

6. Bilagor

- 3. Bilaga 1. Uppdragsbeskrivningar
- 6. Bilaga 2. Tjänstedesignsutbildning sammanfattning
- 13. Bilaga 3. Läns-gemensam målbild för Nära vård i Sörmland
- 17. Bilaga 4. Abstracts gemensamma satsningar
- 46. Bilaga 5. Förtydliganden kring arbetet inom samverkansstrukturen i Sörmland
- 47. Bilaga 6. Kompletterande process i samverkansstrukturen
- 49. Bilaga 7. Underlag för initiativ till gemensamma satsningar
- 50. Bilaga 8. Indikatorer för att följa utvecklingen till Nära vård i Sörmland

Bilaga 1. Uppdragsbeskrivningar

Denna bilaga innehåller uppdragsbeskrivningar för lokala processledare, varav den andra är en reviderad version. Utöver detta en beskrivning av uppdraget för divisionernas verksamhetsutvecklare i regionen som underlag för beslut av divisionscheferna.

Uppdragsbeskrivning Lokal processledare Nära vård inom kommunerna i Sörmland

Bakgrund	<p>I samband med att Länsstyrgruppen beslutade att tillsätta projektledare för utvecklingsuppdraget Nära vård togs också beslutet om att varje kommun ska tillsätta lokala processledare.</p> <p>Uppdraget som lokal processledare löper tidsmässigt lika långt som utvecklingsuppdraget (210816-230731).</p>
Uppdrag	<ul style="list-style-type: none"> • Vara kontaktperson för projektledare i Nära vård • Närvara vid möten med projektledare för att bli uppdaterad i det nationella och regionala arbetet med Nära vård • Vara uppdaterad i det lokala arbetet med Nära vård • Sprida information om Nära vård i sin kommun/region • Bidra med uppgifter och underlag som behövs i det gemensamma utvecklingsuppdraget t ex kartläggning, informationsdelning och implementering <p>Respektive kommun och regionen beslutar vilka eventuella övriga uppdrag som ingår i rollen som processledare.</p>
Tidsåtgång	<ul style="list-style-type: none"> • Minst 25% för Flen, Gnesta, Katrineholm, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåker • Minst 50% för Eskilstuna och Nyköping
Förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> • Genomgå Ledarskapsutbildning på SKR – Leda omställning till Nära vård • Genomgå utbildning i tjänstedesign • Ha en god förankring i sin egen verksamhet för att kunna sprida och inhämta information om Nära vård
<p>Styrgrupp för Nära vård i Sörmland 2021-10-15 Länsstyrgruppen i Sörmland 2021-xx-xx</p>	

Uppdragsbeskrivning – Reviderad Lokal processledare Nära vård inom kommunerna i Sörmland

Bakgrund	<p>I samband med att Länsstyrgruppen beslutade att tillsätta projektledare för utvecklingsuppdraget Nära vård togs också beslutet om att varje kommun ska tillsätta lokala processledare.</p> <p>Uppdraget som lokal processledare löper tidsmässigt lika långt som utvecklingsuppdraget (210816-230731).</p>
Uppdrag	<p>Inom projektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vara kontaktperson för sin kommun • Ingå i nätverket Nära vård i Sörmland • Närvara vid möten med projektledare • Att för sin kommun bidra med uppgifter och underlag till projektet t ex kartläggning, informationsdelning och redovisning <p>På kommunnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vara uppdaterad i det lokala arbetet med Nära vård • Arbeta fram en process för informationsspridning om omställningen till Nära vård samt arbeta aktivt med informationsspridning • Ha en aktiv roll i implementeringen av målbilden • Ta fram en process för att samla aktiviteter/satsningar inom nära vård samt uppföljning av dessa. • Ansvara för uppföljning och redovisning av resultat kopplade till omställningen. • Delta i lämpliga nationella, regionala och lokala forum <p>Respektive kommun beslutar vilka eventuella övriga uppdrag som ingår i rollen som processledare.</p>
Tidsåtgång	Varje kommun bedömer behovet av tjänstgöringsgrad
Förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> • Genomgå Ledarskapsutbildning på SKR – Leda omställning till Nära vård • Genomgå kursen: Nära vård och omsorg i samverkan, 4,5 hp Högskolan Dalarna (digital kurs på halvfart). • Ha en god förankring i sin egen verksamhet för att kunna sprida och inhämta information om Nära vård
Socialchefsnätverket 2022-10-18	

God och Nära vård

Följande punkter kan vara aktuella för divisionsverksamhetsutvecklarna i Region Sörmland:

- Vara kontaktperson för projektledare i Nära vård
- Närvara vid möten med projektledare för att bli uppdaterad i det nationella och regionala arbetet med Nära vård
- Vara uppdaterad i det lokala arbetet med Nära vård
- Sprida information om Nära vård i sin division
- Bidra med uppgifter och underlag som behövs i det gemensamma utvecklingsuppdraget t ex kartläggning, informationsdelning och implementering

Följande mötestider är planerade för Nätverk Nära vård i Sörmland under hösten:

26/8 11-12 Digitalt

21/9 14-16 i Katrineholm

27/10 11-12 Digitalt

24/11 10-12 i Eskilstuna

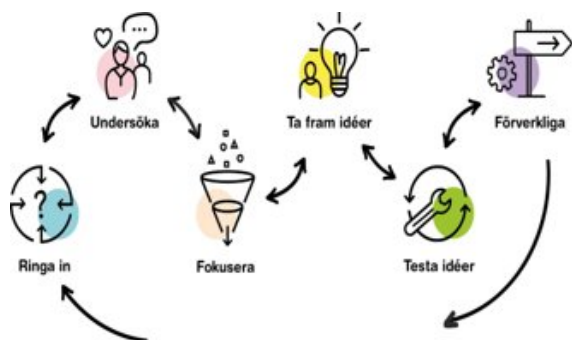
12/12 11-12 Digitalt

Bilaga 2. Tjänstedesignutbildning sammanfattning

Denna bilaga innehåller en sammanfattning av den utbildning i tjänstedesign som hölls inom ramen för projektet. Del A är en sammanställning av kursinnehållet och utvärdering och del B är en resultatsammanställning för det arbete som gjordes av det team som projektledarna ingick i, med fokus på brukarmedverkan.

Utbildning i Tjänstedesign vår-höst 2022

A. Sammanställning



Syftet med utbildningen:

- Att få en gemensam grund och gemensamt verktyg för de lokala processledarna.
- Bidra med initiativ att gå vidare med i förflyttningen av den nära vården och omsorgen

Målgrupp:

- Kommunernas lokala processledare
- Närvårds- och sjukhuskoordinatorer
- Division primärvård - verksamhetsutvecklare

Utöver detta deltog projektledarna aktivt i kursen samt processledarna från projektet Tillsammans för barnens bästa.

Utbildare: Utvecklingsledare från Länsregionalt regionalt stöd

Tidsperiod: april - september

Upplägg: Tre workshops och två avstämningar däremellan. Utöver dessa tillfällen arbetade teamen självständigt och planerade träffar efter möjlighet och behov.

5 team - 5 idéer:

Tabell 1 innehåller en redovisning av de olika teamens utmaningar, syfte och metod.

Tabell 1. Redovisning av teamens utmaningar, syfte och metod

Team	Utmaning	Syftet med utmaningen	Metod
Södra	<i>Hur kan delaktighet ökas genom ett personligt hälsomöte?</i>	Utmaningen var att se över strukturen för standardiserade hälsomöten för en ökad delaktighet i sin egen vård.	Intervjuundersökning
Norra	<i>Hur kan vi få sörmlänningar att leva mera hälsosamt?</i>	Utmaningen var att utifrån målgruppen äldre invånare, kan vi få äldre sörmlänningar att leva mera hälsosamt, ett mera hälsosamt leverne som ger ökad livskvalitet och fördröjer vårdkonsumtionen.	Intervjuundersökning

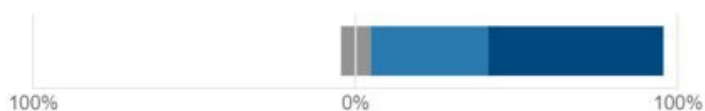
Västra	<i>Hur kan vård och omsorg bli mer personcentrerad och tillgänglig?</i>	Frågeställningarna; 1. Upplever du att du får stöd utifrån dina behov och förutsättningar? Om ja: hur visar det sig att du får stöd utifrån ditt behov och dina förutsättningar? Om nej: hur skulle det visa sig att du får stöd utifrån ditt behov och dina förutsättningar? 2. Hur skulle du vilja få stöd utifrån ditt behov och dina förutsättningar? 3. Vad är viktigt för dig för att kunna uppleva personcentrerad vård och omsorg?	Intervjuundersökning
Tillsammans för barnens bästa	<i>Hur undvika att barn och ungdomar med behov av stöd inte faller mellan stolarna?</i>	Utifrån utvecklingsarbetet Tillsammans för barnens bästa i Sörmlands målbild formulerade teamet två utmaningar; Hur kan vi säkerställa att barn och unga i behov av stöd inte faller mellan stolarna? Hur kan man utforma familjecentral 0–18 år för att möta familjernas behov?	Intervjuundersökning
Invånarkraft	<i>Hur kan vi systematiskt och kontinuerligt involvera invånare i dialog och beslut gällande utvecklingen av den nära vården i Sörmland?</i>	Intervjuer med invånare och tjänstemän i Länsstyrgruppen för att få kunskap om hur och på vilket sätt invånare i Sörmland önskar bidra till utvecklingen av den framtida vården och omsorgen och undersöka förutsättningarna för att skapa en organisation för invånarmedverkan i närvårdstrukturen.	Intervjuundersökning

Utvärdering av kursen:

Jag kommer ha nytta av det jag har lärt mig på kursen

[Mer information](#)

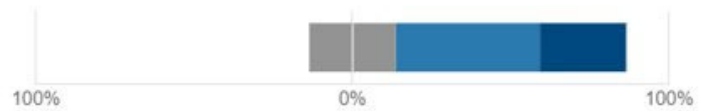
■ Stämmer inte alls ■ ■ ■ Stämmer helt



Jag kommer använda tjänstedesign som metod i mitt arbete framöver

[Mer information](#)

■ Inte troligt alls ■ ■ ■ ■ Mycket troligt



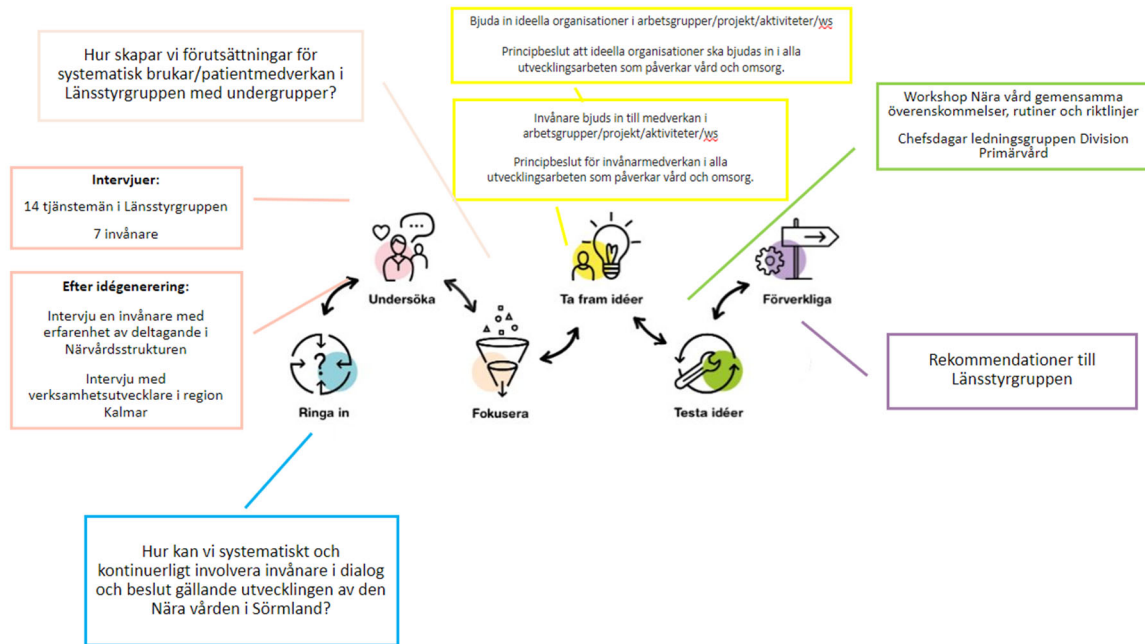
Kommentarer:

- *"Jag är i behov av mer stöd i form av."*
- *"Kommer troligen behöva stöd under tiden som jag framöver jobbar med metoden."*
- *"Behöver bollplank om jag kör fast, Bollplank i konkret arbete."*
- *"Stöd när man väl börjar arbeta med designen, praktiskt hjälp"*
- *"Fortsatt samverkan med andra kommuner - Lärande exempel - "Kunskapsbank" för stöd råd och tips, när man kör fast"*
- *"Bra upplägg på kursen, lärorikt att höra de andra grupperna."*
- *"Gärna att utbildningen genomförs i mer intensiv fart, gärna verkliga exempel. Jag har svårt att lotsas om saker och ting. Sommaruppehållet var knäckande för mig då jag behövde lång tid att "hitta tillbaka". Engagerade kursledare, all eloge åt dem."*
- *"Trevligt genomfört och väl strukturerat"*

B. Resultatsammanställning Team Invånarkraft

Utmaning: Hur kan vi systematiskt och kontinuerligt involvera invånare i dialog och beslut gällande utvecklingen av den Nära vården i Sörmland?

Intervjuer med invånare och tjänstemän i Länsstyrgruppen för att få kunskap om hur och på vilket sätt invånare i Sörmland önskar bidra till utvecklingen av den framtida vården och omsorgen och undersöka förutsättningarna för att skapa en organisation för invånarmedverkan i närvårdstrukturen. Arbetet under kursen sammanfattas i figur 1.



Figur 1. En sammanfattning av teamets arbete

Brukar/Patientmedverkan Vad innebär det för er ?

De flesta av de intervjuade beskrev brukar/patientmedverkan som ett arbetssätt i vården där individen ges möjlighet att vara delaktig i sin egen vård. Arbetssättet kan innebära att brukaren/patienten blir tillfrågad om och får chansen att uttrycka behov, att bli lyssnad på och ha möjlighet att påverka utformandet av den egna vården. Utformandet av vården runt en person utgår vid detta arbetssätt i första hand från personens behov och inte vad organisationen har att erbjuda.

Den som har behovet av en insats ska i så hög utsträckning som möjligt kunna påverka utformandet av insatsen. Citat från intervju

Några beskrev också att brukar/patientmedverkan kan ske på strukturell nivå där brukar/patientorganisationer bjuds in för att få påverka organisationen av vården och vara remissinstans i olika frågor som kan behöva utvecklas i vården.

Innan man förändrar ska man fråga målgrupperna vad de behöver. Citat från intervju

Vi har upptäckt att

Brukar/patientmedverkan beskrivs oftast som delaktighet i sin egen vård. Medverkan på verksamhets-, styr och ledningsnivå beskrivs av ett fåtal individer som att

brukar/patientorganisationer bjuds in för att vara delaktiga i organisationen av vården och vara remissinstans i olika sakfrågor som kan behöva utvecklas i vården.

Ser ni ett behov av Brukar/Patientmedverkan för att utveckla den nära vården? Varför?

Alla intervjuade tyckte att det fanns ett stort behov av brukar/patientmedverkan för att utveckla den nära vården. Som följdfråga fick de intervjuade beskriva varför medverkan behövs. Många beskrev då att medverkan behövs för att få förståelse för upplevelser, behov och önskningar hos brukare/patienter. För att få veta vad som är viktigt och onödigt och vad som behöver prioriteras framåt.

När vi utvecklar vården behöver vi utgå från behov och inte det organisationen tror att vi ska göra. Citat från intervju

Brukar/patientmedverkan beskrevs också som ett sätt att förstå hur vårdens processer och tjänster upplevs och om de är lättillgängliga och begripliga. En person beskrev brukare/patienter som en stor möjlighet för att få in nya perspektiv i form av civilsamhälle och egnerfarna när förändrade arbetssätt tas fram. Att bjuda in och engagera civilsamhälle och egnerfarna beskrevs som en nödvändighet för att möta framtidens behov på nya sätt och få till det perspektivskifte som behövs för att utveckla vården framåt.

Den gamla vårdstrukturen inte tillräcklig för omställningen, vi behöver få in helt andra perspektiv.

Det finns ingen annan väg att gå än att låta människor påverka.

Citat från intervjuer

Vi har upptäckt att:

De intervjuade menar att det finns ett stort behov av brukar/patientmedverkan för att utveckla den nära vården för att utgå från behov hos brukare/patienter vid utveckling.

Brukar/patientmedverkan är en nödvändighet för att få in nya perspektiv på svåra frågor.

Vilken är den viktigaste anledningen till att ha brukar/patientmedverkan i utvecklingen av den nära vården?

På frågan vad den viktigaste anledningen är till att ha brukar och patientmedverkan svarade majoriteten att det är för att utveckling ska utgå från behov hos de som vården finns till för och inte från organisationens uppfattning om vad som behöver utvecklas. Några angav att den huvudsakliga anledningen är att vi är tvingade för att resurserna framöver ska räcka till fler och att brukar/patientmedverkan kommer leda till bättre kvalitet och ekonomisk vinst.

Vi ska göra lösningar som utgår från människors verkliga behov - inte från organisationens behov. Citat från intervju

Vi har upptäckt att:

Vi har sett att den viktigaste anledningen till att ha brukar/patientmedverkan är att utveckling ska utgå från behov hos de som vården finns till för och inte från organisationens uppfattning om vad som behöver utvecklas.

Om behov finns: På vilken nivå behöver brukar/patientmedverkan finnas? Vilken typ av delaktighet gällande beslut anser ni att brukare/patient bör ha på olika nivåer?

Alla intervjuade tyckte att brukar/patientmedverkan bör finnas på den individuella nivån, dvs medverkan som individ i den enskilda vården. Graden av delaktighet borde, på individnivån, i de flesta fall nå upp till högsta nivån: medbeslutande. Vilken typ av fråga det gäller påverkar graden av delaktighet. Om det exempelvis gäller vilken typ av operationsmetod som används vid en knäoperation kanske man inte kan vara medbeslutande men man kan vara medbeslutande i vilka hemtjänstinsatser man vill ha/behöver. Graden av delaktighet beror också på individens egen önskan. En del vill vara med och påverka medan andra överlåter till vården att besluta.

Alla intervjuade såg behov av brukar/patientmedverkan på verksamhetsnivå men det är svårt att hitta exempel där detta görs systematiskt. Nivån av delaktighet är beroende av vilken fråga det gäller. Några av de intervjuade ansåg att de brukarråd som finns inom regionen idag oftast hamnar på delaktighetsnivån information. Det har skett en viss utveckling där man i vissa frågor har nivån närmast sig delaktighetsnivån dialog. Några ansåg inte att medbeslutandenivån var möjlig på grund av att man som brukare/patient inte har den formella rollen (rollen ger mandat/makt) att ta beslut. Andra menade att om brukar/patienter bereds plats i olika grupper är medbeslutande möjligt. Arbetsgrupper inom psykiatrin togs upp som exempel på hög delaktighetsnivå där brukarorganisation anser sig vara med och fatta beslut i frågor.

Det är svårare när det kommer till verksamhetsnivå. Vi kan ha dialog men vi måste förhålla oss till politiska beslut så därför har de inte medbeslutande. Vi använder det inte idag, idag informerar vi råden och ibland tar vi in vissa synpunkter. De vill ha mer inflytande, men då krävs dock att de får mycket mer information, annars blir det svårt för dem att förstå sammanhanget. Citat från intervju

När det gäller styr- och ledningsnivån så hade många av de intervjuade inte någon klar bild av hur medverkan skulle kunna gå till. Några likställde styr- och ledningsnivån med den politiska nivån och där ansåg man att brukar/patientinflytandet bestod av att man röstade i demokratiska val samt att man inom vissa kommuner har brukarråd som rådgivande till politiker. Andra menade att framröstade politiker ofta saknade kunskap om exempelvis specifika sjukdomars påverkan på livet och därför behövde brukar/patientorganisationer ständigt föra dialog med politiker för att synliggöra patientperspektivet på olika frågor. Några av de intervjuade beskrev att anledningen till att vi inte idag bjuder in brukare/patienter till medverkan på styr- och ledningsnivå är att man inte vet hur man kan göra det på ett bra sätt.

Vi är så otränade att ha med medverkan i ledningsfunktioner, har mycket utvecklingsarbete hos oss själva för att kunna möta medborgare konstruktivt, tryggt och bra. Citat från intervju

Att bjuda in brukare/patienter i styrgrupper i projekt gavs som exempel på hur delaktighet på styr- och ledningsnivån skulle kunna utvecklas. Många såg svårigheter att bjuda in brukare/patienter till ledningsgrupper då det var många frågor som ansågs inte beröra brukare/patienter direkt utan bara organisationen medan andra inte såg några hinder till detta alls.

Tror att det är bra när tar fram lösningar/målbild/förankring, kanske ska man inte alltid ingå i ledningen. Citat från intervju

Vi har upptäckt att:

Individuella nivå: Det är en självklarhet att brukar/patientmedverkan behöver finnas och delaktighet bör finnas upp till medbeslutande.

Verksamhetsnivå: Brukar/patientmedverkan bör finnas. Man ser olika på vilken typ av delaktighet som kan uppnås. Det saknas goda exempel på systematiskt arbete med brukare/patientmedverkan på verksamhetsnivå.

Styr- och ledningsnivå: De flesta hade svårt att beskriva brukar/patientmedverkan på denna nivå och om den borde finnas. Det var olika hur man såg på nivån av delaktighet men generellt svårt att reflektera runt delaktighetsnivån när man inte hade en klar bild av vad den skulle kunna innebära.

Hit ska vi!

Tillsammans

Teamarbete, där individen och dennes anhöriga är självklara medlemmar, är en naturlig del av vården och omsorgen år 2035. Individen ges möjlighet att vara delaktig i alla beslut om sin vård och omsorg och medarbetare samverkar över organisationsgränser. Arbets sättet är personcentrerat, individens resurser tas tillvara, självständigheten respekteras och varje individ blir lyssnad på. Samverkan sker på alla organisatoriska nivåer och beslutsvägarna är korta. Alla har tillit och förståelse för varandra. Alla tar gemensamt ansvar för att vård- och omsorgsinsatser samordnas utifrån individens behov. En fast vårdkontakt utses när individen har behov av detta. Tillsammans löser vi utmaningar som vi ställs inför.

Nära

Den nära vården och omsorgen är jämlik oavsett var i länet den ges. Individen har en god relation till vården och omsorgen som gör att den upplevs som nära. Den anpassas efter individens behov och förutsättningar och den kan vara mobil. Den nära vården är lättillgänglig och flexibel, digital när det är möjligt och fysiskt när det behövs. Genom kontinuitet och tydlig information skapas trygghet för individen, dennes anhöriga och för medarbetare. Primärvården är navet i vården och samverkar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

God hälsa, vård och omsorg

Vården och omsorgen är effektiv, evidensbaserad och individfokuserad och det finns ett hälsofrämjande perspektiv i hela vårdkedjan. Det innebär att arbetet utgår från individens hälsa, behov, livssituation, förmåga och resurser. Medarbetare och organisationer arbetar aktivt med att försöka förutse framtida situationer med fokus på att förebygga ohälsa och sjukdom hos individen. När så behövs får individen hjälp att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga. Individen har och får kunskap att ta hand om sin hälsa, vård och omsorg utifrån sina förutsättningar. Arbeta sker på befolkningsnivå innan sjukdom uppstår med särskilda riskgrupper samt med riktade insatser till särskilt utsatta individer. Tillsammans med övriga samhället arbetar vården och omsorgen med att skapa ett län som har fokus på hälsa.

Varför behövs en omställning av dagens vård och omsorg?

God och nära vård och omsorg är ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Omställningen syftar till att vården och omsorgen i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt i individens behov och förutsättningar.

När allt fler lever längre och när sjukdomar som tidigare var dödliga nu kan behandlas, och kan bli kroniska tillstånd, ställs nya krav på vården och omsorgen. Sörmland har idag höga ohälsotal både vad gäller den fysiska och den psykiska ohälsan. Antalet unga och gamla ökar snabbare än befolkningen i arbetsför ålder. Utifrån dessa förutsättningar liksom den teknikutveckling som sker i samhället kommer den nära vården och omsorgen att behöva utveckla nya arbets sätt som också kommer att ställa krav på ny kompetens.

Utvecklingen mot en nära vård och omsorg syftar till att vården och omsorgen i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt i individens behov och förutsättningar. Individen ska få bättre möjligheter till god livskvalitet **genom** att vara mer delaktig i sin vård och omsorg. Även tillgänglighet och kontinuitet är viktiga pusselbitar för att få till en nära vård.

Organisation	➔	Person och relation
Passiv mottagare	➔	Aktiv medskapare
Reaktiv	➔	Proaktiv och hälsofrämjande
Isolerade vård- och omsorgsinsatser	➔	Sammanhållet utifrån personens fokus

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 till i stället för en passiv mottagare av vårdens tjänster (Nära vård - SKR 2022).

Hur ska vi nå målbilden?

När alla tar ansvar för sin del i förflyttningen mot våra mål kan vi få fart framåt. Det handlar om allt från vad vi gör i det enskilda mötet med individen till de beslut som fattas, till exempel kring ekonomiska resurser.

Vad behöver vi? (förutsättningar och framgångsfaktorer)

Individens fokus – Framtidens hälsovård, sjukvård och omsorg handlar om att hitta former för att anpassa vård och omsorg efter individens behov. *”Inga beslut om mig, utan mig”* ska genomsyra arbetet. Det är individens samlade behov som ska vara vägledande för vårdens och omsorgens utformning. Individmedverkan ska vara självklar i alla utvecklingsarbeten. Överenskommelser mellan vårdgivare och vårdtagare ska finnas tydligt dokumenterade och vara tillgängliga för individen och vårdgivare (till exempel Patientkontrakt och Samordnad individuell plan, SIP).

Samsyn – För att arbetet med omställningen ska lyckas behöver vi vara överens om vad vi ska göra. Vi behöver utgå från målbilden i all planering, styrning och uppföljning.

Tydlighet i ledarskapet – Att i ledarskapet utgå från målbilden, att skapa förutsättningar för utveckling och att följa upp resultat blir viktigt. Medarbetarna behöver få förutsättningar att utveckla verksamheten.

Samverkan – Samverkan behövs både internt och externt, över vårdgivargränser och med övriga samhället för att uppnå målen.

Tillit till varandra – Tillit är en förutsättning för goda relationer och god samverkan.

Kunskapsstyrning och verksamhetsutveckling - Bästa tillgängliga kunskap ska finnas, tillämpas och omsättas i mötet mellan vården, omsorgen och individen. Det ska finnas stöd för att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för uppföljning, förnyelse och lärande.

Kompetensförsörjning och förändrade yrkesroller – Kompetensförsörjningen är en av de allra största utmaningarna fram till år 2035. Det kräver ett målmedvetet arbete för att behålla de som redan arbetar i Region och kommuner samt att locka nya medarbetare till vård och omsorg. Traditionella yrkesroller måste utvecklas vad gäller ansvar och arbetsuppgifter så att kompetens används på rätt sätt. Medarbetarna måste i större utsträckning samarbeta i tvärprofessionella team över huvudmannagränser. Nya yrkesgrupper behöver komplettera dagens professioner. Innehåll och utformning av framtida utbildningar och samarbete med utbildningsansvariga är

därför av stor vikt. Alla medarbetare ska ha tillgång till bästa tillgängliga kunskap och behov av kunskap ska uppmärksammas och tillgodoses.

Utveckling av nya arbetsätt och tjänster - För att nå målen behöver arbetsätt utvecklas. Vården och omsorgen ska i stor utsträckning ske där individen lever sitt liv. Genom ett användardrivet utvecklingsarbete ska nya tjänster utvecklas som bättre möter befolkningens behov och sätt att leva sina liv. Digitaliseringen möjliggör utveckling av kvalitet och effektivitet och underlättar för vårdens medarbetare. Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter få hjälp att utvecklas och vården och omsorgen bli jämlik, effektiv, tillgänglig och säker. Mellan Region Sörmland och länets kommuner ska samverkan kring verksamhetssystem, kommunikationssystem och digitala vårdtjänster finnas.

Från några till alla – Nya arbetsätt behöver testas i liten skala. Därefter ska det som fungerar bra växlas upp så det kan gälla för alla.

Vad ska vi göra?

Omställningen är ett långsiktigt arbete och målbilden sträcker sig till 2035. Vi kan inte göra allt samtidigt och därför kommer fokusområden att arbetas fram. De första kommer att fokusera på arbetet som ska ske 2023 - 2027.

Hur vet vi att vi gör rätt saker?

Det är viktigt att vi vet att vi gör rätt saker för att nå våra mål. För att underlätta detta kommer mätetal (indikatorer) som är kopplade till målsättningarna att tas fram. Dessa ska sedan kunna följas på ett tillgängligt sätt.

Regioners information

<https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/nara-vard/#tab-43156>

https://regionkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/nara-vard-2/

<https://nllplus.se/Samverkan-utveckling-och-innovation/Nara-vard-och-omsorg-i-norrboten/>

<https://regionvastmanland.se/vardgivare/avtal-och-samverkan/nara-vard/>

SKR: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

Abstracts gemensamma satsningar

Sammanställda våren 2023



Abstracts gemensamma satsningar

Syftet med denna sammanställning är att kortfattat beskriva några av de större gemensamma satsningar i samverkansstrukturen i Sörmland mellan åren 2020–2024.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Tillsammans för barnens bästa	2
Följeforskning Tillsammans för barnens bästa	4
Tillsammans för unga vuxna	6
Personcentrerad egenmonitorering.....	7
Forskningsprojekt egenmonitorering.....	9
Översyn av samverkansdokument.....	11
Egenvård under korttidsvistelse inom LSS – Barn och unga under 18 år.....	12
Ökat Brukarinflytande i Sörmland med stöd av Forummetoden	14
Utvärdering av ALMA – Akutgeriatriskt mobilt team.....	16
Länsgemensam digitaliseringsstrategi för socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård	18
Suicidprevention	20
Samsjuklighet i Sörmland	22
Psykisk ohälsa hos äldre – DepActive.....	24
Personcentrerat bemötande – e-utbildning	26
Fallprevention.....	27

Tillsammans för barnens bästa



Bakgrund

Liv och Hälsa Ung och Barnhälsovårdens årsrapport är två av de rapporter som visar att barn och unga i Sörmland har sämre fysisk och psykisk hälsa jämfört med riket som helhet. Sörmland är det län som har den högsta andelen barn och unga som lever i barnfattigdom i Sverige.

I Skottland infördes för cirka 15 år sedan en modell, GIRFEC, i Sverige kallad Skottlandsmodellen, för att förbättra barns uppväxtvillkor. Modellen bygger på samverkan och tidiga insatser och har visat goda resultat vad gäller bland annat antal barn som placeras utanför det egna hemmet. Inspiration och kunskap har hämtats från Skottlandsmodellen till Sörmland.

Den gemensamma RSS-strukturen¹ i Sörmland, där samtliga sörmländska kommuners socialtjänst och Region Sörmland finns representerade, har beslutat att genomföra ett utvecklingsarbete som går under namnet *Tillsammans för barnens bästa i Sörmland*. Förskola och skola har tidigt visat en vilja att samverka i utvecklingsarbetet genom Skolchefsnätverket som finns i Sörmland.

Syfte

Det övergripande syftet är att barn och unga i Sörmland ska erbjudas bästa möjliga och jämlika förutsättningar för att kunna utveckla och upprätthålla sin fysiska och psykiska hälsa och sitt välbefinnande. Vidare är syftet att barn, unga och vårdnadshavare ska få möjlighet till tidiga och samordnade insatser.

Tidplan

Oktober 2020 till december 2023. Projektet har under våren 2023 förlängts ytterligare ett år efter projektavslut.

Metod

Arbetet har mestadels genomförts i RSS-strukturen där även två processledarna har sin anställning (Länsgemensamt regionalt stöd). Under år två har processen pågått utifrån två spår som identifierades under första året, *Familjecentralsliknande arbetssätt 0–18 år* och *Skottlandsmodellens verktyg och roller*. Parallellt med det arbetet har en kartläggning över redan existerande samverkansformer i Sörmland gjorts och metoden tjänstedesign har använts för att undersöka

¹ De regionala samverkans- och stödstrukturerna verkar på länsnivå, för samverkan och utveckling. De är utformade efter förutsättningar och behov i respektive län.

RSS stödjer huvudmännen i samverkan kring frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det gäller både samverkan mellan kommunerna i länet och samverkan mellan kommunerna i länet och regionen. (SKR.se)

vilka behov ungdomar, vårdnadshavare och flera olika professioner som möter barn och unga har.

Utifrån alla delar som genomförts under andra året kommer ett antal pilotprojekt genomföras under utvecklingsarbetets sista år, där olika arbetssätt, verktyg och roller ska prövas och följas upp. Utifrån detta kommer samverkansmodellen växa fram och en implementeringsplan att skrivas.

Resultat

En gemensam målbild är framtagen: alla barn och unga i Sörmland ska ges möjligheter till en god fysisk och psykisk hälsa genom en god och trygg uppväxt utifrån varje barns behov. Samverkan ska ske med ett helhetsperspektiv kring barnens hälsa. Målsättningen med utvecklingsarbetet är att:

- Det i Sörmland finns en länsövergripande samverkansmodell för tidiga insatser för barn och unga
- Ett implementeringsarbete av samverkansmodellen är påbörjat
- En plan för fortsatt implementering och uppföljning av samverkansmodellen finns tillgänglig

Följeforskning Tillsammans för barnens bästa



Ambitionen är att samverka utifrån arbetet med *Tillsammans för barnens bästa* ska förbättra livssituationen för sörmländska barn. Det är förändringar som kommer att ta tid och komplexa processer både för barnen som individer och för organisationerna. För att förstå vad satsningen bidrar med både kortsiktigt och långsiktigt kommer FoU i Sörmland att utvärdera och följa arbetet genom två olika forskningsstrategier: följeforskning och en långtidsstudie.

Syfte och metod

Följeforskning (2021–2024): Syftet med följeforskningen är att genom samverkan skapa förutsättningar för ett kontinuerligt lärande i och genom projektet. Samverkan ska ske mellan projektbeställare, projektpartner, projektägare², styrgrupp, processledare, arbetsgrupp på FoU i Sörmland, målgrupper, forskare med flera. Fokus i följeforskningen är processen, framgångar, risker och hinder, förbättringsmöjligheter samt förutsättningen att fortsätta utvecklingsarbetet vid projektslut.

Datinsamling sker främst genom kvalitativa intervjuer och lärande workshops.

Med ett processtödande och förändringsinriktat perspektiv är målsättningen för följeforskningen kring utvecklingsarbetet *Tillsammans för barnens bästa i Sörmland* följande:

- Att ge stöd till utvecklingsarbetet för att kunna tillämpa relevanta metoder och aktiviteter i linje med projektplanen
- Att ge stöd till utvecklingsarbetet för att kunna mäta och följa upp målen enligt projektplanen
- Att ge stöd till utvecklingsarbetet genom att dokumentera aktiviteterna och processen på lämpliga sätt, som underlag för vidare självrapporteringar och utvärderingar
- Att utvärdera utvecklingsarbetet utifrån en förändringsinriktad programteoretisk modell från projektstart.

Förarbete för longitudinell studie (2021–2024): Syftet med en kartläggning och långtidsstudie av barns och ungas hälsa i Sörmland är att få förbättrad kunskap om nuläge, samt möjlighet att kunna följa och analysera utvecklingen över tid. Den länsgemensamma kunskapsupbyggnaden ska även bidra med insikter som kan ligga till grund för uppföljning, utveckling och specifikation

² Projektbeställare = Länsstyrgrupp

Projektpartner = Skolchefsnätverket

Projektägare = Länsgemensamt regionalt stöd

av förebyggande insatser. Planeringen av arbetet sker i samarbete med forskare och berörda verksamheter inom Region Sörmland och länets kommuner. Planerat arbete under 2023:

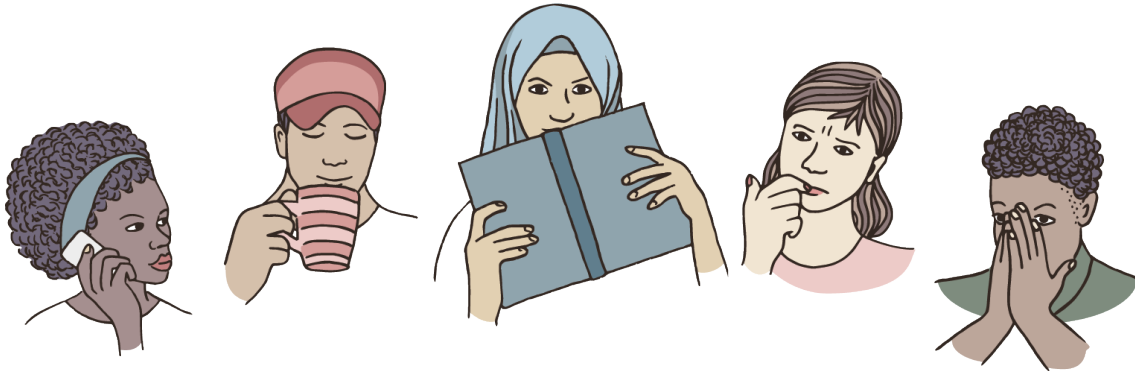
- Pågående dialog och planering med forskare och verksamheter
- Specificering av fokusområde och forskningsfrågor samt planering av procedur för dattainsamling
- Planering för insamlande av hälsouppgifter från befintliga register
- Ansökan om externa forskningsmedel (FORTE)
- Ansökan till Etikprövningsmyndigheten.

Resultat

Två delrapporter finns publicerade på www.fou.sormland.se gällande följeforskningen. Delrapport 1 berörde initiering och uppstart av utvecklingsarbetet och delrapport 2 fokuserar på den aktiva fas som följt efter uppstart med konkretisering och pilotprojekt.

Gällande långtidsstudie finns en påbörjad etablering av infrastruktur för långtidsuppföljning (exempelvis finansiering och samarbeten). En ansökan om medel är genomförd med förväntat besked i augusti 2023.

Tillsammans för unga vuxna



Bakgrund

Många unga som söker psykiatrisk vård har ofta ett psykiskt lidande på grund av olika livsomständigheter. Dessa personer är inte i behov av behandling inom specialistvården. Trots det så är det många som söker sig just dit eftersom de inte vet var de ska vända sig. Detta gör att individer som är i behov av samhällets hjälp för att må bättre har svårt att hitta rätt form av hjälp och stöd. Detta är något som uppmärksammades i psykiatrin i Region Sörmland och därför initierades arbetet *Tillsammans för unga vuxna*. För att genomföra uppdraget har två processledare anställts på Läns-gemensamt regionalt stöd.

Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att unga vuxna 18 - 29 år med psykosocial problematik ska mötas av färre strukturella hinder i hjälpsökandeprocessen. Unga vuxna 18 - 29 år, i behov av stöd, ska lättare kunna hitta ett sammanhang där de får rätt hjälp och förbättrade förutsättningar för ökat välmående och framtidstro.

Tidplan

Augusti 2022 till februari 2024.

Metod

Utvecklingsarbetet kommer att ha ett tydligt brukarperspektiv där brukaren ska ges möjlighet att formulera både sina behov och vilken insats som behövs för att öka chansen att få det stöd man önskar. Genom att möta fokusgrupper samlas information som kommer vara en grund till fortsatt arbete in. Referensgrupper bestående av målgruppen kommer aktivt att medverka i framtagandet av samverkansmodellen och ges möjlighet att påverka utvecklingsarbetet.

Förväntat resultat – framtida planering

Under tiden för projektet ska en läns-gemensam samverkansmodell för dem som arbetar med unga vuxna 18 - 29 år och för som har psykosociala problematik tas fram. Modellen ska skapas tillsammans med referensgruppen som ska definiera mål, kvalitetskrav och riktlinjer.

En plan för fortsatt utveckling och implementering för den gemensamma samverkansmodellen ska tas fram och förutsättningar för ett samlokaliserat och multiprofessionellt team ska undersökas.

Personcentrerad egenmonitorering



Bakgrund

I utvecklingen av nära vård är personcentrerade arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar viktiga att utveckla. Den närmaste vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Det är viktigt att erbjuda patienter ökade möjligheter att vara medskapare av sin egenvård och att därigenom få bättre kontroll över den egna hälsan. Egenmonitorering är en del av utvecklingen till att anpassa vården efter individens behov, att inkludera patienten i vården och att möjliggöra ökad egenvård. Möjligheten att upptäcka försämrad hälsa i ett tidigt skede, kan göra att onödiga besök på akutmottagningar och inläggningar undviks.

Syfte

Syftet med förstudien var att möjliggöra genomförandet av lärandeprojektet (Egenmonitorering Nära Vård i Sörmland) samt att tillhandahålla tidiga lärdomar till övriga kommuner. Här listas några resultat från förstudien:

- Förstudien gav vägledning för att kunna jobba med egenmonitorering/distansvård i ett sömlöst samarbete mellan region och kommun.
- Projektet ger kunskap om frågeställningar som är av största vikt inför upphandling och vid ett införande av egenmonitoreringslösningar för regionen respektive upphandlingar inom kommunerna.
- Förstudien fungerar som stöd i planeringen för att långsiktigt jobba med egenmonitorering och utgör även underlag till genomförandet av pilotprojekt med regionen, Trosa Kommun och Nära Vård-teamet i Eskilstuna.
- Sammanfattningsvis förbereder förstudien för deltagande verksamheter vid införandet av egenmonitoreringsstödet i det efterföljande lärandeprojektet.

Tidplan

Augusti 2020 till oktober 2022.

Metod

Att genom en förstudie genomföra en genomgång av nödvändiga processer gällande säkerhetsklassning och krav på informationssäkerheten, juridiska ställningstaganden, IT och arkitekturbeskrivning och inköpsprocess.

Resultat

För att underlätta och möjliggöra för det fortsatta lärandeprojektet *Egenmonitorering Nära vård i Sörmland* har arbete kring tre övergripande områden inom projektet genomförts; arkitekturbeskrivning, avtalsprocess, informationssäkerhetsanalys.

Slutligen resulterade förstudien i ett antal rekommendationer inför lärandeprojektet såväl som inför ett eventuellt kommande breddinförande av egenmonitoreringslösningar. Rekommendationerna gjordes inom bland annat följande områden:

- beslutsmandat i projekt med flera huvudmän
- eventuellt behov av vidare informationssäkerhetsanalyser
- behov av förändringsledning
- nyttan av en projektspecifik styrgrupp
- att vidare utreda frågan kring huvudmannagränser och identifiering av patienter.

Forskningsprojekt egenmonitorering



Bakgrund

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. En utmaning är den demografiska utvecklingen som med all sannolikhet kommer att leda till ett framtida ökat vårdbehov. I dagsläget lever cirka 60 procent av alla över 85 år med två eller fler kroniska sjukdomar. Därför finns ett stort behov att hitta nya, säkra och effektiva sätt att jobba med hälsa och sjukdom i framtiden. Som en del av omställningen till nära vård påbörjades 2020 ett projekt i Sörmland kring egenmonitorering som arbetssätt (Eskilstuna och Trosa). Kunskapen om arbetssättet digital monitorering av olika hälsoparametrar (såsom blodtryck, aktivitet, vikt och syremättnad) är fortfarande bristfällig, speciellt när både region och kommun är involverade. Medverkande forskare är från FoU i Sörmland och Region Sörmland.

Metod

I en första delstudie undersöktes främjande faktorer och hinder för implementeringen av egenmonitorering. Deltagarna vid intervjuerna var från ett multiprofessionellt Nära Vård-team.

Totalt deltog 14 personer, åtta undersköterskor, tre sjuksköterskor, en sjukgymnast, en arbetsterapeut och en allmänläkare i sammanlagt fem intervjuer. Personer viktiga för implementeringen identifierades genom hela processen.

I den andra delstudien som handlar om effekter har interventionen startat under våren 2023, resultat kommer att finnas insamlade under hösten 2023.

Tidplan

Oktober 2020 till december 2023.

Resultat

I analysen av den första delen av projektet har fyra kategorier av faktorer identifierats:

- tidigare erfarenhet av digital teknik,
- behov av förberedelser inför implementering,
- uppfattningar om att använda monitorering i praktiken ur patientens perspektiv
- samt relevansen och skäl till att tillämpa monitorering utifrån teamets perspektiv.

Att identifiera personer som är viktiga för implementeringen och noggrann planering är avgörande och bör vara praxis när man föreslår egenmonitorering.

En vinst med införandet av egenmonitorering uppgavs i studien vara att mer tid blir över åt dem som behöver det mest. Det fanns dock en viss oro för ökad ensamhet, något som behöver uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

Översyn av samverkansdokument



Bakgrund

Innan och i samband med utvecklingen av nära vård har det blivit tydligt att vi har olika tolkningar av ett antal riktlinjer, rutiner och överenskommelser som gäller inom närvården i Sörmland. Flera av dessa dokument stämmer inte heller med målbilden för Nära vård i Sörmland eller med nya skrivningar i olika lagstiftningar.

Syfte

Att skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland erbjuds en personcentrerad och jämlik vård och omsorg med hög delaktighet, samt att hitta en samsyn kring arbetssätt och göra det lätt för medarbetarna att göra rätt.

Tidplan

Maj 2022 till december 2023.

Metod

Basgrupper sammansattes och beslutades av Länsstyrgruppen och arbetsgrupper bildas utifrån behov. Samtliga rutiner som finns gällande vuxna som berör samverkan och vård i hemmet går igenom och sorteras i tre kategorier:

1. kan tas bort
2. behöver revideras
3. nya rutiner behöver skapas

Därefter kommer arbete med varje område att ske utifrån behov.

Egenvård under korttidsvistelse inom LSS – Barn och unga under 18 år



Bakgrund

Barn och unga som vistas på korttidsboende har ofta ett dagligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser under sin vistelse. Oklarhet i ansvarsfrågan samt bristande samverkan har i Sörmland lyfts av arbetsgrupper inom samverkansstrukturen och inom LSS-verksamheter i kommunen.

Under hösten 2020 har projektet *Egenvård och eller Hälso- och sjukvårdsinsatser under vistelse i korttidsboende i LSS – Barn och unga under 18 år* återrapporterat till hälso- och sjukvårdsledningen i region Sörmland samt Länsstyrgruppen. Projektet har visat på ett antal patientsäkerhetsrisker och behov av förbättringsområden för barnen i Sörmland, deras vårdnadshavare och personalen. Förslag på arbetssätt, som projektet anser leder till ökad trygghet och säkerhet för barn och unga under 18 år som vistas på korttidsboende LSS, har tagits fram.

På uppdrag av divisionschefen för psykiatri och funktionshinder gjordes därefter en riskanalys som bygger på projektets resultat och förslagen på arbetssätt. Det har identifierats risker som kan uppstå för barn med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som vistas på korttidsboende enligt LSS och därför finns ett behov av att ta fram en länsgemensam överenskommelse för egenvård av barn.

Syfte

Syftet är att ta fram en länsgemensam överenskommelse för egenvård av barn som vistas på korttidsboende enligt LSS. Den ska vara känd av personal, patient och anhöriga i alla de verksamheter som berörs av barns egenvård. Implementering av samverkansöverenskommelsen ska utföras och en plan för uppföljning av implementeringen ska finnas tillgänglig.

Arbetet ska leda till att länets vårdgivare säkerställer patientsäkerheten genom samverkan med en tydlig ansvarsfördelning mellan kommunerna och Region Sörmland. Detta ska bidra till ökad trygghet och säkerhet för de barn och unga under 18 år som vistas inom korttidsboende enligt LSS.

Tidplan

Arbetet sker under 2023.

Metod

En styrgrupp är utsedd för processen. Två arbetsgrupper ska upprättas, en med representanter från alla länets kommuner och en med representanter från Region Sörmland. Dessa ska ha möten en gång/månad. Även omvärldsbevakning, kartläggning över nuläge, anhörigmedverkan samt upprättandet av en implementeringsplan ingår i processen.

Förväntat resultat

Det förväntade resultatet är att en samverkansöverenskommelse är implementerad i Region Sörmland och länets alla kommuner och att den över tid leder till ökad säkerhet och mer jämlik vård för barn i behov av egenvård inom korttidsboende LSS.

Ökat Brukarinflytande i Sörmland med stöd av Forummetoden



Bakgrund

I Sörmland testas den så kallade *Forummetoden*, under ungefär ett års tid vid Psykiatriska kliniken vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna samt inom funktionshinderområdet i Eskilstuna kommun. Detta pilotprojekt leds av Uppdrag Psykisk Hälsa. För att ta reda på hur införandet och testningen av forummetoden i Sörmland går har FoU i Sörmland fått i uppdrag att följa och utvärdera pilotprojektet.

Forummetoden är ett sätt att jobba med brukarinflytande. Syftet med brukarinflytande är att förbättra psykisk hälsa. Rent konkret innebär brukarinflytande att vård- och omsorgstagare får möjlighet att vara med och påverka och förändra verksamheter. Genom att ha regelbundna *forummöten* kan personer som lever med psykisk ohälsa och deras anhöriga, fritt föra fram sina åsikter och förbättringsförslag på den vård och omsorg de erbjuds (egen vård/ behandling diskuteras inte). Forummötet leds av en samtalsledare med egen brukarerfarenhet och en chef från verksamheten agerar antecknare. Förslagen förs vidare i verksamheten för beslut och återkoppling till deltagare sker vid nästkommande forummöte.

Syfte

Det övergripande syftet är att vetenskapligt utvärdera Region Sörmlands införande och testning av forummetoden, i detta fall patient/brukarforum och anhörigforum på Psykiatriska kliniken Mälarsjukhuset Eskilstuna och inom funktionshinderområdet i ett par av Sörmlands kommuner.

Tidplan

Januari 2022 till december 2024.

Metod

För att kunna besvara frågeställningarna kommer olika former av data att samlas in, till exempel anonyma anteckningar från forummöten, enkäter, intervjuer och mötesdokumentation. De vetenskapliga frågeställningarna är följande:

- Hur har införandet av forummetoden gått, och hur ser processen ut gällande ärenden och beslut enligt piloten av forummetoden i Sörmland?
- Vilka åsikter och attityder har de olika målgrupperna (patienter/brukare, anhöriga, samtalsledare, antecknare, medarbetare) om de genomförda forummötena i Sörmland?
- Leder forummöten till förändring i de verksamheter som deltar i Sörmland?
- Vilka rekommendationer kan ges för eventuella framtida införanden av forummetoden i andra verksamheter i Sörmland (exempelvis justering av metoden)?

Förväntat resultat

Forummetoden kan anses ha betydelse för både medarbetare, patienter/brukare och anhöriga. För medarbetare och chefer innebär metoden främst en ökad kunskap och förståelse för målgruppen av patienter/brukare och därmed även ökade möjligheter att erbjuda en bättre vård och omsorg. För patienter/brukare och anhöriga är den största vinsten den ökade chansen till ökat inflytande på individnivå, vilket även går i linje med omställningen till en god och nära vård. Genom att patienter/brukare och anhöriga kan göra sin röst hörd känner de sig respekterade och lyssnade till, vilket även kan stärka relationerna mellan patienter/brukare, anhöriga och medarbetare. Resultaten från denna utvärdering kan därför bidra med ökad kunskap för hur forummetoden har fungerat i Sörmland, och kan därmed utgöra underlag för ett vidare införande i länet och övriga landet.

Utvärdering av ALMA – Akutgeriatriskt mobilt team



Bakgrund

I Sverige pågår just nu arbete med omställningen till en god och nära vård. Ett sätt att jobba mot en nära vård är mobila team, där tanken är att bevara patientens självständighet i hemmet, stärka den personcentrerade vården, stärka egenvården samt minska resursförbrukningen.

Sedan 2021 finns ALMA, ett akutgeriatriskt mobilt team, vid Nyköpings lasarett. Alma riktar sig till personer över 75 år boende i Nyköpings och Oxelösunds kommuner. ALMA:s huvuduppgift är att ta hand om patienter som blivit försämrade i hemmet och som behöver tät medicinsk uppföljning och behandling, och där man bedömer att patienten kommer må bättre av att vårdas i hemmet jämfört med på sjukhus.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka multisjuka geriatriska patienters upplevelse av personcentrerad nära vård under tiden patienterna är anslutna till ALMA, samt berörda parter upplevelser av hur samverkan fungerar kring det. Studien avser även att gå igenom insamlad patientdata (patientenkät och Excelfil), för att studera mönster, samband, skillnader, förändring över tid i antal besök vid akuten och inläggningar vid sjukhus, samt fördelning mellan de olika formerna av ALMA under studieperioden.

Tidplan

Augusti 2023 till mars 2025.

Metod

För att kunna besvara frågeställningarna kommer olika former av data samlas in, tex via en enkät till patienterna, dokumentation över patienterna samt dagbok över förändringar. De vetenskapliga frågeställningarna är följande:

1. Hur eller till vilken grad upplever de multisjuka geriatriska patienterna att vården de tar del av under tiden de är inskrivna i ALMA är personcentrerad?
2. Hur upplever ALMA-teamet och deras samverkanspartners att samverkan fungerar kring ALMA?
3. Finns mönster/samband/skillnader mellan insamlad patientdata (patientenkät och Excelfil)?
4. Vilken förändring kan ses över tid på individnivå, gällande besök på akuten och inläggningar vid sjukhus?
5. Vilken fördelning och rotation kan ses mellan de olika formerna av ALMA (röd, blå och grön) under utvärderingsperioden?

Förväntat resultat

Detta är en utvärdering där en arbetsmetod (ALMA), som det saknas tillräckligt med kunskap om, ska följas och utvärderas. Eftersom det idag inte finns kunskap om mobila teams effekt finns ett stort behov av att undersöka detta. Idag ska metoder inom socialtjänsten och hälsosjukvården vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Resultaten från denna utvärdering kan därför bidra med kunskap för hur patienterna upplever att vården de får via ALMA är personcentrerad samt samverkansparternas upplevelser av samverkan kring ALMA.

Länsgemensam digitaliseringsstrategi för socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård



Bakgrund

Kommunernas socialtjänst samt vården och omsorgen hos kommunerna och Region Sörmland står inför stora utmaningar. Den demografiska utvecklingen innebär att allt fler äldre med vård- och omsorgsbehov ska tas om hand av en minskande andel yngre i arbetsför ålder. Samtidigt ökar också komplexiteten inom socialtjänstens uppdrag. Det är förändringar som i ökande utsträckning kommer att kräva omfattande verksamhetsförändringar där fokus ligger på personcentrerade, hälsofrämjande/förebyggande och invånarnära insatser med stöd av välfärdstekniska lösningar och digitaliserade processer. Digitalisering saknar egenvärde men utgör däremot en nödvändig förutsättning i en omställning där det för invånarnas bästa ställs krav på en utökad och mer sömlös samverkan mellan region och kommuner.

Syfte

Syftet med digitaliseringsstrategin är därför att driva på samverkan genom att lyfta fram viktiga fokusområden för digitaliseringsarbetet i länet för att Sörmland ska nå såväl de regionala målen som de nationella mål som regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) påvisar i Vision e-hälsa 2025 för den digitala omställningen av socialtjänst, vård och omsorg. Strategin ska vara ett styrmedel för en länsgemensam handlingsplan, samt ett stöd vid framtagandet av lokala styrdokument för digitaliseringsarbetet hos de enskilda huvudmännen. Gemensamma fokusområden för digitaliseringsarbetet möjliggör också förutsättningarna för likvärdiga insatser från socialtjänst, vård och omsorg, oavsett var invånaren är bosatt i länet eller vilken huvudman som producerar välfärdstjänsterna.

Tidplan

Oktober 2021 till mars 2023.

Metod

Sedan oktober 2021 har en arbetsgrupp med representanter från Sörmlands nio kommuner och Region Sörmland, arbetat fram ett förslag till en läns gemensam digitaliseringsstrategi för socialtjänst samt angränsande hälso- och sjukvård. Under arbetets gång skapades även en mindre arbetsgrupp med representanter från två kommuner, Region Sörmland, FoU i Sörmland och Läns gemensamt Regionalt Stöd (LRS). Utifrån dessa två arbetsgrupper bildades sedan den nya gruppen Beredningsgrupp Digitalisering (BGD).

Förväntat resultat

Förslag till digitaliseringsstrategi beslutades i Länsstyrgruppen i mars 2023.

Strategin omfattar socialtjänsten med angränsande hälso- och sjukvård, det vill säga socialtjänsten samt de delar av hälso- och sjukvården som utförs i kommunal regi eller i samverkan mellan kommun och Region Sörmland. Strategin omfattar åren 2023–2026 och innehåller fem fokusområden. Strategin ska vara ett styrmedel för en läns gemensam handlingsplan, samt ett stöd vid framtagandet av lokala styrdokument för digitaliseringsarbetet hos de enskilda huvudmännen.

En färdig version av digitaliseringsstrategin finns på FoU i Sörmlands hemsida: **Länk till strategin.**

Suicidprevention



Bakgrund

Antalet självmord har legat på ungefär samma nivå de senaste tjugo åren. I Sverige dör cirka 1500 människor i suicid varje år, i genomsnitt cirka 45 personer per år i Sörmland. Cirka 71 procent är män och 29 procent är kvinnor. En nollvision för suicid beslutades av Sveriges riksdag 2008. Nollvisionen syftar till att samla olika krafter i samhället åt ett gemensamt håll. Syftet med visionen är att inte lägga hela ansvaret på en ensam huvudman, som hälso- och sjukvård, socialtjänst eller skolan, utan att skapa engagemang och aktivt arbete från flera aktörer i samhället. Region Sörmland har antagit en strategi för suicidprevention. För att det suicidpreventiva arbetet ska lyckas är det av stor vikt att även kommunerna bedriver suicidpreventivt arbete.

Syfte

Syftet är att genom länsamordnande funktioner skapa en sammanhållen och långsiktig plan för det suicidpreventiva arbetet. En sammanhållen struktur bidrar till effektivitet när det gäller planering och genomförande av olika aktiviteter som riktar sig till såväl befolkningen som yrkesverksamma i hela regionen. Detta bidrar till att resurserna används på ett effektivt sätt, exempelvis kan medel som satsas på utbildningar komma stora grupper till nytta. Och synergieffekter kan uppstå där olika professioner och verksamheter möts i olika sammanhang och delar med sig av sina kunskaper och erfarenheter inom området.

Tidplan

Start hösten 2021 - Pågående arbete utifrån stimulansmedel utifrån [Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023 \(skr.se\)](#).

Metod

I Sörmland har vi en länsgemensam samordnare för Region Sörmland och en länsgemensam samordnare för länets nio kommuner. Varje kommun har en lokal samordnare som leder kommunens interna suicidpreventiva arbete på 20 procent och ett länsgemensamt nätverk.

Det finns en länsgemensam styrgrupp bestående av representanter från regionen och kommunerna som leder länets gemensamma suicidpreventiva arbete. Arbetet leds genom en

gemensam mål- och aktivitetsplan som innefattar sju fokusområden med inriktning på universell prevention, selektiv prevention och indikerad prevention:

1. Händelseanalys
2. Barn och ungas mående och psykiska hälsa
3. Breda insatser med befolkningsperspektiv, särskild hänsyn till riskgrupper
4. Information och utbildning för medarbetare
5. Stöd och insatser till närstående
6. Fysisk samhällsplanering
7. Självmodslarm (blåljusaktörer)

Förväntat resultat

Förväntat resultat är att regionen implementerar den politiskt antagna suicidpreventiva strategin. Alla verksamheter planerar och genomför kunskapsbaserade aktiviteter utifrån sina uppdrag inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering och uppföljning samt tar fram och implementerar lokala handlingsplaner. Det förväntade resultatet innebär även att samtliga nio kommuner driver och implementerar suicidpreventivt arbete i respektive kommuns lednings- och styrningssystem, samt i processer och rutiner – gärna i form av strategier, handlingsplaner samt i konkreta aktiviteter och rutiner. Det slutliga målet är att tillsammans ha ett så gott preventivt arbete att ingen i Sörmland behöver hamna i ett sådant utsatt läge att suicid upplevs som den enda utvägen.

Samsjuklighet i Sörmland



Bakgrund

Den 17 juni 2020 beslutade regeringen att ge ett uppdrag åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende (tidigare begrepp ”missbruk”) och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

I utredningens uppdrag har det ingått att analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman. Det har även ingått att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman (Dir. 2020:68).

I ett tilläggsdirektiv gav regeringen även i uppdrag att lämna förslag på gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning och säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov. Syftet var också att stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen, samt ta ställning till och bedöma behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen. Tilläggsdirektivet med förslag för tvångsvård lämnades tillsammans med slutbetänkandet över till regeringen den 31 januari 2023 och ska ut på remiss under våren 2023.

Beredningsgruppen för Psykiatri och Funktionshinder (BGPF), som är en del i Sörmlands samverkanstruktur och som innefattar ledningsfunktioner från Region Sörmlands verksamheter inom psykiatri, primärvård och funktionshinderområde samt länets kommuners socialtjänst och vård-

och omsorg, har beslutat att i proaktiv anda redan nu ta fasta på samsjuklighetsutredningens resultat och har därför påbörjat ett utvecklingsarbete gällande samsjuklighet i Sörmland.

Syfte

Övergripande mål med samsjuklighetsarbetet i Sörmland är att personer med samsjuklighet ska erbjudas en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård med insatser från de huvudmän som ansvarar för behovet av insatser (medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser). Målet är också att ta fram förslag till en gemensam process som möjlig modell för överenskommelser kring samverkan.

Utifrån detta har två processledare fått i uppdrag att kartlägga de problem och behov som huvudmännen i Sörmland ser kring samverkan för personer med samsjuklighet, samt att ta fram ett förslag till en gemensam process som kan vara en möjlig modell för överenskommelser kring samverkan. Uppdraget baserar sig på det beslut som fattas kring samsjuklighetsutredningen av regeringen.

Tidplan

Start 1 januari 2023. Processledningsstödet på länsnivå i Sörmland är ej ännu fastställt.

Metod

Arbetet kommer att genomföras inom ramen för samverkansstrukturen och i arbetet kommer personer som själva har, eller är anhöriga till personer med, samsjuklighet att inkluderas.

Förväntat resultat

Förhoppningen är att skapa en gemensam process och modell som främjar samverkan och utökad samarbete och dessutom utvecklar vården och stödet för personer med samsjuklighet och anhöriga till personer med samsjuklighet.

Psykisk ohälsa hos äldre – DepActive



Bakgrund

Av personer som är 65 år och äldre i Sverige har 5–15 procent en pågående depression. Depression hos äldre innebär ett stort lidande, minskad funktionsnivå samt ökar risken för kroppsliga sjukdomar, andra psykiska sjukdomar, ensamhet och självmord. De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom förordar psykologisk behandling, men endast cirka tre procent av äldre med depression får sådan behandling. En sådan behandlingsmetod är beteendeaktivering, som minskar depression genom att öka lustfyllda, meningsfulla och viktiga aktiviteter såsom fysisk och social aktivering. En pilotstudie av telefonbaserad beteendeaktivering för isolerade äldre med depression genomfördes i Västmanland under coronapandemin. Behandlingen bestod av fyra samtal och resultaten visade att depressionssymtom minskade och att resultaten höll i sig efter sex månader.

Syfte

Syftet är att undersöka om telefonbaserad beteendeaktivering fungerar som behandling av depression hos äldre i primärvårdsmiljö. Om så är fallet finns möjlighet att erbjuda en kostnadseffektiv och tillgänglig behandlingsmetod.

Tidplan

En doktorand är rekryterad till FoU i Sörmland och påbörjar en femårig tjänst i augusti 2023. Utöver detta kommer en postdok starta i september 2023 då intresse även finns att undersöka kommunala insatser, såsom hemtjänst och hemsjukvård, samt om behandlingen påverkar behovet av insatser. Interventionen startar i början av 2024.

Metod

En randomiserad kontrollerad multicenterstudie³ med primärt utfallsmått självskattade depressionssymtom. Sekundära utfallsmått är depressionsdiagnos, aktivitetsnivå (självskattad och mätt med accelerometer), kognitiva funktioner (neuropsykologiska tester), nyttjande av kommunala insatser, kostnadseffektivitet samt självskattning av ångestsymtom, funktionsnivå i vardagen, livskvalitet, självförmåga⁴, ensamhet, och upplevelse av personcentrering

Förväntat resultat

Det förväntade resultatet är att med forskningen kunna visa på en behandlingsmetod som är kostnadseffektiv och ger förutsättningar för god tillgänglighet.

³ En studie där en grupp slumpvis lottas in i en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp, studien pågår på flera platser med ett visst sammanlagt antal personer.

⁴ Uppskattning av egen förmåga

Personcentrerat bemötande – e-utbildning



Göra lika

Göra olika

Riva hinder

Bakgrund

Förutsättningarna för att få tillgång till hälso- och sjukvård och omsorgstjänster är ojämlika. Häl-
san och överlevnaden är sämre hos personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning. Bak-
grunden till det kan spåras inom flera områden. Det kan tolkas som att många tror, att "gör jag
lika till alla är det jämlikt" vilket medför att man inte personanpassar sitt förhållningssätt. Det
saknas generell kunskap om hur olika funktionsnedsättningar kan påverka bland annat kommu-
nikation, struktur och planering och även hur det vara för en enskild individ. Personer vet inte
hur man söker vård, stöd och hjälp, känner inte av sina behov och/eller kan inte förklara sin
situation så att mottagaren förstår.

Syfte

Syftet med e-utbildningen är att öka kompetensen kring personer med fysisk och psykisk funkt-
ionsnedsättning, så att medarbetare i kommun och region kan personanpassa sitt bemötande
och därmed bidra till att minska ojämlikheten.

Tidplan

Utbildningen finns på plats sedan februari 2022. Implementeringen behöver fortlöpa.

Fallprevention



Bakgrund

Sammanfattande studier visar att fall går att minska med rätt insatser och metoder. Det är dock inte självklart hur resultat från studier ska implementeras och hur till exempel kliniska riktlinjer ska formuleras utifrån tillgänglig kunskap. Utöver detta behövs förankring av arbetet i hela organisationen och dess olika nivåer. Ledarskapet har i flera studier inom fallprevention påtalats som avgörande, men har ändå i många studier inom fallprevention visat sig vara bristande. I Sörmland, som i alla andra regioner i Sverige, visar statistik en tendens till att antal fall och fallolyckor ökar. Det är oroväckande med tanke på den demografiska utvecklingen med ökat antal äldre.

Syfte

Syftet med projektet är att identifiera villkor för ett fallpreventionsprogram, att ta fram ett kunskapsstöd och att involvera civilsamhället.

Metod

Tre övergripande områden är av intresse för projektet, att:

- Identifiera villkor för organisering av ett fallpreventionsprogram
- Ta fram ett kunskapsstöd/fallpreventionsprogram och material för ett evidensbaserat arbete med fallprevention i kommunerna
- Involvera civilsamhället för primärprevention

Uppdraget faller väl in i Sörmlands arbete med nära vård och fokusområdet: *Hälsofrämjande och förebyggande arbete*. Det finns även tydliga indikatorer som går att följa och som finns med i SKR:s infografik; *Från reaktiv- till proaktiv och hälsofrämjande*.

Tidplan

Maj 2023 till december 2024.

Resultat

År 2025 ska det fallpreventiva arbetet som bedrivs i Sörmland vara kunskapsbaserat. Framarbetat material kring fallprevention ska finnas tillgängligt på FoU i Sörmlands hemsida för alla som arbetar med fallprevention i sitt dagliga arbete eller annan relevant kontext.

Förtydliganden kring arbetet inom Samverkansstrukturen i Sörmland

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV)

NSV har beslutat om en gemensam målbild för Nära vård i Sörmland. Den ligger i linje med nämndens mål för de verksamheter som ligger under den. NSV:s verksamheter ska:

- verka för att barn och unga i Sörmland får god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan
- arbeta för att patienten och brukaren får en god, nära och samordnad vård och omsorg
- verka för en jämlik, effektiv och säker socialtjänst och vård i länets kommuner och Region Sörmland genom kunskapsstyrning.
- arbeta för att ta tillvara digitaliseringens möjligheter för en god och nära vård i samverkan

Länsstyrgruppen

- Beslutar om fokusområden
- Beslutar om gemensamma satsningar
- Ansvarar för uppföljning av gemensamma satsningar och resultat

Beredningsgrupperna

- Gör handlingsplan utifrån fokusområdena i dialog med arbetsgrupper och Länsstyrgruppen
- Samarbetar sinsemellan vid behov
- Håller samman och följer upp resultat av gemensamma satsningar

Arbetsgrupperna

- Ansvarar för utförandet av vissa satsningar

FoUiS

- Stöd i planering, utvärdering och uppföljning av satsningar till samverkansstrukturens olika grupperingar
- Forskar på vissa satsningar

Länsgemensamt regionalt stöd

- Projektleder vissa satsningar
- Ansvarar för initiering av satsningar och uppföljning inför underlag till Länsstyrgruppen

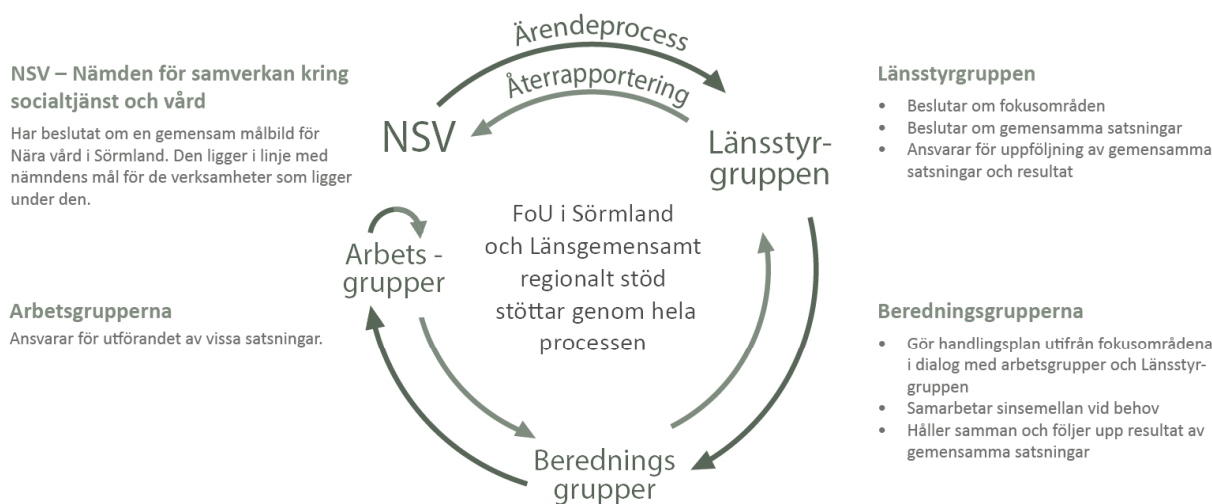
Kompletterande process i samverkansstrukturen

Sörmland har sedan många år tillbaka en etablerad samverkansstruktur i regionen och kommunerna. I samverkansstrukturen tas bland annat beslut om gemensamma arbeten och olika satsningar. Strukturen fungerar även som ett forum för erfarenhetsutbyte, mellan regionen och kommunerna i Sörmland. Övergripande arbetsgång i samverkansstrukturen illustreras i figur 1.

Samverkansstrukturen säkerställer nära vård genom att:

- leda mot den gemensamma målbilden för Nära vård i Sörmland
- prioritera om gemensamma arbeten och satsningar, utifrån identifierade behov
- följa upp och ta tillvara resultat av gemensamt arbete och satsningar
- skapa förutsättningar för evidensbaserat arbete
- skapa förutsättningar för gemensam forskning, utveckling och utbildning
- förenkla redovisning av exempelvis ekonomiska medel.

Figur 1. Övergripande arbetsflöde i samverkansstrukturen



Länsregionalt regionalt stöd

- Projektleder vissa satsningar
- Ansvarar för initiering av satsningar och uppföljning inför underlag till Länsstyrgruppen

FoU i Sörmland

- Stöd i planering, utvärdering och uppföljning av satsningar till samverkansstrukturens olika grupperingar
- Bidrar med praktisk forskning och utveckling samt utredningar i form av kartläggningar, utvärderingar eller uppföljningar av indikatorer och satsningar samt behovsinventeringar.



Förberedande process – Inventering och identifierade behov

För att säkerställa att det arbete som sker och de beslut som tas sker utifrån läns gemensamma behov krävs en förberedande evidensbaserad process med inventering av pågående arbeten. Därför ska en kompletterande process införas i strukturen, där en inventering av pågående arbeten och identifiering av behov kontinuerligt genomförs. Denna process syftar till att säkerställa och bereda underlag inför alla beslut om initiativ som ska leda till en gemensam satsning.

Projektdatabas

För att få kunskap om vad som pågår i länet ska inledningsvis en projektportfölj/databas upprättas som stöd för inventeringsarbetet. Inventeringen ska ske i enlighet med framtagen målbild och kontinuerligt uppsatta fokusområden för Nära vård i Sörmland.

Inventeringen ska baseras på många olika datakällor som kan vara på olika nivåer, internationella, nationella, regionala och lokala. Arbetet med inventering och behov ska samordnas av FoUiS som involverar relevanta aktörer från samverkansstrukturen. Arbetet kommer att pågå kontinuerligt med en årlig redovisning (samordnas med uppföljning av indikatorer). Beredningsgrupper och RSS- utvecklingsledare kommer att vara centrala aktörer i inventeringsarbetet.

Mer specifika former för genomförandet kommer att arbetas fram av FoUiS under 2023.

Uppföljning av gemensamt arbete och satsningar

Gemensamt arbete och gemensamma satsningar ska utgå från en framtagen mall som syftar till att säkerställa och tydliggöra de satsningar det beslutas om. Även mallen kommer att färdigställas av FoUiS under 2023 samtidigt som former för inventeringen och behovsarbetet påbörjas.

En ytterligare viktig kunskapskälla är de indikatorer som är framtagna (se *Indikatorer för nära vård i Sörmland*). De gemensamma satsningarna ska ha mått som styr mot de beslutade indikatorerna för att följa omställningen mot den nära vården i Sörmland. Måtten som ska styra mot indikatorerna kan finnas i de hittills beskrivna datakällorna eller utgöras av helt nya.

Bilaga 7. Underlag för initiativ till gemensamma satsningar

Dokumentet är ett första utkast som kommer att utvecklas vidare av FoU i Sörmland under 2023.

Ett underlag inför beslut ska innehålla uppgifter om:

- Uppgiftslämnare d v s person som står bakom initiativet och som Länsstyrgruppen och Beredningsgrupperna kan kommunicera med
- Utvecklingsområde – tex vad ska förändras
- Nuläge – kan tex vara beskrivning av ett problemområde som man vill förändra, kan också vara underlag inför ett initiativ
- Vilka blir involverade (tex i samverkan mellan huvudmän, lokalt på tex en vårdcentral, eller med delaktighet från exempelvis invånare)
- Förväntade effekter – tex utifrån en tidsaspekt, ekonomi, kvalitet och patientsäkerhet
- Uppföljning – vad behöver följas, hur och av vem.

Dessutom bör underlag om möjligt innehålla uppgifter om:

- Vilka resurser behövs för genomförandet
- Tidplan – beräknad tid för genomförandet
- Kommunikation – vilka enheter/verksamheter blir berörda, vilka behöver informeras och med vilka behövs kommunikation
- Ekonomi d v s uppskattad kostnad för initiativets genomförande

Samverkansstrukturen möjliggör för att initiativ och pilotprojekt med fördel kan testas i de olika länsdelarna, eller mellan en specifik kommun och någon verksamhet inom regionen, innan ett beslut om ett eventuellt breddinförande ska ske.

Innehåll

Inledning	3
Förteckning över indikatorerna	3
Målområde Tillsammans	4
Målområde Nära	5
Målområde God hälsa, vård och omsorg	5
Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden	6
<i>Jämlik</i>	6
<i>Effektiv</i>	7
<i>Evidensbaserad</i>	7
<i>Personcentrering</i>	7
Fasta vård-och omsorgskontakter	8
Kunskap om sin hälsa och egenvård	8
Mobila resurser.....	8
Patient/brukarmedverkan	8
Antal patientkontrakt (nytt mått).....	8
SIP-kollen (ny datakälla)	8
Vård-och omsorgskollen, kommun (nytt mått)	9
<i>Kompetensförsörjning, utveckling och ledarskap</i>	9
<i>Primärvården som nav</i>	9
Referenser	10
Bilaga 1 - Förteckning över indikatorerna med beskrivning av datakällor	11
<i>Målområde Tillsammans</i>	11
Delaktighet 1.....	11
Delaktighet 2.....	11
Delaktighet 3.....	13
Delaktighet 4.....	14
Samordning 1.....	15
Samordning 2.....	16
Samordning 3.....	17
Samordning 4.....	18
Samordning 5.....	19
Samordning 6.....	20
Samordning 7.....	21
<i>Målområde Nära</i>	22
Tillgänglighet 1.....	22
Tillgänglighet 2.....	23
Tillgänglighet 3.....	24
Tillgänglighet 4.....	25
Kontinuitet 1.....	26
Kontinuitet 2.....	27
Kontinuitet 3.....	28
<i>Målområde God hälsa, vård och omsorg</i>	29
Hälsöfrämjande 1.....	29
Hälsöfrämjande 2.....	30
Förebyggande 1	31
Förebyggande 2	32
Förebyggande 3	33
Förebyggande 4	34
Förebyggande 5	35
Förebyggande 6	36
Förebyggande 7	37
Förebyggande 8	38
Rehabiliterande	38
Bilaga 2 – Sammanställning av datakälla efter typer	39

Inledning

Detta är en sammanställning av möjliga indikatorer för att följa utvecklingen till en mer nära vård i Sörmland. Indikatorerna är tänkta att mäta mot målbilden 2035. De är framtagna utifrån önskemål från Länsstyrgruppen med hänsyn till det som redan mäts idag och är tänkta att följas gemensamt. Vissa delar av målbilden bör också kontinuerligt uppmärksammas men kanske inte främst följas med hjälp av sifferdata. Förslag på detta samt förslag på några nya mått, som redan nu skulle kunna vara aktuella att ta fram förutsättningar för att följa, presenteras också i denna sammanställning.

Det finns en rad utmaningar med att, med utgångspunkt i det som idag redan mäts, ta fram indikatorer som följer omställningen. I princip finns inga mått som direkt mäter det gemensamma arbetet, till exempel samverkan och teamarbete över huvudmannaskapsgränser. Förflyttningen gällande att gå från sluten vård mot öppen vård och från specialiserad vård till primärvård behöver också kunna följas upp. Vilka effekter olika satsningar har på exempelvis hälsan kan också vara svårt att utvärdera då det finns många faktorer som kan påverka utfallet. Idag saknas även bra underlag för att mäta effekten av personcentrering och personcentrerad vård, som är centrala i omställningen.

En utmaning med fokus på mer övergripande resultatmått är att det blir svårt att visa om det är nära vårdomställningen eller andra faktorer som bidragit till utvecklingen på övergripande nivå. Det kan också vara så att det tar lång tid från att förändringar genomförs lokalt tills att resultat går att avläsa via breda övergripande indikatorer. För många indikatorer finns också mätproblem av olika slag. Avseende indikatorerna med mer fokus på personcentrering kan variationer i förväntningarna på hälso- och sjukvården påverka. Därför bör indikatorerna kompletteras med andra lokala indikatorer och mått samt kvalitativ uppföljning av de processer som utvecklas inom ramen för nära vård-omställningen. Indikatorernas eventuella lämplighet som underlag för ersättning och ekonomisk styrning har inte vägts in i detta förslag.

Trots alla utmaningar finns det poänger med att gemensamt börja titta på vissa data, därför är dessa indikatorer framtagna. De bör dock ses som en första version och kommer att behöva utvecklas och kompletteras.

Nationellt pågår ett arbete med att ta fram ett ramverk för att följa omställningen samt att det ständigt kommer fram nya datakällor som kan vara till större hjälp än de som finns tillgängliga idag. Under omställningen kan det också vara av värde att följa andra saker än de som idag ses som de viktigaste.

I bilaga 1 finns beskrivningar av samtliga mått och datakällor med uppgifter som varit möjliga att ta fram, vissa uppgifter kommer sannolikt kunna kompletteras på sikt. För indikatorn *Rehabilitering* samt mått avseende våld saknas förslag. I dagsläget har inget lämpligt mått kunnat hittas men då de bedöms vara en viktig del av den nära vården bör möjligheten att ta fram nya gemensamma mått övervägas. Bilaga 2 är en sammanställning av datakällor utifrån olika typer.

Förteckning över indikatorerna

Här följer en sammanställning av utvalda mått och datakällor för respektive indikator. I bilaga 1 finns beskrivningar av varje mått för sig. Klicka på respektive mått för att komma till tabellen som beskriver måttet mer utförligt.

Målområde Tillsammans

Indikator	Mått	Datakälla
Delaktighet – individen ska ges möjlighet att vara delaktig i alla beslut om sin vård och omsorg.	Patientrapporterad delaktighet, region	Nationell patientenkät (SKR)
	Brukarrapporterad delaktighet, kommun	Nationella brukarenkäter (Socialstyrelsen och SKR)
	Delaktighet i överenskommelse och planering	Vård-och omsorgskollen
	Självrapporterad delaktighet barn/unga	Liv & hälsa ung (Region Sörmland)

Indikator	Mått	Datakälla
Samordning – arbetssättet är personcentrerat, individens resurser tas tillvara. Samordning sker på alla organisatoriska nivåer och beslutsvägarna är korta.	Antal Samordnad individuell plan (SIP)	– Samverkanssystem – Journal, PrimärvårdsKvalitet – Registret för insatser inom kommunal hälso-och sjukvård, Socialstyrelsen
	Utskrivningsklara patienter på sjukhus	Väntetider i vården (SKR)
	Oplanerade återinskrivningar	Patientregistret (Socialstyrelsen)
	Samordning av vård-och omsorgskontakter	Vård-och omsorgskollen
	Samordning av vårdkontakter, region	Nationell patientenkät (SKR)

Målområde Nära

Indikator	Mått	Datakälla
Tillgänglighet – vården och omsorgen anpassas efter individens behov och förutsättningar och kan vara mobil. Dessutom flexibel och tillgänglig genom att vara digital när det är möjligt och fysisk när det behövs.	Medicinsk bedömning inom tre dagar, regionens primärvård	Väntetider i vården (SKR)
	Rapporterade distansbesök, region	Väntetider i vården (SKR)
	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende	Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (Socialstyrelsen)
	Läkarbesök i hemmet (inklusive särskilt boende)	Verksamhetsstatistik (SKR)

Indikator	Mått	Datakälla
Kontinuitet – genom goda relationer i den nära vården och omsorgen skapas trygghet.	Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom	PrimärvårdsKvalitet
	Upplevd kontinuitet	Vård-och omsorgskollen
	Personalkontinuitet, hemtjänst	Verksamhetsstatistik (KKiK)

Målområde God hälsa, vård och omsorg

Indikator	Mått	Datakälla
Hälsofrämjande – utgår från individens hälsa, behov, livssituation, förmåga och resurser för att bibehålla hälsa.	Självrapporterad hälsa	– Hälsa på lika villkor och Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten) – Liv & hälsa och Liv & hälsa ung (Region Sörmland)
	Andel hälsosamtal	Verksamhetsstatistik, (Region Sörmland)

Indikator	Mått	Datakälla
Förebyggande – aktivt arbete för att förutse framtida situationer som kan orsaka ohälsa.	Övervikt och obesitas i befolkningen	– Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) – Liv & hälsa, Barnhälsovårdens årsrapport, Liv & hälsa ung, (Region Sörmland)
	Fallskador bland äldre	Patientregistret (Socialstyrelsen)
	Vårdtillfälle/100 000 invånare	Patientregistret (Socialstyrelsen)

	Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende	Senior Alert
	Antal sjukhusvårdade personer per 100 000, avsiktlig självdestruktiv handling	Patientregistret (Socialstyrelsen)
	<u>Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS)</u>	– Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) – Liv & hälsa och Liv & hälsa ung (Region Sörmland)
	Ofrivillig ensamhet	– Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (Socialstyrelsen)
	Våld/Kvinnofrid	Ej klar

Indikator	Mått	Datakälla
Rehabiliterande – ett systematiskt arbetssätt för att utreda och bedöma behov, planera och genomföra åtgärder samt följa resultat med användning av enhetliga, entydiga begrepp, termer och klassifikationer.	Inte klart	

Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden

Flera delar av målbilden bör följas på andra sätt än med direkta data. Här presenteras några förslag på detta samt förslag på några nya mått och möjliga datakällor för att stärka indikatorerna.

Jämlik

Utifrån målbilden för Nära vård i Sörmland ska den nära vården och omsorgen vara jämlik oavsett var i länet den ges. En god förutsättning för att möjliggöra en jämlik vård och omsorg är den etablerade samverkansstrukturen samt regionens organisering i länsövergripande verksamheter. Redan idag finns under varje huvudman arbetssätt och metoder för att följa upp den jämlika vården och omsorgen, men dessa kan behöva utvecklas. Framför allt avser detta initiativen och de gemensamma satsningarna som sker inom samverkansstrukturen. Inom detta område skulle det vara möjligt att initialt följa till exempel:

- hur många gemensamma satsningar som pågår
- hur många satsningar som har breddinförts.

Effektiv

Utifrån målbilden är vården och omsorgen effektiv. Medarbetare och organisationer arbetar aktivt för att effektivt förutse framtida situationer med fokus på att bibehålla hälsa och förebygga ohälsa hos individen. För att vården och omsorgen ska fungera behövs en effektiv och sammanhållen vård- och omsorgsprocess. Det innebär att en person behöver få sina vårdomsorgsinsatser i en obruten kedja av de olika huvudmän som ansvarar för insatserna, som till exempel kommuner och regioner. Insatser behöver också ges i en obruten kedja när en och samma huvudman ansvarar för flera insatser, till exempel när en person har insatser från en rad olika specialister inom regionen. Det här förutsätter ett samarbete och en samordning mellan de huvudmän eller verksamheter som är inblandade i personens vård och omsorg, där det är tydliggjort vem som ansvarar för respektive vård och omsorgsinsats och när i tid de ska genomföras. Inom detta område skulle det vara möjligt att initialt följa upp genom exempelvis:

- tidsstudier för att mäta hur mycket tid som går åt till "strulfaktorer" eller som förspills på icke värdeskapande aktiviteter.

Evidensbaserad

Målbilden beskriver också den nära vården som evidensbaserad. Att arbeta evidensbaserat innebär att vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kunskapsstyrningen är svensk vårds gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kommunerna bedriver en stor del av landets hälso- och sjukvårdsarbete. Därför är det viktigt att kommuner finns representerade i arbetet med kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen finns också inom socialtjänsten och består där av styr- och ledningsstrategier för att implementera metoder och arbetssätt som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Det handlar också om att skapa och upprätthålla nödvändiga strukturer och processer för kunskapsbildning och kunskapsutveckling d v s för uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete, forskning, kunskapsvärdering, framtagande av riktlinjer, implementering och kunskapspridning samt för yrkesutbildningar som tar sin utgångspunkt i det förhållningssätt som beskrivs av evidensbaserad praktik (EBP). En del av kunskapsstyrningen är Individbaserad systematisk uppföljning (förkortat ISU) som handlar om att löpande beskriva och mäta individers problem, behov, insatser och resultat. ISU ger ett viktigt bidrag till att arbeta kunskapsbaserat inom socialtjänsten och FoU i Sörmland ansvarar för att stödja kommunernas ISU arbete i Sörmland. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje individmöte. Det ska finnas stöd för att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för uppföljning, förnyelse och lärande.

I Sörmland har *Länsgemensamt regionalt stöd* RSS-uppdraget (Regionala samverkans- och stödstrukturer) vilket innebär att stödja och utgöra en yta för huvudmännen att samverka kring kunskapsutveckling, kunskapsstyrning samt samverkansfrågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det gäller både samverkan mellan kommuner i länet och samverkan mellan kommunerna i länet och regionen.

Personcentrering

Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt inom vård och omsorg är en förutsättning och kärnan för den nära vården och ingår i målbilden för Nära vård i Sörmland. Personcentrering

handlar om att utgå från individens individuella behov och förutsättningar – att i varje individmöte utgå från frågan "Vad är viktigt för dig?" Det handlar också om att skapa enkla kontaktvägar in i vården och omsorgen. Vården och omsorgen måste se till att individen inte hamnar mellan stolarna. Dessutom ska vård- och omsorgsgivare, liksom individen, ha samma information och underlag när beslut om vård, omsorg och behandling ska fattas.

Fasta vård-och omsorgskontakter

En del i ett personcentrerat förhållningssätt är att bygga på relationer. Inom detta område skulle det vara lämpligt att utveckla arbetssätt och uppföljning för följande roller:

- Fast läkarkontakt
- Fast vårdkontakt
- Fast omsorgskontakt.

Kunskap om sin hälsa och egenvård

För att vara en aktiv medskapare i sin hälsa, vård och omsorg behöver individen få kunskap. Förutsättningar behöver ges för att kunna bedriva egenvård på olika sätt tex via digitala verktyg och patientutbildningar. Detta ses som ett mycket viktigt utvecklingsområde i samverkan.

Mobila resurser

För att vården och omsorgen ska vara nära behöver olika mobila resurser utvecklas. Det kan till exempel vara mobila team, mobila röntgenresurser, utökad användning av ambulansens funktioner eller samverkan inom primärvården. Detta ses som ett mycket viktigt utvecklingsområde i samverkan.

Patient/brukarmedverkan

Målbilden för Nära vård i Sörmland beskriver att individen och dennes anhöriga är självklara medlemmar och en naturlig del av vården och omsorgen och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig i alla beslut om sin vård och omsorg. Ett sätt att möjliggöra för patienten/brukaren att delta i beslut om sin hälsa, vård och omsorg är delat beslutsfattande. Det är en process där vård och omsorgspersonal, patienter/brukare och deras eventuella närstående samarbetar i att fatta beslut om en patients/brukares vård och omsorg. Konceptet har på senare tid blivit en del av både nationell och internationell policy och ses i allmänhet som en nyckelkomponent i personcentrerad hälso- och sjukvård och omsorg.

Inom den nära vården är brukar-/patientinflytandet en viktig komponent för utveckling och uppföljning av vården och omsorgen på individnivå såväl som på olika organisatoriska nivåer.

Inom detta område skulle det vara möjligt att i verksamhetsplaner initialt följa till exempel

- Antal initiativ som kommer från patienter/brukare
- Antal aktiviteter där patient/brukare varit medskapare
- Antal mål som bara kan bekräftas genom patient-/brukarmedverkan.

Antal patientkontrakt (nytt mått)

Syftet med patientkontrakt är att genom en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. För att kunna följa utvecklingen av detta arbetssätt behövs en gemensam dokumentationsplan för att kunna få ut tillförlitliga data.

SIP-kollen (ny datakälla)

SIP-kollen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). För att utveckla arbetet med Samordnad individuell plan (SIP) är det viktigt att ta reda på patienters och brukares upplevelser

av att ha fått en SIP. Den webbaserade enkäten SIP-kollen kan användas för detta syfte. Med hjälp av SIP-kollen kan den som fått en SIP beskriva sin upplevelse av det anonymt genom att ta ställning till ett antal påståenden. SIP-kollen kan användas såväl efter det första SIP-mötet som vid uppföljningen. Resultaten kan presenteras uppdelade på kommun, region, ålder och kön.

Vård-och omsorgskollen, kommun (nytt mått)

Vård-och omsorgskollen är ett verktyg för att följa upp vården för personer som kan ha svårt att fylla i enkäter eller själva ge återkoppling. Genom att ställa några enkla frågor på telefon eller vid ett möte kan man systematiskt följa upp hur hen upplever kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet, samordning och trygghet. Vård och omsorgskollen kommer med stor sannolikhet att ingå i det nationella ramverket för uppföljning av omställningen till nära vård. Då det är ett verktyg som idag används i Region Sörmland skulle data från kommunerna kunna ses som ett viktigt bidrag till att skapa en helhetsbild för hur länets invånare upplever flera viktiga aspekter avseende en mer nära vård.

Kompetensförsörjning, utveckling och ledarskap

För att genomföra omställningen till god och nära vård behövs personal med rätt kompetens. Det är viktigt att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten får möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett sätt som garanterar en god vård och omsorg till patienter och brukare. Kompetensutveckling kan också betyda att chefer eller mer erfarna kollegor handleder personalen. Även chefer och ledare kan behöva stöttning i det komplexa arbetet. Det är viktigt att hitta olika former för erfarenhetsutbyte mellan olika verksamheter på olika nivåer.

Inom dessa områden skulle det vara möjligt att initialt följa upp till exempel:

- Antal chefer och ledare som har gått ledarskapsutbildning på SKR
- Antal medarbetare som arbetar för flera huvudmän
- Gemensamma utbildningar med fokus på områden inom omställningen till nära vård.

Primärvården som nav

Primärvården utgör navet i den nära vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst men också med övriga samhället. Ett av målen är en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser och att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Idag finns inte ett mått för att beskriva i vilken grad primärvården utgör navet i den nära vården. I stället utgör flera av de ovan omnämnda indikatorerna var och en områden som beskriver och påverkar primärvårdens struktur och innehåll.

Ett förslag på mått är att beskriva vilka gemensamma rutiner och överenskommelser som finns samt vilken samverkan med andra vård- och omsorgsgivare, med till exempel föreningslivet, med invånare med flera, som finns. Det är möjligt att tänka sig undersökningar där medarbetare/chefer inom primärvården får uppge om de uppfattar sig som navet och hur andra ser på primärvården som nav (till exempel andra vårdgivare, kommunal verksamhet och invånare). För att mäta om hälso- och sjukvårdsresurserna används mer effektivt behövs utförliga data utifrån ett nuläge till vad som förväntas uppnås.

Referenser

[Barnhälsovården Sörmland - Årsrapporter](#)

[Brukarundersökning, funktionshinder | SKR](#)

[Kolada](#)

[Målbilden för Nära vård i Sörmland](#)

[Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor — Folkhälsomyndigheten](#)

[Nationell patientenkät | SKR](#)

[Nationell-uppföljning-av-hälso-och-sjukvården-2022-1 \(1\).pdf](#)

[Levnadsvanor \(folkhalsoquiden.se\)](#)

[Liv & Hälsa](#)

[Liv & Hälsa ung](#)

[Kunskapsguiden](#)

[Patientkontrakt | SKR](#)

[Patientregistret - Socialstyrelsen](#)

[Primärvårdskvalitet | SKR](#)

[Senior alert - Senior alert](#)

[SIP-Kollen](#)

[SIP- Följ upp och kvalitetssäkra](#)

[Självrapporterad och objektiv längd och vikt bland barn och unga -Folkhälsomyndigheten](#)

[Skolbarns hälsovanor — Folkhälsomyndigheten](#)

[Suicidprevention — Folkhälsomyndigheten](#)

[Sörmlands hälsoprogram](#)

[Vården i siffror](#)

[Vård- och omsorgskollen](#)

[Väntetidsstatistik | Väntetider i vården | SKR](#)

[Öppna jämförelser - Socialstyrelsen](#)

[Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer \(socialstyrelsen.se\)](#)

Bilaga 1 - Förteckning över indikatorerna med beskrivning av datakällor

Målområde Tillsammans

Består av indikatorerna *Delaktighet* och *Samordning* som i sin tur består av ett antal mått/källor

Delaktighet 1

Titel	Patientrapporterad delaktighet, Region
Mått	Andel patienter i regionens verksamheter som anser att dom är delaktiga i besluten beträffande vård/behandling i den utsträckning som de önskar.
Mätenhet	procent
Syfte	Att följa graden av delaktigheten för patienter inom regionens verksamheter
Tolkning	Data ska tolkas som om regionens verksamheter ger patienter möjlighet att vara delaktiga i sin vård och behandling på individnivå.
Riktning	Hög andel eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling (se bilaga 2)
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal patienter som besvarat frågan "Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett? i nationell patientenkät positivt.</p> <p>Nämnare: Antal patienter som besvarat frågan. Svarsalternativen i Nationell patientenkät består av en femgradig skala från 1 = "nej, inte alls" till 5 = "ja, helt och hållet", där svarsalternativ 4 och 5 bedöms som positiva. De som svarat "ej aktuellt" eller inte svarat på frågan räknas inte med i resultatet. Den nationellt gemensamma enkäten som genomförs vartannat år riktas till personer som besökt läkare vid hälso-/vårdcentral och de ombuds utvärdera det senaste besöket.</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp i Primärvård, Specialiserad somatisk öppen-och slutenvård, Specialiserad psykiatrisk öppen-och slutenvård samt Akutmottagningar. Resultaten kan redovisas på enhetsnivå
Kommentar	

Delaktighet 2

Titel	Brukarrapporterad delaktighet, Kommun
Mått	<p>Äldreomsorg (hemtjänst/särskilt boende)</p> <p>-Andel personer 65 år och äldre i särskilt boende som har svarat att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras</p> <p>-Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst som har svarat att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras</p>
Mätenhet	procent
Syfte	Måttet avser att spegla de äldres uppfattning om möjligheten att påverka utformningen och genomförandet av det stöd och omsorg som ges. Att personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål är en förutsättning för en individanpassad verksamhet och för den äldres möjligheter att kunna påverka. Verksamheten ska så långt som det är möjligt anpassas efter den äldres behov och önskemål.
Tolkning	
Riktning	Högt värde eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	Data kan redovisas både för de som svarat själva på enkäten och de som fått stöd av anhörig/där anhörig fyllt i enkäten. Samtliga data bör inkluderas men får beaktas vid tolkning.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beräknas utifrån följande enkätfråga/svar: Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? Svartalernativ "Ja alltid eller Oftast".</p> <p>Täljare: Antal personer 65 år och äldre i särskilda boenden för äldre som svarat att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, år 2020.</p> <p>Nämnare: Samtliga personer 65 och äldre i särskilda boenden för äldre som besvarat frågan, år 2020. "Vet ej/Ingen åsikt" är exkluderade ur nämnaren.</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Verksamheter, kommuner/stadsdelar, län och rike. I Öppna jämförelser - Vård och omsorg för äldre redovisas kommuner/stadsdelar, län och rike.
Kommentar	Utifrån Kolada verkar ovanstående enkät vara den som görs regelbundet av alla kommuner. Det är önskvärt att fånga delaktighet inom fler områden och där skulle andra brukarenkäter vara möjliga underlag t ex:

	<p>-Brukarbedömning gruppboende/serviceboende LSS, Personlig ass., SoL boende med särskild service/boendestöd Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)</p> <p>-Brukarundersökning IFO- inflytande Frågar socialsekreteraren efter dina synpunkter på hur din situation skulle kunna förändras?</p> <p>-Brukarenkät familjehem/HVB/Stödboende - Brukaren får vara med och bestämma om saker som är viktiga för hen i boendet, andel (%)</p>
--	--

Delaktighet 3

Titel	Delaktighet i överenskommelse och planering
Mått	Andel patienter som anser att de varit delaktig i överenskommelse/planeringen med vården i den utsträckning de önskar.
Mätenhet	procent
Syfte	Att få data kring upplevelse av delaktighet
Tolkning	Data ska tolkas utifrån om patienten upplever delaktighet i planering/överenskommelse av sin fortsatta vård, där hens erfarenheter och tidigare kunskaper kopplat till vård och omsorg efterfrågats
Riktning	Högt värde eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Vård-och omsorgskollen
Datakällans status	Verktuget används idag inom flera av regionens verksamheter.
Felkällor och begränsningar	Dataunderlaget påverkas av verksamheternas möjlighet till insamling av data.
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på enhetsnivå.
Kommentar	Skulle kunna användas även på kommunal nivå (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden).

Delaktighet 4

Titel	Självrapporterad delaktighet barn/unga
Mått	Andel elever i åk 7, 9 samt åk 2 i gymnasiet som uppger att personalen lyssnat på vad de sa/tyckte vid deras senaste besök inom (hälso-)vård-tandvård och socialtjänst
Mätenhet	Procent
Syfte	Att följa graden av delaktigheten för unga inom regionens och vissa av kommunernas verksamheter
Tolkning	Data ska tolkas som om regionens och socialtjänsternas verksamheter ger patienter möjlighet att vara delaktiga i sin vård och behandling på individnivå.
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Liv & hälsa ung, Region Sörmland
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras på regional och kommunal nivå.
Kommentar	

Samordning 1

Titel	Antal samordnade individuella planer (SIP) per enhet
Mått	Antal påbörjade Antal pågående Antal avslutade
Mätenhet	Antal
Syfte	Att följa andelen SIP som ett mått på att samordning sker.
Tolkning	
Riktning	Saknar bestämd riktning för vad som är önskvärt
Målnivå	
Typ av indikator	
Datakälla	Samverkanssystem, Prator
Datakällans status	Regional datakälla, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	<p>Alla SIP:ar som genomförs kan inte dokumenteras Prator (gäller personer med hög grad av skyddad identitet och de som saknar ID-nummer). I dagsläget dokumenteras inte heller alla SIP:ar i Prator av flera orsaker.</p> <p>Svårt att få sammanhållen statistik då även initiativ räknas med.</p> <p>Finns inget referensvärde kring hur många SIP som bör göras.</p> <p>Måttet visar inget om kvalitet och innehåll i planen. Bör kompletteras med kvalitativa mått som till exempel SIP-kollen (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden)</p>
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras på enhetsnivå
Kommentar	I det kommande samverkanssystemet Link kommer data för antal SIP som är genomförda, pågående och avslutade

Samordning 2

Titel	Andel SIP, kommun
Mått	Andel personer med registrerad SIP i kommunal hälso- och sjukvård
Mätenhet	Procent
Syfte	Att följa andelen SIP som ett mått på att samordning sker.
Tolkning	Då det inte finns något värde att mäta mot men det finns indikationer på att nuvarande siffror är för låga i relation till förväntade behov så bör siffran stiga om arbetet med samordning blir bättre.
Riktning	Saknar bestämd riktning för vad som är önskvärt
Målnivå	Ingen målnivå fastställd
Datakälla	Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling Oklart om kommunerna registrerar på ett sådant sätt att data kommer in i registret. Om inte måste detta mått sättas som ett förslag på utveckling
Felkällor och begränsningar	Finns inget referensvärde kring hur många SIP som bör göras. Måttet visar inget om kvalitet och innehåll i planen. Bör kompletteras med kvalitativa mått som till exempel SIPkollen (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden)
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer med en inrapporterad SIP. Nämnare: Antal personer med inrapporterade insatser i kommunal hälso- och sjukvård under aktuellt år, dvs. personer som bor i särskilt boende eller som har beslut om hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende enligt nedanstående kriterier. För personer i särskilt boende: minst en markering om verkställt beslut om SÄBO två månader i följd under året [SOL-registret]. Personer med LSS-boende under året exkluderades. För personer i ordinärt boende: minst en markering om verkställt beslut om kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende tre månader i följd under året [HSL-registret]. Exklusive personer med särskilt boende och personer med LSS-boende under året.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på enhetsnivå.
Kommentar	Personer med komplexa behov som identifieras är sannolikt i större behov av SIP och i relation till detta skulle ett mer riktat värde kunna tas fram.

Samordning 3

Titel	Andel SIP, regionens primärvård
Mått	Andel patienter med SIP upprättad inom de senaste 18 månaderna på vårdcentral
Mätenhet	Procent
Syfte	Att följa andelen SIP som ett mått på att samordning sker.
Tolkning	Då det inte finns något värde att mäta mot men det finns indikationer på att nuvarande siffror är för låga i relation till förväntade behov så bör siffran stiga om arbetet med samordning blir bättre.
Riktning	Saknar bestämd riktning för vad som är önskvärt
Målnivå	Ingen målnivå fastställd
Datakälla	Journal/PrimärvårdsKvalitet
Datakällans status	Indikatorn utvecklas inom PrimärvårdsKvalitet och valideras i dagsläget av regionerna. I väntan på detta får data inhämtas manuellt från journal.
Felkällor och begränsningar	<p>När data ska inhämtas från journal finns stora utmaningar i att få fram tillförlitliga data bland annat utifrån olika sätt att registrera.</p> <p>Finns inget referensvärde kring hur många SIP som bör göras.</p> <p>Måttet visar inget om kvalitet och innehåll i planen. Bör kompletteras med kvalitativa mått som t ex SIPkollen (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden).</p>
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	<p>Data kan presenteras på enhetsnivå.</p> <p>2022 var 30 av Sörmlands vårdcentraler anslutna till PrimärvårdsKvalitet.</p>
Kommentar	Personer med komplexa behov som identifieras är sannolikt i större behov av SIP och i relation till detta skulle ett mer riktat värde kunna tas fram.

Samordning 4

Titel	Utskrivningsklara patienter på sjukhus
Mått	Antal vård dygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter per 1000 invånare.
Mätenhet	dagar
Syfte	En patient som inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset och istället vårdas i hemmet eller i andra vårdformer med det stöd som kan behövas. Kommunerna har ansvar för att en äldre patient skall kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhuset. En patient är utskrivningsklar när den behandlande läkaren på sjukhuset anser att patienten inte längre behöver vårdas på sjukhuset. Regionen har, tillsammans med kommunen, ett gemensamt ansvar för att en vårdplan upprättas i samband med utskrivning från sjukhus och för att fortsatt vård och omsorg ges.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Väntetider i vården, Sveriges kommuner och regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	Sjukhusens mängd lediga vårdplatser kan spela roll för beslutet om när en patient ska bedömas vara utskrivningsklar. Det innebär att måttet speglar flera aspekter än kommunens ansvar och övertagande av patienten.
Teknisk beskrivning	Mätpopulationsdefinition: Måttet visar antalet dygn som patienter under mätperioden vårdats på sjukhus som utskrivningsklar per 1000 invånare 65 + i regionen.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på kommunnivå.
Kommentar	

Samordning 5

Titel	Oplanerade återinskrivningar bland äldre
Mått	Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre
Mätenhet	Procent
Syfte	Oplanerad återinskrivning avser att beskriva kvaliteten i det sammanhållen vård- och omsorgssystemet. Normalt ska inte en patient som skrivits ut från slutenvård vara i behov av ny oplanerad slutenvård inom 30 dagar. Indikatorn belyser därmed utskrivning från slutenvård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	<p>Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.</p> <p>Data visar på en övergripande och generell nivå hur väl uppföljning och omhändertagande efter slutenvårdstillfällen är samordnat. Det innebär att utfallet är tämligen trägrörligt och utan närmare analys ger den ingen precis vägledning i förbättringsarbete.</p>
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd (dvs. huvuddiagnos enligt någon av följande diagnoser i tabellen nedan) för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från vårdtillfälle 1 till återinskrivningen inom 30 dagar enligt valda diagnoser vid vårdtillfälle 2.</p> <p>Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd enligt vårdtillfälle 1 där patienten är utskriven.</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp per sjukhus.
Kommentar	

Samordning 6

Titel	Samordning av vård-och omsorgskontakter
Mått	Andel patienter som anser att de har fått hjälp med att samordna sina vård och omsorgskontakter efter sina behov
Mätenhet	procent
Syfte	Att få data kring upplevelsen av att ha fått hjälp med samordning av vård-och omsorgskontakter.
Tolkning	Data ska tolkas utifrån om patienten upplever att hen har fått stöd och hjälp att samordna vårdens insatser och kontakter med relevanta personer inom andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten.
Riktning	Högt värde eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Vård-och omsorgskollen
Datakällans status	Verktyget används idag inom flera av regionens verksamheter
Felkällor och begränsningar	Dataunderlaget påverkas av verksamheternas möjlighet till insamling av data.
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på enhetsnivå.
Kommentar	Skulle även kunna användas på kommunal nivå (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden).

Samordning 7

Titel	Samordning av vårdkontakter, Region
Mått	Andel patienter i Regionens verksamheter som anser att personalen i hälso- och sjukvården har samordnat kontakter med vården.
Mätenhet	procent
Syfte	Att få data kring upplevelsen av att ha fått hjälp med samordning av vård-och omsorgskontakter.
Tolkning	Data ska tolkas som om regionens verksamheter samordnar vården utifrån behov.
Riktning	Hög andel eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling (se bilaga 2)
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	Andel som svarar 4 eller 5 på en femgradig skala. Sammanvägda resultat från en treårsperiod. Saknar tillgång till annan teknisk data. Önskvärt?
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp i Primärvård, Specialiserad somatisk öppen-och slutenvård, Specialiserad psykiatrisk öppen-och slutenvård samt Akutmottagningar. Resultaten kan redovisas på enhetsnivå
Kommentar	

Målområde Nära

Består av indikatorerna *Tillgänglighet* och *Kontinuitet* som i sin tur består av ett antal mått

Tillgänglighet 1

Titel	Medicinsk bedömning inom tre dagar, regionens primärvård
Mått	Andel av de medicinska bedömningarna av legitimerad personal inom primärvård som gjordes inom tre dagar
Mätenhet	procent
Syfte	Utifrån den nationella vårdgarantin ska primärvården erbjuda kontakt samma dag och bedömning inom tre dagar. Med utveckling av nya arbetssätt för att öka tillgängligheten blir denna indikator viktig att följa.
Tolkning	<p>Patienter som blivit erbjudna ett besök men som själva valt att vänta längre tid, till exempel för att få komma till en viss vårdgivare, är inte med i beräkningen.</p> <p>Primärvårdens uppdrag kan variera mellan regionerna vilket kan påverka de redovisade resultaten. Väntetiderna kan återspegla arbetssätt som är anpassade till den tidigare vårdgarantin. Att förändra arbetssätt tar tid, en viktig aspekt att beakta vid analys och tolkning av resultaten.</p>
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal vårdgarantibesök genomförda inom tre dagar med dokumenterad medicinsk bedömning, samtliga legitimerade yrkesgrupper.</p> <p>Nämnare: Antal genomförda vårdgarantibesök totalt med dokumenterad medicinsk bedömning, samtliga legitimerade yrkesgrupper</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på enhetsnivå.
Kommentar	

Tillgänglighet 2

Titel	Rapporterade distansbesök, region
Mått	Andel rapporterade distansbesök (distanskontakter via videolänk) av alla öppenvårdsbesök i regionernas primärvård och specialistvård (så kallade telefon- och brevkontakter ingår ej i täljaren eller nämnaren)
Mätenhet	Procent
Syfte	Då tillgängligheten till hälso-sjukvården bland annat innebär olika och nya sätt att komma i kontakt med vården bedöms det rimligt att följa denna utveckling med ett mått. Utifrån ett gemensamt perspektiv finns är t ex digitala hembesök
Tolkning	
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	<p>Täljare: Antal vårdkontakter som i registret klassificeras som "besök distans".</p> <p>Nämnare: Antal besök i regionernas primärvård (med besök avses här vårdkontakter med för vårdkontaktstyperna som i registret benämns: "Besök", "Besök distans" och "Hembesök". Här ingår inte det som benämns "Telefon-/brevkontakter").</p> <p>Anger bara för primärvård, önskvärt med annan data?</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket, regional nivå och enhetsnivå. Kan delas upp för olika yrkeskategorier
Kommentar	<i>Besök distans</i> är en kontakt där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda dvs ett videomöte eller en chatt.

Tillgänglighet 3

Titel	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende
Mått	Andel personer 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare.
Mätenhet	procent
Syfte	Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att regioner till kommunerna inom regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende. Detta mått bedöms viktigt att följa då det kan ses förutsättningar för en sammanhållen och tillgänglig vård.
Tolkning	
Riktning	Ej angivet
Målnivå	
Datakälla	Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	Ett självskattat mått som är viktigt då det ger en bild av uppskattad tillgång men inte säger något om den faktiska tillgången. I dagsläget finns ingen tillgänglig statistik annat än punktmätningar.
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal boende som besvarat frågan Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov? positivt. Nämnare: Antal boende som svarat på frågan. Svarsalternativen på enkätfrågan är: a) Mycket lätt; b) Ganska lätt; c) Varken lätt eller svårt; d) Ganska svårt; e) Mycket svårt; f) Vet inte/Ingen åsikt. Som positivt svar räknas svaren mycket lätt och ganska lätt. Svaret vet inte/ingen åsikt räknas inte med i resultatet.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket, stadsdelar samt för verksamheter med minst sju svarande.
Kommentar	

Tillgänglighet 4

Titel	Läkarbesök i hemmet (inkl särskilt boende)
Mått	Läkarbesök i hemmet per 1 000 invånare (hembesök inom primärvården samt hemsjukvårdsbesök i både primärvården och specialiserad vård oavsett boendeform)
Mätenhet	Per 1000 invånare
Syfte	Då tillgängligheten till hälso-sjukvården bland annat innebär olika sätt att komma i kontakt med vården bedöms det rimligt att följa denna utveckling med ett mått.
Tolkning	
Riktning	Ej angivet
Målnivå	
Datakälla	Verksamhetsstatistik, Sveriges kommuner och regioner
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal inrapporterade läkarbesök i hemmet (inkluderar såväl hembesök av läkare inom primärvård som hemsjukvårdsbesök i både primärvård och specialiserad vård oavsett boendeform). Nämnare: Antal invånare (1 000-tal).
Om redovisningsnivåer och fördelningar	
Kommentar	

Kontinuitet 1

Titel	Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom
Mått	Kontinuitet för läkarbesök på vård-/ hälsocentral i för personer med kronisk sjukdom (Demens, Depression, Diabetes, Förmaksflimmer, Hjärtsvikt, Hypertoni, KOL, Kranskärlssjukdom, TIA/Stroke, Ångest) de senaste 18 månaderna. (Ko01L)
Mätenhet	Index
Syfte	Kontinuitet är en viktig kvalitet i vården. God kontinuitet i primärvården värderas högt av både patienter och personal. Flera internationella studier visar att god läkarkontinuitet har positiva effekter på sjukvårdskonsumtion, sjukdomsbehandling, patienttillfredsställelse, minskad läkemedelsförbrukning, sjukskrivningar och vidareremitteringar. I en situation där man inte kan erbjuda kontinuitet till alla patienter brukar personer med stora behov, till exempel kroniska sjukdomar, prioriteras.
Tolkning	
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	PrimärvårdsKvalitet
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	<p>Diagnos kan saknas. Eftersläpning i data kan förekomma.</p> <p>Vid tolkning av en enhets kontinuitet behövs balanserande mått såsom teamarbete, handledning och andel personal med specialistkunskaper. Andra faktorer som påverkar i hur stor utsträckning en patient kan träffa samma person i vården är förekomst av deltidsarbete, semester, föräldraledighet, sjukfrånvaro och sidouppdrag såsom forskning. Personaltäthet kan påverka en enhets kontinuitet på olika sätt. Kontinuitetsindex kan minska via förekomst av vikarier eller via brist på planerade tider vilket ökar förekomsten av oplanerade/akuta besök till annan än ordinarie vårdkontakt. Kontinuitetsindex kan också öka på bekostnad av tillgänglighet, tex om det bara finns en person inom den aktuella yrkesgruppen.</p> <p>Ytterligare en faktor som påverkar kontinuitetsindex är antalet vårdkontakter. Om antalet vårdkontakter ökar så ökar kontinuitetsindex, även om andelen vårdkontakter med samma person är oförändrat. Antalet vårdkontakter påverkas bland annat av om det på enheten görs fler korta besök eller färre långa samt hur och i vilken utsträckning distanskontakter registreras.</p>
Teknisk beskrivning	<p>Se extern referens för detaljer.</p> <p>Kontinuitetsindex/Continuity of care index (COC) beräknas för patienter som de senaste 5 åren haft någon av de angivna diagnoserna och som de senaste 18 månaderna gjort minst 3 fysiska besök (oavsett om någon diagnos finns), hos den aktuella professionen.</p>

	<p>Indikatorbeskrivning i KIK:</p> <p>https://kvalitetsindikatorcatalog.se/#/measure/837a6250-290c-430f-b7bd-11631488e0b2</p> <p>Formel för beräkning finns i dokumentet "Formel för beräkning av kontinuitetsindex med exempel" som kan laddas ned på sidan http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer/indikatorlistorochdiagnoskoder.23.html</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras delas upp på enhetsnivå. 2022 var 30 av Sörmlands vårdcentraler anslutna till Primärvårdskvalitet.
Kommentar	

Kontinuitet 2

Titel	Upplevd kontinuitet, region
Mått	Andel personer som uppger att de fått träffa samma vårdpersonal vid besök på mottagningen
Mätenhet	procent
Syfte	Kontinuitet är en viktig kvalitet i vården och denna datakälla ger en möjlighet att fånga patientens upplevelse av kontinuitet.
Tolkning	Data ska tolkas utifrån om personen upplever kontinuiteten när det gäller besök på mottagning
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Vård-och omsorgskollen
Datakällans status	Verktyget används idag inom flera av Regionens verksamheter.
Felkällor och begränsningar	Dataunderlaget påverkas av verksamheternas möjlighet till insamling av data. Patientupplevd kontinuitet tenderar att vara högre än den "objektiva" kontinuiteten.
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp på enhetsnivå.
Kommentar	Skulle även kunna användas på kommunal nivå (se Utvecklingsområden för uppföljning av målbilden)

Kontinuitet 3

Titel	Personalkontinuitet, hemtjänst
Mått	Antal personal som en hemtjänsttagare (65 år eller äldre) möter under 14 dagar, medelvärde
Mätenhet	Antal
Syfte	Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatsen finns det risk att kvaliteten blir lidande. Det kan bli svårt för den enskilde att lära känna personalen och tröttsamt att gång på gång förklara vad som ska göras och hur. Det är därför viktigt att inte alltför många olika personer hjälper den enskilde i hemmet.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Kommunens kvalitet i korthet (KKiK). Källa: Egen undersökning i kommunen.
Datakällans status	
Felkällor och begränsningar	Mätningarna kan utföras vid olika tidsperioder i olika kommuner. Det kan även förekomma olikheter i kommunernas sätt att mäta antal olika personal.
Teknisk beskrivning	Medelvärdet av antal olika personal som en hemtjänsttagare möter under en 14-dagarsperiod. Måttet avser de personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag. Trygghetslarm och matleveranser räknas inte. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00. Hemsjukvårdspersonal redovisas inte. Undersökningen genomförs under valfri sammanhängande normal fjortondagarsperiod under hösten. Mätningen görs hos respektive hemtjänsttagare där personalen noterar sin närvaro vid varje tillfälle, på en pappersblankett som läggs ut hos hemtjänsttagaren. I det fall hemtjänsten har ett eget system för att mäta personalkontinuiteten som motsvarar nyckeltalets används detta
Om redovisningsnivåer och fördelningar	
Kommentar	

Målområde God hälsa, vård och omsorg

Består av indikatorerna *Hälsofrämjande*, *Förebyggande* och *Rehabiliterande* som i sin tur består av ett antal mått.

Hälsofrämjande 1

Titel	Självrapporterad hälsa
Mått	- Andel invånare 16–84 år som uppger en bra eller mycket bra hälsa - Andel flickor och pojkar (11-, 13- och 15-åringar) som uppger mycket god hälsa - Andel elever i åk 7, 9 samt åk 2 i gymnasiet som uppger att de mår bra eller mycket bra
Mätenhet	procent
Syfte	Självskattad hälsa visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa.
Tolkning	
Riktning	Saknar bestämd riktning för vad som är önskvärt
Målnivå	
Datakälla	- Hälsa på lika villkor, Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten) - Liv & hälsa, Liv & hälsa ung, (Region Sörmland)
Datakällans status	<i>Hälsa på lika villkor</i> genomförs vartannat år <i>Skolbarns hälsovanor</i> , genomförs vart fjärde år <i>Liv och hälsa</i> genomförs vart fjärde år <i>Liv & hälsa ung</i> genomförs vart tredje år
Felkällor och begränsningar	En mängd faktorer påverkar hur man skattar sitt allmänna hälsotillstånd, som socioekonomisk status, bostadsområde, graden av socialt och emotionellt stöd och stress vilket kan göra resultat svårtolkade avseende effekt av insatser.
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket gällande Hälsa på lika villkor och skolbarns hälsovanor samt på kommunnivå även för Liv & Hälsa/Liv & Hälsa ung.
Kommentar	

Hälsofrämjande 2

Titel	Andel deltagare i hälsoprogram
Mått	Andel av alla sörmlänningar som fyller 40, 50 eller 60 år som deltagit i Sörmlands hälsoprogram
Mätenhet	Procent
Syfte	För att följa utvecklingen av ett hälsofrämjande fokus i hälso-och sjukvård.
Tolkning	De av antalet listade på en vårdcentral som deltagit i hälsoprogrammet för 40-, 50- respektive 60-åringar. Att delta innebär att fylla i en hälsodeklaration, provtagning samt uppföljande besök med kortare rådgivning och möjlighet till hänvisning för mer omfattande stöd avseende hälsofrämjande insatser.
Riktning	Högt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Verksamhetsstatistik, Region Sörmland
Datakällans status	Datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	Kan vara lämpligt att jämföra utfallet med andel som blivit inbjudna
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan redovisas för länet, på kommunnivå och enhetsnivå. Sammanställs årligen.
Kommentar	Viktigt att tänka kring effekten av pandemin, har gått ner mycket efter detta. All hälsofrämjande aktivitet har sjunkit i och med pandemin. Ett "normalår" är det ca 50 % som kommer. Lite lägre i 40-års gruppen.

Förebyggande 1

Titel	Övervikt och obesitas i befolkningen
Mått	Andel invånare i åldern 16–84 år som uppgav data som visade på övervikt eller fetma (kan även redovisas uppdelat) Andel 4-åringar som hade övervikt eller fetma Andel elever i åk 7, 9 samt åk 2 i gymnasiet som uppgav data som visade på övervikt eller fetma
Mätenhet	procent
Syfte	Övervikt, framför allt fetma, är ett tilltagande folkhälsoproblem globalt. Övervikt och fetma är en betydande riskfaktor för olika sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och vissa cancerformer samt förtida död. Personer med fetma har också betydligt oftare symtom såsom värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga. Om övervikten är koncentrerad som bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, stroke och diabetes typ 2.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	- Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) - Liv & hälsa, Liv & hälsa ung och Barnhälsovårdens årsrapport (Region Sörmland)
Datakällans status	<i>Hälsa på lika villkor</i> genomförs vartannat år <i>Liv & hälsa</i> genomförs vart fjärde år <i>Barnhälsovårdens årsrapport</i> ges ut årligen <i>Liv & hälsa ung</i> genomförs vart tredje år
Felkällor och begränsningar	Självrapporterad längd och vikt innebär att individen själv eller en vårdnadshavare får ange måtten. Hur de gått till väga för att mäta vet man oftast inte, och därmed vet man inte heller kvaliteten på inrapporterade data. Andra begränsningar med metoden, och som kan bidra till systematiska fel, är att det finns en generell tendens att underskatta sin vikt
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	<i>Hälsa på lika villkor</i> – data kan presenteras för riket och på kommunnivå. <i>Liv & hälsa</i> och <i>Liv & hälsa ung</i> – data kan presenteras på regional och kommunal nivå. <i>Barnhälsovårdens årsrapport</i> -data kan presenteras på regional nivå samt för respektive familjecentral.
Kommentar	

Förebyggande 2

Titel	Vårdtillfälle/100 000 invånare
Mått	Antal Vårdtillfällen per 100 000 invånare
Mätenhet	Per 100 000 invånare
Syfte	Ett proaktivt arbetssätt innebär att ohälsa och sjukdom kan fångas i ett skede där behoven kan mötas och tillgodose i den nära vården och därmed utan att den slutna vårdens resurser behöver tas i anspråk. En minskning av vårdtillfällen kan ses som en förväntad effekt över tid.
Tolkning	Med vårdtillfälle avses sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och slutskrivning i slutna vård på samma klinik. Uppgifterna gäller det totala vårdutnyttjandet för regionens befolkning, oavsett var vården har skett. På övergripande nivå blir måtten tämligen grova, men ger ändå en bild av den skillnad som föreligger mellan regionerna när det gäller total sjukvårdskonsumtion. Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av skillnad i vårdbehov utan är troligen också en effekt av skillnader i praxis och hur vården är organiserad. För att få en bättre förståelse av vad som ligger bakom de övergripande resultaten kan de brytas ner på olika behandlingar och sjukdomsgrupper och ställas i relation till socioekonomiska faktorer, vårdplatstillgång, personaltillgång med mera.
Riktning	Saknar bestämd riktning för vad som är önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	Mätpopulationsdefinition: Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare inom somatisk vård. Gäller medelbefolkningen under året. Ålderstandardiserade värden det vill säga att det i beräkningarna har korrigerats för skillnader i patienternas åldersstruktur mellan olika regioner. Saknar tillgång till annan teknisk data. Önskvärt?
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp per sjukhus.
Kommentar	Med vårdtillfälle avses sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och slutskrivning i slutna vård på samma klinik. Uppgifterna gäller det totala vårdutnyttjandet för regionens befolkning, oavsett var vården har skett. Data finns också för psykiatrisk vård

Förebyggande 3

Titel	Fallskador bland äldre
Mått	Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden
Mätenhet	Per 100 000 invånare
Syfte	Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige och utgör äldre ett omfattande folkhälsoproblem. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av lidande och försämrad livskvalitet som rörelsesvårigheter, isolering och ökat beroende av andra.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	Eventuellt bortfall i yttre skadeorsakskod. Dessutom kan inläggningspraxis variera mellan sjukhus, vilket kan påverka resultatet
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer 65 år och äldre som vårdats inom slutenvård eller av läkare i specialiserad öppen vård för skador till följd av fallolycka (yttre orsakskoder enligt ICD 10SE: W00-W19) Nämnare: Befolkningen 65 år och äldre (100 000-tal)
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket och delas upp per sjukhus.
Kommentar	

Förebyggande 4

Titel	RisKFörebyggande åtgärder i särskilt boende			
Mått	Andel personer i särskilda boenden (vård-och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa med minst en planerad åtgärd inom identifierat riskområde och där planerad åtgärd/-er utvärderats inom samtliga identifierade riskområden			
Mätenhet	procent			
Syfte	Ett riskförebyggande arbetssätt för att förebygga nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår har stor betydelse för den äldres livskvalitet och välmående. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har därmed betydelse för att någon eller några risker ska uppstå.			
Tolkning				
Riktning	Högt värde önskvärt			
Målnivå	<table><tr><td>75 - 100 %</td></tr><tr><td>25 - 74 %</td></tr><tr><td>0 - 24 %</td></tr></table>	75 - 100 %	25 - 74 %	0 - 24 %
75 - 100 %				
25 - 74 %				
0 - 24 %				
Datakälla	Senior Alert			
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling			
Felkällor och begränsningar	Det kan idag föreligga osäkerhet i utfallet utifrån begränsningar i rapportering.			
Teknisk beskrivning				
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Data kan presenteras för riket samt på enhetsnivåer inom Region och kommunnivå.			
Kommentar				

Förebyggande 5

Titel	Antal sjukhusvårdade personer per 100 000, avsiktlig självdestruktiv handling
Mått	Antal sjukhusvårdade personer per 100 000, avsiktlig självdestruktiv handling
Mätenhet	Per 100 000
Syfte	Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem. Förutom att liv går förlorade kan det leda till stort psykiskt lidande och sämre hälsa hos närstående och andra berörda.
Tolkning	
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	
Kommentar	

Förebyggande 6

Titel

Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS)

Mått	<p><u>Alkohol</u> -Andel i åldern 16–84 år vilkas konsumtion av alkohol medför en ökad risk för olika fysiska, psykiska och sociala skador. -Andel elever i åk 7, 9 samt åk 2 i gymnasiet vilkas konsumtion av alkohol medför en ökad risk för olika fysiska, psykiska och sociala skador.</p> <p><u>Narkotika och dopning</u> Vilken data sammanställs från Hälsa på lika villkor och Liv & hälsa ung?</p> <p><u>Tobak</u> -Andel i åldern 16–84 som uppger att de röker eller snusar dagligen -Andel elever i åk 7, 9 samt åk 2 i gymnasiet som uppger att de röker eller snusar dagligen</p> <p><u>Spel</u> Vilken data sammanställs från Hälsa på lika villkor och Liv & hälsa ung?</p>
Mätenhet	procent
Syfte	Riskbruk och beroende av alkohol och andra droger samt tobaksbruk är ett hot mot en god hälsa både för den enskilda individen och personer i dennes omgivning.
Tolkning	
Riktning	Låg andel eftersträvas
Målnivå	
Datakälla	Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) Liv & hälsa och Liv & hälsa ung (Region Sörmland)
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	<i>Hälsa på lika villkor</i> – data kan presenteras för riket och på kommunnivå. <i>Liv & hälsa och Liv & hälsa ung</i> – data kan presenteras på regional och kommunal nivå.
Kommentar	Uppgifterna om riskkonsumtion baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT".

Förebyggande 7

Titel	Ofrivillig ensamhet
Mått	-Andel som upplever att de har svåra besvär av ensamhet och isolering -Andel som svarar att de ofta besväras av ensamhet
Mätenhet	Procent
Syfte	Den ofrivilliga ensamheten är en negativ känsla och kan upplevas som plågsam. Det finns forskning som fastställer att ofrivillig ensamhet är negativt för hälsan, det tydligaste sambandet är mellan ensamhet och nedsatt psykisk och fysisk hälsa.
Tolkning	Den upplevda ensamheten hos individer som svarat på enkäten.
Riktning	Lågt värde önskvärt
Målnivå	
Datakälla	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	<i>Hälsa på lika villkor</i> – data kan presenteras för riket och på kommunnivå. <i>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen</i> - Verksamheter, kommuner/stadsdelar, län och rike. I Öppna jämförelser - Vård och omsorg för äldre redovisas kommuner/stadsdelar, län och rike.
Kommentar	

Förebyggande 8

Titel	Våld/Kvinnofrid
Mått	Saknar lämpligt mått
Mätenhet	
Syfte	
Tolkning	
Riktning	
Målnivå	
Datakälla	
Datakällans status	
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	
Kommentar	I dagsläget har inget lämpligt mått hittats i relation till omställningen utifrån ett gemensamt perspektiv. Det pågår mycket arbete som behöver följas och som skulle kunna utvecklas indikatorer kring.

Rehabiliterande

Titel	Saknar lämpliga mått
Mått	
Mätenhet	
Syfte	
Tolkning	
Riktning	
Målnivå	
Datakälla	
Datakällans status	
Felkällor och begränsningar	
Teknisk beskrivning	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	
Kommentar	I dagsläget har inget lämpligt mått hittats i relation till omställningen utifrån ett gemensamt perspektiv. Det pågår mycket arbete som behöver följas och som skulle kunna utvecklas indikatorer kring.

Bilaga 2 – Sammanställning av datakälla efter typer

Enkäter

Liv & Hälsa, Region Sörmland	Vart fjärde-femte år		
Liv & Hälsa ung, Region Sörmland	Vart tredje år		
Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten	Vart annat år	Dataunderlaget bygger på enkäter tre år bakåt	
Nationell patientenkät, SKR	Varje år men uppdelat på olika områden	Planerade enkäter Primärvård: höst 2023, höst 2025 Akutmottagningar: höst 2024 Specialiserad*somatisk öppen-och slutenvård: vår 2023, vår 2025 Specialiserad*psykiatrisk öppen-och slutenvård vår 2024	*Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.
Nationell brukarenkät - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen	Varje år		
Nationella brukarenkäter, SKR Funktionsnedsättning LSS och SoL Individ-och familjeomsorg Placerade barn och unga	Varje år		
Skolbarns hälsovanor	Vart fjärde år		

Register	Annan datakälla
PrimärvårdsKvalitet	Vård-och omsorgskollen
Patientregistret	Barnhälsovårdens årsrapport
Senior Alert	Journaler
Väntetider i vården	Social dokumentation
Registret över insatser inom kommunal hälso-och sjukvård, Socialstyrelsen	Samverkanssystem

