

Bortom Eldsjälen

*Att införa egenmonitorering
i ett ekosystem för E-hälsa*



Titel:	Bortom Eldsjälen – Att införa egenmonitorering i ett ekosystem för E-hälsa
Författare:	Erik Reinicke, Projektledare för ”Innovationsmotorer – Ett ekosystem för e-hälsa”, Region Östergötland Kapitel om tjänstedesign, Malin Skagerlund Usify AB
Projektgrupp:	Erik Reinicke, Linda Strang, David Ring och Henrik Synnergren. Tidigare medlemmar i projektgruppen: Sven Falk, Daniel Koernig.
Verksamhet:	Region Östergötland Regionledningskontoret
Datum och version:	2021-10-06, Version 1.1
Illustrationer:	Rebecca Elfast, Rebelform Mirza Talovic, Usify AB

Rapporten är framtagen inom ramen för det nationella projektet Innovationsmotorer. Det drivs av Swedish Medtech inom det strategiska innovationsprogrammet Medtech4Health. Region Östergötlands har ett lokalt projekt som heter ”Innovationsmotorer - Ett ekosystem för E-hälsa”. Projektet är finansierat av Vinnova.



Förord

Att göra något man inte gjort förut är att resa ut i det okända. Man får räkna med att möta både motgångar och framgångar, att resan ibland blir skumpig, men också att resan är en del i att nå fram till målet. Ett mål som finns i vårdverksamheter är att bra innovationer kommer i användning och kan ge nytta och värde för patienten, anhöriga och för verksamheten.

Vi har en utmaning i att få våra resurser att räcka till i vården. Vi behöver kunna ge invånarna den vård de behöver, samtidigt som vi ser utmaningen i att antalet anställda i vården, i förhållande till de vårdbehov vi kan se, kommer att minska. Här kan tekniken spela en viktig roll i att fungera som möjliggörare och stöd.

Projektet *Ekosystem för ehälsa* har som grundval att de utmaningar vi står inför kräver samarbete för att vi ska kunna hantera dem. Genom att alla aktörer arbetar tillsammans - vårdpersonal, patienter, anhöriga och näringsliv - har vi bättre förutsättningar att skapa bra och väl fungerande lösningar. Det är viktigt att vi kan se problemen från olika synvinklar för att faktiskt kunna identifiera de bästa lösningarna. Vi måste också kunna ta ett steg tillbaka ibland och arbeta om det som visade sig fungera sämre än vad vi kanske trott och hoppats. På så sätt skapar vi byggstenar som kan lägga grunden för att bygga en hållbar vård för framtiden.

Att implementera en ny lösning i vårdens vardag är ett långsiktigt åtagande och det kräver mycket arbete för att bli bra, något som det här projektet har visat. Men viljan att ta till sig andras erfarenheter är viktig för att man inte alltid ska behöva starta på nollpunkten. Det krävs att vi delar med oss av de erfarenheter vi har, även de som inte blev som vi tänkt oss. Projektet visar vikten av att lära av varandra och att på så sätt driva utvecklingen framåt. Vi når mycket längre när vi gör resan tillsammans.

Ett mål i projektet var att skapa en hållbar och stabil egenmonitorering för äldre, vilken fungerar även när projektet övergår i ordinarie vård. Det kan vara lätt att se det spännande och positiva i den nya tekniken, men det krävs att organisation och förutsättningar finns på plats för att arbetssätt ska överleva efter projektfasen. Eldsjälen är många gånger viktig för att komma i gång, det kan handla om en chef som stödjer sina medarbetare, en leverantör som utmanar användaren i tanken. Samtidigt måste vi ha kunskap och kraft att skapa robusta stöd för den nya teknologin, som gör att det inte krävs en eldsjäl för att det nya ska fungera långsiktigt.

Vi ser att en resa i det okända innebär många utmaningar och prövningar där vi ibland behöver fungera som eldsjälar för varandra. Men vi ser också att den gemensamma resan är den bästa vägen framåt och en grund för att bygga den struktur som krävs för att den goda innovationen också blir den goda vården.

Linköping & Stockholm, 1 september 2021

Lena Lundgren

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Östergötland

Anna Lefevre Skjöldebrand

VD

Swedish Medtech

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
1.1 Rapportens syfte	5
1.2 Läsanvisning	5
2 Bakgrund	6
2.1 Egenmonitorering	6
2.2 En beskrivning av ett ekosystem för e-hälsa	7
2.3 Vad är tjänstedesign?	9
2.4 Implementering	11
3 Införande av egenmonitorering	14
3.1 Fas 1 – Behovsinventering	14
3.2 Fas 2 – Installation	15
3.3 Fas 3 – Användning	17
3.4 Fas 4 - Vidmakthållande	18
3.5 Införande ur perspektivet Ekosystem	19
4 Referenser	21
5 Bilagor	22
5.1 Illustration Ekosystem för E-hälsa	22
5.2 Önskat läge	23
5.3 Egenmonitorering Huvudprocess – Illustrerad version	24
5.4 Beteendegrupper	25
5.5 Införandeprocess för en enhet	27

1 Inledning

1.1 Rapportens syfte

Den här rapporten är framtagen inom projektet Innovationsmotorer: Ett ekosystem för e-hälsa. Projektet drivs med finansiering av Region Östergötland och Vinnova inom det strategiska programmet Medtech4Health. Syftet är att vara ett kunskapsläge som fortsatt arbete kan utgå ifrån. Ta tillvara de erfarenheter som redan finns och bygga vidare på dessa. Rapporten innehåller ett antal avsnitt, alla lika viktiga för att förstå komplexiteten i systemet och kunna agera utifrån det. Skapa möjligheten att komma bortom eldsjelen.

1.2 Läsanvisning

Till en början så beskrivs bakgrunden till projektet. I den lyfts också tidigare insamlad kunskap runt ekosystem, egenmonitorering som term och beskrivning runt tjänstedesign och implementering.

Rapporten fortsätter att beskriva erfarenheter dragna utmed resans gång när Region Östergötland har arbetat med sitt införande av en stabil och hållbar egenmonitorering.

Rapporten avslutas med ett antal bilagor med fördjupning.

Det är först när välfärdstekniken har breddinförts som man kan se de positiva effekterna och ges möjlighet att hantera den demografiska förändringen som nu sker.

2 Bakgrund

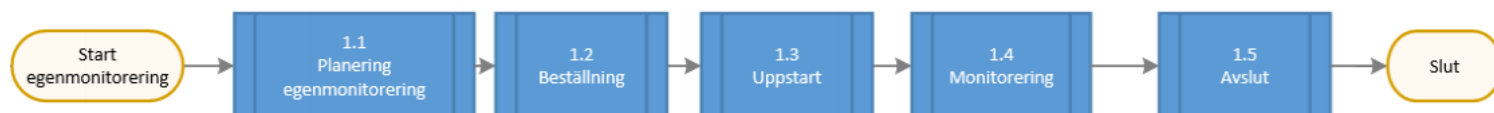
2.1 Egenmonitorering

Egenmonitorering är en möjlighet för patient och vårdens aktörer att samverka runt sjukdomen. Där patienten kan få ta ett större ansvar på sina premisser där vården kan stötta och finnas med på resan. Det kan också ge patienten och vården en möjlighet att öka sin kunskap runt sjukdomen för att kunna vara mera proaktiva i sina åtgärder.

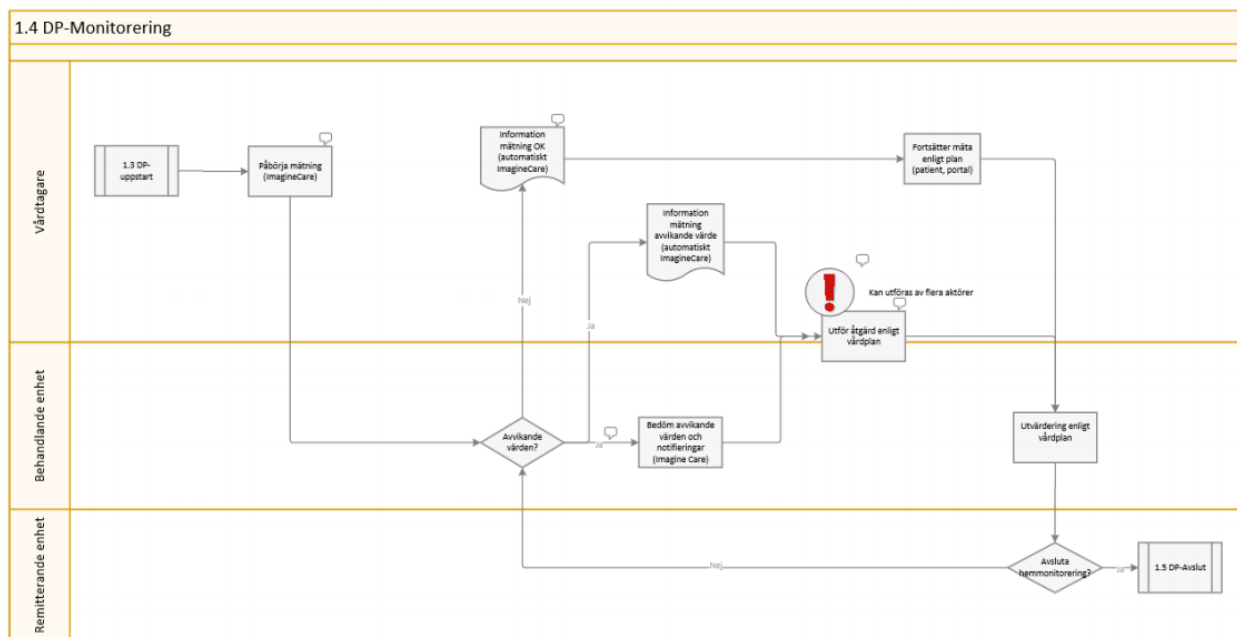
Genom nätverket för egenmonitorering som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samlar har ett arbete skett (bygger på ett terminologiarbete gjort i Västra Götalandsregionen) för att gemensamt beskriva vad egenmonitorering är.



I Region Östergötland har det som en leverans av införandeprojektet tagits fram en beskrivning av egenmonitorerings huvudprocess.



Till den finns en detaljerad beskrivning. Exempel nedan är delprocessen runt själva monitoreringen.
(Den detaljerade versionen finns i sin helhet i Riktlinje för egenmonitorering.)



2.2 En beskrivning av ett ekosystem för e-hälsa

Ett ekosystem är ett definierat avgränsat område som vi människor betraktar som ett system, det vill säga en helhet. Det kan vara stort som ett helt land eller hav det kan också vara mindre som ett område med aktörer, regler, prylar, information mm. som vill åstadkomma vård på distans för multisjuka äldre. Bilden nedan är ett försök att beskriva detta ekosystem, ett ekosystem för e-hälsa.

Ekosystem för E-hälsa



I ett försök till konkretisering av ett ekosystem för e-hälsa kan ett resonemang föras kring ovananstående figur, som beskriver de delar som behöver beaktas vid införande av digital teknik. Flera komponenter finns med all sannolikhet i den befintliga verksamheten, men hela systemet måste fungera i sin nya digitala kontext och dessutom förvaltas som en sammanhängande helhet.

I gruppen Aktörer finns de som genomför aktiviteter och patient samt medarbetare är tämligen självskrivna. Runt dessa finns de övriga med start i stödet. Stödet består av anhörig, chefer, ledare, HR, IT m.fl. inom huvudmannen. System- och Teknikoperatören ansvarar för applikationen och den underliggande tekniska plattformen, inklusive service och underhåll. Eventuellt kan det finnas behov av en Logistikoperatör, som hanterar materialflöden till patienten vilket kan handla om förbrukningsmaterial, läkemedel eller exempelvis syrgas till en KOL-patient. Vilka aktörer som behöver finnas och om de ska upphandlas externt eller hanteras inom den befintliga organisationen kommer att variera från fall till fall. Ytterst finns bl.a. de som fastställer regelverken och de som bedriver forskning. Inom ekosystemet rör det sig flera aktörer med sina behov och roller, sina drivkrafter och deras motkrafter i systemet.

I gruppen Verksamhetsstruktur återfinns alla byggstenar och förutsättningar som krävs för att aktörerna ska kunna interagera med varandra på ett säkert och enkelt sätt. Organisationen och dess förmåga att stödja nya arbetssätt (*organizational readiness*) är en helt avgörande framgångsfaktor. Det är här kulturen sitter. Dessutom är det med stor sannolikhet det absolut svåraste området att påverka.

Ramverk handlar om att definiera spelplanen och spelreglerna för hur verksamheten ska bedrivas och kunna följas upp. Den ska självklart vara laglig och uppfylla huvudmannens policys och regelverk. Viktigt med ett klokt val av tekniska standarders med förutsättningar för en lång livslängd. Sedan behövs en ersättningsmodell som skapar balans och incitament för alla aktörer att vilja ingå i systemet.

2.3 Vad är tjänstedesign?

Tjänstedesign är som det berömda chokladägget: ganska många saker på samma gång: det är både en process, ett förhållningssätt och en verktygslåda. Själva kärnan är att man genom att fokusera på sin kund och dennes behov skapar lösningar som förbättrar upplevelsen för både kunder och medarbetare (de vi kallar användare).

Blir du nyfiken och vill veta mer? Häng på!

2.3.1 Människan i centrum

Tjänstedesign utgår alltid ifrån människan, och bygger på att man skapar en förståelse för **hur en person upplever eller önskar uppleva en produkt eller tjänst**. Det som skiljer tjänstedesign från produktdesign är att man tar ett större grepp kring vilka människor man är intresserad av. Traditionellt fokuserar produktdesigners på hur kunden eller användaren upplever produkten. Tjänstedesignern tar även hänsyn till medarbetaren i organisationen som levererar tjänsten. Det handlar om att skapa nya tjänster eller förbättra redan existerande tjänster genom att förstå både kunder och medarbetare. När vi förstår människorna kan vi designa tjänster som attraherar kunder och underlättar deras vardag, samtidigt som de effektiviserar organisationen som levererar tjänsten och underlättar vardagen för dess medarbetare.

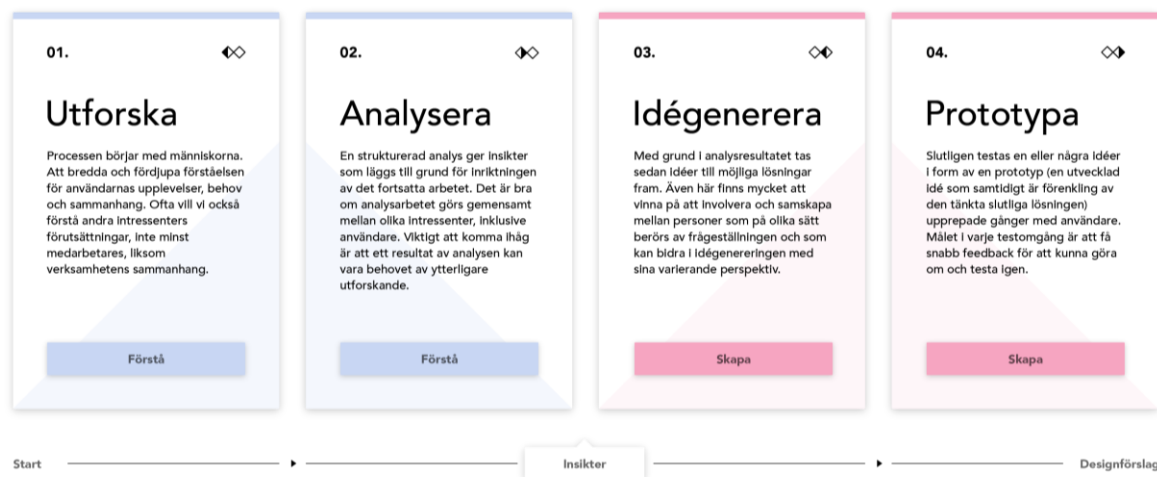
2.3.2 Processen

Utmärkande för designprocessen och det designmässiga förhållningssättet till problemlösning är att man använder **kreativa metoder** för att förstå och beskriva både problemet och lösningen. Att kreativt rama in problemet är ett spännande arbetssätt som ökar möjligheten för att hitta nya innovativa lösningar. Det är en samskapande process: du jobbar tillsammans med dina kollegor, med kunder och experter för att utforma en tjänst, inte parallellt eller seriellt som det ofta kan vara annars. Ni samskapar såväl förståelsen för problemet som själva lösningen.

Designprocessen kan för en utomstående uppfattas som ganska rörig och kaotisk och med otydlighet i vad resultatet ska bli. Anledningen till detta är dels att processen är iterativ, det vill säga att man loopar fram och tillbaka i processen, dels växlar mellan att i ena stunden behandla abstrakta fenomen som känslor och åsikter till att i nästa stund zooma in på exakt vilken färg eller form ett visst element i en kommunikationslösning ska ha.

Det finns dock en underliggande struktur som man som designer alltid förhåller sig till. Varje designprojekt genomgår fyra faser där de två första handlar om problemet och problemformuleringen och de två sista handlar om att hitta en bra lösning på det problem man bestämt sig för att lösa.

Double Diamond - Designprocess



2.3.3 Utforska

Första fasen, utforskandet, handlar om att förstå och undersöka. Det är här du hittar de människor som ska använda tjänsten, dem du vill designa en upplevelse för. Genom att använda verktyg som intervju och observation skapar du förståelse för deras situation. Då ser du vad situationen kan komma att ställa för krav på tjänsten, men även förstå i vilken kontext som tjänsten behöver kunna existera. Precis som Ford löste transportfrågan i en tid när användaren sa att de ville ha snabbare hästar: han skapade istället ett transportmedel som löste problemet "behov av snabbare transporter" – en bil/Forden.

2.3.4 Analys

När ni har samlat in massa information behöver ni analysera detta. Det handlar om att hitta mönster, saker som upprepar sig eller som är viktiga för användaren. Genom att gå igenom materialet hittar du snart insikter kring användarens behov.

Samskapande för förankring

Har du jobbat samskapande under hela processen, då har du redan påbörjat det viktiga förankringsarbete som behövs för att kunna implementera nya tjänster eller förändringar. Människor vill bli inkluderade och har lättare att prata för en lösning om de varit involverade.

2.3.5 Idégenerera

Efter den utforskande fasen behöver du, med utgångspunkt i behoven, idégenerera möjliga lösningar. Här handlar det om att vara öppen. Det är bra att följa en strukturerad metod för att träna på att hitta på idéer och för att ta sig framåt och välja vilka idéer som är värda att gå vidare med. Börja gärna med att hitta på så många idéer som du kan, ta hjälp av kollegor och arbeta tillsammans!

2.3.6 Skapa något konkret/Prototypa

Nu har du hittat en idé som du gillar, och är ni flera så verkar ni vara rörande överens - det här är en guldidé! Var vaksamma! Det där är en farlig fälla, för hittills har ni pratat abstrakt om idéer och möjligheter där ni tror att ni har samma bild för ögonen. Därför behöver ni nu skapa prototyper, alltså göra fysiska konkretiseringar av idéerna. Det kan vara en enkel pappersprototyp för att visa ett flöde i en app eller en legomodell för att testa hur informationen i en vårdcentral behöver röra sig mellan olika rum. Det kan också vara ett rollspel för att testa hur tjänstens parter ska agera. Man pratar ofta om *quick and dirty*, vilket innebär att desto snabbare och enklare du kan prototypa, desto bättre. Upptäcker man problem tidigt kan man ha sparat in ett väldigt dyrt projekt som hade kunnat landa helt fel.

Hur många tjänstedesigners behöver man för att byta en glödlampa?

Det kreativa arbetssättet och strävan efter att involvera fler perspektiv ger nya och innovativa lösningar, på samma sätt som det handlar om att förstå grundproblemet och inte bara hitta lösningarna. Så frågan kanske egentligen är "måste det vara en glödlampa"?

2.3.7 Testa!

Dags att testa! Ta med er legomodell eller pappersprototyp till användarna, förklara kort er idé och låt användaren testa och uppleva. Sök förståelse för vad som funkar bra, men lyssna framför allt efter det som inte funkar. "*Kill your darlings*" är ett uttryck du behöver bli bekant och bekväm med, för du måste kunna släppa de idéer som användarna inte gillar eller förstår. Förfina din idé och din prototyp för att testa igen. Till slut har du hittat den lösning som funkar bäst för dina användare.

2.3.8 Verktygslådan

Tjänstedesign använder sig av flera metoder och verktyg, till exempel workshops, kundresa, intervjuer, observationer, persona, intressenkarta, dagboksstudier, legoprototyper och pappersprototyper. Med en så stor verktygslåda finns det nästan oändliga möjligheter att både utforska och testa. Man kan välja utifrån vad som behövs just idag och för den aktuella frågeställningen. Metoderna och verktygen

är till för att förstå och förmedla kunskapen om användare i deras vardag där de stöter på problem, vilka behov som finns och vilka beteenden som uppstår.

2.3.9 Våga testa tjänstedesign

Det kan låta lite krångligt i början men är faktiskt naturligt för oss. Barns lek innehåller designprocessens alla faser, ett utforskande och testande. De prototyper ständigt, tänk bara på ett svärd gjort av ett grässtrå eller en pinne eller färgklicken på ett papper som är en fullskalig drake i leken. Det är exempel på hur de skapar en gemensam upplevelse med kompisar. Och när det blir fel, då kan de backa och leka om: till exempel genom att ta en annan pinne som håller bättre när den första gick sönder. Så öppna ditt sinne du också, låt designprocessen leda dig och lär dig leda andra genom den. Tillsammans skapar ni framtiden som är perfekt för just er.

2.4 Implementering

I promemorian Implementering i vården (PM 2018:1, Vårdanalys) så beskrivs implementering ”att det handlar om att omsätta idéer och planer i konkret handling för att genomföra förändringar så att saker och ting fungerar på ett nytt eller annorlunda sätt”.

Implementering påverkas av bl.a. av beslutsnivåer och handlingslogiker. Beslutsnivåerna är nationell, regional och lokal (klinik). Handlingslogikerna är: Politisk, Administrativ, Professionell och Patientlogik. I promemorian lyfts det fram att inför en implementering kan vara av godo att analysera dessa två dimensioner i en matris. Det kan påverka vilken typ av implementeringsprocess som kan användas utifrån nivåstyrning och vilka hinder och möjligheter de olika logikerna kan medföra.

Bra frågor att ställa sig inför en implementering listas i Implementering i Vården (PM 2018:1):

- Vilka beslutande nivåer är involverade i implementerings- eller utvecklingsarbetet? Vilka nivåer bör vara involverade?
- Vilka professioner är involverade i implementerings- eller utvecklingsarbetet och på vilka nivåer? Är nödvändiga professioner involverade?
- Finns patienten med i implementerings- eller utvecklingsarbetet? Bör patienten vara med, och vad skulle patienten kunna bidra med?

I Implementering i vården (PM 2018:1, sid 54) sammanfattas matrisen som MM-modellen (utifrån de engelska begreppen multilevel-governance och multidimension) av författarna Elg, M och Örnerheim, M:

Tabell 4. MM-modellen för analys av flernivåstyrning och logik.

	Politisk logik	Administrativ logik	Professionell logik	Patientlogik
Nationell nivå				
Regional nivå				
Lokal/klinisk nivå				

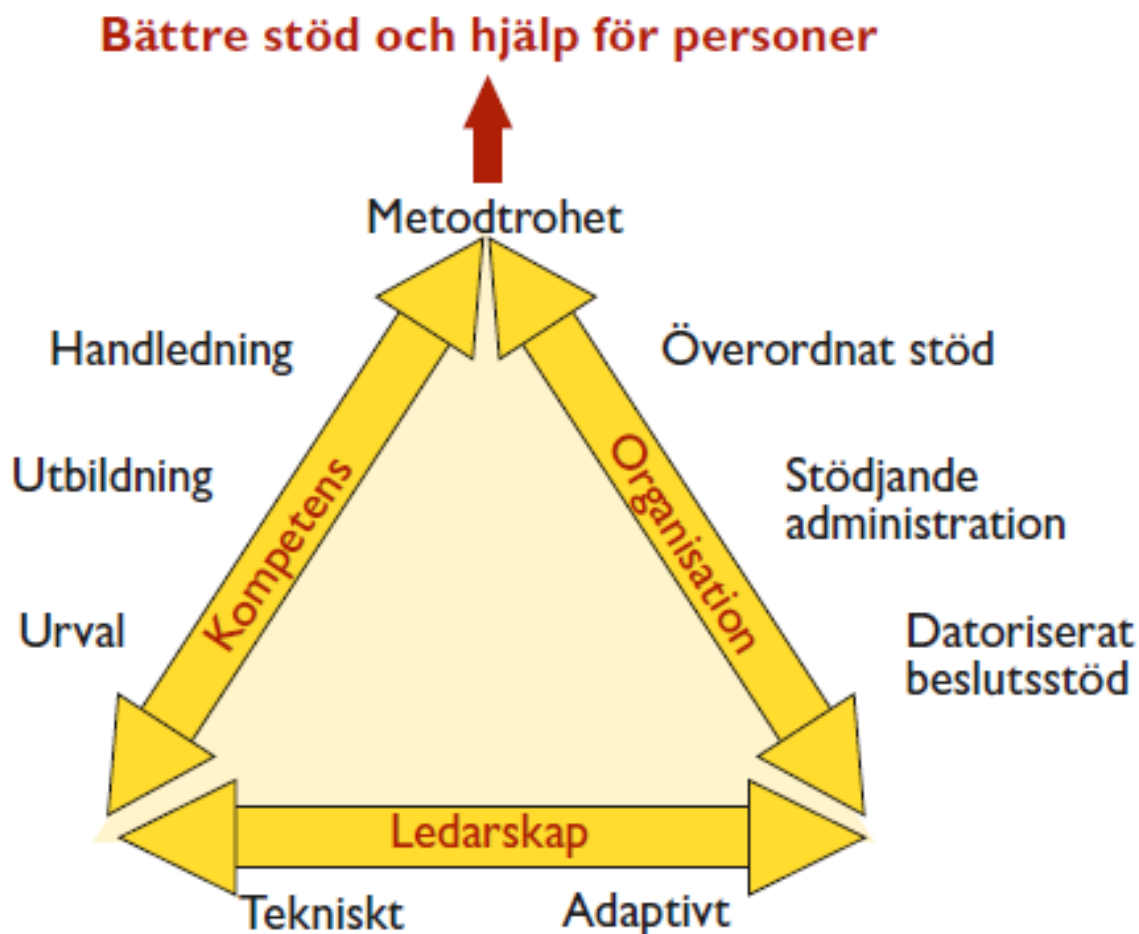
Socialstyrelsen beskriver implementering i Om implementering, (2012): ”Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet”. Vidare beskrivs ett införande i flera faser, under en lång tid (2-4 år) och som en förändring.

Fas 1 – Behovsinventering	Identifiering av det behov som kräver en förändring och utforska den metod som kan hjälpa till att nå målet. Identifiering av behovet och tydliggöra det kan öka möjligheterna att lyckas med implementeringen.
Fas 2 – Installation	Skapa förankring och säkra nödvändiga resurser för att kunna genomföra förändringen. Skapa en större enighet runt målet och behovet av förändringen. Underlättande är om vald metod ligger i linje med organisationens uppdrag och värderingar. Bra frågor att ställa sig: Varför, på vilket sätt, vilka berörs, vilka resurser finns respektive behövs, vad krävs av mig, vad krävs av organisationen samt vilka potentiella hinder och framgångsfaktorer finns?
Fas 3 – Användning	Osäkerhet och de som ska använda metoden känner sig obehälsamma riskerar att hindra implementeringen och genomföra förändringen. Risken finns att metod/process etc. används på fel sätt och efter eget huvud. Förändringen innehåller delar som utgör kärnan, det kan kallas kärnkomponenter. Det är viktigt i förändringen att dessa nyttjas på avsett sätt, att vara metodtroga.
Fas 4 – Vidmakthållande	Kontinuerligt stöd till de som genomfört förändringen underlättar att identifiera problem och förbättringar och härleda dem till rätt grundorsak: införandeprocess, kompetens, organisation, ledarskap och förbättringen i sig. Detta för att motverka att förändringen läggs åt sidan med felaktig motivering.

Tre centrala framgångsfaktorer för att lyckas med förändringsarbetet beskrivs i ”Om implementering” som tillsammans med metodtrohet ökar förutsättningarna att lyckas:

- Kompetens hos användarna
- En stödjande organisation
- Ett effektivt ledarskap

Det kan sammanfattas i följande figur (Fixsen, D.L. i Om Implementering, sid 11):

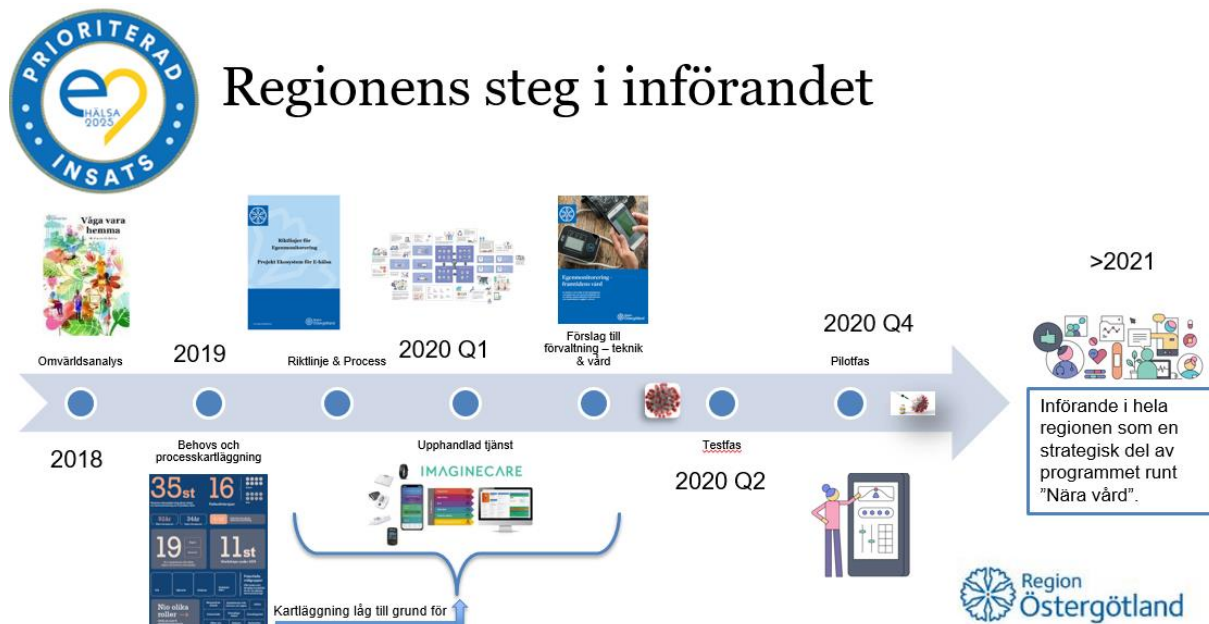


Vidare så beskrivs ett antal missförstånd om förändring:

- *Effektiva metoder sprider sig själva* – En myt, det finns många exempel där ineffektiva metoder får snabb spridning och effektiva tar lång tid på sig och ibland aldrig slår igenom
- *Information räcker för att åstadkomma förändring* – Information är viktigt men hjälper inte allena, mer måste till för att förändringen ska slå igenom.
- *Utbildning leder till användning* – Enbart en utbildning räcker inte. För att öka chanserna till ökat resultat bör också demonstrationer, rollspel och framförallt löpande handledning kompletteras in i införandet.
- *Förändring sker snabbt* – Implementering är inte en engångsaktivitet utan en process över en längre tid, 2-4 år.
- *Det räcker att man tror på det man gör för att det ska bli bra* – Risken är då att användarna inte nyttjar kärnkomponenterna på avsett sätt och då försvinner möjligheterna att utvärdera förändringen och skapa evidens.

3 Införande av egenmonitorering

Här beskrivs erfarenheterna ifrån införandet av egenmonitorering i Östergötland. Beskrivningen tar sin utgångspunkt i de faser som omnämns i "Om implementering". Här är en illustrativ beskrivning av projektets implementationsresa:



3.1 Fas 1 – Behovsinventering

3.1.1 Hur gjorde Region Östergötland?

Först genomfördes en förstudie i form av en omvärldsanalys och kartläggning av genomförda projekt runt egenmonitorering, digitalisering och tjänsteimplementation. Utifrån den kartläggningen så formades en projektplan ifrån start till införande av egenmonitorering med multisjuka äldre som målgrupp för tjänsten. För att förstå behovet genomfördes en genomgripande behovs- och processkartläggning.

Den startade med flera intervjuer av patienter och medarbetare inom kommun och region (totalt 35 personer). Resultatet förädlades av projektgruppen. Det bearbetades sedan av vårdföreträdare ifrån region och kommun. Efter en sammanställning så togs resultatet vidare en omgång till utifrån ett antal målgruppsperspektiv (Hjärtsvikt, KOL och Sköra äldre).

Efter det sammanfattades behovs och processkartläggningen i en bild som kallas "Önskat läge". I och med det så hade införandet startat. Det önskade läget beskrevs också i en broschyr "Egenmonitorering – framtidens vård". Ett sätt att tillgängliggöra och beskriva behovet i annat format. Detta användes i en sista workshop tillsammans med patienter och patientföreningar.

Behovet och resan framåt (planen) presenterades både för politisk nämnd och sjukvårdens högsta ledningsgrupp. Det skickades också ut till de som deltagit för att få det bekräftat. Det framtagna materialet användes också i dialoger med andra regioner, kommuner, leverantörer, universitet samt med individer och enheter inom regionen. I varje dialog och möte kommer det fram nya perspektiv och kunskap.

Regionen tog också ställning till var en framtida tjänst/IT-komponent skulle förvaltas inom förvaltningsobjekt.

3.1.2 Framgångar

Kartläggningen gav en ram vad ekosystemet innehåller (aktörer, struktur och ramverk) samt gav förslag på metod för införande – att utgå ifrån behovet. Materialet har varit en källa för att stämma av vägval emot. Det har varit otroligt betydelsefullt och nyttigt.

På workshop fanns en vilja att dela med sig, tycka. Både att man ville och inte vill. Att inte vilja innehåller också fakta om förutsättningar för en implementation. Det var av stor betydelse att läkarkåren deltog, det ger legitimitet. Cheferna möjliggjorde det kopplat till workshops.

Att genomföra intervjuer och hålla i processen runt workshops är en konst. Det var bra att ta in den hjälpen utifrån. Både utifrån att det inte fanns tid för det internt i regionen (eller kompetens) men också en opartisk processledare i arbetet som kunde medla, utmana och sammanfatta.

Det fanns ett stort sug efter att få ta del av den kunskap som togs fram. Projektets öppenhet och vilja att dela med sig skapade arenor där projektet fick återkoppling, ny kunskap och bekräftelse på att det som togs fram var en gemensam bild.

Arbetet har lierat sig med olika initiativ och projekt för att dels marknadsföra/göra sig outhärlig dels för att dra nytta av andras arbete/bidra till i projektets arbete, ex. projekt runt Innovationsupphandling.

Att besluta var eventuell IT-komponent skulle förvaltas gav en möjlighet till fortsatt dialog med de som framöver skulle styra över tjänsten. Bli rätt från början.

3.1.3 Utmaningar

Att få deltagare till alla workshops, skapa ett engagemang. Här krävs chefer som allokerar in medarbetare.

Det hade varit bra i efterhand att ha gjort en berättarturné i alla produktionsenheter om den kartläggning som gjordes. Bara för att alla produktionschefer har hört det på ett möte betyder det inte att deras egna ledningsgrupper och verksamhetschefer får den informationen.

Den interna kommunikationsplanen var inte lika tydlig som den externa. Det är en utmaning att hålla "sagan" levande. Så att alla som inte har varit med på resan sitter med samma känsla som dom som var med. I varje presentation, möte så måste bakgrund berättas – återminnas så vi kommer ihåg allt vi faktiskt har gjort.

Vårdpersonal är inte vana på ett sätt att arbeta utforskande och agilt när det gäller utveckling. Vårdpersonal vill hellre reagera på ett förslag och att allt ska vara tänkt på och klart. Men att förstå förändringen och utmaningen kräver att man måste svara på svåra frågor såsom: vad betyder det här för mig och vad måste jag ändra på hos mig och i min verksamhet. Det är bra att ha stöd i dessa processer, för att trygga de som är med att det kommer bli bra. Stödet behöver levereras av chef och processledning.

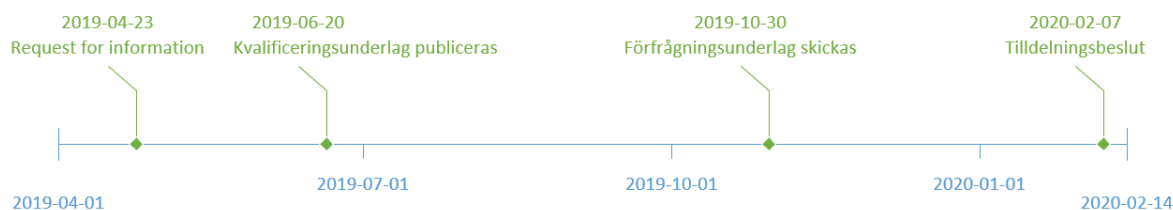
3.2 Fas 2 – Installation

3.2.1 Hur gjorde Region Östergötland?

Under behovsfasen så identifierades ett antal enheter som ville vara först ut. Dessa enheter kontaktades och plan lades för att involvera dessa i fortsatt arbete såsom skapande av rutiner, upphandling, test och införande.

Region genomförde en upphandlingsprocess av en tjänst för egenmonitorering. Den började med en marknadsundersökning, där det konstaterades att med vårt önskade läge och behov så fanns det ingen tjänst som mötte det hela vägen. Därför var det naturligt att upphandlingen blev innovativ till sitt upplägg med få ska-krav och med en öppen kravställning i form av användarberättelse. Dessa byggde

på vår process och utifrån utpekade aktörer. Upphandlingen var enligt förhandlat förfarande med en kvalificering. Dialog skedde med kvalificerade leverantörer. Nedan finns en tidslinje för upphandlingen. En utvärdering av upphandlingen ur leverantörernas perspektiv gjordes som finns på regionens hemsida.



Parallellt med upphandlingen så skapades utifrån behovsinsamlingen en första version på införandeprocess (med tillhörande utbildning och informationsmaterial), riktlinje (med tillhörande processbeskrivning) och hur egenmonitoreringen skulle som process kunde förvaltas i regionen.

Efter tilldelning påbörjades arbetet med att testa produkten och sätta igång införandet. Under starten av införandet uppdaterades utbildningsmetodik, införandeprocess och riktlinje. En version två gjordes med utgångspunkt ifrån de första enheternas upplevelse och återkoppling (inkl. patienterna).

Kommunikationsinsatser gjordes internt via hemsida och externt via broschyr och artikel på externweb samt magasin hem i brevlåda.

Diskussion fördes också med vårdverksamheten på centrumchefs nivå om hur och var tjänst och process ska organiseras och ägas. För att starta detta skapades också en administrativ egenmonitoreringsenhet (tar emot remiss, beställer egenmonitoreringstekniken av leverantör och sätter igång patienten men monitorerar inte medicinskt det gör ordinerande enhet själv).

Genom alla moment arbetade projektet utforskande och prövande för att kunna hela tiden justera utifrån hur verksamheten ville ha det men också vad som hade bäst utfall.

3.2.2 Framgångar

Det var en framgång att ha ett gediget material i behovs- och processkartläggningen. Det kunde projektet backa tillbaka till när vården s medarbetare drogs tillbaka i och med pandemin. Utifrån det materialet kunde projektgruppens kärntrupp genomföra tester och planera införandet (och dess stöd).

Upphandlingsförfarandet var en framgång, om än svårt och gick i samma anda som projektet i övrigt. Regionen lärde sig grundligt en ny upphandlingsmetod och kunde pröva det. Det var också en faktor till att upphandlingen fick ett kraftfullt stöd ifrån organisationen. Det var positivt att under upphandling på ett kontrollerat sätt kunna ha dialog med involverade kvalificerade leverantörer. Då kan frågor lyftas i samtal och dokumenteras för alla. Fler är med och belyser frågor och den gemensamma kunskapen växer.

Det gynnar kreativiteten och möjligheterna med att arbeta på ett utforskande sätt där det är tillåtet att misslyckas och pröva igen. Det gör att man vågar och det är där lösningarna kommer fram. Ett stort mod visades här också i skapandet av en administrativ egenmonitoreringsenhet. Men den är också ett stort stöd för övrig vårdverksamhet och signalerar också rätt arbetsuppgift på rätt plats. Låt vården vårda. Nästa steg är att våga samverka och arbeta ihop i en medicinsk monitoreringsenhet.

Projektet beskrev det som en start av införande och inte som en pilot. Anledningen till det var för att signalera att detta är beslutat. Dock är det svårt att marknadsföra den inställningen. Vården var ofta benägen att beskriva detta som en pilot.

3.2.3 Utmaningar

Att våga prova ligger inte för vården om det ska generaliseras. Det ska finnas evidens från start på allt. Det är ett tungrott arbete. Det måste vara tillåtet att våga prova och följa kontinuerligt och avsluta om det inte går åt rätt håll.

Det är en utmaning när enheterna ställer konkreta frågor och vill ha ett direkt svar. När arbetet som ska göras är under utveckling och deras resonemang är en viktig bit i förståelsen om vad som ska göras. Att hålla dom till behovet i dialogen och få det till ett utforskandets väg.

Att skapa partnerskap på riktigt är en utmaning. Att ge och ta. Att backa men hålla kvar vid det som är viktigt. Att tillsammans hålla på våra roller. Det är dialog och åter dialog som för den resan framåt, vilket många andra också har vittnat om. Men öppenhet och vilja hjälper till mycket i ett sådant arbete.

Pandemier hjälper inte till. Även om det ger en skjuts i det digitala samhället. Om det digitala inte finns på plats från start så går en kris direkt till att reagera med ryggmärgen. Det är att skapa mer sängplatser och låta bli fysiska besök. Många gånger har projektet haft dialog med enskilda personer och verksamheter där tröskeln runt det digitala arbetssättet har varit hög och det oreflekterat har diskuterats manuella arbetssätt via telefon mm.

3.3 Fas 3 – Användning

3.3.1 Hur gjorde Region Östergötland?

Utefter prövad och utvecklad införandeprocess fortsatte implementeringen. Enheter som startar sitt införande stöttas utmed vägen i olika moment för att hålla sig till och förstå ur man kan utföra egenmonitorering. Inställningen är och som förmedlas ifrån införandeprojektet att stöd är bara ett mail eller telefonsamtal bort.

Marknadsföring fortsätter med att lyfta fram god exempel och att ha särskilda möten med ett specialfokus som t.ex. monitorera astma. Egenmonitorering tas också upp som ämne i olika specialforum som t.ex. ansvariga läkar-nätverk.

Arbetet fortsätter också för att kunna följa upp egenmonitorering och dess tänkta nytta i kvalitet och konsumtion. Ramverk för detta tas fram som skapar en förutsättning för utvärdering.

Egenmonitorering kopplas hårdare till God och nära vård. Då regionens program runt detta utkristalliseras lyfts också initiativet egenmonitorering in där. Det gör också att målbilder i verksamhetsplan tas fram i reella tal.

3.3.2 Framgångar

Att ge möjlighet att kunna stödja kraftfullt och specialdesignat för varje enhet har gjort att upplevelsen av att starta med egenmonitorering har varit positivt. Trots att det varit utmanande. Det har varit förmånligt att kunna agera som ett designteam och utarbeta en speciallösning för varje men att kärnkomponenterna har varit desamma. En anpassning till lokala förutsättningar. Det har lyfts fram positivt i de utvärderingar som gjorts.

Införandet fick en skjuts framåt när projektet gjorde en specialsatsning runt Astma/KOL. Projektet nådde då specialintresserade sjuksköterskor och läkare. Det fick ett genomslag att fler enheter hörde av sig och ville börja. Det blev konkret. I samma hära blev konkreta mål i verksamhetsplanen en skjuts framåt ur ett ledningsperspektiv. Det blev ett tryck. Numerära mål läses och ageras efter.

En tröskel var att nå ut till patienterna, tog för lång tid om enheten skulle nå ut personligt till varje patient. Projektet vände på det och skickade ut e-brev och vanligt brev med information till utpekade diagnosgrupper kopplat till en specifik enhet. Brevet var ifrån verksamhetschef. Ungefär 15% av de som fick brevet svarade.

Att som projektmedlem tillsammans prata om tålamod och ödmjukhet var nödvändigt. Även att tydliggöra vad som ligger inom var och ens mandat att kunna göra och låta bli att göra det som man ej har mandat till. Det skapar en uthållighet i projektet.

3.3.3 Utmaningar

Det är tydligt att förändringen måste upplevas. Det är en svårighet att få med sig medarbetarna och det är lite ett bevisandets väg. Det går inte att lita på att andra enheter säger att det går bra. Att det finns forskningsresultat på andra verksamheter. Att andra regioner gör så här. Varje steg måste bevisas och i den aktörskarta som finns så ligger det ett veto i varje enskild medarbetare.

Det har varit en utmaning att nå ut med information internt i organisationen. För att säkerställa att information går ut är att träffa varje enskild enhet och presentera ett bildspel.

En utmaning är kalenderkriget. Att få till att boka en tid där schema läggs sex-tio veckor fram i tiden. Råkar någon få ett akut ärende eller en frånvaro så skjuts mötet lika mycket fram i tiden och implementationen fördröjs.

Styrning och ledning är en utmaning. Att få en stor organisation att takta och känna för de mål som är satta. Det blir ännu mer utmanande när det som ovan skrivs finns en upplevd vetomöjlighet i varje enskild nivå.

3.4 Fas 4 - Vidmakthållande

3.4.1 Hur gjorde Region Östergötland?

I den här beskrivningen av hur en implementering torde gå till så har inte regionen kommit hela vägen genom alla faser. Vidmakthållandet kvarstår. Men nu finns (nästan) alla komponenter på plats:

- Det finns beskrivet hur processen runt egenmonitorering är.
- Övergripande riktlinje för egenmonitorering.
- En upphandlad egenmonitoreringstjänst.
- En förvaltning för själva IT-komponenten och en beskriven struktur om hur det verksamhetsmässigt ska förvaltas (dock ej beslutad).
- Ett informationspaket runt process, tjänst mm.
- En införandeprocess inkluderat utbildning och information.
- En kartläggning av nyttor och hur det ska följas upp och utvärderas.

Det som kvarstår är att koppla på ännu fler enheter och ge ännu fler patienter möjlighet till denna tjänst. Att följa upp hur det går och se om nyttor infaller. Att skapa förutsättningar för verksamheten att beforska detta.

Med stöd i det resultat som kommer fram i löpande utvärdering så kan affärsmodellen runt egenmonitorering utvecklas och beslutas.

Ett fortsatt införande kommer hela tiden vara en pågående process. Nya områden kommer bli föremål för egenmonitorering i och med verksamhet och teknik utvecklas. Det har varit projektet och upphandlingens inställning ifrån start. Egenmonitorering är inte färdigutvecklat.

3.4.2 Framgångar

En intresserad och driven ledning som styr mot tydliga mål kommer vara och är en framgång för att få det att hända.

3.4.3 Utmaningar


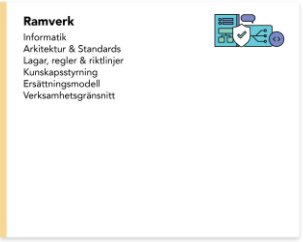
Den stora utmaningen kommer fortsatt vara att få verksamheten att lämna det trygga nu:et och våga prova något annat.

3.5 Införande ur perspektivet Ekosystem

I den omvärldsanalys som regionen gjorde inför ett införande av egenmonitorering så beskrevs ett ekosystem för e-hälsa. Vikten av för att få till en stabil och hållbar e-hälsolösning över tid genom att belysa alla de delar som ett ekosystem innehåller. Här beskrivs de olika delarna ur det perspektivet.



<div><div>Styrande & kunskapsgenererande Regering/Departement Myndighet Universitet Samverksamorganisation</div><div></div></div> <div><div>Leverantör Logistikoperatör System- och Teknikoperatör Utredning och utveckling</div><div></div></div> <div><div>Stöd Anhörig Vårdgivare (Region, Kommun & Privata) Vårdoperatör Ledare i Vård & Omsorg Stödverksamhet i Vård & Omsorg MT&IT i Vård & Omsorg</div><div></div></div> <div><div>Kärnan Patient Medarbetare i Vård och Omsorg</div><div></div></div>	<p>Det är många aktörer som ingår i ett ekosystem runt egenmonitorering. Att beskriva dom har varit ett stort värde i hur en kommunikationsplan ska se ut och vilka som har relation med vilka och vilken roll de spelar. Det hjälper framskrivandet av texten i aktivitetsplan för ett införandeprojekt, vilka aktörer som är viktigast vid vilket tillfälle och hur mycket de ska involveras. Det ger en bra intressentförteckning.</p> <p>Enskilda individer spelar roll oavsett vilken aktör de är i Ekosystemet för e-hälsa. Den enskilde kan vara en stor medkraft eller motkraft. Deras aktörsstatus och plats kan ge en vink om hur stor kraften kommer vara oavsett vilken riktning den tar</p> <p>Ju närmre kärnan man kommer desto större inverkan har aktören på om mål ska uppfyllas eller ej. Medarbetaren har stor inverkan på om patienten ansluts till egenmonitorering eller ej. Chefen har stor inverkan på om medarbetaren och verksamheten kommer utföra uppgiften eller ej. Det är sällan som någon är absolut motståndare till att det ska ske, men inget sker av sig självt (det goda exemplet, ringar på vattnet osv är en myt, allt måste planeras och följas upp).</p> <p>Att söka information hos varje aktör ger också en tydligare/sannare bild av vad som måste göras. Det kan också ge uppslag om ytterligare aktörer och om det finns särintressen att ta hänsyn till såsom ex diagnos, geografisk utmaning eller professionstillhörighet.</p> <p>Att få förstahandsinfo ifrån respektive aktör hjälper också till. Annars så får det tas del av en filtrerad och värderad information. Alla aktörer är jättebra på att vara ombud för andra aktörer. Medarbetaren för patienten, chefen för medarbetaren, men också patient för andra patienter osv..</p>
---	---

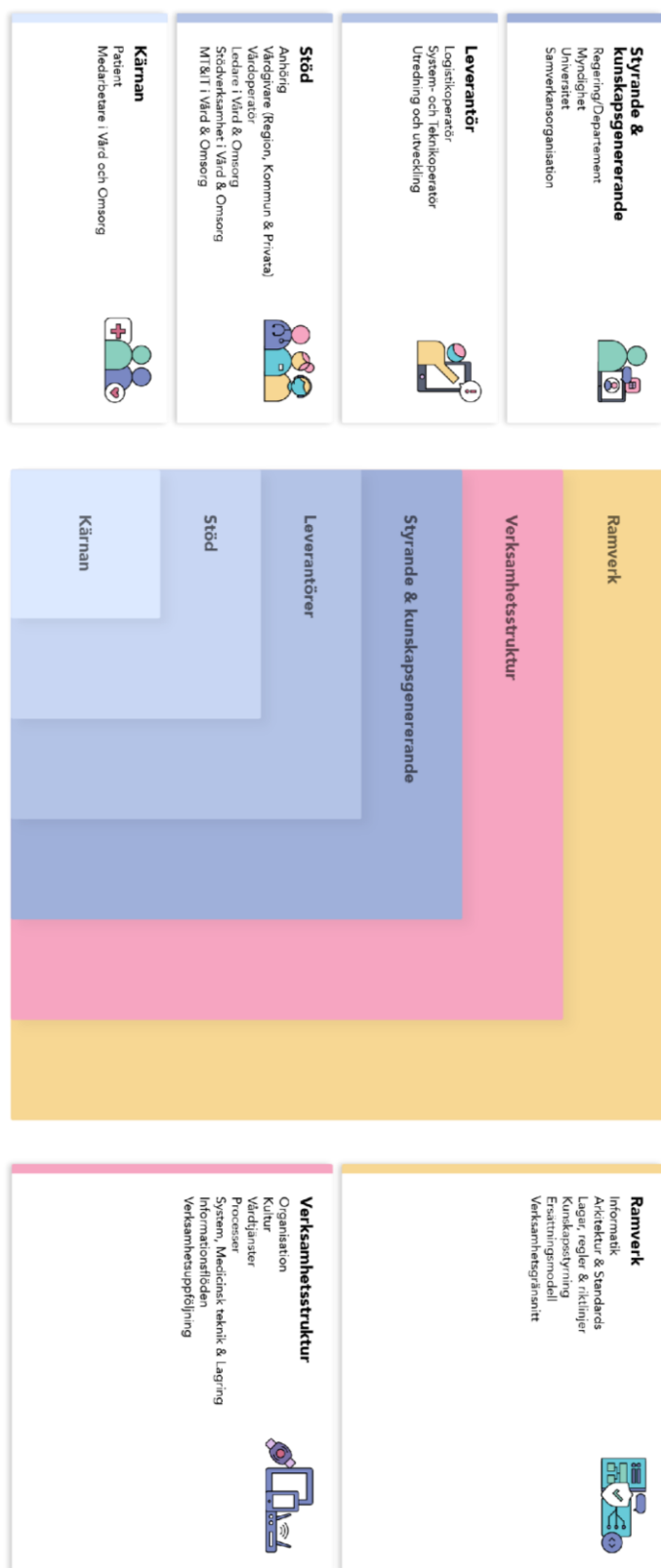
	<p>En organisations uppbyggnad och hur mandat är fördelat spelar roll i hur en förändring kan kommuniceras, genomföras och får för utfall. Om det finns en tydlighet för de aktörer som är med så underlättar det. Om det finns en otydlighet och mandatet finns hos varje enskild individ (faktiskt eller upplevt) så måste varje individ informeras och fås med i förändringsarbetet. Det räcker inte med ett eller flera ledningsmöten. I detta så ligger också organisationens kultur och med det också organisationsminnet. Det påverkar hur en förändring upplevs och tas emot.</p> <p>Kultur återfinns inte enbart i vårdverksamheten. Den finns också i de stödstrukturer runt omkring som ex juridik, inköp och MT/IT. Den ger sig uttryck i hur "vi brukar göra" och hur "vi väljer att tolka" lagar och regler. Det hindrar och möjliggör.</p> <p>Finns det en tradition av processledning och verksamhetsuppföljning så finns det strukturer att följa när det kommer till egenmonitorering. Egenmonitorering är en process som spänner över flera delar i regionvården och in hos kommunen. Finns inte dessa strukturer så behöver de byggas upp för att kunna följa effekt och nytta.</p>
	<p>Upplevelsen är att det finns en bas att stå på när det gäller lagar och regler. De finns där och det går att förhålla sig till dom och uppnå de mål som egenmonitorering skulle vilja nå (ex. ökad vårdkvalitet, minskad vårdkonsumtion och mer involverad patient).</p> <p>Ibland måste val göras om avsteg ska göras, men inte i så stor omfattning som kan tros.</p> <p>Det finns också bra standards som är generella och allmänna. Det finns också inte så stort motstånd till att vilja följa dom. Så det finns goda förutsättningar för att kunna få ett gott informationsutbyte.</p> <p>Det är tydligt att det behövs ett eget underlag för att kunna ta rejäla kliv vad gäller att sätta upp en ersättningsmodell. Egna data som visar hur det slår med egenmonitorering. Så att börja följa data är viktigt. Det ger också en inriktning att volym behövs för att kunna börja dra slutsatser.</p> <p>Att komma in i kunskapsstyrningen är en stor hjälp, det är då egenmonitoreringen blir verklig och exemplifierad på ett sätt som gör att i alla fall vården uppfattar den i ett sammanhang.</p>

4 Referenser

Våga vara hemma	En sammanställning och analys av slutsatser från relevanta initiativ i Sverige och utomlands. Momentet innehåller också att identifiera redan pågående initiativ inom Region Östergötland för att se om någon/några av dessa är lämpliga att delta i, i kommande faser av projektet. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Riktlinjer för egenmonitorering	Region Östergötlands övergripande riktlinje med tillhörande processer för egenmonitorering. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Utvärdering av Upphandling - Leverantörernas perspektiv	Utvärdering gjord på regionens upphandling av egenmonitoreringslösning. För att inhämta leverantörernas perspektiv på upphandlingens form och upplägg. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Ekosystem för e-Hälsa - En juridisk genomlysning	En juridisk genomlysning av egenmonitorering i hälso- och sjukvården. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Egenmonitorering - Framtidens vård	En broschyr eller ett magasin som beskriver med patienten som målgrupp vad egenmonitorering skulle kunna vara för hen. Givetvis fungerar den också att läsas som vård- och omsorgsmedarbetare. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Våga vara hemma - Behovskartläggning & processkartläggning	Beskrivning av utfallet ifrån Behovskartläggning. Inklusive en fördjupning. Finns på Region Östergötlands hemsida.
Implementering i vården PM 2018:1, Vårdanalys	En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv
Om implementering, Socialstyrelsen, 2012	För att kunna hjälpa människor förutsätts metoder som är effektiva samt att dessa metoder används på rätt sätt och för rätt målgrupp.

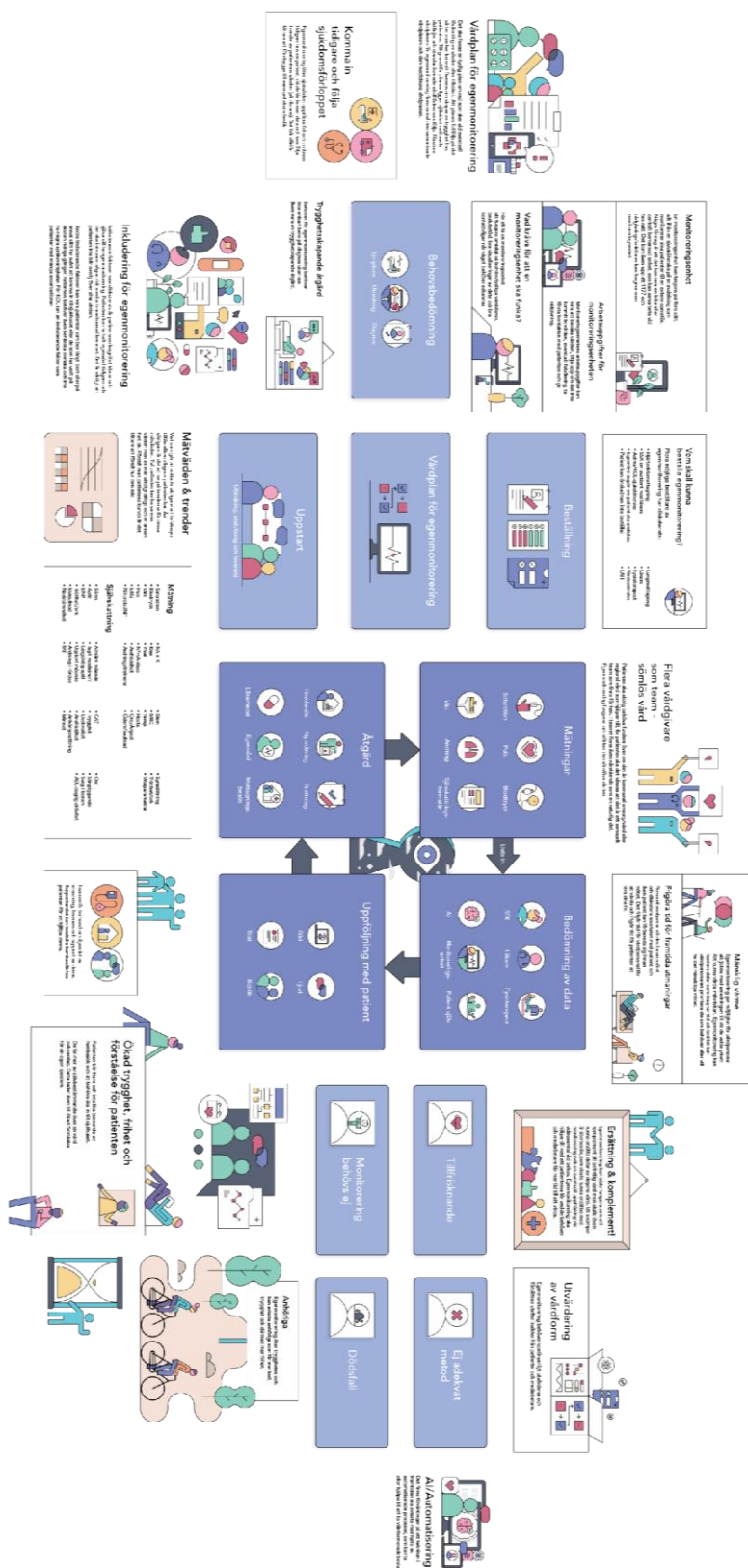
5 Bilagor

5.1 Illustration Ekosystem för E-hälsa

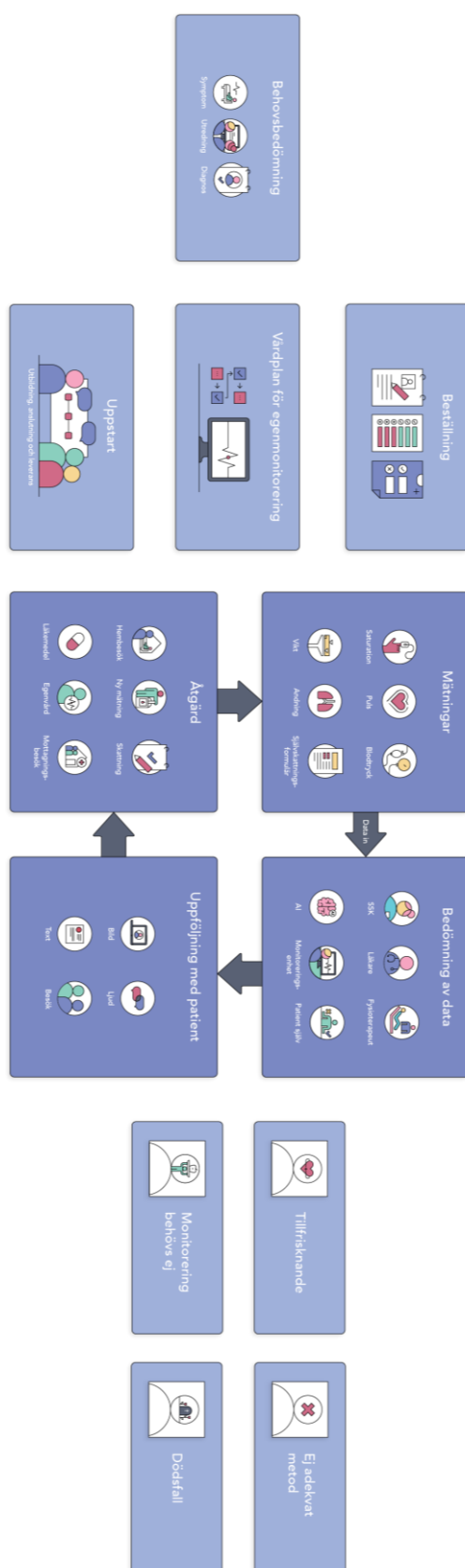


5.2 Önskat läge

Sammanfattande illustration av de behovs- och processkartläggningar som genomfördes med medarbetare ifrån region och kommun samt patienter med anhöriga.



5.3 Egenmonitorering Huvudprocess – Illustrerad version



5.4 Beteendegrupper

Under behovs och processkartläggningen identifierades ett antal beteendegrupper inom medarbetare och patient.

Det är bra som det är.

Förhållning med hemmontering: Jag vill inte ha hemmontering, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Medarbetare

Sunt skeptisk.

Förhållning med hemmontering: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Medarbetare

Teknikintresserad optimist.

Förhållning med hemmontering: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Medarbetare

Värnar om den mänskliga kontakten.

Förhållning med hemmontering: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Medarbetare

Ser fram emot samtalet.

Förhållning med hemmontering: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Patient

Teknikanalfabet.

Förhållning med hemmontering: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Behov vid införande: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Beskrivning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Vinning: Jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten, jag vill ha en fysisk kontakt med patienten.

Patient

Vill vara engagerad & ha eget ansvar.

Förhållning med hemmankontorering:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Vinst:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Behov vid införande:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Beskrivning:
Jag kan och förstår min sjukdom och har jag följande. Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

"Jag vill vara delaktig i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

"Att skapa eller använda funktioner är svårt. Har prövat Key."

"Jag har aldrig testat en inslagsskärmar. För jag har velat ha kontroll själv."

"Jag använder en pulslösa som ett barn under natten, när jag har lagt orden så blir pulsen snabbare, har sett larmet på över 95 i puls."

"Jag har ringt förslaget som gjort pumpen för hjälp med dem. De inom vårdan kan inte hjälpa."

Patient

Litar på att vården fixar.

Förhållning med hemmankontorering:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Vinst:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Behov vid införande:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Beskrivning:
Jag kan och förstår min sjukdom och har jag följande. Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

"Pumpen håller koll på mig, den kan man inte lita."

"Känner inte att jag behöver vara vårdad, det skulle vårdan. Ett det något fel så förväntar jag mig att de ringe."

"ALMA är kanonbra. Bara det att man kan ringa till någon."

"Jag litar ju på vården. Jag vet inte vad jag har för vårdan för jag frågade inte om det. Vi pratade om annat som ryggs och så. Så när jag gick hem så visste jag inte vad jag hade. Men det är det samma, spelar ingen roll."

"Jag känner ingen till till att det som KIV, men om det var en tjänst via sjukvården skulle det vara bra."

Patient

Orolig anhörig.

Förhållning med hemmankontorering:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Vinst:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Behov vid införande:
Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

Beskrivning:
Jag kan och förstår min sjukdom och har jag följande. Jag vill vara engagerad i min vård, inte bara bli vårdad... jag tror jag måste vara med. Jag vill vara med."

"Larmkroppen inte gör för jag kunde chatta att lämna honom ensam."

"Det ska mycket till om han ska säga något om ett tillstånd."

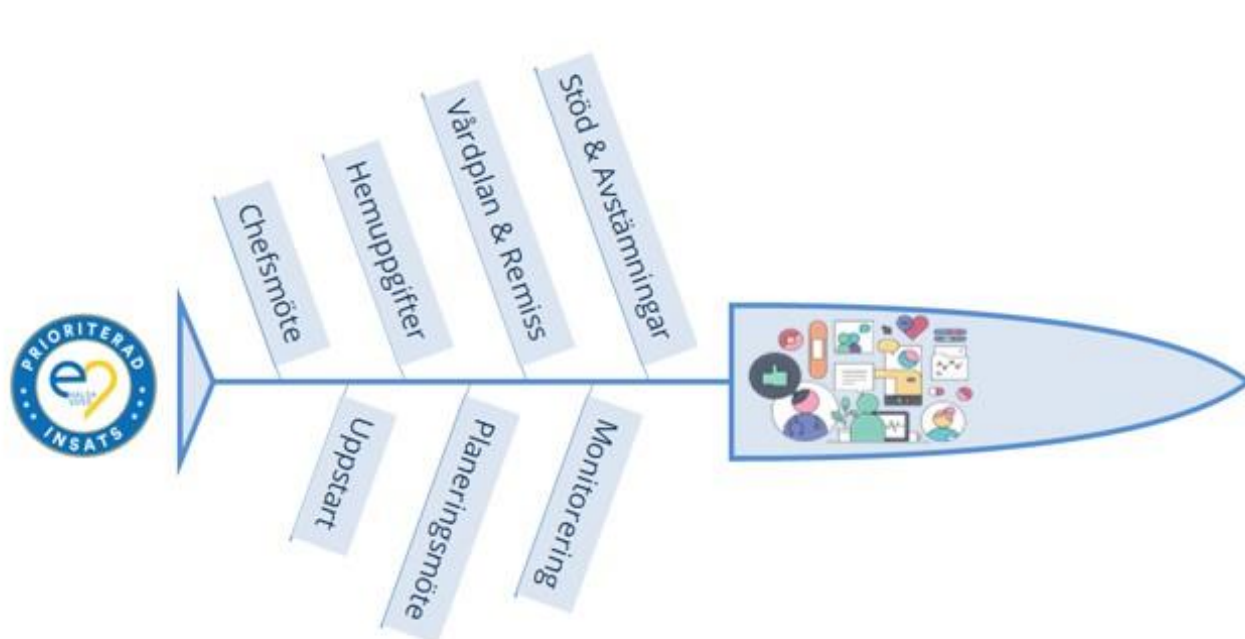
"Ena dottern är orolig över min ändring. Det syns på henne."

"För mig som sjuk är allt så enkelt men för min kvinna vore det bra med mer information."

"Nu är det lite bättre, han säger mer men jag har också en sjukdom så jag är också svårsluggande."

Patient

5.5 Införandeprocess för en enhet



Estimerad tidsåtgång per moment

Vecka	Aktivitet	Tidsåtgång	Form
0	Ledningsmötesmöte	30 minuter	Via Skype
1	Uppstartsmöte	60 minuter	Via Skype
1-3	Hemuppgift		
4	Planeringsmöte	30 minuter	Via Skype
5	Vårdplansmöte	30 minuter	Via Skype
6	Monitorering		
6-	Stöd och avstämningar	30 minuter	Via Skype