

Slutrapport

21–29 Digital God och Nära Vård- Pilot Indal/Liden



Projekt:	Digital God och Nära Vård – Pilot Indal/Liden
Beställare:	Digitalisering och Innovation
Skriven av:	Jonas Boström
Kontaktperson	Niklas Rahm (Niklas.rahm@sundsvall.se)

2 Innehållsförteckning

2	Inledning.....	4
2.1	BAKGRUND	6
2.2	VERKSAMHETENS MÅL OCH STRATEGIER	7
3	Mål	8
3.1	EFFEKT MÅL OCH NYTTOR.....	8
3.2	PROJEKT MÅL (PM 1–7).....	8
3.3	VIKTIGA HÄNDELSE R	8
3.3.1	Valet av område	8
3.3.2	Utbildningen.....	9
3.3.3	DPIA.....	9
3.3.4	Studiecirkel med målgrupp	9
3.3.5	Workshop med många aktörer	9
3.3.6	Ringar på vattnet	10
3.3.7	Resurser för att jobba med utveckling.....	10
4	Projektresultat jämfört med projektmål.....	10
4.1	UTFALL PROJEKT MÅL.....	10
4.1.1	Upphandlat en digital plattform (PM 2-3).....	10
4.1.2	Digital studiecirkel	11
4.1.3	Utbildning i plattformen.....	11
4.1.4	Risk och konsekvensanalys.....	11
4.1.5	Testat plattformen (PM 3).....	12
4.1.6	Förvaltning och skalning (PM 4–7)	13
4.2	INDIKATION EFFEKT MÅL OCH NYTTOR	14
4.2.1	Fokus på person och relation.....	14
4.2.2	Samordning utifrån personens fokus.....	14
4.2.3	Aktiv medskapare.....	15
4.3	UTFALL TIDSPLAN	16
4.4	UTFALL RESURSER	17
4.4.1	Arbetstimmar.....	17
4.4.2	Kostnad.....	18
4.5	UTFALL PRIORITERING	18
5	Organisation, roller och resurser	18
6	Överlämning/leverans av projektet	19

7	Restlista	19
8	Erfarenhet och förbättringar	20
9	Kort uppföljning med projektgrupp	21

Bilagor 1–3

Relaterade dokument

Benämning
Konsekvensbedömning avseende dataskydd (DPIA)
Beslut om fördjupande samverkan (VON-2020-00151-2, 20HSN2529)
Avsiktsförklaring god, jämlik hälsa och en nära vård i Västernorrland beslutad av kommunstyrelsen.
Politiska målbilden för en god nära vård (VON-2020-00151-6)
Beslut 21–29: Digital god nära vård i Indal Liden
Projektplan för piloten 21–29

3 Inledning

Detta projekt hade som syfte att utforska nya arbetssätt som kan behöva utvecklas för att kunna tillämpa distansbaserad vård och omsorg som en del i kommunens digitaliseringsarbete och omställningen till en Nära Vård. Som hjälpmedel i det utforskandet så användes en digital plattform som möjliggjorde en säker kommunikation via video, chatt, informationsdelning men också att kunna dela mätvärden från sensorer som kunde hantera blodtryck, saturation, temperatur, blodsocker och vikt. Målet var att genom att testa tekniken med vårdtagare och patienter så skulle projektgruppen utveckla tankar och idéer för att ge ett underlag att gå vidare med. Utifrån andra regioner där detta testats så sattes önskat antal deltagare till ca 20–25 stycken för att nå en tillräcklig god mängd data för att kunna nå projektmålen.

Det geografiska området som valdes ut var Indal/Liden och verksamheter som berördes var hemtjänst, hemsjukvård, rehab och den regionala hälsocentralen i området (Liden). Detta innebar en samverkan mellan kommun och region. Parterna, genom en strategisk och operativ styrgrupp, tilldelade deltagare till en gemensam projektgrupp ledd av en projektledare. Gruppen kom att bestå av två undersköterskor och en administratör från hemtjänsten, en sjuksköterska från hemsjukvården, två (arbetsterapeut, fysioterapeut) från kommunens rehab och två sjuksköterskor från hälsocentralen. Som stöd så utsågs också bland annat handläggare

från biståndsmyndigheten, samt några deltagare (kväll/natt -ssk), som inte var direkt involverade i de operativa insatserna (test).

Projektet byggde på att deltagarna utbildade sig i plattformen för att sedan, i ett görande, tillsammans med vårdtagare och patienter testa plattformen i olika miljöer och situationer för att få en uppfattning om användningsområden men också för att utveckla idéer och insikter om nya eller förändrade arbetssätt för framtida arbete. Genom att också göra tillsammans med vårdtagare och patienter så fanns en ambition om att skapa ökad förståelse för, framför allt den äldre målgruppens nu- och framtida behov och vardag med digitalt stöd.

Rekryteringen var tidigt en utmaning och projektet förlängdes en gång för att löpa över sommaren och in i hösten. Potentiella deltagare att tillfråga, var i en tidig analys uppskattningsvis mellan 50–75 personer (SOL och/eller HSL insatser). Det inbegrep också den målgrupp (mångbesökare) som skulle kunna vara aktuell att nå från Hälsocentralens sida och den samverkan som fanns med Hemsjukvården. Rekryteringen utgick från den kunskap som deltagarna hade om sina vårdtagare och patienter och det blev efterhand tydligt att underlaget inte räckte till i detta område. Totalt tillfrågades 17 individer och 6 stycken var med i projektet (bilaga 1).

Genom projektet har det blivit tydligt att det finns en efterfrågan efter denna typ av teknik som möjliggörare för distanskommunikation i en säker kanal mellan vård- och omsorgsgivare och dess patienter samt vårdtagare. Det är också ett faktum att det som rör monitorering med mätvärden från vitala parametrar (ex. blodtryck, blodsocker, saturation) är något som sker på uppdrag till kommunens vård och omsorg och därigenom inte bara kan initieras närhelst för att jobba förebyggande. Samarbetet mellan huvudmännen (kommun och region) behöver utvecklas och viss mån behöver ny lagstiftning/avtal först komma på plats (sammanhållen journalföring), om tekniken ska kunna användas fullt ut som önskas för att både fungera för förebyggande samt behandlande/stödjande arbete. Upplevelserna, i projektgruppen, är också att hemtjänstens insatser i dagsläget inte skulle bidra till mycket mer värdeskapande (effektiviseras) med denna typ av plattform.

Sammantaget så nåddes inte alla de projektmål som sattes upp vilket också påverkar de möjliga effektmål som identifierades. Dock är mycket av de lärdomar som uppstått i projektet av stort värde för framtida arbete kring denna typ av insatser i kommunal och regional verksamhet. Det handlar om behoven och förväntningar på digital teknik för vård och omsorg på distans hos användarna (medarbetare, vårdtagare, patienter, närstående och stödverksamheter). Det handlar också om nätverkande och relationsbyggande med samhällsmedborgare (intressenter), andra kommuner och partners i regionerna som har liknande arbete på gång. Slutligen handlar det också om att ha möjlighet att avsätta resurser för att bedriva utvecklingsarbete.

Projektet och dessa aktiviteter (utbildning, information och workshops) har givit ringar på vattnet och sannolikt kan en slutsats vara att piloten har bidragit till ökad digital mognad (kunskap och förmåga) i kommunen för denna typ av digital teknik/hjälpmedel.

3.1 Bakgrund

I Region Västernorrland på övergripande nivå och i Sundsvalls kommun så finns idag inte en utvecklad modell för hur patienter och brukare i vård- och omsorg kan vara delaktiga i sin egen vård och i förlängningen sin egen hälsa genom att kunna dela sin hälsodata med vården och omsorgen. Det finns få tekniska utrustningar eller digitala plattformar där data kan överföras på distans. Det finns inte heller några framtagna arbetssätt som skulle kunna tillämpas om den digitala vården skulle vara tillgänglig i kommunen.

Olika delar i förarbetet identifierades som särskilt viktiga: *Kommunikationen* mellan verksamheten och användaren (patient/brukare) sker via traditionella verktyg som 1177 (regionen) och olika system som kommunen har (Treserva, ProCapita) och den gemensamma plattformen som är Prator och givetvis via telefon. Det saknas därigenom en gemensam plattform men också tekniska produkter som kan samla data att överföra digitalt. Men som då också möjliggör dialog på distans med bild och där andra aktörer kan delta (närstående, olika vård- och omsorgsgivare).

Planering och uppföljning på distans för att undvika onödiga resor, öka tillgänglighet och med mer frekventa ”besök” när det behövs. Detta område berör också möjligheten att kunna påminna om aktiviteter, erbjuda guider för behandling osv.

Kunskapsstöd och information behöver också kunna delges digitalt för att utveckla distansmöjligheter. Det kan handla om träningsprogram, filmklipp eller annat där vård- och omsorgspersonal behöver dela i samma vy och på samma plattform som användaren.

Hälsa och trygghet genom tekniska lösningar. Välfärdstekniken är under snabb utveckling och idag finns hälsorelaterade sensorer för att mäta och följa upp olika symptom och tillstånd. För att kunna agera förebyggande men också se avvikande värden som är av mer akut karaktär.

Utifrån dessa förutsättningar behövs förändringsarbeten för att identifiera och införa arbetssätt och lösningar för vård och omsorg på distans. Därför genomfördes ett pilotprojekt i samverkan med Region Västernorrland och Mittuniversitetet, med målet att utvärdera resultatet, ge tydliga beslutsunderlag och förbereda så att fler vård- och omsorgstagare samt patienter omfattas.

3.2 Verksamhetens mål och strategier

Den gemensamma målbilden som är antagen i Sundsvalls kommun för digitalisering säger; ”I Sundsvalls kommun använder vi digitaliseringens möjligheter för att förbättra kvaliteten och öka tryggheten i den kommunala servicen. Genom att vi effektiviserar den kommunala verksamheten frigör vi tid och resurser för att stärka demokratin, öka delaktigheten och självständigheten hos Sundsvalls invånare.”

Nyckelbegreppen i målbilden har förtydligats:

- Förbättra kvaliteten i den kommunala servicen: Leverera effektiva välfärdstjänster som är individanpassade och enkla och använda.
- Öka tryggheten i den kommunala servicen: Möjlighet till service 24 timmar per dygn och 7 dagar i veckan.
- Effektiviserar den kommunala verksamheten: Skapar möjlighet att minska kostnaderna för administrativa rutiner och möta ökade krav inom kärnverksamheterna.
- Stärka demokratin: Ökar möjligheterna till dialog mellan medborgare och kommunen.
- Öka delaktigheten och självständigheten hos Sundsvalls invånare: Ökat inflytande över utformningen av kommunala tjänster och service samt bättre möjligheter att oberoende av tid och rum använda tjänster och service. (Programplan Gemensam Digitalisering 2019–2022, 1.0b)

Region Västernorrland, tillsammans med kommunerna i Västernorrland, har påbörjat arbetet mot en mer Nära vård. Samarbetet mellan vårdgivarna behöver förbättras och särskilt viktigt är det att samarbetet kring gruppen multisjuka äldre fungerar, då de utgör en stor andel av patienterna. Särskilda lösningar krävs också i de mer glest befolkade delarna av länet där avstånden är större och tillgången till legitimerad personal är en större utmaning. Vi behöver hitta nya samarbetsformer, både för att se till att välfärden kan upprätthållas, men också så att vård- och omsorgstagarna får rätt (VON-2020-00151-2) vård och omsorg.

Verksamheten önskade i detta projekt få tillgång till en plattform och infrastruktur som möjliggör effektiv utveckling, datadriven innovation, leverans, snabb implementeringstakt och förvaltning.

Syftet med detta utvecklingsinitiativ var att ta fram ett förslag på lösning som stödjer individers förmåga till ett självständigt liv och framtidens nya arbetssätt, samordna individens skiftande behov av tillsyn, stöd i vardagen, provtagning, monitorering, bedömningar på distans och realtidskommunikation med vård och omsorgspersonal och familj, men även hälsoinsatser och koordinering med vårdgivare.

4 Mål

4.1 Effektmål och nyttor

- Arbetssätt som möjliggör distansbaserade möten och bedömningar och därigenom minska onödigt resande samt öka tillgänglighet för såväl medborgaren som medarbetaren
- Smart tillsyn och egenmonitorering utifrån individens preferenser och därigenom verka proaktivt, öka medborgarnas delaktighet i sin egen hälsa, vård och behandling. Även detta förväntas minska resande men framför allt en ökad känsla av trygghet. Ur ett medborgarperspektiv där de kan följa sin värden i realtid. För medarbetarna att kunna kontrollera nödvändiga parametrar för att kunna ge medborgarna råd, stöd och behandling.
- Självständighet och aktivt deltagande tack vare att tekniken möjliggör en gemensam plattform för medborgaren och medarbetaren att utgå ifrån. Utifrån den plattformen kan medborgaren övervaka och följa sin process, och där plattformens innehåll (råd, information, rutiner, filmer etc.) kan bidra till att medborgarnas egna resurser kan integreras

4.2 Projekt mål (PM 1–7)


1. En projektrapport innehållande utvärdering på ex. restider, arbetstider, återinskrivning, upplevd delaktighet, upplevd trygghet
2. En upphandlad teknisk lösning som innebär att det finns en plattform att använda och som därmed kan identifiera behov och möjliga nya lösningar
3. Utvärdering av använd teknisk lösning med för- och nackdelar.
4. Förslag på framtida förvaltning av denna typ av plattform.
5. Förslag på uppskalningsmodell av teknik och arbetssätt
6. Förslag på nya arbetssätt (processer) som möter upp behov hos patienter och medarbetare.
7. Ha ett underlag som visar möjlig specifik inriktning för behandling, stöd etc. (specifika diagnosgrupper)

4.3 Viktiga händelser

I projektet har det varit några nyckelaktiviteter som haft påverkan på projektets utfall och som kort redogörs för nedan:

4.3.1 Valet av område

Piloten Indal/Liden valdes ut som en konsekvens av arbetet med den fördjupade samverkan (politiskt uppdrag: VON-2020-00151-2, 20HSN2529), som fanns i området men också med tanke på områdets demografiska utveckling och långa avstånd mellan vård- och omsorgsgivare och vårdtagare samt patienter. Det var ett rationellt val men konsekvensen blev ett för litet underlag att testa tillsammans med.



4.3.2 Utbildningen

Utbildningen till projektgruppen och dessa närmaste intressenter genomfördes under en dag relativt tidigt i projektet för att ge bra förståelse för tekniken och möjligheterna att använda den i respektive verksamhet. Dock blev det lite för lång tid mellan den aktiviteten och faktiskt användande i praktiken.

4.3.3 DPIA

En risk och konsekvensanalys för denna typ av teknik hade tidigare inte genomförts och det innebar utmaningar att fånga reella risker och konsekvenser för tänkta deltagare. Målgruppens tankar om vad som skulle kunna vara risker och konsekvenser för eventuellt deltagande var svåra att uttrycka. Det kommer behövas ett fördjupande och övergripande arbete (eget projekt) för att sätta goda förutsättningar (kvalitetssäkra) framgent i kommunen för att kunna fortsätta utforska och driva den digitala utvecklingen med medborgarna.

4.3.4 Studiecirkel med målgrupp

I området fanns en aktiv gruppering av pensionärer (bygdegårdsförening) som fungerade som en tidig ”superanvändargrupp”. Det var värdefullt (framför allt för DPIA arbetet) att genom frekventa möten få en känsla för mognaden och utmaningarna men också möjligheterna och förväntningarna på den teknik som vi använde. Relationen etablerades genom att skapa en studiecirkel om digital teknik via studieförbundets struktur (stöd) men också med inspiration av kommunens (biblioteket) utbildningsmaterial ”bli vän med din mobil”.

Frågor som låg till grund för samtal:

- *E-hälsa – den egna upplevelsen och erfarenheten*
Individuellt och i grupp delar vi den kunskap vi idag har och vad vi vill lära i studiecirkeln. Vi har en kort presentation av digitala grunder och en övning (telefonen)
- *Tekniken och dess användningsområden*
Vilka användningsområden ser vi och vilka behov behöver tillfredsställas? Vi pratar om digital infrastruktur och internets funktioner
- *Framtidens sjukvård – vad finns det för teknik och hur använder vi den?*
Vi tittar på det som finns idag och pratar om vad kan finnas imorgon? Vi provar också olika produkter och delar upplevelser av dessa

4.3.5 Workshop med många aktörer

Projektet hade som utgångspunkt att utveckla idéer utifrån lärandet i praktiken. Då utfallet av deltagare blev få så minskade möjligheten att fånga tillräckligt med data. Då ersattes den delen med ett gemensamt möte med flera intressenter för denna fråga i kommun och region. Ett av målen var att få fart på rekryteringen av deltagare men det nådde inte önskad effekt, dock så kunde fler aspekter fångas och aktörer som påverkas av denna fråga kunde samlas i samma rum vilket gav bättre förutsättningar för den gemensamma bilden framåt.

4.3.6 Ringar på vattnet

Under projektets gång har det kommit många nyfikna frågor och funderingar från andra kommuner, regionen, medarbetare och stödfunktionerna i kommunen: vad detta är? hur det kan användas? vad vi sett? hur vi gjort och så vidare. Det har konkret sedan inneburit att några vill pröva detta i sin verksamhet (men med andra ingångar än projektet haft). Ex. inom individstöd.

4.3.7 Resurser för att jobba med utveckling

Projektet byggdes upp traditionellt med en projektledare och en projektgruppering bestående av medarbetare från berörda verksamheter. I planeringen så uppskattades det kräva närvaro vid 4–5 större arbetsmöten (workshops) samt regelbundna kortare statusmöten digitalt. Mellan mötena förväntades att projektmedlemmarna skulle rekrytera och använda plattformen i sin vardag med 20–25 vårdtagare/patienter (cirka 5 stycken per verksamhet). Majoriteten av deltagarna hade inte någon formell tid avsatt för projektet men hade uttalat från ledning att de skulle representera sin verksamhet. Projektet hade också uttalat att inte ta bort insatser utan det digitala stödet skulle ligga som extrainsats. Under projektets gång så byttes chef vid Hälsocentralen tre gånger och de fick samtidigt ett annat digitalt projekt för införande (P24). Detta skapade svårigheter att processa aktiviteterna i projektet.

5 Projektresultat jämfört med projektmål

5.1 Utfall projektmål

Projektets ansats som utforskande innebar fokus på mer subjektiva erfarenheter från medarbetare och i viss omfattning patienter och vård- och omsorgstagare. Men givet det antal deltagare där arbetssätt kunde testas så blev det ingen volym för att ta fram en utvärdering av restider, arbetstider, återinskrivning. Det var heller inte huvudfokus. Den upplevda delaktigheten och upplevda tryggheten är också en del i den följeforskning som redovisas separat och den följer patienter och vårdtagarnas perspektiv. Nedan visas på de resultaten (4.1.1–4.1.6) som projektet kan redovisa. Kopplingen mellan aktivitet och projektmål (PM) anges i rubriken. Några aktiviteter har inte direkt koppling till projektmålen specifikt men anses vara nyckelaktiviteter för lärande.

5.1.1 Upphandlat en digital plattform (PM 2-3)

Tillsammans med medarbetare och målgruppsföreträdare (Pensionärsföreningar), så genomfördes en upphandling av en plattform som kunde möta upp de behov som projektet önskade ha möjlighet att utforska.

Den digitala plattformen visade sig generellt fungera bra och var lätt att lära sig. Även här bör beaktas att användningen av plattformen varit begränsad. Speciellt uppskattades ändå användargränssnittet medan medarbetarvyn (Control Tower), av några, upplevdes som lite rörig när de snabbt skulle få en överblick. Några ytterligare reflektioner:

- I områden där mobiltäckningen är tveksam bör förstärkningsantenn användas direkt. Detta för att inte börja med att upplevelsen av att tekniken “strular”
- Äldre personer verkar ha svårare med touchskärmen (de använder gärna fingrar trots att det finns pekpena). Den responderar då sämre för dem.
- Tekniken hanterades i svarta väskor som blev omtalade som “bombväskor”. Dessa gav hos några vårdtagare/patienter lite oro och misstänksamhet och som i ett fall innebar ett nej att delta i projektet “*inte kan jag ha alla dessa grejer ståendes*”.
- Supporten från leverantören har visat på god kommunikation och stöd i såväl processutveckling som tekniska frågor.
- Att det hos användarna ibland förekommer engelska (uppdateringar etc.) är problematiskt. Hos våra användare var det få som var bekväma med engelskan.
- Leverantören rekommenderar plattformen att ständigt vara uppkopplad. Flera av användaren stängde ner den och stoppade undan den när den inte användes. Det kan bero på kontinuiteten (antal) på deras aktiviteter i plattformen men det dök också upp frågor om lämpligheten att ha saker ståendes i vänteläge (strömförsörjningen började komma på tal i slutet). Detta kom från såväl patienter/vårdtagare som medarbetare.

5.1.2 Digital studiecirkel

För att tidigt förstå målgruppens eventuella behov och tankar om digital teknik, men också för att kommunicera kommunens arbete med detta i det berörda området, så ledde projektledaren en digital studiecirkel (användes som referensgrupp). Där fick de lära sig och testa att använda sin mobil men också att förstå mer hur tekniken fungerar. Studiecirkeln bedrevs med stöd från Studieförbundet och med material inspirerat av Sundsvalls stadsbiblioteks utbildning för nybörjare av ny teknik. Gruppen hade en egen cirkelledare som projektledaren stödde. Vid dessa träffar fick de också se och testa den utrustning som skulle användas i projektet. Gruppen (13 personer mellan 65–87 år, 7 kvinnor och 6 män) var också med och delade synpunkter som användes som underlag för DPIA.

5.1.3 Utbildning i plattformen

14 medarbetare från hemtjänst, hemsjukvård, rehab, hälsocentral och bistånd utbildades i plattformen under en heldag som genomfördes av leverantören. Dessa medarbetare skulle kunna fortsätta vara nyckelpersoner och eventuella ambassadörer i framtiden.

5.1.4 Risk och konsekvensanalys

För användande av distansteknik i kommunens vård/omsorg så genomfördes en risk och konsekvensanalys för plattformens användande men det blev också ett arbete som synliggjorde sådant som kan vara värt att bära med i framtida arbete med digitala insatser i vård och omsorgen.

Med tanke på projektets storlek samt utforskande karaktär så planerades den genomföras efter att projektet pågått ett tag. Detta då det i upphandlingen säkrats att leverantören kunde visa en tydlig process kring datalagring och hantering av behörigheter samt att systemet inte

bedömdes vara ett journalsystem (den dokumentationen ska ske i befintliga system). Men också för att de frågor som förväntas besvaras av deltagarna inte kan besvaras då de i så fall hypotetiskt ska föreställa sig eventuella risker. Detta innebar att det är svårt att fråga äldre den typ av frågor som krävs för att försöka utvärdera risker och konsekvenser. Frågorna bör bearbetas än mer än vad som gjordes för att förenkla och ge mottagarna en möjlighet att förstå så gott det går. Det kan vara en idé att bara jobba med det som ett delprojekt/förstudie för att det ska bli optimalt.

5.1.5 Testat plattformen (PM 3)

17 personer tillfrågades och 6 stycken tackade ja. I hemtjänst (2), rehab (1), hemsjukvård (1), hälsocentral (2). Detta ligger i linje med vad andra projekt uppvisar av andelen tillfrågade kopplat till de som svarar ja att delta. Det är uppskattningsvis ca 20 % av de som tillfrågas som accepterar av många olika anledningar. Ur medborgarperspektivet så kan det vara ex. rädsla att inte kunna tekniken, inte förstå varför den ska användas, inte orka etc. Ur medarbetarperspektivet kan det handla om att de upplever/antar att personen inte kan teknik, inte kommer orka att delta, inte vill etc.

En analys som projektgruppen genomförde var att:

1. Detta område och dess patienter/vårdtagare redan upplever en hög tillgänglighet till såväl hemtjänst, hemsjukvård som hälsocentralen och därigenom inte ser behov av att använda digitala tjänster (video, chatt etc.).
2. Det är också relativt hög kontinuitet i personalgrupperna och inte så många vårdtagare vilket gör att de känner dem mycket väl och därför har en redan väl etablerad och förtroendefull relation (fysiskt). Från hemtjänstens sida har det varit svårt att se att denna typ av plattform kan skapa önskade effekter när det kommer till de insatser som hemtjänsten ofta står för.
3. Inflödet av nya insatser (SOL & HSL), alltså nya vårdtagare och patienter är mycket lågt i området. Vilket innebar att trots att vi förlängde tiden så dök inte några nya potentiella deltagare upp.
4. Områdets invånare och de som har insatser har under denna period generellt varit antingen mycket gamla och ganska sjuka. Det har inneburit svårigheter att också be dem vara med i något nytt och okänt.
5. Tiden att fokusera och använda tekniken var mycket liten. Ingen av projektgruppens deltagare hade någon tid avsatt formellt för att jobba med rekrytering, testa i större skala eller åka ut och stödja när det dök upp oväntade problem. Särskilt problematiskt var detta vid hälsocentralen som hade sköterskeomsättning, tre chefsbyten och samtidigt pålagt införande av en annan digital plattform (digital ingång i primärvården). Projektet nedprioriterades därför ganska snart från Regionens sida. Det hade effekter på såväl potentiella deltagare men också i

möjligt samarbete mellan HC och hemsjukvårdens dsk. Som för övrigt var den andra gruppen som hade mycket svårt att få loss tid.

5.1.6 Förvaltning och skalning (PM 4–7)

Hur Sundsvalls Kommun kan bygga vidare på digital teknik som hjälpmedel för en vård och omsorg med hög kvalitet kommer se olika ut och det är mycket av denna teknik som är i sin linda inte bara lokalt/regionalt utan också nationellt. Utfallet av de workshoppar som projektet genomfört visar dock på att efterfrågan både ökat och kommer öka för att kunna erbjuda en vård och omsorg av hög kvalitet men också att den ska vara tillgänglig överhuvudtaget och behovsanpassad.

Den använda plattformen har fått bra gehör även i andra verksamheter än de som projektet omfattade och där det börjat testas i mindre skala. Detta (små och verksamhetsnära tester) kommer leda till fler lärdomar och är en tilltalande och verkningsfull metod (iterativ/agil) för att skala upp och skapa mognad och mottagande för implementering.

Detta projekts erfarenheter och lärdomar låg till grund för en avslutande workshop för att utveckla ett förslag på en prototyp 0 för att använda denna typ av kommunikationsplattform. På den workshopen deltog MAS, MAR samt representant för Myndighet (bistånd), Vårdstrateg VoF, Rehabpersonal och Serviceteknik & systemstöd.

Deltagarna fick en kort redovisning om projektet och hade tidigare deltagit i en större workshop på sensommaren (se 3.3.5). De fick sedan utifrån sex olika steg utveckla förslag på ett case som skulle vara lämpligt som ett nästa steg men också hur det skulle hanteras (i grova drag). Detta blev en prototyp 0, där förslagsvis denna grupp och några till tar ansvar för dess utveckling. De områden samt nyckelord (att ha med i tanken) som arbetades (rundabordssamtal) igenom var:

1. Behov och nytta (diagnos, kriterier, målgrupp, avgränsningar, områden/verksamhet)
2. Urval och rekrytering (beslut om stöd, var och när, roller och ansvar, tid och plats)
3. Användning och drift (uppkoppling, support, teknik/frågor, utbildning, liknande processer)
4. Avslut (beslut, förvaring, insamling, dokumentation)
5. Infrastruktur (dator, padda, mobil, transport)
6. Övrigt (lagar och policys, egenvård/ordinerade insatser, vad gör vi nu, implementering)

Bilaga 2 innehåller texten som ligger till grund för förslaget till processkarta som finns som bilaga 3.

Lathundar och Dokumentation

I projektet så togs det fram utkast på lathundar att använda vid rekrytering, uppkoppling och drift. Dessa finns i fil-biblioteket i den Teamskanal som upprättades i samband med projektet för att underlätta samverkan.

5.2 Indikation effektmål och nyttor

Antal tester av att arbeta med denna digitala teknik var begränsat och därigenom påverkas naturligt de förväntade effekterna av detta projekt:

- Arbetsätt som möjliggör distansbaserade möten [...]
- Smart tillsyn och egenmonitorering utifrån individens preferenser [...]
- Självständighet och aktivt deltagande [...]

Projektet väljer att redovisa några reflektioner kring dessa ändå och relatera dem till de fokusförflyttningar som arbetet med Nära Vård uttrycker.

5.2.1 Fokus på person och relation

Vi utgick från att:

Våra arbetsätt skulle leda till att vi skapar enklare kontakt och mer kvalificerade bedömningar på distans

Vi har sett att:

- Det är mycket tidskrävande att bygga tillit och förtroende till nya sätt att tänka och göra. Projektdeltagarna beskriver att det finns möjligheter med denna teknik men att det kan ske inte är för alla områden. I alla fall just nu.

5.2.2 Samordning utifrån personens fokus

Vi utgick från att:

Det finns potential i att samverka mellan HC, Hemsjukvård, Hemtjänst och Rehab

Vi har sett att:

- Det i en pressad vardag är mycket svårt att få tid att jobba med utvecklingsarbete/samverkan. Verksamheterna har i många fall mycket kontakt, framför allt på telefon. Men det uttrycks också önskemål att kunna använda den digitala uppkopplingen för att kunna visa saker (sår etc.) med videofunktion. Där är önskemålet och uppfattningen att en mobil lösning är att föredra framför ”fasta” plattor hos vårdtagarna. Enligt gruppen är det också potentiellt stora möjligheter att koppla mer samarbete kring en digital plattform och de (gemensamma) patienter som berör både hemsjukvården och hälsocentralen.

- Fasta plattformar kräver mer långsiktiga insatser om tidsaspekten är central (relationer, uppkoppling, användning). Det innebär att denna typ av arbetssätt kanske bör utvecklas för de som har flera behov (chatt, tillsyn, utvärdering, information) och över längre tid för att vara effektivt ur såväl tid som ekonomiskt perspektiv.
- Lagar och regler påverkar förhållandet mellan önskade och tillåtna arbetssätt. Det är fortfarande många frågor kring vem som får se vad och hur data egentligen kan och ska delas för att följa lagar och författningar. Tekniken kan tyvärr också då bli en ytterligare en administrativ uppgift för medarbetarna. Och mer tid går till att använda systemen än att göra det som upplevs som ”det viktiga arbetet”. Det innebär ofta den fysiska/direkta kontakten med vårdtagare och patient.

5.2.3 Aktiv medskapare

Vi utgick från att:

Vårdtagare och patienter kunde agera ganska omedelbart med plattformen

Vi har sett att:

- Användarna som tackade ja, var nyfikna, drivna och redan använde platta, dator och/eller smartphone. Men det finns funderingar hos många användare att ”man inte kommer kunna använda detta”. Det finns klart också antaganden från medarbetare vem som kan och inte kan eller ha nytta av denna typ av digitalt stöd. Men en berättelse från projektet visade på en deltagare som tidigt uttalade att detta med digital teknik ”inte var för hen”. Men i slutet önskade samma person att en skulle få ha kvar plattformen.
- 20 % - ”regeln” (antal tillfrågade och de som vill vara med) stämmer ganska bra. Ifrån andra delar av Sverige så finns det signaler på att det behöver tillfrågas på bred front om deltagare ska kunna rekryteras till projekt. Det finns därför en anledning att fråga sig om vi (organisationen) bör testa i mer operativ form. Det vill säga att göra det till ett erbjudande som vi kör på alla under en tid som motsvarar vissa kriterier.

5.3 Utfall tidsplan

Beslutspunkt / milstolpe	Kommentar
Styrgruppsmöte 1	
Upphandling Teknisk plattform (Cuviva)	Uppstartsmöte leverantör 11 januari
Uppstart Projekt (digitalt)	3 h
Statusmöte – Rekrytering	1 h
Workshop – Utbildning plattformen	8 h
Studiecirkel e-hälsa (Referensgrupp)	2
Statusmöte – Rekrytering/Anslutning	1 h
Information & Dialogträff - PRO	2 h med medborgare i området (12 st.)
Studiecirkel e-hälsa (Referensgrupp)	2 h
Statusmöte - Rekrytering	1 h
Workshop – Fokusera (Go Live)	6 h
Studiecirkel e-hälsa (Referensgrupp)	2 h
Statusmöte - rekrytering	1 h
Studiecirkel e-hälsa (Referensgrupp)	2 h
Statusmöte - Rekrytering	1 h
DIPA - Analys	2 h (genomfördes i etapper där analys var ett arbetsmöte, det andra arbetet genomfördes med enskilda möten och mailkorrespondens)
Statusmöte - Rekrytering	1 h
Studiecirkel e-hälsa (Referensgrupp)	2 h
Operativ Styrgrupp	1 h
Workshop - Idéutveckling	6 h
Lärmöte – Kramfors/Indal-Liden	Möte mellan projektledare, då det

	inte gick att få loss tid för deltagarna i projektet Indal/Liden
Styrgruppsmöte 2	Beslut om förlängning
Statusmöten – Uppkopplade deltagare	45 min/möte. Där det vanliga var att mötena innehöll ca 3–5 deltagare från projektgruppen pga. framför allt tidsbrist
Projektledarträff God och Nära Vård	Projektledare har varit närvarande på programmet Nära Vårds lärandeträffar (3h/tillfälle) 2 våren och 2 hösten
Workshop – Höstkickoff (Inspiration, behov)	3 h
Styrgruppsmöte 3	Beslut om att formellt avsluta projektet
Nära Vård-konferens (Sundsvall)	Monter med projekterfarenheter samt utrustning (Projektledare och Projektmedlem)
Arbetsmöte – En framtida modell	2 h

5.4 Utfall resurser

5.4.1 Arbetstimmar

För deltagarna så bedömdes möten för att hålla sig utbildad, uppdaterad och dela kunskap uppgå till 60 timmar. De olika verksamheterna anmälde lite olika antal deltagare och det kan innebära att det har investerats olika i tid. I hemtjänsten har vi haft möjlighet att deltagarna där har roller som ligger i gränslandet mellan administrativa uppdrag och klinisk operativ verksamhet. Men det har ändå varit svårt för dem att få loss tid att jobba med projektet. Deras möjlighet att delta med mer tid låg också i att de var i annat projekt (metodutveckling), vilket också komplicerade till viss del. På hälsocentralen har det varit svårt att komma loss för de som varit anmälda att delta.

Tanken var att de i största möjliga mån skulle jobba på i sin vardag och inte vara på möten. Men utöver möten så krävdes insatser som att kontakta, rekrytera, följa upp data i plattformen etc. och det har enligt projektgruppen varit mycket svårt att få till. Detta trots det ringa antal deltagare (vårdtagare, patienter) som kunde rekryteras. Hör fick projektledaren stödja i bredare omfattning än planerat.

5.4.2 Kostnad

Kostnaderna har inte överstigit budget och redovisas övergripande enligt tabellen. Stygruppen tog beslut att vi under projektet kunde flytta medel från vikariepoolen som inte användes i större omfattning (fanns inga vikarier). Vi behövde också utrusta personalen med nödvändiga medel för att kunna operera digitalt i sin vardag (mobil, dator).

5.5 Utfall prioritering

Projektet har övergripande givit mycket insikter kring mycket av det som är kringliggande aktiviteter. Med det menas bland annat förankringsarbete med deltagare, förutsättningar för att delta i projektet utifrån den kliniska vardagen och att rekrytera deltagare till projekt som handlar om framtidsteknologi där målgruppen är äldre. Att som i detta projekt ha projektdeltagare från hemtjänst, hemsjukvård, hälsocentral samt biståndshandläggning och andra resurser som IT och andra stödverksamheter har inneburit svårigheter att få till möten där alla kan delta. Pandemin med förkylningar, vaccinationsarbete och samtidigt pågående projekt som pågått i kommun samt region (P24), påverkade också möjligheten att få loss resurser. Pilotområdet innehöll också färre vårdtagare som antagits kunna fungera som testpersoner i projektet och därför har den processen också tagit mer tid än förväntat.

6 Organisation, roller och resurser

Projektorganisationen bestod av:

Projektledare

- Konsult

Projektgrupp


Hemtjänst 3

- Administratör
- Undersköterska
- Undersköterska

Hemsjukvården 1 (2 ssk kväll/natt som inte var aktiva i rekrytering och användande)

- Distriktssköterska
- (Distriktssköterska)
- (Sjuksköterska)

Rehab 2

- Arbetsterapeut
 - Fysioterapeut
- 

Hälsocentralen 1 (1 ssk var med i början på utbildning men inte mer)

- Sjuksköterska
- Sjuksköterska

Det var inledningsvis också 1 person från bistånd (genomförde utbildningen) men slutade sedan och kunde inte ersättas av resursskäl

Strategisk styrgrupp (Kommunen 4, Regionen 2)

- Projektägare, beställarrepresentant
- Verksamhetschef, VOF Hemtjänst
- Verksamhetschef, VOF Hälsa- och sjukvård
- IT-strateg, KS Digital Transformation
- Områdesdirektör, Närsjukvårdsområde Söder
- Hälsocentralchef, Primärvården

Operativ styrgrupp (hemtjänst, hemsjukvård, hälsocentral)

- Enhetschef, Hemtjänst
- Enhetschef, Hälsa- och sjukvård
- Enhetschef, Hälsocentral


Referensgrupp

- Studiecirkeln (se 4.1.2)

7 Överlämning/leverans av projektet

- Rapporten överlämnas till övergripande projekt för Vård och omsorg på distans när projektrapporten är godkänd av ledningsgruppen (VOF) på kommunen
- Projektet har en mapp i N:\2.Projekt\Pågående\21-29 Digital God Nära Vård _ Pilot IndalLiden, som behöver hanteras vidare
- Projektet har också en Teamskanal som skulle kunna användas för vidare arbete och som är skapad av projektägarens representant.
- Prototyp Trygg hemma – en helhetslösning. En rekommendation är att mobilisera den gruppering (MAS, MAR, strateg etc.) som tog fram förslaget till att jobba med denna typ av plattform för en tryggare hemgång från sjukhus.

8 Restlista

- Då antal tester med användare inte nådde önskat resultat så finns det anledning att också fånga in andra aktiviteter, verksamhetsnära utveckling eller projekt där mer
- 

lärdomar kan fångas in för att kunna värdera och prioritera framtida investering i distansteknik för vård och omsorg.

- Det skulle också kunna genomföras några fördjupande studier: 1. för att synliggöra och ta fram underlag vad beträffar dagens resande, fysiska kontakter, möjliga digitala insatser och andra behov som stöd i prioritering och insatser (för medarbetare). 2. samt en djupare användaranalys för att tydliggöra behov och förväntningar hos vårdtagare (inför eventuell fortsättning med ex. trygg hemgång).
- Följeforskningen från Mittuniversitetet har också påverkats av det låga antalet deltagare. Där finns det möjlighet att knyta an de frågeställningar de har för att också inbegripa andra digitala insatser och kunskapen om tekniken påverkar känslan av trygghet och tillgänglighet. Exempelvis kring läkemedelsrobotar, fallsensorer etc. Rehab har också under denna period efter projektavslut haft möjlighet att testa vidare. Detta skulle kunna fortsätta med visst stöd från leverantören.

9 Erfarenhet och förbättringar

Förankringsprocessen

I efterhand är en reflektion att projektet skulle startat nu, fast i annat område. Den aktivitet som varit har givit underlag för att identifiera verksamheter där det finns bättre förutsättningar att bedriva testande. Det tar tid att förankra (inspirera och förklara). I detta fall inte bara vad den digitala tekniken kan erbjuda men också vad hela Nära Vård omställningen syftar till och hur den påverkar såväl individen som grupp och organisation.

Skapa förutsättningar

Det tar tid och kräver också alltmer planering för att i en pressad vardag också avsätta tid för att prata och agera i utvecklingsinitiativ. Det är inte bara i det praktiska görandet som lärandet uppstår utan också i reflektionen efteråt. Det kräver mer tid än vi ofta planerar för. Det blir särskilt viktigt i ”innovativa” projekt. Det vill säga där vi inte riktigt vet hur vi ska göra och har väl definierade processer och aktiviteter att förhålla oss till.

Teamleverans

Retrospektivt så finns det några saker som hade kunnat göras annorlunda, men inte betydande att det blivit bättre läromässigt. Med de förutsättningar som var och blev så är några alternativ förutom att välja annat område:

1. Korta ner tiden för arbetet så kan det vara enklare att planera frånvaro av medarbetare. En förberedande studie av en till två externa personer (ex. analys, rekrytering), följt av ett testande med medarbetare under 2–4 veckor. Sedan en analysperiod med reflektionsarbete med deltagande professioner.
2. Lyfta in ett helt externt team (4–5 personer) som på plats i en verksamhet i taget genomför utbildning, testar och analyserar.

3. Verksamhetsnära utvecklingsarbete i liten skala. Innebärande att låta en verksamhet testa i sin vardag med lite externt stöd.


Det är dock viktigt att också ta i beaktande att alltför avgränsat arbete inte utmanar det behov av samverkan och samarbete över gränser (verksamheter, organisationer, huvudmän), som blir viktigt för att kunna genomföra en förflyttning till Nära Vård.

10 Kort uppföljning med projektgrupp

Som en uppföljning på projektet så genomfördes en enkät och de öppna frågorna är infångade i de beskrivningar som finns i rapportens tidigare delar. Frågorna löd:

- Vad ser du som de viktigaste lärdomarna i projektet? Beskriv gärna det och vad som upplevts både bra och mindre bra.
- Vad ser du som den främsta möjligheten med att använda denna typ av plattform inom hemtjänst, hemsjukvård, rehab eller hälsocentralens områden?
- Vad krävs, enligt din mening för att kunna använda denna typ av digitala stöd i framtiden för dessa verksamheter?

Respondenterna (7 av 10 svarande), fick också påståenden som utgick från effektmålen och hur de upplevt plattformen som de fick gradera utifrån en 10-gradig skala. Genomsnittet redovisas under varje fråga:

- Hur användarvänlig tycker du plattformen har varit ur ditt perspektiv? 1= mycket dålig- 10= optimal
Medel 6
 - Hur användarvänlig är din uppfattning att användarna (patienter, vårdtagare etc) anser att plattformen är? 1= mycket dålig - 10 =optimal
Medel 6
 - Jag anser att om vi använder denna typ av plattform så möjliggörs distansbaserade möten och bedömningar och därigenom kan vi minska onödigt resande samt öka tillgänglighet för såväl medborgaren som medarbetaren? 1= Håller inte med alls 10=Håller med fullständigt
Medel 5,8
 - Denna typ av plattform ökar patienter och vårdtagares självständighet och möjlighet att vara mer delaktig och aktiv kring sin egen hälsa? 1= Håller inte med alls 10=Håller med fullständigt
Medel 6,2
- 

- Projektet har visat mig att det är möjligt att med denna typ av digitalt hjälpmedel (plattform); skapa möjligheter för att bedriva vård och omsorg på distans för att öka patientens upplevda trygghet samt öka resurseffektivitet för att möta ökande behov
1= Håller inte med alls 10=Håller med fullständigt
Medel 5,5 (orsak till lägre än 5 var: för få deltagare för att kunna utvärdera och ej upplevt ökad trygghet)
- Har du haft särskilt avsatt tid i projektet som beslutats av din chef? Ex. x antal timmar/dagar per vecka eller månad
Ja = 2
Nej = 5
Vet ej = 0
- Hur mycket tid uppskattar du att du lagt ner i projektet förutom de workshops vi haft? Alltså den tid som du lagt ner på ex. resande, uppkoppling, rekrytering, användande av plattformen, administration och så vidare?
0–5 h = 3
6–15 h = 2
16–30 h = 1
31–50 h = 1

BILAGA 1

Uppföljning av tillfrågade (2 stycken som också avböjde är inte redovisade pga. bristande dokumentation)

Anledning	Kontakt	Svar	Test	Avslut	Positivt	Problem
HEMTJÄNST						
Påminnelser om medicin, önskan om självständighet,	Hembesök	Ja	Påminnelser, Ett videosamtal och provade att skriva i chatt men hen svarade inte	X var intresserad tidigt för att det skulle innebära att X blev mer själv, men under vägen blev det också en "konflikt" där X ville vara själv. Till slut blev det kanske en uppfattning att X var "Kontrollerad" X fyllde i när han tagit sitt insulin. "Ta bort det, jag blir stressad av grejerna"	Sparar in besök, och X tyckte det var skönt att det inte behöva komma någon. Speciellt på morgonen (ingen morgonmänniska)	Loggade ur och tappade nät, och plattan kunde stänga av sig och bli "helt vit"
Testa för en kul grej, En aktivitet (hade facebook)	Hembesök	Ja	Ett videosamtal	Vårdtagaren har blivit sämre och det bedöms av personalen som inte meningsfullt att ha kvar plattformen -	Videosamtal gick bra, men var mest brydd över hur hen såg ut	Blev sämre så fick inte riktigt chansen att testa
Digital tillsyn (video/chatt)	Hemtjänst personal /telefon	Nej		Hade telefontjänst och tyckte att det fungerade bra		
Videosamtal för hen har telefontjänst eller chatt	Hembesök	Nej		Tyckte hen var för gammal och trodde inte hen skulle klara av tekniken		
Oro, mkt samtal om BT till HC	Hembesök (först prat, sedan visa grejer)	Nej		Vart rädd för väskan och "inte kan jag ha alla dessa grejer stående"		
Påminnelser om medicin	Hembesök	Nej		Hellre åka till saker (möten, sjukvård etc.)		
Tillsyn digitalt	Hembesök	Nej		Avsäger sig hemtjänst (besök) i samband med fråga. Upplver inte behov av besöken		
Digital tillsyn	Hembesök	Nej		Vill träffa folk, är mycket social		
HEMSJUKVÅRDEN						
Vägning, diabetes	Hembesök	Ja	Vägning och efter ett tag lades blskr mätning till	X make/maka blev den som var tvungen att lära sig och hen var inte så intresserad (krångligt med teknik, och det brukar vara så med det mesta i hushållet). Sedan gav tekniken inte något mervärde enligt användarna eller personal (ssk) då hen ändå är där två gånger i veckan		Vågen verkade inledningsvis inte visa rätt resultat, men det var en fråga om positionering. Plattan blev stående i en hylla och hade laddat ur när den skulle användas. Fanns ingen motivation hos den primära användaren.

				och kan göra grejerna åt dem.		
BT, Påminnelser, kontakt med anhöriga	Hembesök	Ja - >Nej	Inget hann genomföras	Efter problem med uppkoppling, så var Y där igen. Då framkom det at det inte fanns motivation eller kanske anledning att ha utrustningen hos honom. Vi valde därför att ta den åter utan att ha haft den igång.		
BT, Påminnelser, Video	Hembesök	Ja - >Nej		Efter kontakt med läkare i Liden så blir rekommendationen från X att inte koppla upp vårdtagaren. Detta relaterat till dennes sjukdomstillstånd och eventuella kognitiva påverkan		
Anledning	Kontakt	Svar	Test	Avslut	Pos.	Prob.
REHAB						
Kunna följa med videomöten, kontakt och chatt. Tanken att kunna visa benen	Hembesök (pratade två gånger) sedan togs grejerna med	Ja	Mest chatt för video stökade i början.	X har ingen kontakt med Rehab längre och har också av sagt sig Htj.	X kunde skriva i chatten när hen hade en fundering och det samma för personalen. Tror att det kunde blivit mer bra lärdomar om video kommit igång	Uppkopplingen. Fick vänta på antenn och sedan kom sommaren (då blev det chatt istället)
HÄLSOCENTRAL						
Önskar delta, Blodtryck, Support för träning	Besök på HC	Ja	Chattfunktionen använde för att pusha och följa upp aktivitet	Avslutar pga. projektavslut	Deltagaren var mycket bekväm med detta och såg stort värde att få påminnelser. Detta fick henne att faktiskt göra det hon behövde. Även anhörig tyckte detta var bra. "Det som står det gör hon". Var inledningsvis av projektet en person som var mycket skeptisk till detta med ny teknik	Bodde i ett område med dålig uppkoppling och det var en del problem med detta. Efter att ha fått en förstärkningsantenn fungerade det mycket bra.
Blodtryck	Samtal i telefon	Ja	Chatt, formulär, BT	Avslutar pga. projektavslut	Detta var en mycket positiv upplevelse av deltagaren och dennes anhörig. Hade gärna fortsatt att ha kvar plattformen, då det kändes tryggt. Tacksam för att fått vara med i projektet. Anhörig säger att "framgången sitter i användarvänligheten" om vad tekniken behöver innehålla. Anhörig kände sig tryggare med detta också	Kände efter en genomgång när det gått ett tag att det blev lättare. Behövde lite tid för att bara testa och sedan en "påfyllning av kunskap. Blev en miss i kommunikationen vid ett tillfälle där användaren skrev inlägg i formulär som hen trodde skulle synas i chatt. Och personalen hade inte uppmärksammat

						texten på det stället
Många samtal med HC/digital tillsyn	Hembesök x 2	Nej		<p>Y tar ett möte hemma hos användaren efter att personalen kontaktat hen på telefon. X ringer mycket och det kanske en plattform skulle kunna skapa en känsla av närhet/tillgänglighet. Vid mötet pratar vi först allmänt om plattformen och de olika saker den kan stödja, sedan om X situation. Beslut tas inte vid första möte som tar ca 1 timme. Y tillbaka dag 2 och dricker kaffe och pratar vidare. Hen berättar då att hen snart sannolikt ska in på sjukhus igen. Och ser inte riktigt vad hen ska använda den till (hen har larmet och ringer gärna 1177), samt ska få en padda av bambarnet som hen kan få surfa på. Hen säger att hen hör av sig om hen ändrar sig.</p>		

BILAGA 2

Digitalt stöd som en del i Tryggt Hemgångspaket

– Prototyp 0

*Dessa anteckningar utgör en grund för en visualiserad processbild kring den digitala plattformen (ex. Cuviva) som en del i ett hemgångspaket – **Trygg hemgång**. Texten utgår från en workshop med representanter från kommunen. Fem områden låg till grund för samtalet och hade valts ut med anledning av vad som framkommit i projekt 21–29 Digital God och Nära Vård – Piloten Indal/Liden.*

Område 1 - Behov/Nytta - *Vad ska vi givet det vi hört idag och känner till som vi ska fokusera på?*

Vi pratar lite om projektet Indal/liden inledningsvis och kan känna igen svårigheterna att hitta "lämpliga" deltagare för testande av teknik. En reflektion från gruppen är att kanske alla ändå ska få frågan vid en given tidpunkt där de möter den verksamhet de ska få stöd från (hemsjukvård, bistånd etc.). Och att det då inte blir valbart att fråga den som man kanske känner (undvika antaganden). Vi pratar om olika diagnoser, situationer där denna typ av teknik kan vara lämplig ur kommunens perspektiv. Där faller på ett sätt mätningar av vitala parametrar (blodtryck, blodsocker) bort då detta endast kan ske på uppdrag från HC/VC till hemsjukvårdens ssk. Men efter workshopen i Indal i augusti så har flera av deltagarna känt att det finns många områden där tekniken (chatt, video, formulär), skulle vara ett bra stöd. Bland annat för tillsyn, påminnelser och för att skapa en trygghet att systemet (vård och omsorg) kan se och höra vårdtagarna. Men som också kommit fram från projektgruppen (dsk) så finns det också en vinst att detta kan bli något som anhöriga också kan uppskatta. Dock ska det förtydligas att sekretessen för den enskilde måste beaktas enligt gällande lagstiftning

Vi berör också att teamarbetet är viktigt och att det arbete (rapport) om Trygg hemma ¹skulle ge en indikation på att den gruppen av personer som står i en omställningsprocess skulle vara lämplig att fokusera på. Men i geografiska områden där det finns ett större antal vård- och omsorgstagare. I rapporten så beskrivs två områden där de jobbade med trygg hemma "paket". Med det räkneexemplet så skulle det kunna rör sig om 80–100 vårdplaneringar/år där erbjudandet om digitalt stöd skulle kunna vara aktuellt. Det viktiga är att det inte handlar om bistånd utan beskrivs som ett stöd för medarbetarna att använda för att stödja och hjälpa med högre kvalitet.

Förutsättningarna är då att den digitala plattformen blir ett erbjudande som först och främst ska finansieras med i det initiala skedet och erbjuds vid vård- och omsorgsplaneringen och under en tid av 2 veckor. Detta passar bra utifrån de insatser som projektet också sett, att det krävs

¹ RAPPORT 2016:11; Trygg Hemma - Hemrehabilitering med teambaserat arbetssätt i hemsjukvården (Kommunförbundet, 2016)

en mer långsiktig insats än ett enskilt besök för att tjäna in den tid det tar för att "rigga" en platta.

Några saker att ta med sig:

- Det bör vara "supercentralt" för att få en bra volym
- Restiden för vård- och omsorgspersonal skulle kunna minimeras
- Biståndsbedömare identifierar via PRATOR²
- Plattformen kan då laddas med information, planer, aktiviteter och formulär för uppföljning (trygg hemma parametrar) – Det kan handla om formulär där vård- och omsorgstagaren kan redovisa känsla av upplevd trygghet (oro, rädsla etc.)
- Selektionen (vilka som är aktuella) bör undvika att det också samtidigt är ett fysiskt besök (erfarenhet från både Evondo och piloten Indal/Liden).
- Aktiviteter som social samvaro är en intressant tanke om plattformen stödjer det

Område 2 - Rekrytering & Information - Hur fångar vi in och startar upp denna målgrupp? Vem ansvarar för information, utbildning och uppkoppling?

Utifrån att vi valde "caset" trygg hemgång, så fortsatte dialogen med det som arbetshypotes. Det vill säga vad som behöver göras, vem som har ansvar och vad innehållet ska bestå av.

Som nämnts tidigare så blir biståndshandläggarnas bedömning centrala i denna uppstart. Systemmässigt så fångas dessa aktuella individer (vård- och omsorgstagare) i PRATOR som är den databas där planerade hemgångar från sjukhuset signaleras till biståndsbedömare, hälsocentraler, hemtjänst och hemsjukvård. Den digitala plattformen blir då att betrakta som en del i "hemgångspaketet".

Processen följer därför redan skapade rutiner som finns för hemgång. Det kan följaktligen bli aktuellt med de två planeringssjuksköterskor (röda patienter = särskilt omfattande insatser) som finns. Men också dsk och mottagande hemtjänst (chef³) och rehab. Här finns det potentiellt röd flagga i planeringen av detta. Vi har vård- och omsorgstagare som har kommunens hemtjänst men även de som valt privata utförare enligt LOV. Det skulle inledningsvis i ett litet införande kunna vara en möjlighet att inledningsvis avgränsa med kommunala utförare (d.v.s. kommunal hemtjänst)

En annan aktör blir nu identifierad som stöd i processen. Serviceteknikerna som idag hanterar nyckelfria lås, installation av spisvakt och liknande "digitala" insatser, är lämpligtvis också de som tar ansvar för den tekniska installationen och informationen (utbildningen). De blir signalerade via "pling" i Procapita +.

Några saker att ta med sig:

² Prator är ett IT-system för meddelandehantering mellan den slutna vården inom landstinget, kommunen och landstingets öppna vård.

³ Det är obligatoriskt för hemtjänstcheferna att bevaka Prator eftersom vård- och omsorgstagaren skickas hem, och har insats beviljats är hemtjänsten de som verkställer/utför omsorgsbesluten.

- Den digitala mognaden i hemtjänsten behöver utvecklas (information/träning/utbildning/teknik (ska personal chatta behövs ytterligare tekniska hjälpmedel i hemtjänstgruppen)
- Kriterier behöver utformas som stöd för erbjudandet hos biståndsbedömarna. När dessa saker (ex. kognitiv u.a.; godkänd syn; använt telefon/platta/dator tidigare etc.) är uppfyllda så rekommenderas att ha detta digitala stöd.
- Kontinuitetsprincipen ska beaktas. Det gäller användare (medarbetare), men också att plattan faktiskt används regelbundet (lärdomar från Piloten). I detta fall innebär att sakerna måste användas regelbundet. Det innebär att det är en fördel om det är inte för stor rotation av personal.
- Anhöriga som kan stödja är en möjlighet som gör att de primärt är användare av plattformen (för att känna trygghet).
- I den valda situationen (trygg hemgång) så har vi inte valt monitorering (sensorer), då det också kräver en process där vi engagerar HC/VC. Det kan dock utvecklas när vi satt processerna och är mer bekväma med systemet. Monitoreringen ställer också högre krav på det medicintekniska perspektivet
- En riskfaktor kan vara att Prator inte bemannas av alla funktioner enligt överenskommelse. Statusen på vård- och omsorgstagare registreras inte heller enligt rutin i Prator vilket innebär att hemtjänsten inte får rätt förutsättningar att bemanna och ta emot vård- och omsorgstagare som skickas hem.

Område 3 - Användning & Drift- Hur säkerställer vi en process där vi kan kvalitetssäkra att driften sker säkert (kvalitet) och med så lite ökad belastning för medarbetare (kliniskt) som möjligt. Teknisk support, stöd för frågor etc. Vad behöver vi tänka på i denna del? Behövs utbildning för stödet, medarbetare? Har vi processer idag där vi kan ta lärdom ifrån eller kopiera?

Supporten kan både hanteras av leverantör (som Evondo) som av kommunens servicetekniker. De (förvaltningen) har möjlighet att ta ganska stor del av detta. Av lärdomarna i piloten så ser vi att det ofta handlar om enklare support (antennor, uppdateringar, handhavande), men där leverantören kan ha viss teknisk backup. Det går också att tänka att det finns ett utvalt antal superanvändare i organisationen. I dagsläget håller supporten till i Lindgården där också en del av våra projektdeltagare (rehab) från Indal/Liden befinner sig.

Serviceteknikerna kan då också ta ansvar som nämnts i uppstarten för användarna. För samma "kunder" ska sannolikt ha ett tekniskt paket till sitt hem och de får då möta samma personer (kontinuitet/relation). Det gäller att inledningsvis säkra förväntningarna på svar etc. i plattformen. Vem svarar/bevakar kväll, natt och helger. Det kan lösas med en tydlig information eller att använda en central funktion (Iarmcentral/dsk natt-telefon (mobil app.) som är med i processen. Telefonsupport finns via systemförvaltningen men lämnas också över idag till PEMA på jourtid. Det behöver beaktas och avtalas.

I detta fall så bygger användandet på en 2–3 veckors insats där plattan ska skapa en trygghet men det kan såklart bli aktuellt med att den blir en del av insatserna framåt om vårdtagaren känner behovet och det samtidigt skapar en bättre arbetsmiljö. Men det blir också viktigt att säkerställa tidigt vad som händer när de lämnar "teamet" som jobbar med trygg hemgång.

En ytterligare aspekt är hur medarbetarna hanterar den digitala kontakten i sin vardag som de jobbar idag. En insikt från projektgruppens deltagare i piloten säger att några få (uppskattningsvis) 1–10 uppkopplade kan fångas i ordinarie rutiner. Men att det sedan lätt drar iväg i tid för att koppla upp, läsa det som står, besvara eller ta ställning till åtgärd.

Några saker att ta med sig:

- Utbildningsinsatser till vilka? 1. Känna till 2. Enklare handhavande 3. Superanvändare
- Vad kan leverantören stå för och kostnad för det?
- Det är sannolikt samordningsvinster om detta är samma system som eventuellt regionen använder i framtiden. Dock finns även där dilemmat med privata vårdgivare och deras val av teknik, stöd.
- Piloten i Indal samt andra liknande projekt i landet visar att det är en 2-3 stegsprocess för att få med användarna. Men det ska också sägas att det handlat mest om att skapa förtroende för att få ett deltagande. Inte ett beslutat stöd eller tydligt erbjudande initialt som en del av något befintligt. Men det krävs en bra relation för att få ett bra användande.
- Användare i piloten Indal/liden visar att de kanske inte riktigt beter sig som förväntat. Att plattan står uppställd och igång dygnet runt (den uppdaterar sig då på natten och ger signaler för aktiviteter). En del äldre stänger av och stoppar undan när den inte är aktiva eller förväntas vara det.
- Frågan om en central gruppering för att möta de digitala användarna eller en distribuerad modell behöver hanteras.
- Tidsaspekten för leverans/installation av plattformen hos vård- och omsorgstagare behöver säkras/avtalas

Område 4 - Avslut - Beslut, insamling och förvaring

Även här så kan serviceteknikerna ta en aktiv roll. De får idag signaler i Procapita från biståndshandläggare (avslut insatser) eller av enhetschef i hemtjänsten (avliden) när de förväntas samla in teknik. Den lagra redan som annan utrustning (Evondo) i lokaler på Lindgården (Lindgården skulle kunna bli ett digitalt center och testmiljö för välfärdsteknik/Jonas synpunkt.).

Vi pratar vidare om det som händer i tänkt scenario där vård- och omsorgstagaren faktiskt vill ha kvar utrustningen. Då behövs en bra överföring/överflyttning från hemgångsteam till ordinarie team/verksamhet.

Vidare berör vi det som nämnts innan. Det får inte blir så att plattan blir en biståndsinsats (gynnande beslut), eftersom det skulle innebära tekniken inte kan inhämtas om vård- och omsorgstagaren inte vill faktiskt tillhör vårdtagaren. Det bör formuleras som ex. lån enligt överenskommelse/tidsbegränsat lån, som stöd för en tryggare hemgång eller som ett arbetsredskap för medarbetarna.



Några saker att ta med sig:

- Tekniken behöver rengöras och underhållas och servas för att säkerställa att den fungerar
- Det har varit problem med signalerna från bistånd till systemförvaltning när saker ska hämtas in. Det bör ske så snabbt som möjligt (särskilt om personen avlidit). Men det är en process för kvalitetssäkring på gång.
- Trygghet är svårt att objektivt mätas och därför blir kostnaden för denna insats svår att bedöma i relation till värde för användare. Det finns dock bra data att hämta i rapporten trygg hemgång som skulle användas här också.
- I dagsläget är denna typ av digitalt stöd som vi berört med detta case inte något som föranleder en problematik när det kommer till att det måste tydliggöras om det är egenvård eller ordinerad insats.
- Vi får några nya lagar efter årsskiftet (egenvård och delad dokumentation) som kommer möjliggöra en mer sömlös vård och omsorg.

Område 5 - Infrastruktur - *Vad krävs för infrastruktur för medarbetare och organisation (förvaltningen/VoO) för att möjliggöra denna typ av tjänster/erbjudande?*

Idag är det en situation inom kommunen/förvaltningen där det inte riktigt går att säga att infrastrukturen för en digital vardag fullt ut stödjer en insats där vi vill använda digitala hjälpmedel. Det kan handla om att personalen inte har arbetsmobiler i tillräcklig hög utsträckning. Men det finns heller inte egna datorer vilket innebär att de samsas om inloggning på några få fasta datorer.

Skulle vi vilja jobba med digital tillsyn och samtidigt ha en mobilitet så kan det vara nödvändigt att enkelt kunna koppla upp sig och möta vårdtagaren digitalt. Telefoner (smartphones) är det som diskuteras mest och en kostnad för det har uppskattats till ca 7 mkr. Men då är det inte säkert att konsekvenser av hanteringen (ovarsamhet etc.) är inräknat. Det viktiga är att den utrustning som delas ut också används och blir en del som ett viktigt arbetsredskap.


En idé skulle kanske kunde vara att det inte är smartphones utan mindre läsplattor med SIM-kort (kan vara billigare), som också då underlättar framtida digital dokumentation och andra digitala insatser (video, läsa information). Kan också vara svårare att tappa bort.

En annan aspekt är alla behörigheter som behöver skapas och hanteras, där inloggning och autentisering ska var både säker men också enkel för personalen för att inte skapa frustration.

Några saker att tänka på:

- Kommunens ansats att vara digital måste kännas hos medarbetarna om de ska förväntas göra en digital transformation av sina arbetssätt. De behöver helt enkelt ha de resurser som behövs för att möta vård- och omsorgstagarnas behov

Dokumentation: Jonas Boström, Projektledare 21–29 Digital God och Nära Vård – Piloten Indal/Liden



BILAGA 3 – Prototyp 0

