan spegla överenskommelser från mer än en plan.
- Om det fastställs att det ska finnas en skillnad mellan överenskommelse och plan bör det framgå var skiljelinjen går och hur dessa skillnader ska ta sig uttryck i dokumentationen.
- Ett samlat grepp behöver tas om överenskommelser och planer när det gäller exempelvis begrepp, användning, informationsmängder och dokumentationsstruktur.

På seminariet prioriterades informationsmängder för sammanhållen planering:

- Sammanfattande överenskommelser – en överblick för aktuella planer
- Enkel navigation för att komma till respektive plan
- Mål – med statusuppföljning
- Aktivitetsplanering och ”vem som gör vad”
- Tidplaner och nästa steg inklusive påminnelser
- Överblick aktuella läkemedel
- Överblick provtagning
- Uppföljningsaktiviteter, utvärdering av mål, formulär
- Kontaktpersoner och kontaktvägar



- Ömsesidighet i överenskommelser och planer, patienten kan uppdatera
- Information som patienten bidrar med om sig själv
- Medarbetare dokumenterar när aktiviteter är utförda, exempelvis när en remiss är skickad
- Tidbokning där patientens aktuella mottagningar är i fokus

### 3.2 Fast vårdkontakt, fast omsorgskontakt och fast läkarkontakt

Enligt utredningen, Visualisering av fast läkarkontakt (aug 2020), varierar tillämpning av konceptet fast läkarkontakt stort över landet. Fast läkarkontakt tillämpas ibland lokalt, i enskilda verksamheter, utan en heltäckande etablering av fast läkarkontakt regionalt. Det innebär att det ofta saknas fastställda, gemensamma rutiner och krav på dokumentation om fast läkarkontakt. I den mån denna information dokumenteras sker det ofta i journalsystemet, eller förs över dit från listningssystemet, och kan då ses av behörig vårdpersonal som arbetar i samma vårdsystem, men informationen tillgängliggörs sällan för patienten eller annan vård- och omsorgspersonal utanför journalsystemet.

Hur en fast läkarkontakt dokumenteras och presenteras skiljer sig åt mellan regionerna. Det kan vara allt från användarnamnet som används i journalsystemet till HSA-id. Kontaktuppgifter till fast läkarkontakt anges endast ibland. Det finns ingen information för patienten idag via 1177 där man kan se vem som är den fasta läkarkontakten.

Utöver fast läkarkontakt är fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt i hemtjänsten trygghetsskapande roller som kan bidra till att stärka patientens ställning inom omsorg och hälso- och sjukvården. Fasta vård- och omsorgskontakter har möjlighet att överblicka hela patientens vårdssituation och kan bidra till patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, oavsett boendeform och vårdgivaransvar. Det gäller i synnerhet när flera kompetenser, vårdnivåer och vårdgivare är involverade.

Den/de fasta vård- och omsorgskontakterna behöver enkelt kunna nås av patient, närstående och andra vård- och omsorgsgivare. Att bistå patienten och utgå från patientens behov är centralt i uppdraget som fast vårdkontakt.

I pilot Sammanhållen planering fas 1 uttrycker patienter olika typer av behov rörande fast vårdkontakt:

- Den som är fast vårdkontakt behöver känna till mig
- Behöver lita på att min kontakt är insatt i "ämnet" så jag blir trygg med de svar jag får
- Bättre att ha flera fasta kontakter för olika ändamål (specialiteter) som kan koordinera sinsemellan
- Fast vårdkontakt kan vara ett team eller flera personer om vi kommit överens om det och hur vi ska kommunicera
- En fast vårdkontakt behövs där jag har mest kontakt just nu
- Måste veta vad jag kan förvänta mig – vi behöver komma överens
- Jag vill i en digital vy se vem som är min fasta vård- och omsorgskontakt
- Jag vill kunna kommunicera digitalt när det passar mig bäst
- Jag vill veta när och hur jag kan kommunicera
- Jag vill veta vad jag kan förvänta mig när jag tar kontakt
- Delar flera personer på rollen som min fasta vårdkontakt vill jag att det dokumenteras vad som gäller för vår kommunikation så att alla vet
- Jag vill ha hjälp med frågorna snabbt så att jag kan komma vidare
- Jag vill ha återkoppling om något inte går att lösa direkt

Vid utvärdering hösten 2021 av piloter av Sammanhållen planering fas 1 som genomförts i två regioner uttrycker några patienter att de "är osäkra på om de har en fast vårdkontakt.

Flera specialistsjuksköterskor uttrycker att de i sina olika roller som specialistsjuksköterskor inte heller är säkra på om de är eller kan vara "fast vårdkontakt". Begreppet fast vårdkontakt används inte i kommunikationen med patienten. Det förefaller som att det finns en viss oro för att använda begreppet fast vårdkontakt då rutiner och resurstillgång inte upplevs säkerställda.

I den tidigare förstudien Sammanhållen planering lyftes fasta vårdkontakter som ett prioriterat område där digitala lösningar skulle kunna visualisera kontaktinformation till fasta läkar-, vård- och omsorgskontakter samt erbjuda möjligheter för patient, närstående och fasta vårdkontakter att kunna kommunicera och interagera.

Ett nationellt projekt kring kontinuitet och fasta kontakter i primärvården pågår under 2022 utifrån överenskommelsen om Nära vård. En aktuell fråga för projektet är hur man kan följa upp och mäta fasta vårdkontakter nationellt.

### 3.3 Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering kallas den process som görs för personer i alla åldrar som har nytt eller utökat behov av insatser från socialtjänst, den kommunala hälso-och sjukvården och den regionfinansierade vården. Processen kan ske efter utskrivning från sjukhus där sjuksköterska inom slutenvården initierat behov av vårdplanering, men kan också ske via öppenvård utan kontakt med slutenvården då initieringen görs av en person eller profession som uppmärksammar patientens behov av det. I vårdplanering deltar vanligtvis patienten och eventuella närstående, vårdsamordnare, biståndshandläggare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Även andra professioner kan vara aktuella inom exempelvis barn och psykiatri.

Flera rapporter visar på behov av samordning, exempelvis en studie från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som visar på behov av samordning. Nationell uppföljning visar att bara drygt hälften upplever att deras ärende samordnats. Detta drabbar även anhöriga, som ofta får axla rollen som vårdsamordnare för sin närstående. Det är alltså flera personer som påverkas när samordningen brister. OECD lyfter bristande samordning mellan kommun, primärvård och sjukhus som svensk vårds och omsorgs största utmaning.

Pilotprojektet "Samordningsfunktion i Västra Götalandsregionen" initierades under 2018 med syftet att testa en samordningsfunktion kopplad till en vårdcentral. Samordning och koordination har även varit fokus i flertalet projekt inom Nära Vård kopplade till barn och unga. Även där har man arbetat med fysiska koordinatörer som har gått in och stöttat familjer med koordination och samordning. Man har även haft ett pilotprojekt som har fokuserat på digitala stöd och verktyg.

Många kommuner har infört "Trygg hemgång" som ett arbetssätt för att stödja personer som kommit hem från sjukhus.

### **Samordnad vårdplanering via video**

Den samordnade vård- och omsorgsplaneringen vid utskrivning från sjukhus har tidigare i huvudsak skett som fysiskt eller som telefonmöte. De flesta regioner har idag digitala lösningar för vårdplaneringen via video på plats men användningen varierar över landet.

När en patient varit inlagd på sjukhus så är det ofta vårdcentralens vårdsamordnare som vid behov kallar till ett möte för att planera det fortsatta stödet efter hemkomst.

Samordnad vårdplanering sker i patientens bostad efter utskrivning, på sjukhuset eller på annan lämplig plats om behov finns. Det är vanligt att mötet sker digitalt, där minst en av de kallade professionerna deltar fysiskt hos patienten och då även bistår med uppkoppling och säkerställer att patienten förstår och gör sig förstådd. Upplägget av plats samt fysisk närvaro vid vårdplaneringen styrs av patientens förutsättningar och behov.

Vinsterna är bland annat att personal från regionen och kommunen kan delta i större utsträckning under hela eller delar av mötet. Närstående kan delta på distans, med bra kvalitet på ljud och bild, vilket deltagande per telefon saknar. Utvärderingar inom Västra Götalandsregionen visar också en avsevärt kortare mötestid, där en videovårdplanering i genomsnitt tar 33 minuter jämfört med 60 minuter för det fysiska mötet. Det bidrar dels till sjukhusets och kommunens effektivitet men är också bättre för äldre och sköra patienter, som har större möjligheter att orka vara delaktiga i hela mötet. Videomötet ökar också tillgängligheten för närstående som bor långt bort att delta i vårdplaneringen.

### **3.4 Säker kommunikation mellan kommun, region och myndigheter**

Det finns ett stort behov av att förbättra, förenkla och öka säkerheten i hanteringen av känslig information i offentlig sektor. Varje dag utbyts mängder av information mellan kommuner och regioner, statliga myndigheter och privata utförare i handläggningen av ärenden och beslut.

Ofta handlar det om sekretessklassad information som exempelvis vårdplaner, behandlingsplaner, bedömningar av arbetsförmåga och utdrag ur belastningsregistret. Med manuella flöden är det svårt att hitta rätt mottagare och att faktiskt veta att informationen når fram. Det finns också en risk för att informationen blir liggande eller kommer på avvägar. Det behövs en stabil, säker och gemensam infrastruktur som kan användas av alla berörda aktörer.

I den kommunala verksamheten har exempelvis socialtjänsten stort behov av säker digital kommunikation för att på ett säkert och effektivt sätt kunna dela information med exempelvis andra myndigheter, domstolar, hälso- och sjukvård, skolan och polisen.

Säker kommunikation mellan region och kommun sker företrädesvis på tre sätt:

1. Lösningar för säkra meddelanden i redan etablerade verksamhetssystem/journalsystem.
2. Gemensamma lösningar för information (endast läsa), exempelvis NPÖ.
3. Specifika lösningar för säker meddelandehantering som finns på marknaden.

Ineras pågående projekt Säker digital kommunikation (SDK) har pågått sedan 2017 och syftar till att möta de behov som beskrivs ovan. Projektet avslutas 2022 och från mars ska det vara möjligt för regioner, kommuner och myndigheter att ansluta till tjänsten hos Inera. Innan de ansluter behöver de ha gjort både tekniska och verksamhetsmässiga förberedelser i den egna organisationen.

*Exempel på digitala lösningar:*

- **Cosmic Messenger** – Messenger används som kommunikation mellan två aktörer. Meddelande skickas till/från antingen en enskild person eller till/från en hel enhet, då till en så kallad funktionsbrevlåda. Kommunikationen kan därefter fortsätta i samma meddelandetråd om den patient som ärendet gäller. Då meddelanden i Messenger innebär informationsöverföring mellan vårdgivare måste det finnas ett inhämtat samtycke från patienten till att informationsöverföring sker, detta dokumenteras i journalen. Exempel på vad Messenger används för är: Ärenden som gäller hälso- och sjukvård, läkemedelslistan, maskinellt dosdispenserade läkemedel, hembesöksuppdrag enligt särskilt hemsjukvårdsavtal, kommunikation kring en patients hälso- och sjukvårdsbehov samt kommunikation avseende in- och utskrivning i hemsjukvården.
- I Region Jämtland Härjedalens journalsystem kan de tillsammans med kommunens personal ha samordningsärenden kring patienter med hemsjukvård eller särskilt boende där man kan skicka meddelanden och kommunicera vilket har blivit ett lyft för samverkan mellan regionen och kommunerna. Kommunens personal kan också ta del av viss information i form av exempelvis vissa journalanteckningar via denna lösning.
- **Trygg och effektiv utskrivningsprocess** – Strukturerad samverkan mellan kommunerna och regionen. Via kommunikationsplattformen HOPE knyter vi samman vårdprocesser digitalt och skapar möjlighet till överblick, självmonitorering och enkel kommunikation med vården. Exempel är knäprotosoperation, barnobesitas och föräldrautbildning.

### 3.5 Digitala möjligheter i Personcentrerade Sammanhållna Vårdförlopp (PSVF)

Ett av projektets perspektiv har varit att titta närmare på Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp för att utforska om/hur digitala möjligheter kan stödja patienters förmåga till delaktighet och samskapande. Som exempel har PSVF för Hjärtsvikt – nydebuterad använts.

I dokumentet ”PSVF för Hjärtsvikt – nydebuterad” lyfts viktiga förutsättningar för en väl fungerande hjärtsviktsvård samtidigt med beskrivningar av omotiverade skillnader över landet och mellan patienter.

Några av dessa förutsättningar och ”omotiverade skillnader” skulle kunna stödjas av digitala lösningar.

- Behov av primärprevention tillsammans med tidig upptäckt av symptom
- Behov av undersökningar vid utredning och uppföljning
- Behov av hjärtsviktsmottagning för sekundärprevention och läkemedelsinställning
- Behov av fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering i syfte att förbättra livskvalitet och funktion
- Behov av samordning i vårdens övergångar

I PSVF för Hjärtsvikt – nydebuterad, lyfts också potentialen med digitalisering. Flera exempel på digitala initiativ lyfts fram samtidigt som det konstateras att täckningsgraden är låg nationellt. Flera små forskningsstudier har genomförts, men fler behövs. En slutsats är att ”det finns uppenbarligen stor potential i att kunna förbättra vården med olika digitala lösningar” samtidigt som det framgår att tekniska och juridiska frågor behöver hanteras.

Slutsatser utifrån digitala möjligheter pekar på att det också finns en stor potential i att utveckla digitala lösningar som stödjer patientens förmåga till delaktighet och samskapande. Utöver områdena ovan finns generiska behov i de flesta PSVF:er som digitala möjligheter kan stödja:

- Kunskap om undersökningar, sjukdomar, behandlingar, läkemedelsanvändning, egenvård, prevention, riskhantering
- Information om överenskommelser, läkemedel, provtagning, vårdplaner

- Kontaktvägar och kontaktuppgifter för kontakt mellan vården och patient/närstående
- Digitala kallelser och formulär från vården tillsammans med patientens möjlighet att bidra med information och ställa frågor
- Remisstatus för remisser till undersökning och behandling
- Kunna registrera, följa och förstå sina vården, trender, mönster med möjlighet till stöd från vården via, i första hand, digitala kontaktvägar och fysiskt när det krävs.

### 3.6 Vård- och omsorgspersonalens tillgång till journalinformation

Det bli allt vanligare att patienter söker vård i olika regioner och hos olika vårdgivare. Många patienter, speciellt äldre, får kommunalt bedriven hälso- och sjukvård. Information om en och samma patient finns ofta i journalsystem hos flera olika vårdgivare. I en god och nära vård är en förutsättning att all vård- och omsorgspersonal har snabb och enkel tillgång till all information om patienten.

Behovet av att kunna dela vård- och omsorgsdokumentation mellan kommun och region ökade då hemsjukvårdsreformen genomfördes 2014. För att stödja genomförandet av samordnad vårdplanering mellan kommun och region används IT-stöd med meddelandehantering i alla regioner.

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare tillgängliggör sina journaluppgifter för varandra. Med sammanhållen journalföring kan vårddokumentation delas mellan olika vårdgivare vilket bidrar till ökad patientsäkerhet och bättre samordning av vårdinsatser. Patienten behöver inte heller upprepa sin vårdhistoria vid kontakt med en ny vårdgivare.

Fler regioner erbjuder privata vårdgivare och kommunerna i regionen att använda regionens journalsystem – men stora skillnader över landet. Men det innebär inte per automatik att regionens personal har tillgång till kommunernas journaler. Om patienten vårdats i annat län finns denna information inte tillgänglig i regionens journalsystem och därmed inte för kommunen. Allt pekar på att detta kommer att bli en allt vanligare lösning och i upphandlingarna av nya vårdinformationssystem i Västra Götalandsregionen och Skåne inkluderas optioner och funktioner riktad till kommunerna.

Kommunerna har dessutom tillgång till journalinformation från alla regioner i Sverige via NPÖ. I flera regioner finns också andra lösningar för kommunernas tillgång till information från regionen, exempelvis egna framtagna patientöversikter eller att kommuner/region

---

valt att använda samma journalsystem. Alla regioner och kommuner är anslutna till Nationell patientöversikt för att kunna läsa journalinformation från andra vårdgivare. Men fler lyfter behovet av marknadsföring, ökad kännedom och därigenom ökad användning.

Innehållet i NPÖ är inte tillräckligt heltäckande för att ge det värde som är önskvärt. Det är stora skillnader mellan regioner i hur mycket information som visas i NPÖ och kommunerna tillgängliggör en begränsad mängd. För att få ut fulla nyttoeffekter krävs ett ökat fokus på anslutning av samtliga informationsmängder från samtliga relevanta system. Informationsinhämtning bör breddas till att omfatta fler yrkesgrupper som exempelvis fysioterapeuter. De flesta regionerna tillgängliggör anteckningar, diagnoser, provsvar och kontakter. Bara hälften av regionerna, däribland de tre stora regionerna, tillgängliggör exempelvis inte en viktig informationsmängd som läkemedel. Endast 37 av landets 290 kommuner har anslutit sina journalsystem och tillgängliggör information. Endast 24 av landets kommuner visar upp vårdplaner och funktionsstatus och endast 9 av landets kommuner visar upp journalanteckningar. Det saknas idag tekniska förutsättningar i form av fler olika tjänstekontrakt för att komma vidare med anslutningar mellan verksamhetssystem och nationella tjänster.

Det pågår ett intensivt utvecklingsarbete inom hälsoinformatik i SUSSA-samverkan för att säkerställa att framtida nya journalsystem bidrar till en strukturerad vårdinformation och tillämpning av standarder. Det är en mycket viktig grund för anslutning till de nationella tjänsterna och att skapa tillgång till journalinformation.

Flera kommuner använder IBIC-dokumentation som stödjer ett personcentrerat arbetssätt. Det systematiska arbetssättet ger en gemensam ordning för hur information ska struktureras, dokumenteras och följas upp. Användningen av strukturerad dokumentation innebär att information lättare kan återanvändas, att man undviker onödig dubbeldokumentation och att dokumentationen kan följa individen mellan olika aktörer. Ett gemensamt språk som stöd för dokumentationen innebär en minskad risk för att informationen ändrar betydelse vid återanvändning.

*Notering: Se även "PM: Nuläge och hinder för sammanhållen journalföring" - E-hälsa 2025*



### 3.7 Egenmonitorering

Regionerna har enats om en definition av egenmonitorering: Löpande registrering, övervakning och bedömning av värden avseende en persons hälsotillstånd där personen själv utför registreringen. Egenmonitorering genomförs med stöd av digital eller analog teknik, anger objektiva mätvärden och/eller subjektiva skattningar, dessa kan göras tillgängliga för såväl patienten själv som vårdenhet.

Merparten av regionerna i Sverige erbjuder olika stöd för egenmonitorering. I de flesta fall får vårdpersonalen exempelvis sjuksköterska eller läkare på ansvarig vårdenhet tillgång till mätvärden, kan se trenddiagram och får notiser vid avvikande värden utanför satta referensintervall. Men det finns också lösningar där patienten själv agerar på avvikande värden utan att dessa skickas till vårdenheten. Utöver det finns annan typ av monitorering på distans exempelvis sjuksköterskor inom kommun som tar värden hemma hos patienten som skickas till läkare på vårdenheten.

Nyttoeffekterna av egenmonitorering beskrivs bland annat att patienten själv kan ta eget ansvar för sin hälsa, och lära sig hur hen kan påverka sitt hälsotillstånd och att patienten upplever ökad trygghet. Det ger möjlighet till tidig upptäckt av försämring och hypotesen är att det leder till färre inläggningar på sjukhus och generellt färre fysiska besök.

Dagens lösningar är ofta specifika för en viss diagnos. Flera regioner lyfter behovet av ett mer generellt ekosystem där data och mätningar från patienten kan hanteras oavsett diagnos eller typ av utrustning/sensor. Idag diskuteras skillnader mellan ordinerad, rekommenderad och egeninitierad egenmonitorering. Inom området brottas regionerna med frågor om ersättningsmodeller, juridiska utmaningar och regelverk som exempelvis medicintekniska regelverk.

Samverkan mellan kommunerna och regionerna är i sin linda. Alla ser behovet av en tät samverkan i skärningspunkten mellan välfärdsteknik/trygghetsteknik och egenmonitorering. Ett initiativ kallas *God och nära vård på landsbygd*, där regionen tillsammans med Kramfors och Sollefteå Kommun kommer att testa egenmonitorering inom SÄBO och hemsjukvård.

Det är viktigt att monitoreringen även passar för målgrupper med funktionsnedsättning, exempelvis personer med intellektuell funktionsnedsättning där egenmonitorering är en del för att förstå sin sjukdom och behandling. Det får inte bli ett hinder att personen behöver stöd att hantera sensorn som är ansluten till egenmonitoreringen.

*Exempel på användningsområden:*

- **Diabetes** – förenklar livet för människor med diabetes genom effektiv hantering av mätvärden från glukosmätare, insulinpumpar, CGM-system och aktivitetsmätare. Egenmonitorering underlättar också arbetet för vårdpersonalen då de har tillgång till exakt samma data som patienten. Data som är relevant för patientens vård förs manuellt över till journalsystem.
- **Hypertoni** – vid hypertoni mäter patienten sitt blodtryck och puls. Hypertoni patienter har också ofta en aktivitetsmätare och genomför självskattningar
- **Hjärtsvikt** – vid hjärtsvikt får patienten väga sig dagligen och mäter blodtryck. Självskattning av svullnad, trötthet och andfåddhet. Avvikelse fångas snabbt genom notifikationer till patienten själv och vårdpersonal.
- **Astma och KOL** – patienten kan använda en trådlös lungfunktionsmätare (spirometer). Vid KOL får patienten också besvara CAT formulär. Vården arbetar i en vårdportal där en behandlingsplan skapas och patienten gör regelbundna kontroller. En forskningsstudie för KOL-patienter på Sahlgrenska där man mäter vikt, blodtryck, puls, syremättnad och aktivitet men inte har spirometer. Ytterligare exempel på lösning för att underlätta för patientens läkemedelsbehandling är en digital sensor som är ansluten till inhalatorn och kopplad till en app. Den ger påminnelser om medicinering samt en inhaleringsbekräftelse. Informationen kan delas med vårdgivaren via en vårdgivarportal alternativt PDF-dokument från appen.
- **Inflammatorisk tarmsjukdom** – IBD Home är en monitoreringstjänst som underlättar vardagen för personer som lever med inflammatorisk tarmsjukdom. Patienterna tar prover och rapporterar sina symtom till sjukhuset via ett självtest och en app i mobilen. Med hjälp av tjänsten kan patienten själv tolka sina symtom och i viss utsträckning undvika eller mildra skov i sjukdomen.
- **Psykisk hälsa** – patient självskattar löpande sitt mående utifrån validerade frågeställningar. Det kan ge tidiga varningssignaler, exempelvis att en patient är på väg in i en psykos.
- **Parkinsons** – patient använder ett armband som mäter och registrerar rörelser och läses av på mottagningen. Vårdpersonal kan ta ut rapporter och analyser från systemet.
- **Sömnapné och/eller snarkning** – patient erbjuds CPAP-ventilator, ett hjälpmedel för andning, och som går att koppla upp mot en molntjänst. Vården kan via molntjänsten se ifall CPAP:n nyttjas, i vilken utsträckning och vilka värden som har genererats. Vårdpersonalen kan även justera inställningarna för behandlingstrycket på CPAP-apparaten på distans.

- **Specialistmödravård** – patienter inom specialistmödravård kan göra kontroller av blodtryck, urinsticka, blodsocker och CT via egenmonitorering.
- **Reumatoid artrit** – monitorering av sjukdomsstatus via bland annat Egen provhantering, skattningsskalor vilket ger ett compositindex som exempelvis styr återbesök, läkemedelsjusteringar.
- **ADHD** – insättning och titrering av läkemedel
- **Levnadsvanor** – via monitorering av livsstilsfaktorer, exempelvis motion, vikt, kost, får patienten personlig coachning i att förbättra sina riskfaktorer – rekryteringen sker både av patienter med etablerad metabol sjukdom såväl som vid primärprevention.
- **Palliativ vård** – Ett antal mätningar av parametrar, exempelvis smärtskattning, samt andra skattningar används.

### 3.8 Behandlingar, undersökningar och stöd på distans

#### Behandling på distans

iKBT med behandlarstöd och kommunikation – Under ett första möte mellan patient och behandlare görs en bedömning ifall det är aktuellt med iKBT. Om iKBT bedöms vara lämpligt får patienten tillgång till sitt behandlingsprogram via 1177.se Programmen går att skraddarsy för att passa aktuell patient. Patienten arbetar självständigt med övningar och får information. Behandlaren följer upp veckovis och denne har en mer coachande och stödjande roll än vid ett traditionellt patientmöte och patienten lär sig strategier för att behandla sig själv. Kommunikationen sker via meddelandefunktionen i plattformen och vid behov genomförs traditionella fysiska uppföljningssamtal.

De mest använda behandlingsprogrammen för iKBT är Ångesthjälpen med ca 900 samtidiga patienter, Stresshjälpen och Oroshjälpen.

#### Stödprogram på distans

Genom stödprogram får invånarna en större medverkan i och överblick över sin sjukdom eller de levnadsvanor som de vill förbättra. Invånarna behöver inte passa särskilda tider utan kan på ett enkelt och säkert sätt ta del av stödprogram var och när det passar dem bäst. Enligt användarundersökningar upplever många att de får en stark relation till sin

coach/behandlare och en personlig återkoppling som hjälper dem att ta sig vidare. Coacherna får ett komplement till traditionella sätt att stödja och möta invånarna. Att kunna följa framsteg, ta del av information som de lägger in, och på olika sätt ge direkt återkoppling, ger coacherna ett effektivare och kraftfullt arbetssätt.

De stödprogram som används mest i Sverige är Hjärtskolan och Efter hjärtinfarkten som tillsammans har cirka 4 600 samtidiga program igång. Hälsokontroll med cirka 4 000 och Artrosskolan med cirka 3 500 samtidigt pågående stödinsatser. Skatta ditt mående inom barn- och ungdomshälsan med cirka 1200 pågående stödprogram.

Spridningen och användningen av stödprogram har en mycket större potential än den användning som sker idag. Fler regioner kan börja använda programmen och även kommuner kan få stor nytta av stödprogrammen, exempelvis stödprogram inom levnadsvanor, personer med nedsatt hälsolitteracitet, rehabiliteringsstöd och program såsom digital artrosskola.

Inom barnpsykiatri används appen "Min utredning" som stöd för barn att till exempel få kontroll över planering, besök, behandling.

### **Undersökningar och möten på distans**

*Samhällsrum* - Ett par regioner ha så kallade samhällsrum eller hälsorum. Invånaren kan på egen hand ta vissa prover, exempelvis mäta sitt blodtryck, sin vikt och sin puls. Resultat skickas automatiskt vidare till vårdpersonalen. I rummet finns utrustning för att genomföra videobesök. På så sätt kan invånaren träffa en sjuksköterska, läkare, dietist, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped eller annan vårdpersonal på distans.

Flera regioner, framför allt i norra Sverige, har skapat rum på hälsocentralen där verksamheter inom specialistvården har videobesök med patienter som har långt att åka till sjukhuset men inte kan eller vill använda egen lösning för videobesök. Då kan patienten få låna ett rum med videosamtalsutrustning på hälsocentralen och koppla upp sig, där kan de också få hjälp av personalen om de vill. Konsultationer mellan primärvård och specialiserad vård via videomöten, exempelvis mellan psykiatri och hälsocentral.

Mobil röntgen – Östergötland har beslut om breddinförande av mobil röntgen, som genomför enkla röntgenundersökningar för boende på SÄBO. Med nuvarande teknik, och eget portabelt nätverk möjliggörs ett snabbt och mer sammanhållet koncept, vilket medför

att undersökning, bedömning och diagnostisering kan utföras helt på distans, via direktuppkoppling med läkarna på sjukhuset.

Portabel EKG utrustning som skickar data till läkare för bedömning eller för att spara i journalen etc.

### 3.9 Läkemedelsanvändning

Idag är det en utmaning för invånare och patienter att få en helhetsbild över sin läkemedelshantering, informationen är utspridd på flera platser. Många gånger får patienten informationen muntligt vid besöket i vården. Viss information som exempelvis ordinerade läkemedel utan recept saknas. I dagsläget finns det två olika sätt att dela information om läkemedel. Dels att en region delar information från journalsystemets läkemedelsmodul till NPÖ och 1177.se. Men också genom att Nationella läkemedelslistan visar de recept som förskrivs från alla journalsystem i Sverige. Om patienten tittar i båda dessa sammanställningar kan det alltså vara olika uppgifter i dem.

Samma problematik råder för medarbetare i vård och omsorg, att viss information saknas. I den nationella läkemedelslistan kan man endast se förskrivna läkemedel på recept, ordinerade utan recept saknas i registret. Detta medför en patientsäkerhetsrisk och kan orsaka negativa läkemedelhändelser.

I den nära vården förväntas patienten kunna vara en aktiv medskapare. Då ökar behovet av en tydlig planering mellan vården och patienten för att stödja patientens förmåga att var delaktig och samskapande kring sin läkemedelshantering.

I den nära vården får patienten information från och kommer överens med vården om nästa steg i läkemedelsbehandlingen.

- Varför har jag en läkemedelsbehandling?
- Vad är målet med min behandling?
- På vilket sätt ska den följas upp och av vem?
- Vad gör jag som patient och vad gör vården?
- Vem kan jag ta kontakt med om jag har frågor om min behandling?
- Var kan jag ta del av informationen om min läkemedelsbehandling?

Att involvera patienter har visat sig kunna bidra till en mer patientsäker vård. Om patienten inte själv kan, vill eller förmår medverka i sin läkemedelsbehandling bör närstående ha tillgång till informationen för att kunna stödja patienten.

I kommunal vård och omsorg finns olika stöd för att underlätta patientens läkemedelsanvändning och skapa trygghet. Ett exempel är olika former av smarta dosetter. Patienten påminns om att ta sina läkemedel och slipper oro sig för att man tagit för mycket eller inte alls samt förhindrar feldosering. Närstående ges möjlighet att kunna ta ett större ansvar för de äldre.

### **3.10 Symtombedömning, hänvisning och chatt eller videobesök**

Invånarna ska snabbt kunna få kontakt med vården, beskriva sina symtom digitalt, få råd och lotsas fram till egenvård, ett digitalt eller fysiskt vårdbesök.

Invånaren får ökad tillgänglighet till både hälsofrämjande stöd och till vård. Invånaren är huvudaktören i sitt eget ärendeflöde och har en sömlös kontakt med vården. Vid behov guidas invånaren direkt till relevant vårdnivå och till relevant vårdkompetens.

Hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas effektivt och används i högre grad för kvalificerade uppgifter än för enkla uppgifter som invånare gör själva. Vårdpersonal får bättre beslutsstöd, flexiblare arbetsuppgifter och en bättre arbetsmiljö.

De flesta regioner har eller har haft piloter inom detta område. Ett par regioner, exempelvis Norrbotten, har infört denna möjlighet inom 1177 på telefon och på sina hälsocentraler. Norrbotten har också startat en digital hälsocentral, Hälsodigitalen, där invånare får ökad tillgänglighet till vård genom digital triagering, egenvårdsråd, chatt, digitala vårdmöten och tid för fysiskt besök vid automatisering av olika tjänster som ekonomiskt bistånd, digitala träningsprogram och "trygg hemgång".

Inom ramen för målbilden *första linjens digitala vård* utvecklas flera av e-tjänsterna på 1177.se och en ny plattform för symtombedömning, hänvisning och chatt upphandlas. Tio av landets regioner kommer ansluta till den nationella lösningen under 2022. Ett nationellt ramverk för symtombedömning, hänvisning och digital vård i första linjen är under

framtagande. Kommunerna skulle också kunna använda denna typ av tjänst inom socialtjänst och sin hälso- och sjukvård.

### 3.11 Frågor inför och efter kontakt med vården

Traditionellt sett har vården efterfrågat information från patienten inför besök genom exempelvis hälsodeklaration eller andra förberedelser ur ett "vårdperspektiv".

I pilotprojektet Sammanhållen planering fas 1 undersöktes patientens behov av att förbereda sina besök i vården. Flera patienter uttryckte att de vid flera tillfällen haft med sig frågor till själva besöket men att det inte alltid funnits tid vid besöket att ta upp dessa frågor. Ett mindre test gjordes för att möjliggöra för patienten att digitalt skicka in förväntningar och farhågor inför sitt besök tillsammans med frågor hen önskade svar på. Den här typen av patientbehov har också verifierats inom områden som hälsolitteracitet och initiativ som "Förstå mig rätt".

Man kan också se att när digitala formulär skickas från vården är det vanligt att patienten svarar på formuläret så snart patienten får tillgång till det digitala formuläret. Troligtvis fylls formulär och enkäter som skickas ut i pappersformat eller som patienten får med sig hem inför nästa besök direkt och inte i nära anslutning till besöket som är avsikten från vården. För att få in information som tidsmässigt är inhämtad i anslutning till ett visst besök behövs digitala lösningar som skickar ut formulär i rätt tid inför besöket.

Erfarenheter av att skicka digitala formulär visar att i vissa fall har patienten inte svarat alls och då skickas ofta automatgenererade påminnelser ut. Har patienten kontakter med flera mottagningar, pågående digitala utbildningar eller behandlingar finns det en risk att patienten får ta emot formulär och påminnelser från flera håll. En risk kan vara att man missar att påminnelserna kan gälla flera olika formulär eller aktiviteter.

Hela processen med att skicka formulär till patienten, besvara formulär, påminnelser om formulär som inte skickats in tillsammans med hanteringen av inkomna frågor från patienten är områden som behöver utredas för att utveckla effektiva arbetssätt och sammanhängande digitala lösningar som stöd.

### 3.12 En väg in psykisk hälsa

I ett antal regioner finns "En väg in, barn och unga psykisk hälsa" som är en gemensam kontaktväg till barn- och ungdomshälsan och barn- och ungdomspsykiatri för barn upp till 18 år. Hit vänder sig ungdomen eller vårdnadshavare också om det finns behov av akut kontakt med barn- och ungdomspsykiatri dygnet runt. Det kan till exempel handla om oro, ångest, kriser, nedstämdhet, relationsproblem, misstanke om psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Erfarna sjuksköterskor och kuratorer ger råd och bedömning av vårdbehov ofta utifrån BCFPI, Brief child and family phone interview. Ofta kompletteras telefon med digitalt formulär.

Syftet med En väg in, barn och unga, psykisk hälsa, är att säkerställa en likvärdig och jämlik bedömning av barn och ungas psykiska ohälsa. Verksamheten bedrivs ofta i samverkan mellan barn- och ungdomshälsan (BUH) och barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP). De flesta regioner i Sverige har någon form av sammanhållen väg in för barn och unga med behov av psykiskt stöd.

### 3.13 Trygg hemma

Med trygghetskameran kan tillsynsbesök göras mer effektivt och bidra till en ökad självständighet och valfrihet för den enskilde individen. Kameran kan exempelvis minska störd nattsömn då vård- och omsorgspersonal inte behöver göra ett fysiskt hembesök. Digital tillsyn frigör tid för personalen så att de kan ägna mer tid åt andra aktiviteter med brukarna och bidrar till minskad trafik och miljöbelastning.

Trygghetslarm är till för att omsorgstagaren ska känna dig trygg hemma. Om något oförutsett skulle hända kan hen komma i kontakt med kommunens larmgrupp och få hjälp, men det ersätter inte larmnumret 112. Trygghetslarm är en larmknapp som bärs som ett armband eller halsband och som används för att larma vid akuta situationer, vid fall, akut sjukdom eller annan fara. Ett mobilt trygghetslarm, ibland även kallat GPS- eller positioneringslarm, fungerar även utanför hemmet till skillnad från ett stationärt trygghetslarm. Idag är mer än 90 % av larmen digitala.

GPS-larmen upplevs till stora delar positivt av enskilda och anhöriga. Organisationen och arbetssätten kring GPS-larmen är dock inte utvecklade i alla kommuner och vinsterna med GPS-larmen är inte lika lätta att påvisa när det gäller effektiviteten.



Det finns stor mängd prylar och sensorer på den kommersiella marknaden som omsorgstagaren kan köpa själv. Där har kommunerna inte så mycket stöd i att hjälpa invånaren att hitta dessa lösningar. Apoteken kan tipsa om denna typ av produkter, men det dröjer ofta för länge innan exempelvis spisvakt, rörelsekänsliga lampor för de nattliga toalettbesöken kommer på plats.

Dialys i hemmet där vården kan se värden för en patient som har dialys i hemmet och agerar utifrån det. Patient är även inbokad på regelbundna provtagningar och vården agerar ifall det är avvikande värden, annars sker ingen kontakt kring värdena.

Samverka med gruppen på SKR välfärdsteknik,

I Västra Götalandsregionen har ett första projekt initierats mellan pågående egenmonitoreringsprojekt och projekt välfärdsteknik. Projektet välfärdsteknik drivs gemensamt mellan regionen och de 49 kommunerna. Det första pilotområdet är sensorer, logistik och support.

### **3.14 Läkarmedverkan i hemmet eller som specialistkonsult**

Det pågår flera initiativ för att platsoberoende kunna konsultera specialistkompetens, exempelvis videobesök mellan SÄBO och behandlade vårdcentralläkare, Mobila team med möjlighet med videobesök. Projekt med en bedömningsbil där primärvård, ambulans och kommun samverkar. Personal från ambulans och primärvård åker ut på besök när ordinarie ambulans är ute på larm eller när behov finns för ett hembesök, inklusive möjlighet för videobesök. Projektet drivs i en av regionens landsbygdskommuner.

I en region pågår projekt med video i ambulanserna som stöd för bedömning av läkare på sjukhusen, och ger stöd till omhändertagande och prioritering så att ambulansen kör till rätt sjukhus eller vårdenhet direkt. Vilket ger ett snabbare omhändertagande och förhoppningsvis mer korrekt bedömning tidigare.

Det finns brist på specialistkompetens inom vissa områden, vilket medför att det mellan och inom en region kan leda till ojämlig tillgång till specialist. Genom exempelvis videomöten kan specialister konsulteras av annan vårdpersonal i mötet med patienten, vilket möjliggör läkarmedverkan och möjligheten till digitala läkarkonsultationer: Både vardagar och under jourtid. Samma IT-verktyg för läkares hembesök digitalt, kan också användas för medicinska konferenser mellan vårdcentral och sjukhusets mottagningar.

Sedan våren 2020 pågår ett pilotprojekt i Region Kalmar län där primärvården och ortopedkliniker samverkar. Deltagande i den första piloten var Oskarshamns ortopedklinik och Borgholms hälsocentral. Verksamheten har skalats upp och flera hälsocentraler är med i projektet. Ytterligare hälsocentraler arbetar med förberedelser för att implementera arbetssättet.

En specialist i ortopedi finns tillgänglig för konsultuppdrag via ett videokonferenssystem. När primärvårdsläkaren har behov av ortopedisk konsultation kopplar primärvårdsläkaren tillsammans med patienten upp sig med ortopedkonsulten. I samtalet kommer man överens om patientens fortsatta vård och behandling. Primärvårdsläkaren ansvarar för att verkställa överenskomna beslut och fortsätter att vara patientansvarig läkare och sköter även eventuellt behov av uppföljning. Dokumentation sker i både primärvården och på ortopedkliniken.

I sammanställning från pilotprojektet beskrivs att arbetssättet innebär att den specialiserade vården både kommer nära patienten och stärker primärvården. Patientens ställning stärks genom en ökad delaktighet i sin vård och vårdprocess. Patienten behöver inte vänta på en remiss eller en tid, inte heller resa till ortopedien för en bedömning. Eventuell behandling kan påbörjas på en gång. För primärvården ökar kunskapen om ortopediska besvär vilket leder till bättre remisser och därmed bättre nyttjande av den specialiserade vårdens resurser. Något som i sin tur också upplevs öka tillgängligheten till den specialiserade vården

### **3.15 Levnadsberättelse och patientens berättelse**

Det finns flera initiativ avseende patientens berättelse. Syftet är att ge ett mer personligt utformat stöd och hjälp, och där det går, anpassa och förbereda situationer för ett bättre omhändertagande. För att åstadkomma det får patienten berätta lite mer om sig själv, vad hen tycker om eller inte, och vad som är viktigt för hen.

I Västra Götalandsregionen genomfördes ett arbete tillsammans med en grupp patienter i syfte att fånga vilken information de ansåg vården också skulle efterfråga i syfte att öka värdet, exempelvis lyftes möjligheten att patienten inför sitt besök kunde skicka in frågor, men även vilka förväntningar de hade inför sitt besök.

Ur ett patientperspektiv finns det flera vinster med att få berätta sin berättelse och dokumentera den. Upplevelsen hos flera är att man ofta upprepar sin berättelse.

### **3.16 Samverkan mellan region och kommun – “Samarbetsvård”**

Samarbete över traditionella vårdgivargränser är en av grundpelarna inom samarbetsvården. Representanter från vårdcentralerna, öppenvårdpsykatrin, rehabkoordinatorer, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), hälso- och vårdsamordnare, personal från psykosociala team, socialtjänst och individ- och familjeomsorg är några exempel på aktörer som behöver delta i samverkan.

Vid samverkansmöten fokuseras på möjligheter och kunskapsdelning med individen i fokus. I detta sammanhang pratas aldrig pengar eller vad någon annan ska göra. Samarbetsvård är ett sätt att göra vården mer effektiv och tillgänglig. När kommun, vårdcentraler och specialistpsykiatri samverkar, så kan alla aktörer leverera vård och omsorg av hög kvalitet där alla utnyttjar resurser på ett effektivt sätt.

Hälsobilden i respektive område/kommun är själva grunden i samverkan. Idag finns tillgång till stora mängder data, vilket är en fantastisk källa till kunskap. Rätt använd kan den hjälpa oss att förstå vårt närområde och tidigt identifiera riskfaktorer. Att titta på vad som sticker ut i statistiken i våra respektive område/kommun och försöka hitta samband som hjälper oss att förstå och hela tiden lära oss mer om vilka faktorer som påverkar den psykiska hälsan. Det skapar möjligheter att på ett planerat och strategiskt sätt arbeta med riktade, hälsofrämjande insatser – i förebyggande syfte.

Digitaliseringen och den ständigt pågående tekniska utvecklingen gör det allt enklare att samverka över vårdgivargränserna.

## 4 Framtida behov

Underlaget till beskrivningen av det framtida behovet i Sveriges regioner och kommuner är inhämtat från personer som ingår i de nationella nätverken för Nära vård, Patientkontrakt och Egenmonitorering (se lista under rubriken Referenser)

- **Sammanhållen planering** – Många patienter har flera diagnoser, flera olika planer i olika IT-lösningar och vårdförlopp som löper parallellt. Där skulle en översikt på 1177.se fungera som ett nav för patienten där det viktigaste i pågående sammanhållen planering lyfts fram. Framtidsvisionen är att patienten, närstående och vårdteamet enkelt ska kunna få överblick över mål, överenskommelser, kontaktpersoner och bokade aktiviteter inom vård och omsorg utifrån intentionerna i patientkontrakt.

Att tillgängliggöra den viktigaste informationen enkelt och överskådligt på 1177.se kan vara ett första steg i kommande och bättre digitala lösningar. Det är en "stor elefant" som behöver styckas och det är många delar som behöver vara på plats där en viktig del är arbetet med informationsarkitekturen, informatik, lagring av data, hur information ska visas, var och för vem. Detta starka önskemål lyfts fram av både kommunerna och regionerna.

Visionen är att individen, även med stöd av närstående, ska kunna vara mer aktiv i sin egen planering och egenvård och själv kunna initiera aktiviteter, registrera mål och uppdatera planen med egen information. Det finns ett behov av att se över, rensa och förenkla bland alla de planer/överenskommelser och regelverk som reglerar dokumentationen idag för att bidra till att underlätta både för invånare/patient och medarbetare inom våra organisationer.

- **Fast vårdkontakt** – Registrering av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt måste ske på ett standardiserat sätt för att kunna göra informationen tillgänglig för patienten, närstående och vårdteam i region och kommun. Det krävs informatikarbete, val av tjänstekontrakt för att identifiera och strukturera informationen kring fast vårdkontakt utifrån medarbetarens HSA-id. Dokumentation av vård- och omsorgspersonal som har rollen som fast vårdkontakt ska göras med koppling till HSA-katalogen, så att namn, yrkeskategori, arbetsplats och kontaktuppgifter kan hämtas från HSA-katalogen. Patienten ska kunna se information om sin fasta vårdkontakt och sin fasta läkarkontakt via 1177.se. Vård- och omsorgspersonal ska kunna se information om patientens fasta vårdkontakt och sin fasta läkarkontakt på ett strukturerat sätt via NPÖ, samma vy som sammanhållen planering på 1177.se, och om det är möjligt direkt i verksamhetssystemet.
- **Dela journalinformation mellan regioner, kommuner och myndigheter** – Flera regioner och kommuner önskar kraftsamling för att göra journalinformation från

kommunerna och regionerna mer tillgänglig. Uppgraderad tjänsteplattform utifrån ny interoperabilitetsarkitektur samt koppling till vårdgivarnas verksamhetssystem, med möjlighet att tillgängliggöra information i flera kanaler, samt med nya teknologier för säker informationsöverföring. De regioner och kommuner som inför nya IT-system för vårdinformation behöver få extra stort stöd. Krävs också fördjupat arbete kring lagstiftningen för att kunna dela information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

- **Gemensamma data för bättre beslut och resultat** – Runt om i världen sker initiativ att samordna data och även nationellt finns önskemål om samordning. För att ligga i framkant med behandlingar behövs snabb informationsdelning om patienter, deras diagnoser och behandlingsresultat, i syfte att kunna identifiera olika samband. Med tillgång till samordnade hälsodata blir patientunderlaget i forskningsstudier större, vilket ökar möjligheterna att utveckla effektiva behandlingar. Gemensamma data skulle också kunna ge stor nytta direkt till invånaren genom bättre beslutsunderlag gällande att utforma sin vård och omsorg för individen i livets alla skeden. En systemövergripande IT-lösning för hantering av data från olika datakällor från olika huvudmän, vårdgivare, offentliga och privata aktörer. Tydliga nationella spelregler och krav kring hur information ska lagras, formateras, överföras och visas för att informationen från olika källor enkelt och kostnadseffektivt ska kunna följa patienten. Integrerade kunskaps- och beslutsstöd. Dessa ska inte behöva vara löst hängande separata tjänster.
- **Egenmonitorering** – Idag har de flesta regioner och en del kommuner enskilda piloter och monitoreringslösningar som är till värde för den enskilde patienten, men det innebär inte alltid att vården effektiviseras eller hänger ihop, vilket är ett av syftena med egenmonitorering och med omställningen av vården och omsorgen. De flesta har datoriserat/digitiserat en befintlig manuell vårdprocess, det holistiska perspektivet saknas. Kommunerna och regionen måste mötas i egenmonitoreringen och jobba i samma tekniska ekosystem, annars kommer omställningen till effektiv och nära vård aldrig kunna hända fullt ut. Det finns en gränsyta hur information ska flöda mellan kommun och region. Samverkan mellan regionen och kommunerna är svårt, men något som är absolut nödvändigt.
- **Sensorer och hälsodata** – En ny generation av sensorer kan förutom att informera om rörelse och fall även känna av bland annat andning och puls. Det finns sensorer som passivt mäter blodflöde som därigenom kan larma vid risk för trycksår och sensorer som används för att avläsa inkontinensmönster. All information kan samköras och bearbetas av AI för att exempelvis förutsäga risker för fall eller ohälsa. Parallellt med moderna sensorlösningar inom äldreomsorgen behövs arbete med egenmonitorering. Det möjliggör för sjukvården att övervaka värden, undersöka och kommunicera med enskilda utan att den enskilde behöver besöka sjukvården.

- **Visningsmiljöer** – Träningslägenhet/visningsmiljö med digital teknik finns i några kommuner, men skulle behövas kopplat till den nära vården på många fler platser. Att invånaren får testa och se exempelvis GPS-larm, rörelsevakt, fallpreventiva smarta IoT-lösningar, appar för påminnelse, automatiska lampor när hen ska upp på natten.
- **Digital mognad** – Utbildningsinsatser krävs för samtlig vård- och omsorgspersonal för att både förstå och känna sig trygga med teknikens frammarsch. Detta kommer hjälpa med implementeringen av digitala stöd, kommer inte kosta lika mycket pengar och kommer öka takten i omställning av vård- och omsorgen.

## 5 Vägledande utgångspunkter för genomförande

Det finns flera definitioner av digitalisering, de beskrivs olika men det menas oftast samma sak; verksamhetsutveckling och innovation med stöd av digital teknik.

Det mest naturliga och enklaste är att utgå från de befintliga vårdprocesserna och addera digital teknik för att förbättra dessa, men med ett sådant förhållningssätt riskeras vi att missa värde. Hälso- och sjukvården håller fortfarande på att *digitisera* en stor del av sin verksamhet, det innebär att det som görs på papper idag istället görs digitalt.

*Digitalisering* innebär att en verksamhet med stöd av digital teknik också börjar arbeta på nya sätt. Nästa steg i utvecklingen är *transformation*, vilket innebär helt nya sätt att erbjuda en tjänst, i detta fall vård, vilket ofta också inbegriper organisatorisk omställning.

Centralt i omställning till Nära vård är utgångspunkten i patienten och invånaren. Där möjligheten med digital teknik är central för att åstadkomma den förflyttningen. Patienten och invånarens förväntningar men också mognad i användning av digital teknik i sitt dagliga liv är grundläggande. Där ett önskat nyläge är att patienten ska kunna göra så mycket som möjligt själv, där patientens upplevelse av vad som är bättre är viktigt. Att möjligheterna inte begränsas till en digitiserad form av verksamheten utan nya sätt att bedriva vård.

Stor potential finns i den organisatoriska innovationen, nya sätt att bedriva och erbjuda vård, nya arbetssätt och processer baserat på kunskapen om möjligheter med digital teknik och att digitala tjänster är skalbara och gränslösa. Med skalbara och gränslösa menas att en tjänst kan användas genom hela verksamheten oavsett egen-, primär- eller specialistvård (sjukhusvård), och att tjänsten kan skalas upp, vilket ofta kan göras fort och till låg kostnad. Det skapar möjlighet att inom vissa områden erbjuda en oändligt tillgänglig, och oändlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser.

I omställningen till Nära Vård beskrivs en önskad fokusförflyttning. Digital teknik inte bara bidrar till att den förflyttningen möjliggörs, utan är en av de viktigaste facilitatorerna för att åstadkomma den. Till stor del är det en kulturförändring, ett arbete som pågått under lång tid exempelvis genom hälsofrämjande insatser, personcentrering, patientmakt.

Till viss del kommer fokusförflyttningen ske även utan att förändring av kultur och förhållningssätt görs i befintlig hälso- och sjukvård, vilket beror på omvärlden och de digitala möjligheterna. Omvärldens förändring till följd av ny teknik, konsumentnära, är så stor att den påverkar förmågan att hålla fast vid det befintliga sättet att bedriva vård.

Idag erbjuds allt fler digitala tjänster direkt till konsument, patienten och invånaren. Flera av tjänsterna tar vid där den offentligt finansierade hälso- och sjukvården väljer att avsluta ett vårdtillfälle, det gäller exempelvis för patienter med kronisk sjukdom. Och flera tjänster erbjuds med digital teknik, exempelvis patientskolor. Oavsett ställningstagande påverkar detta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Förutom i ovan givna förutsättningar, behöver också andra viktiga aspekter beaktas, exempelvis jämlik vård och hälsa. Ovan beskrivna möjligheter och förväntningar behöver hanteras för att den gemensamma välfärden inte ska ifrågasättas. Det inkluderar frågor som ekonomiska styr- och ersättningsmodeller.

Ur ett patient- och invånarperspektiv finns det förväntningar att kunna hantera och göra en större del av sina hälso- och sjukvårdsärenden själv och i hemmet. Det innebär att frågan om hur mycket patienten själv kan göra, alltså förflyttningen till patienten som resurs för sin egen hälsa, utan åläggande, vilket behöver utredas vidare.

För att digitala lösningar ska kunna stödja omställning till nära vård och bli hållbar över tid krävs en smart förändringsledning som bygger på ett tydligt *varför* samt balans mellan *kompetens* och *erfarenhet*. Det är viktigt att förstå att lyckas med omställning till digitala lösningar har flera dimensioner. Ofta läggs störst fokus på saker, tekniska prylar och IT-system, men det krävs minst lika mycket fokus på sättet vi betar oss på och sättet vi jobbar på samt den samhällsförändring vi ska åstadkomma.

Flera regioner brottas med utmaningen i att skala upp och få spridning av de digitala tjänsterna. Många projekt och piloter är genomförda med goda resultat, men tillgången till tjänsterna sker långsamt ur ett patient- och invånarperspektiv. Vilket även påverkar det jämlika erbjudandet.

Ekonomiska styr- och ersättningsmodeller är också en mycket viktig faktor som påverkar spridningen av digitala lösningar.

Den utveckling, innovation och förädling som sker runt om i offentliga Sverige kan delas, göras skalbar och tillgänglig för övriga regioner/kommuner. Det kan handla om både tekniska lösningar, arbetssätt och metodik. Genom att dela kunskap, erfarenhet och samverka kan vi tillsammans bedriva förflyttning och värdeskapande.

Samverkan bör också ske med innovatörer, näringsliv och samarbeten i former av "The triple helix model of innovation", i vilka näringsliv, akademi och offentlig sektor samskapar för att möta nya behov. Att omvärldsbevaka och inspireras av



omkringliggande samhälle och branscher bör göras i syfte att skala upp förflyttning och förändringstakt.

## 5.1 Grundprinciper för att ta vara på digitaliseringens potential i omställningen till Nära vård

Grundprinciperna speglar och beskriver förhållningssätt med utgångspunkt från digitala möjligheter och är principer ur det perspektivet för att bidra till den önskade omställningen. Principerna ger en vägledning vid verksamhetsutveckling med stöd av digital teknik, och måste ses som ett komplement till de principer som generellt beskrivs inom ramen för arbetet med Nära Vård.

### Det som kan göras av patienten (personen) ska kunna göras av patienten

Det betyder att kunskap ska delas lika mellan patienten och hälso- och sjukvården så att patienten kan ta informativa beslut och vara aktiv i ett delat beslutsfattande. Beslutsstöd utvecklas direkt för patient och invånare, och möjliggör automatisering av vissa vårdförlopp och tjänster. Det innebär också ett samlat gränssnitt för invånare och patienter i vilket interaktion med hälso- och sjukvården är möjlig, exempelvis skicka in värden, kommunicera och ta emot automatiserade rekommendationer. Målet är att personen själv ska kunna hantera sin hälsa och sjukdom, i så stor utsträckning som är möjligt och önskvärt från den enskildes perspektiv.



### Starta med det digitala, addera det fysiska vid behov - “Digital först fysiskt om det behövs”

I utveckling och förbättring av vårdförlopp och verksamhetsprocesser, särskilt i arbetet med kunskapsstyrningen, behöver arbetet starta i det digitala och primärpreventiva, och utgå från patienten som resurs för sin egen vård och hälsa. Därefter adderas de fysiska komponenterna, digi-fysiskt, och den fysiska vården. Principen ger också stöd för ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem eftersom digitala tjänster är gränslösa och skalbara.



### Låt den “nya vårdformen” växa så att det stärker det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet

Med nya digitala flöden uppstår direkt behov av nya sätt att möta patienter och invånare. Tillgång till kontinuerlig information i realtid, och automatisering bidrar ytterligare till detta. Vissa nya sätt att erbjuda vård skapar också möjlighet för hälso- och sjukvården att organisera sig annorlunda och på så sätt bli mer effektiva i sin resursanvändning, detta oavsett befintlig vårdnivå.



Att låta de ”nya vårdformerna” växa så att det stärker det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus på det värde som ska skapas just där, gör också att mindre belastning läggs på den redan pressade vården. Det skapar utrymme så att det som den befintliga vården gör bäst i mötet med patienten kan göras än mer. Det utgör ett komplement till den befintliga vården, och ska integreras sömlöst. Erbjudandet till patienten utgår från att möta rätt behov, vid rätt tillfälle av rätt resurs.

Detta utesluter inte behovet av omställning till nya arbetssätt i den befintliga vården, utan ska endast genomföras som ett komplement och för att stärka möjligheterna i hälso- och sjukvårdssystemet.

## 5.2 Förhållningssätt eller förbättringsområden, baserat på nuläget.

Redan idag finns flera möjligheter baserat på tillgänglig digital teknik och tjänster. Och det finns ett stort gap mellan möjligheter och befintlig användning av digital teknik och erbjudandet av digitala tjänster till patienter och invånare. För att minska gapet finns det några genomgripande förändringar, vilka mer beskrivs som förhållningssätt eller förbättringsområden, baserat på nuläget.

### Digitala tjänsters struktur

Idag finns det ett begränsat antal tjänster som möjliggör för invånare och patienten att vara aktiv medskapare för sin egen vård och hälsa. De flesta tjänster är självservice-tjänster som exempelvis boka tid, fylla i formulär efterfrågade från vården eller läsa Journalen. Idag erbjuds digitala tjänster oftast som separat funktionalitet, ibland i separata gränssnitt, där tjänsterna inte hänger samman i flöden eller kanaler.

För att få överblick eller hantera ett ärende behöver invånaren skifta mellan tjänster, och kanaler trots att ny teknik möjliggör att tjänsterna kan hänga samman i flöden. Det medför att ett ärende alltid är agerbart. I det nuvarande hälso- och sjukvårdslandskapet finns det många aktörer som individuellt och tillsammans tillhandahåller tjänster till en patient. Ordinarie vårdutbud har kompletterats med diverse digitala tjänster direkt till patienten. Det innebär fler aktörer och fler tjänster isolerade från varandra. Och det är upp till patienten att veta när vilken ska användas.

Patienter och invånare behöver en samlad ingång där de når det samlade utbudet av tjänster för att kunna hantera sin egen hälsa, vård och omsorg. Den digitala entrén byggs på ett ramverk inom vilket tjänster kan erbjudas patienter och invånare så att de på allvar kan gå från passiv mottagare till aktiv medskapare samt mötas individualiserat och personligt. Individerna väljer hur hen vill interagera med vården.

### Digifysisk vård

Digifysisk vård är ett begrepp som blivit allt vanligare, och avser beskriva den sömlösa förflyttningen mellan de digitala och den fysiska vården, men ofta också snabba mikrokontakter. Organisering är väsentlig för att maximera värdet som kan uppstå vid nyttjande av digifysisk vård.

Digital teknik erbjuder nya möjligheter att hantera vårdärenden exempelvis via en livechatt, eller digitalt vårdmöte, och vid behov bokas tid för ett fysiskt möte. Detta kallas digifysisk vård, där en ökande andel ärenden kan genomföras digitalt.

Digifysisk vård och kontakt blir också naturligt som ett led av införandet av exempelvis egenmonitorering där kontinuerlig tillgång till realtidsinformation möjliggör för organisationen att ha kontroll över en persons hälsotillstånd och agera vid behov, eller vid införandet av symtombedömning. Kontakten kan även initieras av patienten och via mikrokontakter kan fler vårdärenden snabbt avklaras, digitalt först och fysiskt när det behövs. Vården är tillgänglig oavsett vårdnivå, och är organiserad att ge stöd till patienten genom hela systemet.

### **Möta individers olika behov**

Vid utveckling av digitala tjänster, och med förflyttning till patienten, är det viktigt att detta sker utan att nya lösningar verkar uteslutande gentemot människor. Det handlar dels om tillgänglighet till digitala tjänster för personer med olika förutsättningar och förmågor, exempelvis tillgänglighetsdirektivet, ålder. Men också möjlighet för ombud och närstående att vara delaktiga och ge stöd. Det handlar om erbjudandet av tjänsten, exempelvis tillgång till digital teknik som en mobiltelefon, mobilt BankID. Aktivt arbete behöver ske fortsatt för att öka den digitala delaktigheten, där flera aktörer behöver samverka.

Viktigt är också individualisering, där tjänsterna behöver möta olika beteendetyper. Det finns ingen "one size fits all", snarare "one size fits no one". Det innebär att andra sätt att få sin vård både behöver finnas kvar på det sättet det bedrivs och erbjuds idag, men också att dessa sätt fortsätter att utvecklas. En utgångspunkt för utvecklingen av digitala tjänster är också att när de som vill och kan får tillgång till digitala tjänster, och då frigörs tid i vården för de som inte vill eller kan, och för de med mer komplexa behov.

### **Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet ur ett digitaliseringsperspektiv**

Olika undersökningar visar att vården inte lever upp till människors förväntningar avseende exempelvis tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet.

Idag mäts tillgänglighet till vården framförallt avseende vårdköer och ledtider, vilket för vissa patienter är mycket viktigt. Med tillgång till digitala tjänster 24/7 påverkas dock upplevelsen av tillgänglighet till vården. Där patienten oavsett var hen befinner sig, eller när, kan utföra eller initiera vårdärenden. Det påverkar upplevelsen av ökad tillgänglighet till vård. Samt när en patient kan göra fler insatser själv så frigörs tid i vården för andra, vilket också påverkar tillgänglighet.

Idag upprättas fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, och förslag finns avseende fast omsorgskontakt. Detta är ett sätt att bidra till ökad kontinuitet i vården, samtidigt som exempelvis rörligheten på arbetsmarknaden ökar, personer flyttar, byter jobb, arbetar vissa tider. Det medför att kontinuitet trots insatser inte alltid kan garanteras. Med digital teknik stöds andra dimensioner av kontinuitet, exempelvis genom egenmonitorering där vården skickas till vården, oftast en till två gånger i veckan, och dessa överses av en hälso- och sjukvårdspersonal. Kontinuitet har således fler dimensioner med resultat att patienten upplever trygghet, kontroll och möjlighet till kontakt vid behov.

Flertalet av dessa tjänster ökar möjlighet till patientdelaktighet, aktiv medskapare, både genom tillgång till information, möjlighet att aktivt bidra med information (vården) och således en ökad kontroll över sin egen hälsa.

Med digitalisering får därmed tillgänglighet fler betydelser och med nya sätt att erbjuda vård ges kontinuitet en ny mening utifrån patient och invånarperspektiv, och skapar fler möjligheter för patienten till delaktighet.

### **Proaktiv, informationsdriven, automatiserad och hälsofrämjande**

Idag används data framförallt för ledning och styrning, medan regioner och kommuner sitter på guldgruvor som att använda data i syfte att skapa värde för populationen och den enskilde i varje möte. Att använda data och tillgängliggöra den i analysrapporter, beslutsstöd och rekommendationer i varje möte tillför kunskap. Dataanalys kan ske av många parametrar samtidigt, fler än en person kan processa vid samma tillfälle, och med hastighet. Genom tillgång till data från en stor population kan slutsatser dras, vilka kan användas för att bedriva vård med hög precision och individualiserat. Det är också genom dataanalys som automatisering och smarta beslutsstöd görs möjligt, och möjlighet att bli en informationsdriven verksamhet.

Med patientnära dataanalysmetoder kan försämring identifieras tidigt, proaktivt, och åtgärder vidtas preventivt. Ytterligare förflyttning åstadkoms med fler automatiserade tjänster och vårdförlopp, och när patienten har tillgång till beslutsstöd, direkt i sin mobil, plats- och tidsberoende. Med automatisering av påminnelsefunktion, samt bekräftande meddelande kan ökad följsamhet stimuleras. Patienten genererar majoriteten av information och avgör när och med vem hen vill dela sin information.

### 5.3 Nyttanalys och nyttokalkyl

Nyttanalys och nyttokalkyl är verktyg som stödjer oss i att realisera nytta från förändringar. **Nyttanalysen** skapar en förståelse för vilka nyttor man eftersträvar eller förväntar sig från en förändring, och hur de kopplar till verksamhetsmålen. Även eventuella negativa effekter som riskerar tydliggörs i nyttanalysen. Nyttanalysen kan också vara underlag om man vill gå vidare och göra en **nyttokalkyl**, där man väljer ut nyttor och kostnader som man värderar i pengar.

Det är viktigt att göra en nyttanalys inför en förändring, och det rekommenderas starkt i den nya vägledningen i nyttorealiseringsfrån Myndigheten för Digital Förvaltning (DIGG). Nyttokalkylen kräver ytterligare tid och resurser utöver nyttanalysen, men ger ofta värdefulla insikter och än större förståelse och insikter som stödjer organisationens förmåga att realisera nyttorna.

I Ineras modell för nyttokalkyler finns en praktisk guide med steg-för-steg för både nyttanalys och nyttokalkyl. Genom de första fyra stegen i modellen kartlägger och analyserar man nyttor och effekter. Utifrån nyttanalysen kan man sedan gå vidare med steg fem till nio för att göra en komplett nyttokalkyl. Ineras modell:

[Öppen info: Nyttokalkyler - Confluence \(atlassian.net\).](#)

I det fortsatta arbetet med digitala möjligheter i den nära vården bör nyttanalyser och nyttokalkyler ingå som en naturlig del i utvecklingen.



*Ineras modell för nyttokalkyler, där de första fyra stegen handlar om att analysera nyttorna. Utifrån nyttoanalysen kan man sedan gå vidare med steg fem till nio för att göra en komplett nyttokalkyl.*

## 6 Nyläge med förslag på prioriterade insatser

Behovet av digitala lösningar som stöd i den nära vården i Sverige är stort, både när det gäller att skapa förutsättningar för individen att stärka sin egen hälsa, vara aktiv medskapare och delaktig i en sammanhållen vård och omsorg. Behoven är också stora för alla aktörer kring individen som ska jobba proaktivt och hälsofrämjande och ha förutsättningar att ge bästa möjliga vård och omsorg.



Flera regioner byter sina vårdinformationssystem och gör sig av med sitt tekniska arv. Detta skapar förutsättningar för regioner och kommuner att digitalisera. Men det är framförallt i området där invånare och patient interagerar med hälso- och sjukvården och omsorgen som den verkliga omställningen kommer ske.

Framtidens hälso- och sjukvård och omsorg för patienten och invånaren byggs genom att vända på perspektivet och bygga en verksamhet utifrån och in.

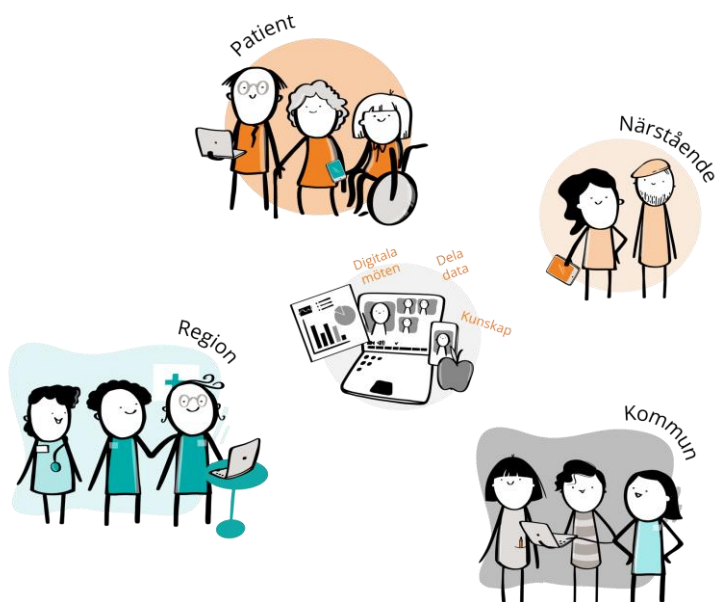
Nyläget beskriver åtta områden där det finns stort behov, nyttor och möjligheter att med digitalisering stödja omställning till Nära vård:



## 6.1 Digitalt stöd vid kronisk sjukdom

Digitala lösningar har stor potential att bidra till innovation och transformation av den befintliga vården för patienter med kroniska sjukdomar. Patienten ska kunna göra så mycket som möjligt själv. Digitala tjänster är navet och ett heltäckande stöd för egenvården.

Genom att anamma principen "digitalt först" i de personcentrerade standardiserade vårdförloppen skulle flera av de utmaningar som finns i den befintliga vården kunna lösas med digitala vårdformer och tjänster.



Vid konstaterad sjukdom kan alla patienter där det är relevant erbjudas tillgång till digital "diagnosspecifik mottagning" med tillhörande lärande, egenvård och stöd i läkemedelshantering. Digitala mötesformer kompletteras med fysiska besök.

För att säkerställa vårdformens relevans och effektivitet bör vårdkvalitet, vårdkonsumtion och upplevelse (trygghetsaspekten) följas noggrant. Detta är områden där nationella stöd kan utvecklas och bli mycket viktiga för en jämlik vård.

Med denna digitala vårdform skapas också möjligheter att mäta vårdkvalitet på nya sätt där forskning kan bidra med indikatorer. Idag följs ofta mått som årskontroller, antal inläggningar, antal genomförda hälsosamtal eller andra indikatorer som inte säger allt om vårdkvaliteten.

Med digitala lösningar finns också en potential att omdefiniera vårdkonsumtion. Vad är bra konsumtion? När är det bra att det ökar? Vad är konsumtion vi vill undvika? Vilka nya sätt finns att konsumera vård, som är snabb, effektiv och inte så resurskrävande? Vad gäller vårdkonsumtion skulle den mer styras mot behovsdriven konsumtion. Att gå från akut vård till planerad vård. Att etablera kontakt med grupper som varit svåra att nå idag, som har en kronisk sjukdom men som exempelvis arbetar och där egenmonitorering

skulle passa mycket bra. Det finns möjlighet för patienter med egenmonitorering att exempelvis chatta och därmed minskat behov av traditionell vård.

Känslan, upplevelsen av trygghet är en viktig aspekt. Hur kan patientens förmåga till egenvård stärkas, att kunna hantera försämringar och förbättringar? Egenmonitorering kan också vara ett sätt för patienten att lära sig mycket om sin hälsa och sitt tillstånd.

#### Värde och nyttor:

- Patientens förmåga att vara delaktig och samskapande stärks.
- Aktörerna samverkar tack vare det digitala navet med ökad kvalitet för patienten, närstående och teamet.
- Vårdformen gör det enklare att följa vårdkvalitet genom tillgång till annan typ av data.

#### Rekommenderade insatser:

- Utveckla koncept för digitalt nav för patienten kopplat till de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen.
- Testbädd i en region, exempelvis Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad
- Här efterfrågas ett nationellt grepp om vårdkvalitet, vårdkonsumtion och upplevelser vid egenmonitorering för att kunna mäta och följa i alla regioner. Som en grund för att utveckla området men också för att säkerställa en jämlik vård.
- Informationshantering, arkitektur, terminologi och lagring är områden som behöver utvecklas.
- Kunskapsstyrningens utveckling av personcentrerade vårdförlopp behöver kopplas samman med parallell utveckling av digitala vårdformer. Om exempelvis blodtryckspatienten mäter sitt blodtryck i hemmet och årskontroller kan ersättas, hur hanteras den årliga EKG-kontrollen? Digitala stöd som egenmonitorering bör ha en plats i den nationella utformningen av kunskapsstyrning.
- Det finns också ett uttalat behov av samverkan mellan den digitala vårdformen med egenmonitorering med primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg när det exempelvis gäller vissa målgruppers behov av stöd vid egenmonitorering. Det finns många olika exempel på hur välfärdsteknik i hemmet kan användas gemensamt mellan kommun och region.

## 6.2 Kunskapsstöd till patienten

För att åstadkomma önskad förflyttning till patient som medskapare behöver det utvecklas stöd för patienten. Det bidrar till informativa beslut och ett delat beslutsfattande. En viktig grund för det är att kunskapen är samma för patienten som för professionen för att åstadkomma ett delat beslutsfattande, där ingen part sitter på mer information än den andra. Där professionen med sin professionella kunskap kan vägleda patienten i att förstå och omsätta kunskapen till insikter.

Bästa tillgängliga kunskap paketerat som tjänster, program och utbildningar som motiverar viljan att ta ansvar för sin egen hälsa.

Idag utvecklas kliniskt kunskapsstöd framförallt för professionen. Vid upprättandet av nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK), behöver uppdraget också omfatta kunskapsstöd till patienten.

Kunskapsstödet ska vara automatiserat och kunna anpassas och/eller integreras med individuell personlig information.



### Värde och nyttor:

- Stärker patientens förmåga att vara delaktig i sin egen vård och resurs för sin egen hälsa.
- Bidrar till informativa beslut och ett delat beslutsfattande.

### Rekommenderade insatser:

- Utveckla kunskapsstöd till patienten med möjlighet till automatisering och individualisering.
- Utredda hur den kliniska patientinformationen ska tillgängliggöras för patienten.

### 6.3 Individens egna beslutsstöd

Genom att hälso- och sjukvården standardiserar information och skapar möjligheter för att dela information skapas också förutsättningar för patienten att få tillgång till sin sammanhållna information.

Det gör att patienten inte bara kan läsa sin journal på nätet utan också ladda upp den strukturerat för att använda i olika digitala tjänster och beslutsstöd.

Hälso- och sjukvården behöver skapa fler helautomatiserade vårdförlopp som stöd till fler steg i omställningen, samt effektiv resursanvändning. Där patienten är den mest effektiva resursen. Genom beslutsstöd, automatisering och användning av dataanalys med AI möjliggörs effektivt stöd för hälso- och sjukvården med potential att både frigöra tid som att skapa transformation.



#### Värde och nyttor:

- Patienten kan ta ansvar över sin egen hälsa
- Mer effektiv användning av resurser
- Patienten som aktiv medskapare
- Trygghet
- Stärker det relationella och möjliggör proaktiva insatser

#### Rekommenderade insatser:

- På nationell nivå skapa förutsättningar för automatiskt beslutsfattande. Med digitalt stöd för patienten att fatta egna beslut och med automatiserade vårdförlopp, behöver både det medicinska och patientens eget ansvar förtydligas.
- Utred ägandeskap inklusive juridiska förutsättningar för algoritmer, automatiserade insatser med medicinskt ansvar, vilket kräver en organisation.
- Ta fram ramverk som gör det möjligt för invånaren att strukturerat kunna ta del av (ladda upp) sin information

## 6.4 Läkemedelsanvändning

För en säker läkemedelsanvändning behöver samstämmig information kunna delas mellan patient närstående och medarbetare i vård och omsorg. Det finns uttalade behov av en "läkemedelsplan" som kan vara ett stöd inom området.

Det finns stora vinster att göra inom området för läkemedelsanvändning. Ju mer kunskap patient, närstående och vårdteam har om patientens pågående behandlingar desto fler nyttor och värden kan uppnås.

Det saknas en tydlig och enkel överblick över invånarens läkemedelsanvändning. Invånarens information om läkemedel är utspridd på flera olika sajter så som recept på Läkemedelskollen (e-hälsomyndigheten) eller på apotekssajter, lagerstatus på [fass.se](http://fass.se), förnya recept och viss läkemedelsinformation på 1177 Vårdguidens e-tjänster. Information om ordinationer (ej recept) kan invånaren i bästa fall läsa i journalen.



### Värde och nyttor:

- En läkemedelsanvändning med ökad följsamhet till både insättning, nedtrappning och utsättning av läkemedel.
- Läkemedelsrelaterade vårdskador har förutsättningar att minska
- Läkemedelsrelaterade inläggningar har förutsättningar att minska
- Besök i vården som görs på grund av läkemedelsrelaterade problem kan undvikas

### Rekommenderade insatser:

- Undersöka vidare vilka informationsmängder som både invånare och medarbetare i vård och omsorg har behov av för att uppnå en säkrare läkemedelsanvändning
- Undersöka vidare var relevanta informationsmängder finns att nå idag och vilka som saknas
- Skapa en överblick för både invånare och medarbetare i vård och omsorg i redan befintliga system

## 6.5 Alla delar sin information och data

För att realisera gemensamma vårdplaner och förutsättningar för individen som medskapare är interoperabilitet centralt, det vill säga att information och data kan utbytas mellan IT-lösningar och är tillgänglig för alla.

Patienten och dess närstående ska snabbt och enkelt ha tillgång till all dokumenterad information från vården och omsorgen.

Individen själv och dess närstående ska kunna tillföra sin information och mätdata till vård- och omsorgsteam.

Att smidigt ha tillgång till rätt information och kunskap är en förutsättning för en god arbetsmiljö där hälso- och sjukvårdens medarbetare ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens och bidra till bättre resultat för patienter.



### Värde och nyttor:

- Patienten har tillgång till sin sammanhållna information i vård och omsorg
- Tidigare upptäckt av försämrat tillstånd möjliggör proaktiva insatser
- Minska onödiga undersökningar, inläggningar och besök
- Ökad trygghet hos patient, närstående och medarbetare
- Ökad patientdelaktighet

### Rekommenderade insatser:

- Ta fram en nationell gemensam målbild för hur sammanhållen journalföring bör uppnås
- En nationell kraftsamling för att stötta kommunerna att göra sin och dokumentation tillgänglig.
- Nationellt gemensamma standarder och struktur kring dokumentation (e-Hälsa 2025) samt aktiv dialog med leverantörer av vårdinformationssystem
- Skapa juridiska och tekniska förutsättningar för individen att kunna dela med sig av sin information och mätdata till vårdpersonal både inom region och kommun.

## 6.6 Sammanhållen planering – En sammanhållen vy på 1177.se

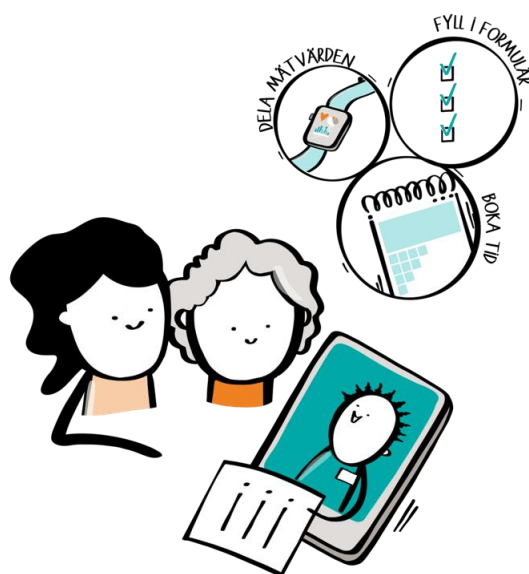
Visionen är att individen, ofta med stöd av närstående, kan ta en mer aktiv roll i sin hälsa, vård och behandling. En av de stora utmaningarna för personer med komplexa vårdbehov är att få överblick och helhetsperspektiv på sitt hälsotillstånd. Vårdens förväntan på samskapande patienter förutsätter att patienten själv kan initiera aktiviteter och uppdatera planer med egen information.

Olika termer används för att beskriva ett sammanhållet hälso-, sjukvårds- och omsorgssystem, exempelvis att systemet ska upplevas som *sömlöst*. Idag är vård och omsorg ofta organiserad i silos med stora behov av samordning. Ofta diskuteras begreppet *sömlöst* utifrån den fysiska världen och dess befintliga processer. Då digitala tjänster alltmer är en naturlig del av hälso-, sjukvård och omsorg, och ofta är första vägen in, så kommer det digitala alltmer att definiera ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Med innovativa koncept kan de digitala tjänsterna användas för att omforma, ibland ersätta eller skapa helt nya tjänster för de tjänster och arbetssätt som idag erbjuds inom hälso-, sjukvård och omsorg till både patienter, närstående och medarbetare.

Strukturer, digitala stöd och verktyg ska underlätta för patienten, närstående och vårdteamet att vara samskapande i hälsa, vård och behandling.

Koordinering och samordning är ett komplext område som förutsätter samverkan mellan det digitala, det fysiska och det automatiserade. En välfungerande samordning och koordination med helhetsperspektiv bygger på gräns- och ämnesöverskridande samverkan mellan olika aktörer och huvudmän.



För att få till en välfungerande samordning och koordination är det viktigt med ett helhetsperspektiv och ett fortsatt arbete måste därför vara gräns- och ämnesöverskridande. Det krävs också samverkan mellan många olika aktörer och huvudmän.

Transparenta stöd med strukturer för dokumentation av samordningsärenden möjliggör för både vårdgivare och patienter att kunna följa sina ärenden. Tack vare de digitala stöden finns möjligheter att utveckla stöd för proaktivt arbete. Att med hjälp av tillgängliga data utveckla stöd och verktyg för ett mer proaktivt arbetssätt för de samordnande funktionerna som finns idag.

**Värde och nyttor:**

- Samverkan med patienten i fokus leder till färre kontakter för patienten, minskat dubbelarbete och effektivisering av insatser.
- Enkelt att ta kontakt för både patienten och vårdaktörerna när planeringen i nätverket kring patienten är transparent.
- Att kunna följa planering och dokumentation i nätverket runt patienten skapar möjlighet för "rätt kompetens" att göra insatser när behov uppstår.

**Rekommenderade insatser:**

- Utveckla sammanhållen planering i en gemensam vy på 1177.se för överblick av planering, patientens samtliga kontakter, bokade tider samt de överenskommelser patienten och vården gjort.
- Skapa digitala tjänster för kommunikation mellan patienten och fasta vård-, läkar- och omsorgskontakter.
- Utveckla stöd och struktur kring dokumentation av samordningsärenden som kan följas av både patienter och vårdgivare.



## 6.7 Fokus på hälsa

För att ställa om till mer en proaktiv och hälsofrämjande hälso- och sjukvård behöver satsningar göras medvetet och aktivt inom detta område. Idag sker satsningar framförallt för personer som redan drabbats av ohälsa, exempelvis arbetet med egenmonitorering med fokus på ordinerad monitorering för personer med kronisk sjukdom. Idag satsas det nästan uteslutande på personer som redan har blivit sjuka, medan de stora vinsterna görs med förflyttning till det hälsofrämjande.

Satsning bör göras på digitala tjänster som stimulerar god hälsa, även för den friska invånaren. Satsningar på friska invånare, för barn och unga, får ur ett längre perspektiv en ökad effekt. Digital teknik skapar möjlighet till omställningen utan att påverka vårdens begränsade resurser, och kan därför prioriteras utan att stjälpa behovs- och solidaritetsprincipen.

Idag finns en ökande konsumentmarknad för invånare inom friskvård och hälsa, som till en stor del drivs av privata aktörerna. Det finns evidens för vilka åtgärder som bidrar till hälsa både primär- och sekundärpreventivt. Hälso- och sjukvården behöver således aktivt delta i utvecklingen av digitala tjänster för den friska invånaren, för att säkerställa kvalitet och ta ansvar för att tillgång till dessa tjänster för de som bäst behöver dem.



### Värde och nyttor

- Minskad utveckling av sjukdom (sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande)
- Ökat relationsbyggande

### Rekommenderade insatser:

- Ta fram ett ramverk för invånarens digitala stöd för en god hälsa
- Koncept för att utveckla tjänster och stöd för den friska invånaren
- Utveckla tjänster och digitala stöd för förebyggande och hälsofrämjande

## 6.8 Populationshälsa

Populationshälsa är inte samma sak som folkhälsa, utan dessa kompletterar varandra. Populationshälsa bedrivs utifrån ett befolkningsurval som är kända på individnivå, med definierad uppsättning av hälsostatus och dokumenterade parametrar.

Genom arbetet med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och gemensamt definierade kvalitets- och processmått skapas förutsättningar för arbete med populationshälsa.

Det möjliggör att utifrån en definierad population, uppsatt process och kvalitetsmått, tillsammans med individuella vårdplaner och överenskommelser, identifiera de personerna med störst risk att utveckla sjukdom. För att i nästa steg riskstratifiera, prioritera och kunna vidta åtgärd för den enskilde.

Med det stöds förflyttning till proaktiv och hälsofrämjande, där en person kan erbjudas insats i syfte att förebygga sjukdom eller försämring av hälsotillstånd. En satsning behövs för att utveckla området, och framförallt få dessa nya dataanalys metoder att utgöra en ordinarie del av vårdinformationssystemet. Genom dokumentation i realtid stöd skapas ytterligare effekt.



### Värde och nyttor:

- Identifiera personer med risk att utveckla sjukdom
- Möjliggör proaktiva individuella insatser för att undvika försäkrat hälsotillstånd
- Möjliggör proaktiva insatser för att undvika akut omhändertagande och inläggning på sjukhus

### Rekommenderade insatser:

- Ta fram ett nationellt ramverk för hur populationshälsa bidrar till god och nära vård, exempelvis gemensamt ansvarstagande, nya arbetssätt
- Enhetlig och gemensam dokumentationsstruktur, termer och begrepp

- Att driva frågan att som en naturlig del av uppföljning av vården efterfråga, strukturerat dokumentera och tillämpa patient rapporterade utfallsmått
- Lyfta frågan om omvänt samtycke kan leda till ytterligare värde inom området. Och delning av data över myndighetsgränser.

## 7 Bilaga 1: Utvärdering – pilot sammanhållen planering fas 2

En mindre pilot ”Sammanhållen planering fas 2 – Frågor inför planerat besök och kontakt med fast vårdkontakt” har genomförts för att med digitala tjänster förbereda ett planerat besök. Syftet var att undersöka hur några av de tjänster som redan finns i 1177 Vårdguiden kan användas för att skicka formulär till patienten från vården och ge patienten möjlighet att skicka in egna frågor inför besöket. Digitala lösningar är en förutsättning för att underlätta kommunikationen mellan patienten och fast vårdkontakt.

***Se bilaga 1 som bifogat PDF-dokument***

## 8 Bilaga 2: Digitala stöd vid kronisk sjukdom

Vid konstaterad sjukdom/diagnos erbjuds patienten tillgång till digital specialistmottagning med utbildning, stöd vid läkemedelsanvändning, mätningar, skattningar och registreringar tillsammans med digital kommunikation och digitala mötesformer. Den digitala vårdformen kompletteras med fysiska besök när det krävs.

Digitala specialistmottagningar, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, omsorg och hemtjänst är tillsammans viktiga resurser som samverkar kring och med de patienter som har behov av stöd vid genomförandet av mätningar, skattningar och registreringar.

***Se bilaga 2 som bifogat PDF-dokument***

## 9 Bilaga 3: Läkemedelsanvändning

En kort summering av insikter från användning av digitala stöd för läkemedelsanvändning idag samt rekommendationer som behövs göras framåt för att nå den kompletta översikten för både invånare och medarbetare.

***Se bilaga 3 som bifogat PDF-dokument***

## 10 Projektgrupp

- Sven-Åke Svensson, e-hälsostrateg Region Jönköpings län
- Erica Sandberg, digitaliseringsstrateg Västra Götalandsregionen
- Eva Lindholm, samordnare Införande Inera
- Daniela Baccarini, interaktionsdesigner Inera
- Amanda Sundberg, omvärlds- och marknadsanalytiker Inera

## 11 Referenser

### 11.1 Rapporter och webbreferenser

- Förstudie Sammanhållen planering (2021)
- Slutrapport sammanhållen planering etapp 1 "Lågt hängande frukter" (2021-05-31)
- Rapport förbättringsarbete Patientkontrakt för läkemedel (våren 2021)
- Visualisering av fast läkarkontakt - Inera undersökning (2020-08-12). Christina Kling Hassler, Överläkare och Verksamhetsstrateg, Sofia Sundkvist, Tjänsteansvarig
- Välfärdsteknik En studie av användningen av trygghetskameror och GPS-larm i 12 kommuner 2018
- PM: Nuläge och hinder för sammanhållen journalföring - E-hälsa 2025 (2021-05-12)
- Jobba digifysiskt (<https://jobbadigifysiskt.se/>) - Forskningsbaserade metoder som kan användas vid förändringsledning och digitalisering. Professor Katarina Gidlund på Mittuniversitetet.
- Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. Delbetänkande för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. SOU 2021:59.

## 11.2 Nationella nätverk

- Nätverk Nära vård – Mötesforum
- Nätverk regionala kontaktpersoner patientkontrakt - Varje region har utsett en eller flera kontaktpersoner, som ansvariga för patientkontraksarbetet i regionen. Kontaktpersonerna ingår i ett nationellt nätverk.
- Kompetensforum egenmonitorering – Ett digitalt forum som är öppet för medarbetare inom region och kommun samt leverantörer och andra aktörer.

## 11.3 Fokusgrupper och workshops

- Workshop SKR 2021-10-06
- Fokusgrupp “Läkemedel och digitala möjligheter som stöd i den nära vården” 2021-10-20
- Webinarium Patientkontrakt 2021-10-27
- Egenmonitorering, Sara Riggare, Jenny Ugalde med flera
- Fokusgrupp: “Planer, överenskommelser och sammanhållen planering” 2021-12-13

## 11.4 Personer

- Andreas Eneborg, Strateg avdelning Digitalisering och IT, Region Stockholm
- Anna Sjövall, Verksamhetsutvecklare Nära vård i Region Jämtland Härjedalen
- Anneli Forsgren, Utvecklingsledare äldreomsorg Kommunal hälso- och sjukvård, hemsjukvård och socialtjänst i Jönköpings län
- Anneli Uusitalo, IT-utvecklare, Vetlanda kommun
- Annika Olofsson, projektledare God nära vård, Region Dalarna
- Ann-Marie Iversen, verksamhetsutvecklare Region Västmanland
- Boel Lindblom, projektledare e-hälsa och digitalisering Region Örebro län
- Camilla Palmqvist, verksamhets controller regiondriven primärvård - Nära vård
- Charlotta Östlund, Samordnare Nära vård Region Gävleborg

- Helen Karlsson, MAS Vetlanda kommun
- Henrik Ahlgren, utvecklingschef Vetlanda kommun
- Jennie Svensson, funktionschef HS Vetlanda kommun
- Jenny Ugalde, projektledare PEM Region Uppsala
- Johan Skönevik, Region Västerbotten
- Karin Wachtmeister, verksamhetsutvecklare e-hälsa Region Sörmland
- Karl Schoultz, Projektledare välfärdsteknik och digitalisering FoU i Sörmland.
- Lotta Saleteg, E-hälsostrateg Region Östergötland
- Louise Arvodén, Enhetschef digitalisering i Region Uppsala
- Magdalena Fritzon, Utvecklingsledare Patientkontrakt Region Jönköpings län
- Marie Håkansson, Närvårdskordinator Region Sörmland
- Matts Lindgren, verksamhetschef Min vård Region Dalarna
- Mäjt Wik, verksamhetsutvecklare Region Dalarna
- Peo Hermansson, chefläkare allmänmedicin Region Gävleborg
- Pernilla Wallerstedt, Hälsa- och sjukvårdstrateg Region Halland
- Rebecka Moding, Utvecklingsledare Välfärdsteknik/Brukarmedverkan kommunförbundet i Kalmar län
- Sara Fredin, Programsamordnare Nära vård Region Västmanland
- Sofie Lidehäll, utvecklingsstrateg Region Västernorrland
- Thomas Fritz, tf avdelningschef eHälsa Västerbotten
- Victoria Andersson, Regionledningskontoret Region Halland
- Viktoria Krantz, E-hälsoutvecklare Region Jönköping