

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



**Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd,
självmätning och digital kommunikation för
personer med kronisk sjukdom**

Regiondriven Primärvård, Ragunda



Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	20190214	Version 1, arb.mtrl	
2.	20190218	Godkänd och beslutad	Styrgrupp
3.			
4.			
5.			
6.			

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	GRUNDLÄGGANDE INFORMATION	5
1.1	Bakgrund Primärvården i Region Jämtland Härjedalen	5
2	SYFTET MED PILOTPROJEKTET	7
3	MÅL FÖR PILOTPROJEKTET	8
4	UPPDRAGSDIREKTIV	8
5	METODBESKRIVNING	9
5.1	Geografiskt område.....	9
5.2	Vårdmodell	9
5.3	Utbildningsinsatser/ kompetensutveckling till vårdpersonal.....	10
5.4	Deltagaravtal.....	10
5.5	Rutiner.....	10
5.6	Utvärderingsmetoder.....	10
5.7	Dokumentation	10
5.8	Teknisk support till personal och deltagare	11
5.9	Definition av centrala begrepp	11
5.10	Personuppgiftshantering	12
5.11	Informationssäkerhet.....	13
5.12	Sjukvård och egenvård	13
6	KRAV PÅ PROJEKTET.....	13
6.1.1	Förutsättningar	13
6.1.2	Resursplaner	13
6.1.3	Ekonomi - Budget och finansiering	14
6.1.4	Projektorganisation	15
6.1.4.1	Roller, ansvar och befogenheter	15
6.1.5	Externa kontakter	15
6.1.6	Kommunikation.....	15
1.1	Kommunikation och rapportering inom projektet.....	15
6.1.7	Intressentanalys	16

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

6.1.8	Kvalitet.....	16
6.1.9	Risk och konsekvensanalys	17
7	PROJEKTAVSLUT	17
8	RESULTAT PILOTPROJEKT PER 181231.....	17
8.1	Kvantitativa data.....	17
8.1.1	Beskrivning av deltagarna.....	17
8.1.2	Beskrivning av inskrivning.....	19
8.1.3	Antal mottagna notifieringar per månad/veckodag och tid på dygnet	20
8.1.4	Tid från att notifieringen har mottagits tills att den har avslutats	21
8.1.5	Blodtryck.....	22
8.1.5.1	Antal blodtrycksvärden som mottagits under 2018	22
8.1.5.2	Indikationer på resultat för blodtrycksvärden r/t anslutningstid	23
8.2	Kvalitativa data.....	24
8.2.1	Användarupplevelse	24
8.2.2	Screeningtester kopplat till välmående och psykisk hälsa	25
8.2.3	Upplevelser, insikter och utvärdering från deltagare	26
8.3	Utvärdering från deltagande vårdpersonal	29
8.4	Utvärdering av risker med den nya egenvårdsmodellen	30
8.5	Övriga aspekter	31
8.5.1	Utrustning/mätapparater	31
8.5.2	GDPR	31
8.5.3	Utvärdering av bredband	31
8.5.4	Teknisk support till personal och patienter	31
8.5.5	Utvärdering av projektmodellen	32
9	MÅLUPPFYLLELSE INOM PILOTPROJEKTET.....	32
10	IDENTIFIERADE FRAMGÅNGSFAKTORER	34
11	UTMANINGAR	35
12	DISKUSSION	35

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

1 GRUNDLÄGGANDE INFORMATION

1.1 Bakgrund Primärvården i Region Jämtland Härjedalen

En majoritet av sjukvårdens resurser riktas idag till personer med kroniska sjukdomar; deras sjukvård står för 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna¹. Detta beror på att kronisk sjukdom är så vanligt och dessutom ökar i förekomst – det förekommer hos nästan halva befolkningen. Vanligast är kronisk sjukdom bland äldre – upp till 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom.

Region Jämtland Härjedalen (RJH) breder ut sig över 12 procent av Sveriges yta, men har bara 1,5 procent av befolkningen. Det finns också stora skillnader i befolkningens ålder - 23 procent av befolkningen i RJH är över 65 år, jämfört med 20 procent i Sverige i stort². Skillnaderna är dessutom stora inom regionen, där 28 procent av befolkningen i Ragunda är över 65 år, jämfört med 18 procent i Åre. Regionen har alltså en stor utmaning inte bara med en stor yta som innebär långa transporter, utan även med en stor andel äldre, och därmed också en hög andel kronisk sjukdom - behovet av sjukvård är ökat samtidigt som det är utmanande att bedriva och bemanna fysisk vård. Sammantaget visar det på ett tydligt behov av riktade åtgärder för att förebygga men också reformera vården för personer med kronisk sjukdom, kombinerat med att i hög grad nyttja distansöverbyggande tekniker för att minska transporter av patienter och personal.

Även hälsan är ojämnt fördelad över landet och mellan könen. Män som föds i RJH dör ett halvår tidigare än män i Halland, och för kvinnorna är skillnaden ännu större - de dör ett år tidigare³. Det finns flera förklaringar till detta, men värt att notera är att regionen har en högre förekomst av vanliga kroniska sjukdomar som hjärtkärlsjukdomar och psykisk ohälsa, jämfört med medelregionen i Sverige.

Eftersom kronisk sjukdom är vanligt, förekommer under lång tid och där orsaken ofta finns i livsstilen, är patientens eget engagemang i sin hälsa och vård avgörande för utfallet på individ och systemnivå. Stiernstedt beskriver i sin statliga utredning att ”huvudmännen behöver skapa organisatoriska och tekniska lösningar för att dra nytta av patienternas egna insatser och att det kan handla om tjänster där patienten själv står för behandling eller exempelvis monitorering”. Ett

¹ Stiernstedt et al 2016

² www.regionfakta.com

³ www.kolada.se

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

sådant arbete kräver att sjukvården delvis ställer om från att bedriva reaktiv sjukvård, till att underlätta för patienter och anhöriga att utföra proaktiv egenvård och genomföra livsstilsförändringar.

En svensk undersökning har visat att 2/3 – 3/4 av alla patienter i primärvården både vill och kan ta ett ökat ansvar för sin egenvård, men att de också upplever det svårt att göra det i dagens sjukvårdssystem⁴. Samtidigt sker dagens sjukvård ofta enligt principen ”one size fits all” - alla kallas till samma årskontroll oavsett om det behövs eller ej. Primärvården är i stort inte heller uppbyggd för att systematiskt och i första hand underlätta egenvård – organisation och arbetssätt är oftast centrerade till reaktiva sjukvårdsinsatser vid fysiska besök, trots att det idag finns tekniska lösningar som gör det möjligt för patienten att istället utföra samma sjukvårdsinsats som proaktiv egenvård. Således finns det en stor potential att frigöra resurser genom att ge den majoritet av befolkningen som har en hög kapacitet för egenvård tillgång till lösningar och arbetssätt som långsiktigt stödjer dem att själva ta ett stort ansvar för sin hälsa. De frigjorda resurserna kan då användas för den minoritet av befolkningen som inte kan eller vill ta ett ökat ansvar för sin egenvård och hälsa.

Nära vård är enligt SKL ”ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta”⁵. SKL räknar också upp ett antal framgångsfaktorer för nära vård, som innefattar samverkan, ny teknik, egenvård för personer med kroniska sjukdomar, medverkan av personal i utvecklingen, ett personcentrerat förhållningssätt samt kompetensförsörjning. Dessa faktorer är kända och därför viktiga att använda sig av vid utveckling av nära vård. Det finns också inom andra sektorer i samhället vana av att använda sig av så kallad agil metodik vid utveckling av nya produkter och tjänster. Ett vanligt sätt att arbeta till exempel inom IT är att snabbt utveckla en ”Minimal Viable Product” – en produkt eller tjänst som bara precis fungerar, för att snabbt komma igång och lära sig vad som är bra och vad som kan förbättras, och sedan snabbt göra en ny prototyp som kan testas igen. Dessa arbetssätt passar bra i komplexa miljöer och okända områden, eftersom risken annars är att stora resurser läggs på att utveckla en produkt som är väl genomtänkt, men som sedan visar sig inte passa för sitt syfte.

Under våren 2017 påbörjades ett arbete i regionen för att utveckla den nära vården genom nya arbetssätt för ökad egenvård med stöd av distansoberoende teknik. Utgångspunkten för arbetet blev att utveckla en ny vårdmodell för personer med långvariga hälsoutmaningar som både kan och

⁴ Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården. SKL 2016

⁵ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

vill ta ett ökat ansvar för sin egen hälsa. I detta arbete utvecklades kontakt med ImagineCare⁶ som kunde bidra med en teknisk lösning samt kunskaper om vårdmodeller för egenvård samt storskaligt förändringsarbete. En utgångspunkt i arbetet var att utveckla en arbetsmodell som kan stödja omställningen till nära vård och använda sig av agil metodik och kända framgångsfaktorer för att lyckas med omställningsarbetet. Ett förslag för samarbete utarbetades med stöd av projektledning från Interregprojektet VålTel⁷. Genom medverkan i VålTel var även syftet att identifiera hinder och utveckla arbetsmodeller för regionen att agera testbänk för digitala lösningar.

2 SYFTET MED PILOTPROJEKTET

Syftet med pilotprojektet var att utarbeta en vårdmodell med arbetssätt som underlättar egenvården för personer med kronisk sjukdom med hjälp av distansoberoende teknik, initialt för patienter med diagnosen hypertoni, för att sen utöka till att även omfatta andra kroniska sjukdomar, såsom diabetes, hjärtsvikt, psykisk ohälsa, astma och KOL.

Arbetshypotesen var att vi genom att underlätta egenvården och göra det enkelt för patienten att själv mäta relevanta hälsoparametrar skulle kunna öka engagemanget i den egna hälsan. Genom att även underlätta kommunikationen mellan patient och hälsocentral var hypotesen att mängden egenvårdsråd i tidigt skede skulle kunna öka samt att det skulle bli möjligt att tidigare upptäcka ändringar i hälsotillståndet vid kroniska sjukdomar och kunna stödja egenvården, eller vid behov sätta in sjukvårdsåtgärder på sedvanligt sätt. På sikt skulle dessa åtgärder kunna förbättra både den upplevda och mätbara hälsan och minska behovet av sjukvård.

Ett annat viktigt syfte med projektet var att generera lärdomar till sjukvårdssystemet kring hur organisationen av egen, primär och sekundärvård kan utvecklas. Hypotesen var att dessa lärdomar fram för allt nås genom praktiska tester med en agil arbetsmodell, där en första hypotes genereras och testas, för att sedan i små steg utvärderas och förbättras i en kontinuerlig process.

Slutligen gav projektet även möjlighet för deltagande personal att få ökad kompetens i digital vårdutveckling och möjlighet att testa helt nya arbetsmodeller med ökad flexibilitet.

Projektets specifika syften var att:

- Ge de patienter som kan och vill ta ett ökat ansvar för sin egenvård och hälsa tillgång till digitala verktyg för självmätning och kontakt med sjukvården.
- Ge sjukvården tillgång till ett arbetsstöd som sorterar inkommande information från egenvården och nyttjar kompetensen på bästa sätt för varje personalkategori.

⁶ www.imaginecare.com

⁷ www.valtel.eu

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

- Utforma nya arbetssätt tillsammans med patienter, vårdpersonal och stödjande aktörer.
- Förbättra upplevelsen och hälsan för patienterna och samtidigt på sikt förebygga onödig sjukvårdskonsumtion (ambulanstransporter, akuta sjukhusbesök och inläggningar, primärvårdsbesök, provtagningar).
- Identifiera och lösa systemhinder (regulatoriska/legala, IT, ersättning, organisation).
- Utveckla kunskap, organisation och processer för att genomföra liknande tester i framtiden och kunna öppna upp regionen som testbänk för distansöverbyggande teknik.

För pilotprojektets första steg var det primära syftet att testa projektmodellen, den digitala lösningen och att utveckla arbetssätten, för att i nästa steg kunna genomföra ett större projekt som skulle kunna besvara samtliga syften.

3 MÅL FÖR PILOTPROJEKTET

Nedan följer målen för projektet utformat enligt SMART modellen.

Specifik genom att vi sökte ökad trygghet hos personal och patienter samt minskade avstånd till hälsocentralen genom ny teknik. Genom praktisk användning utvecklade vi kunskap kring egenvård och digital kompetens hos både patienten och regionens personal.

Mätbara genom enkäter till patienter och sjuksköterskan under projektet samt genom mätning av resultatet av övergången från traditionell kontakt med vården till denna nya utvecklade vårdmodell.

Accepterat av Primärvårdschef, Närvårdsområdeschef samt Enhetschef på berörda hälsocentraler.

Realistiskt då vi använde oss av personal som visat intresse för utveckling och nya arbetssätt i projektet och avgränsade den initiala målsättningen.

Tidsbegränsat fram till 18-12-31 då vi bedömde att vi skulle kunna ha testat vårdmodellen, utvecklat arbetssättet för vårdpersonal och låtit tillräckligt många patienter fått vara med i projektet för att kunna ta beslut om avslut eller uppskalning.

4 UPPDRAGSDIREKTIV

Uppdragsdirektiv gavs enligt sedvanlig rutin och pilotprojektet startades med en workshop 18-01-23. Pilotprojektets första steg löpte sedan under perioden 18-04-17 tom 18-12-31 och genomfördes enligt övergripande tidsplan nedan:

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206



Figur 1: Tidslinje för pilotprojektet.

Workshops, utbildningsinsatser till personal, och planering genomfördes under januari -mars 2018. Projektet gick därefter vidare in i en pilotfas patienter där antalet kontinuerligt ökades över den resterande projekttiden.

5 METODBESKRIVNING

5.1 Geografiskt område

Som geografiskt område för pilotprojektet valdes Ragunda närvårdsområde, som utgörs av Ragunda kommun med totalt 5 415 medborgare. I närvårdsområdet finns Stuguns och Hammarstrands hälsocentraler samt en distriktssköterskemottagning i Bispgården. Huvudaktör i pilotprojektet var initialt Stuguns hälsocentral och därefter följde Hammarstrands hälsocentral.

5.2 Vårdmodell

Vårdmodellen innebar att ge ett urval av de patienter som både kunde och var villiga att ta ett ökat ansvar för sin egenvård tillgång till ett digitalt egenvårdsstöd där de själva kunde mäta relevanta hälsoparametrar och kommunicera digitalt med hälsocentralen. Arbetssätten utformades med agil metodik i pilotprojektet i samarbete med patienter och personal på hälsocentralen, verksamhetsutvecklare samt andra specialister från regionen, facilitator från VälTel samt personal från ImagineCare. Först utvecklades en initial arbetshypotes, som sedan testades i liten skala och utvärderades. Därefter skalades projektet kontinuerligt upp, med regelbundna avstämningar där problem identifierades och löstes när dessa dök upp.



Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

5.3 Utbildningsinsatser/ kompetensutveckling till vårdpersonal

Leverantören har utfört utbildningsinsatser både vid arbetets start och därefter kontinuerligt om/när behov har uppstått.

5.4 Deltagaravtal

De patienter som deltagit i pilotprojektet fick vid uppstarten ett deltagaravtal där både deltagande patient och vårdpersonal som utfört identitetskontroll skrev under. Detta skedde i samband med uppstartssamtalen där information gavs av distriktsköterska både muntligt och skriftligt.

5.5 Rutiner

Skriftliga rutiner och informationsblad till deltagande patienter och personal utarbetades i de fall befintliga dokument inte kunde användas som stöd.

5.6 Utvärderingsmetoder

Fokusområden har varit patient, verksamhet och teknik (inkluderar utrustning till patienter och hälsocentral). Även bredbandkvalitet har utvärderats, eftersom det är en viktig förutsättning för distansöverbyggande tekniker. Patientflöden samt ekonomiska aspekter har också utvärderats. Enkäter har genomförts med deltagande patienter och personal. Teknisk utvärdering har skett via utvärdering av support, mätningar av funktion av utrustning och bredband. Dessutom har användning och hälsoreultat kunnat följas i pilotprojektet.

5.7 Dokumentation

I journalsystemet Cosmic upprättades en särskild journalmall för pilotprojektet för att kunna identifiera och särskilja åtgärder som genomförts inom ramen för projektet. Styrgruppsmöten protokollfördes och minnesanteckningar gjordes gällande avstämningsmöten projektgrupp och verksamhetsgrupp liksom för genomförda workshops.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

5.8 Teknisk support till personal och deltagare

Leverantören har ansvarat för teknisk support vad gäller hantering av tjänsten och måtenheter till både deltagare och medverkande distriktsköterskor. Supportfunktionen har deltagit i de veckovisa avstämningsmöten med deltagande hälsocentraler som genomförts.

Teknisk support angående bredbandskapacitet och mer lokala tekniska problem har en särskild kompetens inom primärvården utfört. Denna funktion har också varit med i de veckovisa avstämningsmöten som genomförts under projekttiden för att snabbt kunna fånga upp eventuella problem.

5.9 Definition av centrala begrepp

Chat

Chat syftar på krypterad kommunikation i text mellan patient och vårdgivare. Chat jämförs i projektet med rubriken telefon och brevkontakt med vård i patientjournalen Cosmic.

Personuppgifter

Personuppgifter är all slags information som kan knytas till en levande person.

Personuppgiftsansvarig

Personuppgiftsansvarig är den som har ansvar för att all avtalad behandling av personuppgifter sker i enlighet med tillämplig lag.

Personuppgiftsbiträde

Personuppgiftsansvarig kan använda personuppgiftsbiträden för behandling av personuppgifter för personuppgiftsansvarigs räkning enligt särskilt avtal.

Patientdata

Patientdata är personuppgifter som vårdgivare behandlar inom hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses i HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Egenvård

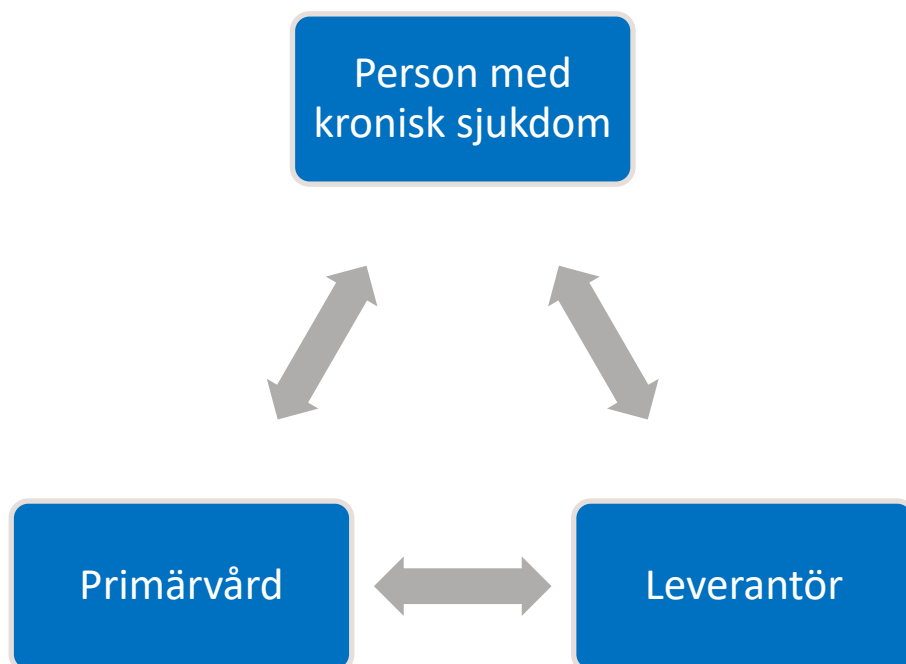
Med egenvård avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att en person själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt HSL.

Egenvårdsråd

Egenvårdsråd är varken egenvård eller sjukvård, utan råd om allmänna åtgärder som patienten själv utför utan ordination för att kunna ta hand om sitt hälsoproblem. Rådgivningen kan ges av hälso- och sjukvårdspersonal eller till exempel från apoteket.

5.10 Personuppgiftshantering

I pilotprojektet erbjuder regiondriven primärvård patienter möjligheten till utökad egenvård i samarbete med en extern leverantör. Samarbetet kan beskrivas som en trepartsrelation enligt nedan:



Figur 2: Beskrivning av aktörer i projektet

Eftersom projektet utforskade helt nya arbetsmodeller där det inte fanns legal praxis att luta sig mot, samtidigt som den nya dataskyddsförordningen GDPR implementerades under projektets gång, genomfördes dialog med regionjurist och annan juridisk kompetens angående personuppgiftshanteringen. Efter juridiska utredningar och genomgångar föreslogs en modell där leverantören av tjänsten var personuppgiftsansvarig för vissa delar gentemot patienten och med

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

samtycke delade personuppgifter till regionen, och där regionen var personuppgiftsansvarig för andra delar gentemot patienten, och där leverantören då var personuppgiftsbiträde. Även avgränsningar gentemot patientdatalagen berördes och klargjordes under projektet.

5.11 Informationssäkerhet

Enligt gällande rutin för auktorisation av system inom Region Jämtland Härjedalen genomfördes riskanalys och informationsklassificering/säkerhetskrav 170404 med stöd av Krisberedskap säkerhet och miljö.

5.12 Sjukvård och egenvård

Eftersom projektet handlar om ökad egenvård, var det också viktigt att klargöra juridiska aspekter dels när egenvård övergår i sjukvård, men även gränsdragning mellan personuppgifter och patientdata. Detta var också aspekter som undersöktes i projektet där det till viss del inte fanns legal praxis att luta sig mot, då arbetsmodellen var helt ny.

6 KRAV PÅ PROJEKTET

6.1.1 Förutsättningar

Projektet drevs inom ramen för berörda regelverk som finns inom Region Jämtland Härjedalen samt övrig relevant lagstiftning.

6.1.2 Resursplaner

Övergripande resursbeskrivning enligt nedan:

<i>Personal/funktioner</i>	<i>Tid</i>
Tid från VälTel	5%
IT resurs primärvården	5%
Ledning primärvården	Närvårdsområdeschef Enhetschef
Projektledning primärvården	20-30%

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Hälso- och sjukvårdspersonal under test	0,5-1.0 heltidstjänst (medfinansiering VålTel)
Forskning och utvärdering VålTel/MIUN	10%
Övrigt stöd (datalager, juridik, upphandling m.m.)	Efter behov
Kommunikationsresurs Primärvården och VålTel	Tid efter behov, upp till 10%
MIUN	Enligt överenskommelse Stöd vid bl a utvärdering
ImagineCare	Enligt överenskommelse

6.1.3 Ekonomi - Budget och finansiering

Uppskattade kostnader/timmar för projektet

Enskilda poster

Kostnader	Projektperioden	Kostnad	Kommentar
Projektkostnad från ImagineCare, engångskostnad		50 000:-	
Inköp av utrustning (iPads)		12 000:-	
Kostnad per patient som deltar i tjänsten		200:- /patient/ månad	Ansökan till sjukdomsförebyggande utvecklingsuppdrag i primärvården inom ramen för pilotprojektet har beviljats vilket innebär att 185 000:- ytterligare kommer in till pilotprojektet. Detta betyder att primärvårdens kostnader för deltagande patienter täcks av dessa medel.
Summa kostnad		200 000:-	

VålTel har stått för kostnader gällande:

ImagineCare	53 800
Hyrsköterska	37 000
Projektstöd VålTel	36 000

Primärvården står för kostnad per patient som deltar i tjänsten

120 000:-

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Utöver dessa direkta kostnader bidrar ImagineCare med utbildning, projektstöd och stöd till utvärdering inom ramen för pilotprojektet.

6.1.4 Projektorganisation

Pilotprojektet har haft sedvanlig projektorganisation, dvs en styrgrupp och en projektgrupp och även verksamhetsgrupp/er.

6.1.4.1 Roller, ansvar och befogenheter

Styrgrupp

Styrgruppens uppdrag var att säkerställa att projektet följer projektplanen och gav aktivt stöd till projektledningen. Styrgruppen säkerställde även att nödvändiga beslut togs och att projektledaren genomförde kontinuerliga statusrapporter till styrgruppen som har träffats kontinuerligt under hela projektets gång.

Projektledare

Projektledaren har ansvarat för att koordinera och leda arbetet framåt i alla dess delar.

Ledningsgrupp NVO Ragunda/Bräcke

Den lokala ledningsgruppen har fått kontinuerlig information och återkoppling om projektet och diskussion om hur arbetet fortlöper har genomförts.

6.1.5 Externa kontakter

VälTel: Projektledning och samarbete.

ImagineCare: Samarbetspartner och leverantör av vårdmodell

Ragunda Kommun: Samarbetspartner

Bräcke Kommun: Samarbetspartner

Östersunds Sjukhus Område medicin (ffa hjärtmottagningen): Samarbetspartner

6.1.6 Kommunikation

1.1. Kommunikation och rapportering inom projektet

Statusrapportering till styrgrupp

Frekvens beslutades av styrgrupp.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Projektmöten och mötesprotokoll

Projektmöten med projektgrupp har dokumenterats framför allt via uppdaterade aktivitetslistor. Mötesprotokoll för styrgruppen har förmedlats till deltagare i projektgruppen.

Uppföljningsrapporter

Frekvens har beslutats av styrgrupp.

Stöd

Stöd i kommunikationsarbetet har givits av kommunikationsenheten vid Region Jämtland Härjedalen.

Exempel på aktiviteter

Öppet hus, bland annat 22/5, användande av sociala medier, deltagande i konferenser som Nordiska e-hälsomässan september 2018, Framtidens Primärvård samt konferens via Dagens Medicin.

Microsoft har även spelat in en film om projektet som finns tillgänglig via länk nedan:

<https://www.youtube.com/watch?v=iG50geE3YX0>

6.1.7 Intressentanalys

Vilka påverkas direkt av projektet?

Under projekttiden påverkades patienter och personal vid hälsocentralerna i Ragunda och då framför allt Stuguns hälsocentral. Kommunens distriktsköterskor *kan* eventuellt involveras i senare skede. Samarbete med ambulanspersonal *kan* också bli aktuellt under projekttiden enligt planering. VälTel samt ImagineCare har varit direkt involverade.

Vilka är intresserade av att få information om projektets status?

Förutom primärvården var även område Medicin och kommunen en viktig intressent som också kommer att bli en samarbetspartner enligt planering.

6.1.8 Kvalitet

Projektplanen beslutades och fungerade som styrdokument för projektet. Projektet har bedrivits enligt sedvanlig projektmetod i alla dess steg. Förändringar som uppstod under projekttiden och som inte finns med i projektplanen hanterades som en ”projektförändring” och fördes till styrgrupp för kännedom och beslut. Projektledare har ansvarat för att koordinera och driva arbetet enligt projektplanen.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiöndriven primärvård Ragunda, 190206

6.1.9 Risk och konsekvensanalys

Risicanalys gjordes initialt inom ramen för en ansökan till Vinnova – då riktat mot personer med diagnosen hjärtsvikt. Därefter utvidgades projektiden till att omfatta flera kroniska tillstånd och en ny och specifik risk och konsekvensanalys genomfördes på workshop i Hammarstrand 180111 samt 180123. Utifrån de risker som då identifierades har under projektets gång inga avvikelser inkommit. En möjlig förklaring skulle kunna vara dels att många av de åtgärder som föreslogs i föregående riskanalys genomfördes, men också de veckovisa avstämningsmötena som medförde att ev risker och svagheter snabbt upptäcktes och kunde åtgärdas. Inga nya risker har under projektets gång uppmärksamats. Dock kommer nya risk och konsekvensanalyser göras initialt för nästkommande steg i pilotprojektet på olika nivåer och därefter genomföras om behov uppstår.

7 PROJEKTAVSLUT

Pilotprojektets slutprodukt var att granska arbetstesen och ge underlag för beslut om avslut av projektet eller uppskalning, för att då kunna generera ytterligare lärdomar.

Vid avslut beslutades att syftet med den första delen av pilotprojektet var uppnått och beslut om att gå vidare till nästa steg togs.

8 RESULTAT PILOTPROJEKT PER 181231

8.1 Kvantitativa data

Nedan presenteras ett urval av kvantitativa data från pilotprojektet. Analysen skall ses som en första beskrivning av projektet och är inte en fullständig vetenskaplig utvärdering. Dock finns intressanta betraktelser att göra, speciellt som det är ett av de första projekten av sitt slag och med den skala som pilotprojektets bedrivit. De beskrivna data skall framför allt användas för att generera hypoteser, som sedan kan besvaras i nästa steg.

8.1.1 Beskrivning av deltagarna

Antal personer som blev anslutna under 2018 var totalt 117 stycken. Nedanstående diagram visar att ytterligare åtta patienter var på väg in i egenvårdsmodellen men att de inte var helt färdiganslutna vid årsskiftet. Totalt fem patienter var inbjudna men avböjde deltagande, eller hade inte någon

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

telefon eller surfplatta som passade. Något fler män än kvinnor (61 vs 50) blev anslutna och ett mindre antal (19 st) valde att inte ange sitt kön, eller hade inte genomgått hela anslutningsprocessen.

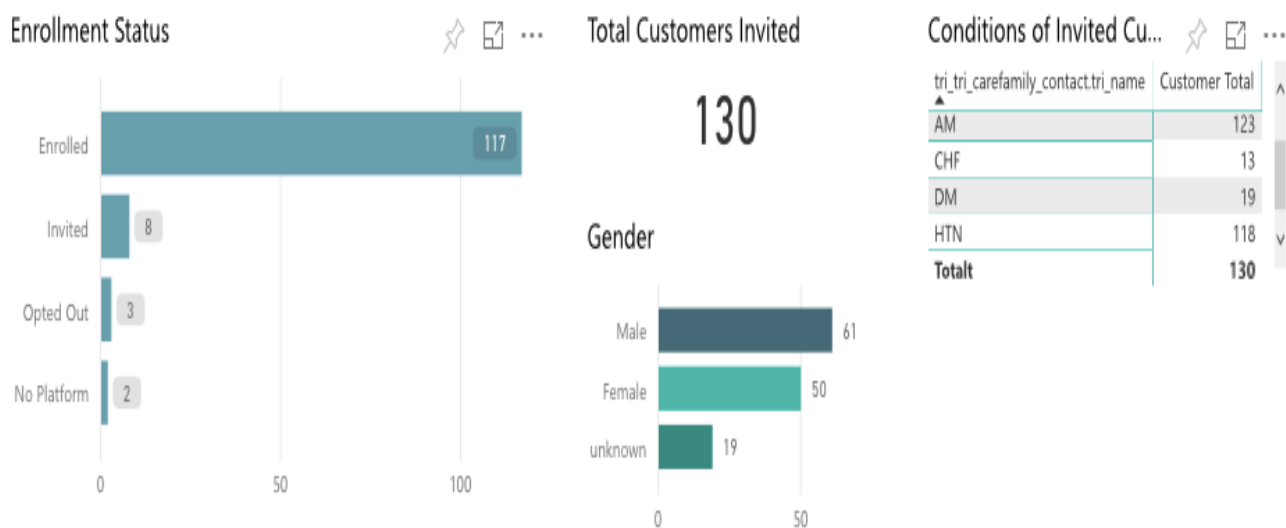
De anslutna patienterna var fördelade på hälsoflöden enligt nedan:

AM= Aktivitet och sömn, 123 st

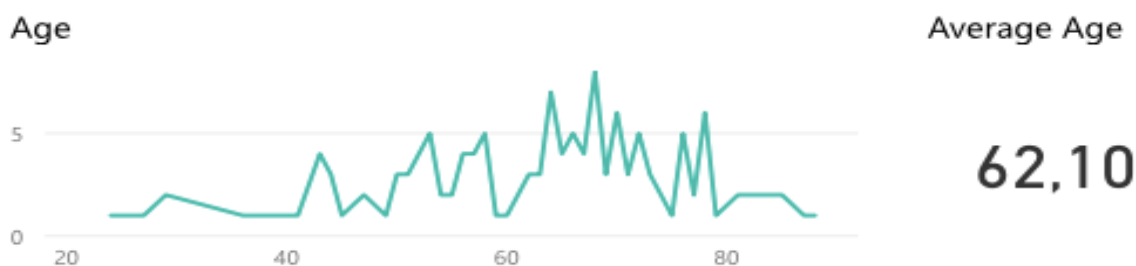
CHF=Hjärtsvikt, 13 st

DM= Diabetes Typ 2, 19 st

HTN= Blodtryck, 118 st



Genomsnittlig ålder för deltagande patienter var 62 år med ett spann på mellan 20-90 år.



Analys och kommentar

Pilotprojektet har lyckats ansluta ett relativt stort antal patienter under projektets första del. Antalet bedöms vara tillräckligt för att kunna utarbeta en ny vårdmodell inkluderande att hitta arbetssätt för att ansluta patienter och övervaka notifieringsapplikationen. Antalet bedöms dock inte vara

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiöndriven primärvård Ragunda, 190206

tillräckligt för att besvara samtliga frågeställningar i projektet, fram för allt för diabetes och hjärtsvikt.

Andelen män var större än andelen kvinnor i projektet, vilket inte motsvarar befolkningsstrukturen i regionen, där fördelningen är jämn mellan könen. I kommunen finns det dock något fler män än kvinnor, fram för allt i åldrarna 60 till 75 – vilket motsvarar medelåldern för deltagarna på ett ungefär. Könsfördelningen behöver följas vid fortsatt utveckling av vårdmodellen, för att säkerställa att det inte uppstår några omotiverade könsskillnader.

Åldersfördelningen följer fördelningen av kronisk sjukdom på ett ungefär. De flesta är mellan 40 och 80 år, vilket indikerar att projektet nått målgruppen både för att kunna förebygga kronisk sjukdom och komplikationer på kort och lång sikt. Vi ser också att det finns deltagare över 80 år, vilket visar att åldern inte behöver vara ett hinder för deltagande.

8.1.2 Beskrivning av inskrivning

Projektet startade med anslutning av patienter i liten skala sen vår 2018 för att kunna utveckla och testa den första arbetsmodellen. När arbetsmodellen var färdig utökades antal patienter, men utökningen försköts till efter sommaren, eftersom det då det var reducerad verksamhet på hälsocentralen. Under september månad startade arbetet upp på allvar och antal anslutna personer per månad varierade mellan 30 och 50 stycken mellan Oktober och December.

Number of Enrollments by Date



Analys

och

kommentar

Projektet har följt en agil arbetsmetod där arbetsmodellen utarbetas och testas i liten skala, för att sedan skalas upp stegvis. Vid planering av förbättringsprojekt är det viktigt att ta hänsyn till att verksamheten är reducerad och inte passar för att introducera nya arbetsmodeller under semesterperioder. Man har vid uppskalningen en jämn tillströmning av patienter, vilket indikerar att man lyckats väl med att identifiera lämpliga patienter för vårdmodellen. En intressant

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

frågeställning är hur man kan skala upp anslutningen i nästa steg, och till exempel prova nya sätt att ansluta patienter, via rena webblösningar, eller på andra sätt.

8.1.3 Antal mottagna notifieringar per månad/veckodag och tid på dygnet

I diagrammet nedan visas antal mottagna notifieringar per månad, per veckodag och tid på dygnet. En notifiering innebär att en patient har skickat ett textmeddelande eller att systemet indikerar att en uppföljning av egenvården behövs. Notifieringen visas upp för vårdpersonalen på en speciell separat applikation, där de också kan besvara notifieringarna. Vad gäller mottagna notifieringar per månad så ses en stadig ökning av antalet från oktober månad och framåt – vilket sannolikt sammanfaller med ökat antal anslutna patienter (se diagram under 8.1.2). Fördelningen är jämn över veckans dagar, men notifieringar är vanligast på morgon och tidig förmiddag samt sen eftermiddag och kväll.

Total Alerts Received

2768

Alerts by Month



Alerts by Weekday



Alerts by Time of Day



Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Analys och kommentar

Det mest intressanta mönstret att följa i notifieringarna är fördelningen över veckans dagar och över dygnet. Mönstret indikerar att för en person med kronisk sjukdom, så är egenvård något som sker varje dag, året om. Sjukdomen tar inte helg eller semester, utan den finns med i livet oavsett vad som sker i övriga samhället. Det är också tydligt att egenvården får ske när det finns tid på dygnet, dels direkt på morgonen men sedan även relativt sent in på dygnet, fram till 22-tiden ungefär.

8.1.4 Tid från att notifieringen har mottagits tills att den har avslutats

Diagrammet visar tid i timmar från att notifieringen mottagits till att notifieringen avslutats. Medelvärde för avslutande av noteringar var som strax över 24 timmar. Bevakning från hälsocentralen skedde vardagar mellan 08.00 – 17.00, någon gång under dagens lopp

Average Hours to Resolve

24,59

Time to Resolve (Hours--filtered to show only those resolved in 72 hours or less)



Analys och kommentar

Resultaten visar att nuvarande arbetssätt är asynkront – det är ingen direkt koppling mellan patient och personal. Resultat som presenteras nedan indikerar att patienterna trots det är nöjda med upplevelsen. Det är ett viktigt indikativt resultat, eftersom asynkron kommunikation öppnar upp för flexibilitet för vårdgivaren - arbetet till viss del förflyttas över dagen, – vårdpersonalen blir inte styrda till en viss tid, på samma sätt som de är idag med telefon och fysiska besök.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Inga fasta tider för att bevaka applikationen har varit avsatta i detta skede, däremot har tid för distriktsköterska/distriktsköterskor säkerställts genom att ta in extra sköterskeresurs för frigörande av tid. För en större skala behöver tiden troligen minska, men den bedömdes fullt tillräcklig för att nå syftet under projektets första del. Anledningen till att tiden behöver minska är att det troligen är så att kraven på tjänsten från patienterna troligen kommer att öka över tid, då de blir vana med att kommunicera digitalt med vården.

8.1.5 Blodtryck

Blodtrycket är en intressant parameter att följa i egenvårdsmodellen, dels eftersom blodtrycket är en viktig riskfaktor för sjukdom, men även för att det kan indikera engagemang i egenvården. Nedan redovisas några initiala resultat.

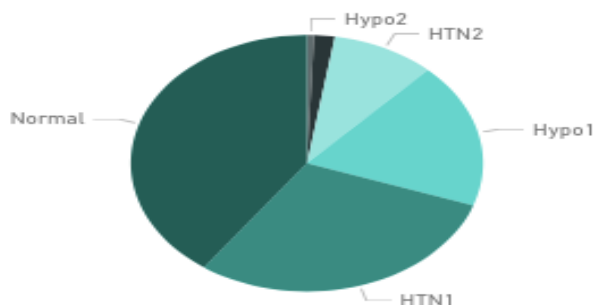
8.1.5.1 Antal blodtrycksvärden som mottagits under 2018

Enligt diagrammet nedan har 6006 blodtrycksvärden har mottagits under 2018. Diagrammet visar också fördelningen mellan normala, höga och låga blodtryck.

Number of Blood Pressure Vitals

6006

Blood Pressures by Status



Analys och kommentar

Resultaten är intressanta ur flera aspekter. Medelvärdet för antal tagna blodtryck är 50 per patient. Majoriteten av patienterna har varit anslutna under tre månader vilket sammanfattningsvis visar att

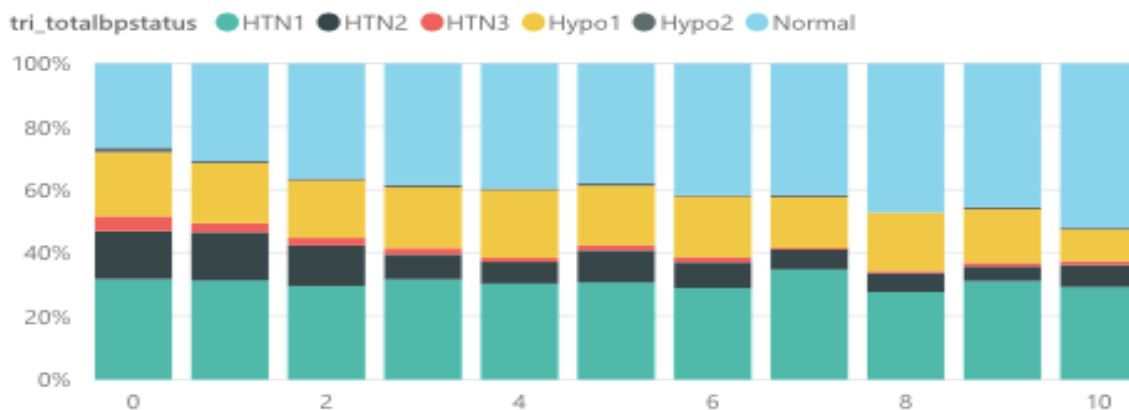
Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

patienterna i snitt tar blodtrycket 2-4 ggr per vecka. Eftersom en delmängd av deltagarna varit anslutna kortare tid kan denna uppskattning ändå vara i underkant. Det är i vilket fall en stor skillnad mot tidigare vårdmodell, som troligen innebär att blodtrycket i snitt tas någon enstaka gång per år. Att ta blodtrycket är helt frivilligt i vårdmodellen, och det är intressant att se att patienterna väljer att mäta sitt blodtryck så pass ofta som flera gånger i veckan, vilket indikerar att de blir engagerade i sin egenvård. Det är också ett intressant fynd som indikerar att patienterna är beredda att som egenvård ta över en delmängd av det vi idag utför som sjukvård. Det är viktigt att i nästa steg följa hur antalet blodtryck och andra parametrar utvecklas över tid, eftersom det är ett mått på hur engagerade personerna är i sin egenvård.

8.1.5.2 Indikationer på resultat för blodtrycksvärden r/t anslutningstid

Nedanstående diagram visar fördelningen av blodtrycksvärden fördelat över antal veckor som användarna har varit anslutna. Resultaten indikerar att ju längre tid som en användare är ansluten, desto högre andel normala värden rapporteras, där både andelen låga och höga blodtryck minskar.



Analys

och

kommentar

Risken för komplikationer är generellt sett högst för de med riktigt höga blodtryck (för en noggrann riskvärdering se tex SCORE⁸). Det är värt att notera att andelen riktigt höga blodtryck (över 180 systoliskt) har minskat från fem procent till 0,3 procent under projektets gång. Denna projektutvärdering är inte en vetenskaplig studie, och resultaten skall därför tolkas med försiktighet. Men ett hypotetiskt räkneexempel skulle kunna innebära att det initialt var sex personer med riktigt höga blodtryck, som sedan minskade till en person. Detta skulle innebära att fem personer troligen avsevärt minskade sin risk för hjärtinfarkt, stroke, njursjukdom, hjärtsvikt och förmaksflimmer.

⁸ <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2017/04/Nya-SCORE-visar-fa-med-hog-risk-att-do-i-hjartinfarkt-eller-stroke/>

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Om en av dem var i 60-års åldern, rökte och hade höga blodfetter, så minskade risken att dö i hjärtinfarkt eller stroke inom 10 år från 16 procent till fem procent. Om samme man på grund av det personliga stödet samt sitt aktivitetsarmband motionerade mer och fick motivation till livsstilsförändringar med tobaksstopp, koständring och ökad motion, minskade risken ytterligare, till någonstans mellan en till två procent. Dessa riskminskningar gäller bara död i hjärtkärlsjukdom, så till detta skall läggas den minskade risken att få en stroke eller hjärtinfarkt, men överleva med livslång funktionsnedsättning.

Det är också viktigt att uppmärksamma de personer med för låga blodtryck, som får normala blodtryck. En viktig orsak till detta kan vara att när blodtrycket mäts på vårdcentralen blir det falskt för högt (vitrocks blodtryck), vilket leder till att blodtrycksmedicinerna ökas. När sedan personen är hemma i lugn och ro, får den istället för lågt blodtryck och riskerar att ramla eller få sänkt livskvalitet pga yrsel eller minskad ork. Andra orsaker till för lågt blodtryck kan vara att vårdmodellen stödjer livsstilsförändringar vilket leder till lägre blodtryck.

Läkemedelsanvändning för personer som varit anslutna
Under projektet har 43 personer (35%) av totalt ca 120 personer förändrat sin läkemedelsanvändning inom ramen för sjukvårdsåtgärder i ordinarie vård utanför projektet. Värt att notera är att 10 (ca 10%) av dem har kunnat reducerat sin medicinering vilket troligen innebär en minskad risk för komplikationer av för lågt blodtryck. Att fler personer får rätt medicin är viktigt, då det enligt analysen ovan troligen bidrar både till minskade komplikationer av för högt såväl som för lågt blodtryck och i längden troligen ger minskad onödig vårdkonsumtion.

8.2 Kvalitativa data

8.2.1 Användarupplevelse

Diagrammet visar svar på frågan ”Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera ImagineCare till en familjemedlem eller vän” där 77 patienter fick frågan och 59 har svarat. Bland de som svarat skulle den övervägande majoriteten rekommendera tjänsten.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Number of Responses
59

Average Response
8,83

Customer Satisfaction Responses (10 = Highest)



Analys och kommentar

Det är en mycket hög andel patienter som skulle rekommendera tjänsten till andra, vilket är ett viktigt mått på hur tjänsten upplevs – är man beredd att rekommendera den till andra, har man vanligen först tagit ställning till om den är tillräckligt bra för vilja rekommendera den. Svarsfrekvensen är dock 77% och alla patienter har inte fått frågan, vilket gör att resultaten ska tolkas med försiktighet, då det kan finnas personer som inte gillar tjänsten och därför inte svara på frågan. Denna fråga behöver därför följas och ställas flera gånger vid en uppskalning, som ett mått på upplevelsen av tjänsten.

8.2.2 Screeningtester kopplat till välmående och psykisk hälsa

Under pilotprojektet har ett antal validerade frågeformulär kopplat till välmående och psykisk hälsa (PHQ 2 och 9 samt PROMIS) skickats ut till anslutna patienter. Nedanstående är en sammanfattning av antal besvarade formulär:

Annette Boije, projektledare
 Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

PHQ-2 Screenings Completed	PHQ-9 Screenings Completed	Alerts for signs of Depressi...	Alerts for Suicidal Ideation
77	9	7	5
PAM Screenings Completed	PAM Alerts Gen...		
843	89		
PROMIS Screenings Completed			
92			

Analys och kommentar

Som framgår ovan så har 1/10 av de utskickade initiala frågorna resulterat i notifieringar till hälsocentralen gällande misstanke om nedstämdhet, ångest eller självmordstankar. Även om det är en liten omfattning så är det ändå intressant att notera att hälsocentralen har fått ett helt nytt arbetsverktyg för att stödja egenvård och ge egenvårdsråd kring psykisk hälsa. Hälsocentralen har här en intressant möjlighet att gå från reaktiv sjukvård till proaktiv egenvård, när det gäller psykisk ohälsa. Detta är något som är viktigt att följa vid en uppskalning av vårdmodellen, för att se om det går att öka den upplevda hälsan och även på sikt minska onödig vårdkonsumtion genom en ökad möjlighet för hälsocentralen att ta kontakt med patienten och göra en bedömning om egenvårdsråd kan ges, eller om en bedömning om sjukvårdsåtgärd behöver göras i tidigt skede.

8.2.3 Upplevelser, insikter och utvärdering från deltagare

Nedan anges exempel på återkoppling från anslutna personer som inkommit via chat. Exempelen är avidentifierade och anslutna personer har givit medgivande till att dela dessa citat som kan vara ett helt citat eller delar av ett citat.

Exempel 1: Personer som upplever ökad motivation och trygghet:

- *”jag tycker att det är kul att kunna titta och följa hur det går med stegen och det känns som att det är något som hjälper mig att förstå hur många små aktiviteter kan bli rätt många steg ändå, att det kanske inte måste vara så enorma grejer man gör*”

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

- ...”väldigt skönt med kontakten så här i telefonen....blir en trygghet som gör att jag kan slippa oroa mig så mycket om det går framåt eller inte..”

Exempel 2: Personer som upplever ökad motivation, trygghet och fördelar med att kunna mäta sina värden själv:

- ”...jag blir lite förvånad över blodtrycket eftersom jag har haft högt i xx år..... det blir lågt på kvällen efter jag lagt mig. Dagtid uppe och i farten är det högre....men jag mår bra i mitt låga tryck...ingen yrsel”
- ”... blodtrycket har alltid varit högre på hc...har alltid varit en stressfaktor för mej...därför skönt att kunna ta blodtrycket hemma i lugn och ro...”

Exempel 3: Personer som upplever ökad förståelse och egenkraft genom självmätning:

- ... dsk: ...”tycker att ditt blodtryck håller på att gå åt rätt håll. Bra!”
-person: ...”jo, jag tänkte på samma sak i morse!”

Exempel 4: Personer som upplever fördelar med att sätta egna mål, mäta steg och som därigenom blivit mer aktiv. Upplever det som en styrka att det finns någon ”i andra änden” som man kan få råd av:

- ...”Det är lättare att gå en kort bit i taget än en längre sträcka på en gång”
- ... siktar på att komma över 4000 steg om dagen och helst 5000.....känns tryggt att veta att någon har lite koll på en.....”

Exempel 5: Person som känner sig mer motiverad genom mätning med hjälp av aktivitetsband:

- ...”jag har blivit en riktig gångare nu på gamla dar.....Tack vare armbandet...”

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Exempel 6: Person som upplever högre grad av lugn och kontroll genom denna tjänst och ser koppling till ett bättre blodtryck:

- ...”sen jag började med denna koll är jag mycket lugnare och det tycker jag syns på blodtrycket...”

Exempel 7: Personer som är nöjd med allt och upplever trygghet och att det är positivt att kunna kommunicera i chat:

- ”... är väldigt nöjd med allt. Speciellt kontakten med sjukvården känns trygg tänker då både på chatten där man på ett snabbt sätt får kontakt med dig och att det hålls koll ...genom appen. Ytterligare ett plus är att det bara är en person man har kontakt med

Exempel 8: Ytterligare exempel på personer som upplever trygghet och att det är positivt att kommunicera via chatt:

- Dsk: ”...blodtrycket går åt rätt håll!! Känns det bra...?”
- Person: ”...helt otroligt, jag har bättre flås också!! ...tar inte stopp på samma sätt som det har gjort tidigare...”

Analys och kommentar

Sammanfattningsvis visar de kvalitativa kommentarerna att patienternas kompetens, engagemang och även tilltro till sin förmåga ökar med den nya vårdmodellen. Patienterna verkar uppleva kontakten med vårdpersonalen som personlig och förtroendeskapande, trots att den sker via text och där det också kan vara en viss fördröjning på svar. Dessa kvalitativa resultat från ett fåtal patienter indikerar att vårdmodellen stärker egenvården, och därför skulle kunna vara en viktig del i utbyggnaden av den nära vården – något som behöver följas vid uppskalning av vårdmodellen.

Flera personer beskriver också minskad oro och ökad trygghet. Det är mycket viktigt, då undersökningar visar att oro är en viktig drivkraft för en del personer⁹. Det är mycket lovande initiala resultat, som indikerar att oro kan stillas med distansöverbyggande tekniker. Det är något som behöver följas i nästa steg, för att se om det också kan minska onödig vårdkonsumtion.

⁹ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

8.3 Utvärdering från deltagande vårdpersonal

För att utvärdera hur egenvårdsmodellen fungerade ur hälsocentralens perspektiv distribuerades en enkät till deltagande vårdpersonal. På frågeställningen om man upplevt att denna typ av tjänst kan skapa nytta på nya sätt för de personer som använt tjänsten angav personalen mycket hög nytta. Personalen beskrev bland annat att användarna har blivit tryggare, har mer eget ansvar för sin sjukdom, att det är en ny möjlighet för förebyggande arbete och ger bättre kontakt med sjukvården. Här är en beskrivning från en av hälsocentralens sjuksköterskor angående nyttan för patienterna:

”Upplever att de flesta som börjat använda sig av denna tjänst blivit glatt överraskande över sin egen förmåga till att själv ha kontroll över sin egen hälsa. Tex personer som under flera år gått och trott att deras blodtryck varit högt men detta visats sig inte stämma då blodtrycket kontrollerats på ett helt annat sätt än tidigare och medicinering kunna sänkts eller helt tagits bort. Eller de exempel då personer trott sig ha bra blodtryck och det visats sig att så inte är fallet och dessa upptäckt nyttan av att hålla koll på sitt eget blodtryck för att undvika komplikationer i framtiden. Ytterligare ett exempel är de personer som upptäckt nyttan av att använda sig av ett aktivitetsarmband, när de meddelar mig via appen om sin förklaring till lågt antal steg under några dagar pga förkylning eller stukade fötter. Hos dessa individer har jag verkligen sett att denna tjänst förbättrat deras sätt att se på sin dagliga motion, har hört åsikter som att 'jag blivit mycket piggare och tryggare med mina dagliga kontroller' eller de som aldrig gått så mycket börjat att motionera dagligen för att nå sina stegmål”

Personalen angav hög nytta av den utbildning som ImagineCare har erbjudit till involverade medarbetare och att de upplevt bra löpande stöd och support under projektets gång. Personalen angav i stort att det hade påverkat arbetsmiljön positivt, förutom att det initialt fanns problem med avsatt tid, som sedan rättades till. Så här beskriver en sjuksköterska på hälsocentralen nyttan för sig själv i sin yrkesroll:

”Min tid fokuseras på ett större antal patientantal/ dag mot det jag skulle kunna möta på mottagningen. Jag har dessutom vetskap om att de värden patienten lämnat in via appen stämmer överens med patientens verklighet över tid. Vid blodtryckstagning på Hälsocentralen kan det vara lite svårt att veta om det är 'stressvärden. Jag känner mig mycket tryggare att rekommendera patienter olika ändringar och ge hjälp i deras egenvård då jag vet att patienten själv har så bra koll”

Totalt sett angav personalen en väldigt bra upplevelse både av att arbeta med ImagineCare-tjänsten och att arbeta i pilotprojektet. Sammanfattningsvis så angav personalen att de skulle rekommendera andra inom hälso- och sjukvården att arbeta med denna typ av tjänst.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Analys och kommentar

Sammanfattningsvis visar utvärderingen från personalen att de varit nöjda både med den nya vårdmodellen, med implementering och att arbeta med den nya digitala tjänsten och att medverka i pilotprojektet. Detta är en mycket viktig faktor, eftersom kompetensförsörjningen är en nyckelfaktor inte bara i gleset befolkade områden, utan i stort sett hela Sverige. Det är också glädjande att personalen upplever att patienterna kan ta ett ökat ansvar för sin hälsa, samtidigt som upplevelsen indikerar de kan hantera fler patienter per dag med det nya arbetssättet. Sammanfattningsvis är det mycket viktigt att fortsätta utvärdera personalens upplevelse av den nya vårdmodellen samt de digitala verktyg som används, för att säkerställa arbetsmiljön och upplevelsen av att arbeta med en digital egenvårdsmodell.

8.4 Utvärdering av risker med den nya egenvårdsmodellen

Det har inte rapporterats någon avvikelse kopplat till egenvårdsmodellen under pilotprojektets gång. I en förenklad riskanalys i form av en enkät till deltagande vårdpersonal angavs att det inte funnits några tillfällen då risker för patientskada eller någon faktisk patientskada uppstått för deltagande patienter. I enkäten angav personalen att egenvårdsmodellen tvärtom ökade patientsäkerheten genom att patienten själv tar fler kontroller än normalt och avvikelser då kan upptäckas i tid. En identifierad risk var att patienten skulle kunna skriva in fel värde för blodsockret i appen.

Analys och kommentar

När en ny vårdmodell införs är det viktigt att identifiera och följa risker för patientskada noggrant. Det är också viktigt att jämföra den nya modellen med den gamla, där det vanligen saknas riskanalyser över de arbetssätt som finns idag. Det är glädjande att notera risker kan minska med den nya modellen, samtidigt som det gäller att följa de nya risker som trots allt kan uppstå. Ett exempel är felinmatningar av värden, vilket dels kan åtgärdas med tekniska lösningar som blåtandskopplingar, men fram för att genom att kontinuerligt arbeta med policys kring hur värden skall tolkas, vilket precis som i vanlig vård skall vara endast en pusselbit i den totala bilden av patienten – om ett värde är onormalt skall man alltid undersöka om det kan finnas med någon form av mätfel och vid behov mäta igen, och alltid väga värdet mot hur patienten mår. Det är också viktigt att notera att de värden som genereras i egenvårdssystemet aldrig skall användas för sjukvårdsåtgärder, utan dessa är bara till för att indikera att patienten kan behöva stöd i sin egenvård, eller att en sjukvårdsåtgärd kan vara nödvändig.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

8.5 Övriga aspekter

8.5.1 Utrustning/mätapparater

Användare har fått tillgång till blodtrycksmätare och våg som en del av projektet. Dessutom har deltagarna fått tillgång till ett aktivitetsarmband som en ren hälsoåtgärd, utanför egenvården. Blodtrycksmätare och våg har i stort fungerat väl. Leverantör av armbandet har bytts under projektets gång, för att öka funktionalitet och stabilitet, vilket varit en lärdom för berörda parter.

8.5.2 GDPR

Med anledning av att pilotprojektet arbetat inom två olika lagrum (egenvård och sjukvård), inneburit en trepartsrelation beskriven tidigare, samt ett helt nytt arbetssätt i dessa sammanhang har förutom säkerhetsklassificering även dialog med regionjurist genomförts. Detta gjordes i första delen av pilotprojektet. Dialogen genomfördes för att säkerställa att projektets genomförande uppfyllde befintliga kriterier gällande personuppgiftsbehandling m.m. enligt GDPR och det fick projektet fått klartecken från i relativt tidigt skede. Detta har varit mycket värdefullt att gemensamt kunna utveckla en modell för personuppgiftshantering som kombinerar egenvård och sjukvård med patientens egna mätning av hälsoåtgärder.

8.5.3 Utvärdering av bredband

Under pilotprojektet har intern IT-resurs deltagit och varit behjälplig gällande lokala tekniska aspekter såsom exempelvis kvalitet och prestationsförmåga bredband. Det har under projektets gång förekommit problem vad gäller uppkoppling från hälsocentral till bredband men det har varit ytterst sällsynt. En annan aspekt som framkommit med all önskvärd tydlighet är dock tillgång på bra bredband i de områden som användarna bor i. Dialog med regionövergripande bredbandskoordinator har skett av projektledare och intern IT-resurs vilket gav en större förståelse från båda sidor.

8.5.4 Teknisk support till personal och patienter

Leverantören har ansvarat för teknisk support både till personal och patienter efter behov. Detta har varit en viktig framgångsfaktor i projektet, då vårdpersonalen därigenom har kunnat fokusera på arbetet med patienterna.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

8.5.5 Utvärdering av projektmodellen

För att utvärdera hur väl projektmodellen använde sig av arbetssätt som tidigare visat sig ge framgång i omställningsarbete gjordes en jämförelse med de framgångsfaktorer som SKL identifierat som viktiga för att lyckas med omställning till en mer nära vård¹⁰.

Framgångsfaktor för Nära vård	Användning i projektet	Kommentar
Samverkan mellan kommuner och regioner	Mellan	Kontinuerlig dialog med kommunen, men inget vårdssamarbete
Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen	Hög	En av grunderna i arbetet
Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom	Hög	En grundförutsättning, med prevention både på kort och lång sikt
Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt	Hög	Projektet har inneburit att personalen fått ökad kompetens i ehälsoutveckling
Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen	Hög	Ett personcentrerat förhållningssätt har varit grunden i arbetet
Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar	Hög	De arbetssätt som utvecklats ger möjlighet till flexibla och distansoberoende arbetssätt för en yrkesgrupp som traditionellt inte haft den möjligheten i stort

9 MÅLUPPFYLLELSE INOM PILOTPROJEKTET

Nedanstående målsättningar är tagna ur pilotens projektplan med kommentarer gällande måluppfyllelse.

¹⁰ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Patienter

Kortsiktigt mål under pilotprojektet:

- *Ge målgruppen ökad möjlighet till egenvård*
Är uppnått inom ramen för projektet.
- *Ge ökad tillgänglighet till målgruppen till sjukvården via det nya arbetssättet och därigenom ge ökade möjligheter för patienten att få stöd efter behov*
Är genom arbetssättet uppnått – hänvisning till kap 8.2 kvalitativa data inklusive utvärdering från deltagare
- *Minska behovet av fysiska besök för kroniska sjukdom utan negativ påverkan av patientsäkerhet och upplevelse av bibehållen livsqualität*
Det finns indikationer på måluppfyllelse från vårdpersonal som uppmärksammat att fysiska besök på Hälsocentralen har kunnat undvikas genom kontinuerlig kontakt via tjänstens chatt. Initialt kan dock antal fysiska besök öka, i det fall tidigare vård inte har genomförts på ett optimalt sätt, och behov finns av att till exempel justera mediciner. Dock är det för kort tid och liten volym användare inom ramen för detta steg i pilotprojektet för att kunna redovisa ett resultat och därigenom en måluppfyllelse.

Personal Verksamhet

- *Utan negativ påverkan på arbetsmiljö – bibehålla god patientsäkerhet*
Personalen har upplevt en förbättrad arbetsmiljö, då flexibiliteten har ökat för dem. Inga patientsäkerhetstillbud har rapporterats.

Möjliga konsekvenser och uppföljningsparametrar under längre tid för projektet i nästa steg:

- *Minskat antal ambulanstransporter till Östersund för deltagande patienter med kronisk sjukdom, möjligen i första hand för patienter med hjärtsvikt.*
- *Minskat antal sjukresor vilket får ekonomiskt genomslag*
- *Minskad slutenvård för patienter med kroniska sjukdomar*
- *Ändrade patientflöden på hälsocentralen, reduktion av fysiska besök på HC, reduktion av telefonrådgivning alternativt ändrad karaktär - kvalitativa effekter*
- *Upplevelse av ökad tillgänglighet*
- *Hälsoutfall (undvikande av viktuppgång, stabilisering av hälsomått, ökad sömn och aktivitet)*

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Ovanstående angivna uppföljningsparametrar kräver en längre tids uppföljning än vad som var möjligt inom detta första steg i pilotprojektet. Dessa uppföljningsparametrar kommer att övergå som resultatmål i pilotprojektets nästa fas.

Ekonomiska

- *Minskat antal vårddygn på slutenvård*
- *Minskat antal ambulanstransporter*
- *Minskat antal sjukresor*
- *Minskade laboratoriekostnader*
- *Minskat behov av hyrpersonal*

Se punkten ovan.

10 IDENTIFIERADE FRAMGÅNGSFAKTORER

Säkerställd avsatt tid för arbete i projektet.

En ledning som förstår visionen med projektet, förstår att arbetet behöver bedrivas agilt och ger projektgruppen mandat att utifrån givna ramar arbeta självständigt och lösa problem.

Veckovisa avstämningsmöten för statusrapportering för att snabbt få vetskap om sådant som behöver åtgärdas.

Förhållningssätt i projektgruppen att ha ett arbetssätt som säkerställer att vårdpersonal på hälsocentralen enbart ska behöva arbeta med patientfokus, där allt annat hanteras av projektgruppen/projektledare och på så vis försökt säkerställa att vårdpersonalen fått arbetsro för sina moment i projektet.

Nogsam information till deltagare vid uppstart om att detta enbart gäller personens kroniska sjukdom, allt annat inklusive akuta situationer hanteras utanför projektet och som tidigare.

VälTel har finansierat facilitator (delprojektledare)) som har kunnat överbrygga och sluta organisatoriska gap i projektets initiala fas, samt även kunnat bidra med viss såddfinansiering i projektets första del.

Nära samarbete med leverantören av den digitala tjänsten, där leverantören medverkar i utvecklingen av de nya digitala arbetssätten.

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

11 UTMANINGAR

En utmaning för projektet har varit legala och regulatoriska aspekter, då arbetsmodellen berör flera lagrum och praxis i stort saknas. Det har rört dels egenvård och sjukvård men även personuppgiftshantering och patientdata. Här finns ett tydligt behov av systemstöd från nationell nivå, då nuvarande situation riskerar att hämma innovation och utveckling.

En annan stor utmaning är att utveckling av nya vårdmodeller kräver en initial investering, dels för att utveckla infrastruktur, men även för att det finnas latent skulder i sjukvårdssystemet som synliggörs med nya strukturerade arbetsätt. Ett exempel är blodtryck – när det mäts varje dag eller varje vecka istället för någon gång per år upptäcks höga eller låga blodtryck som kräver sjukvårdsåtgärder för att bli normala - men som efter den initiala insatsen under flera år minskar behovet av sjukvårdsåtgärder.

En tredje utmaning är att när en strukturerad ansats används för att förbättra sjukvården, kan det också bli väldigt tydligt att nuvarande arbetsmodeller inte är strukturerade. När den nya strukturerade arbetsmodellen jämförs med den gamla ostrukturerade, kan den nya uppfattas som utmanande, fast det egentligen är den gamla modellen som borde ifrågasättas för brist på struktur. Ett exempel är att när patienter själv mäter sitt blodtryck, istället för att en sjuksköterska eller läkare gör det på vårdcentralen, så kan det uppfattas som att patienten utför sjukvård. Om samma patient däremot mäter sitt blodsocker, så uppfattas det som helt normalt, även fast det i en riskbedömning får en högre risk för patientskada, jämfört med en blodtrycksmätning.

En fjärde utmaning är att kostnaden för kronisk sjukdom är fördelad på många olika aktörer - dels inom sjukvårdssystemet men också i samhället i stort. Ett tydligt exempel är den totala kostnaden för *ett* fall av stroke, som 2009 beräknades till 741 000 kr, vilket motsvarade 16,1 miljarder kronor i livstidskostnad bara för de 21 800 personer som insjuknade 2009¹¹. Och då var inte kostnader för anhörigvård, ombyggnad i hemmet och avancerad sjukvård medräknade. Om primärvården med självmätning av blodtryck och ökad egenvård kan förebygga insjuknande i stroke, finns en enorm potential att på samhällsnivå spara på våra gemensamma resurser – samtidigt som det med dagens systemlogik kan blir en kostnadsökning för den enskilda hälsocentralen.

12 DISKUSSION

Den nya vårdmodell för nära vård som regionen under 2018 har utvecklats i Region Jämtland Härjedalen bygger på digitaliserad egenvård för de personer med kronisk sjukdom som kan och vill

¹¹ Kostnader för insjuknande i stroke år 2009. En incidensbaserad studie. IHE Rapport 2012:2

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

ta ett ökat ansvar för sin hälsa. Modellen har förutsättningar att lösa en delmängd av regionens stora utmaningar inom folkhälsa och sjukvård. Det gäller mer specifikt utmaningarna med hög och ökande förekomst av kronisk sjukdom, långa transporter, kompetensförsörjning, en jämlik vård och livsstilsförändringar.

Ansatsen har varit att ge den majoritet av patienter som har kapacitet att ta hand om sig själva möjligheten att i högre grad än tidigare arbeta förebyggande med digitala verktyg. Patienterna har fått möjlighet att med egenvård utföra sådant som vi idag regelmässigt utför som sjukvård. Samtidigt har vårdpersonal fått möjlighet att arbeta flexibelt och distansoberoende och dessutom givits en kompetensutveckling i ehälsoutveckling. Allt detta ökar möjligheten att kunna ge den minoritet av patienterna som inte har kapaciteten till digital egenvård en mer individanpassad fysisk sjukvård, vilket totalt sett kan minska ojämlikheten och även förekomst och komplikationer av kronisk sjukdom. På sikt behövs troligen förenklade digitala lösningar utvecklas även för denna patientgrupp. I en förlängning ger också den nya egenvårdsmodellen regionen möjlighet att erbjuda flexibla arbetsmöjligheter för en grupp av vårdpersonal som traditionellt inte haft den möjligheten.

Ett intressant resultat värt att analysera vidare är tidpunkten då patienten väljer att bedriva egenvård. Det har i projektet visat sig att patienten föredrar att bedriva egenvården på morgon / tidig förmiddag samt sen eftermiddag / kväll, jämnt fördelat över veckans dagar. För att på riktigt stödja en digitaliserad egenvård, behöver det därför närmare analyseras hur en sådan lösning skall bemannas. En hypotes är att om lösningen bemannas på det sätt som passar patienten bäst, så ökar engagemanget i den egna hälsan samtidigt som små avvikelser i egenvården eller oro kan hanteras direkt – innan problemen eller oron växer så mycket att en sjukvårdsåtgärd behöver sättas in. Eftersom denna form av egenvårdsstöd är distansoberoende, finns goda möjligheter att utveckla innovativa bemanningslösningar och nyttja vårdpersonal som inte kan arbeta fysiskt vardagar 8 – 17.

Ett annan intressant reflektion är att patienterna verkar uppleva kontakten som personlig, även fast den sker via text med fördröjning. Det är en lovande observation, eftersom den asynkrona kontakten har stora fördelar för både patient och personal, eftersom egenvård och arbetsuppgifter då kan förskjutas till viss del. Kombinerat med att den deltagande personalen indikerar att de med den nya modellen kan ta hand om fler patienter per dag än tidigare, indikerar det att en digital egenvårdsmodell kan hjälpa till med att lösa en delmängd av utmaningen med kompetensförsörjningen i vården.

Resultaten från blodtrycksmätningarna är också lovande, eftersom de visar att både höga och för låga blodtryck minskar – vilket minskar risken för komplikationer, men på olika sätt. De som går från höga till normala blodtryck minskar risken för bland annat stroke, hjärtinfarkt, njursvikt, förmaksflimmer och hjärtsvikt, medan de som har för låga blodtryck men får normala troligen har för mycket blodtrycksmedicin, men genom att få ett normalt blodtryck troligen minskar risken för fall och frakturer samt yrsel och nedsatt ork. Resultaten indikerar att det faktiskt kan vara så att patienten med egenvård är bättre på att utföra det som sjukvården utför som sjukvård!

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående
utveckling av den nära vården med
egenvårdsstöd, självmätning och digital
kommunikation för personer med kronisk sjukdom.
Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

En viktig lärdom i projektet har varit utvecklingen av nya sätt att driva innovativt förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. En nyckelfaktor har varit att använda sig av kända framgångsfaktorer men också en ledning som på enhets-, områdes- och regionnivå givit projektgruppen mandat att fritt driva förbättringsarbetet inom givna ramar. Detta kombinerat med en extern facilitator som initialt kunde agera startmotor och överbrygga organisatoriska gap tillsammans med ett nära samarbete med leverantören av den tekniska lösningen har frigjort innovationskraft och möjliggjort att lösa problem snabbt när de väl dykt upp i projektet.

Det initiala pilotprojektet har besvarat en några frågeställningar, men nya har också kommit upp. Ett exempel är frågan kring om personalen i ett digitalt egenvårdsstöd skall arbeta lokalt eller centralt, eller om en hybridmodell med en kombination är lämplig. Ragunda kommun är också liten med små hälsocentraler vilket gör det intressant att följa hur arbetssätt och resultat utfaller vid uppskalning till större enheter och mer tätbefolkade områden.

En helt annan frågeställning rör också de ekonomiska aspekterna – går det att utveckla modeller för att investera i nära vård för att få hemtagningseffekter både i specialiserade vården och i övriga samhället (främst kommunal verksamhet, försäkringssystem, förlorad arbetsinkomst)? Om bara ett fall av stroke förebyggs bland de patienter som deltagit i projektet under 2018 skulle det innebära att de direkta projektkostnaderna betalats tillbaka minst fyra gånger! Med dagens ersättningsmodell och stuprör, motsvaras dock denna vinst för individen och för samhället av en kostnad för primärvården, vilket är något som inte bara orsakar onödigt lidande för de personer som drabbas av sjukdom som går att undvika, utan även kraftigt hindrar innovation.

Förutom problemet med att de verkliga kostnaderna för kronisk sjukdom betalas av oss alla, men är dolda eftersom de är fördelade bland många aktörer i samhället, finns det också vid stora systemförändringar ofta en omställningskostnad som kan hindra innovation. Exempelvis kan ny infrastruktur och kompetens samt rutiner behöva byggas upp. En naturlig fortsättning av projektet skulle därför vara att göra noggrannare beräkningar på direkta och indirekta kostnader samt besparingar och därefter utveckla en modell för investering, exempelvis genom sociala utfallskontrakt, som presenterats som en väg att lösa samhällsutmaningar av liknande slag¹².

Den avgörande faktorn för att den modell för nära vård som nu utvecklats skall kunna ge effekter i stor skala är dock att patienternas *engagemang* bibehålls och ökas - om inte patienten upplever en direkt nytta av digitala egenvårdstjänster så kommer dessa inte att användas, och hemtagningseffekterna uteblir. Det är ingen mening att lämna ut blodtrycksmanschetter som inte används! De initiala resultaten från pilotprojektet visar att patienterna använder tjänsten i hög grad, och fortsätter göra det under projektets gång. Även kvalitativa resultaten indikerar att patienterna upplever engagemang i egenvårdsmodellen, ökad kunskap om sin sjukdom och ökad trygghet i den personliga kontakten, men engagemanget och upplevelsen är ändå den kanske viktigaste faktorn att följa vid en uppskalning.

¹² <https://www.norrkopings.se/organisation/ekonomi/norrkopings-sociala-investeringsfond/socialt-utfallskontrakt.html>

Annette Boije, projektledare
Verksamhetsutvecklare Primärvården

Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd, självmätning och digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. Regiondriven primärvård Ragunda, 190206

Sammanfattningsvis visar pilotprojektet att en ny vårdmodell för nära vård som bygger på digital egenvård kan implementeras och ger positiva initiala resultat både bland patienter och personal. Projektgruppen rekommenderar att utöka pilotprojektet till att omfatta fler patienter och hälsocentraler.