



Min plan Slutrapport

2016-2018

2019-06-20

Region Norrbotten

Sofi Nordmark

Norrbottens Kommuner

Karin Sundström



EUROPEISKA
UNIONEN
Europeiska
regionala
utvecklingsfonden



NORRBOTTENS
KOMMUNER



REGION
NORRBOTTEN

Min plan –

Aktiviteter och genomförandeprocess 2016-2018

Abstrakt

En minskning med 12 000 vårddyggn för utskrivningsklara patienter vilket motsvarade dryga 85 miljoner SEK i vårdkostnad, 30 procentig ökning av patientens delaktighet i samordnade planeringsmöten och först i landet med att visa den samordnade planen (SIP) för patienten på 1177.se. Journalen är delar av resultaten i projektet Min plan.

Min plan, ett samverkansprojekt i Norrbotten mellan Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner, länets 14 kommuner, Luleå tekniska universitet och Tieto. Projektet pågick 2016 – 2018 och har syftat till att stärka patientens delaktighet i sin vård och omsorg genom ökad tillgänglighet och flexibilitet med stöd av innovativa lösningar och förändrade arbetsprocesser. Projektet har varit delfinansierat via EUs strukturfond.

Bakgrund:

I början av 90-talet kom ÄDEL-reformen som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård och omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. I samband med detta trädde också lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård i kraft (BAL SFS 1990:1404). BAL reglerade kommunens betalningsansvar för de patienter som bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade men som blev kvar på sjukhus. Eftersom vården och omsorgen utvecklats under åren kom BAL att 2018 ersättas med en ny lagstiftning ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” för att bättre stödja dagens vård- och omsorgsprocesser” (SFS 2017:612).

- Den nya lagen syftar till att främja en god vård och socialtjänst av god kvalitet för den enskilde efter utskrivning från slutenvård där ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas.

De största skillnaderna mellan BAL och den nya lagen om samverkan är att

- Två vårdplaner blev en. BAL innebar att en specifik vårdplan skulle upprättas tillsammans med patient och vård- omsorgsaktörer vid utskrivning från sjukhus och en Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skulle en samordnad individuell plan (SIP) upprättas i öppenvården för samma patient som hade behov av insatser från både region/landsting och kommun. I den nya lagen kom dessa två planer att slås ihop till en plan (SIP) som istället följer den enskilde oavsett vilken vårdnivå denne har behov av.
- Vårdplaneringsmöten med behövliga vård- och omsorgsaktörer, patient och närstående som enligt BAL skulle ske inne på sjukhuset under sjukhusvistelsen har ersatts med ett ansvar för respektive vård- och omsorgsaktör att tillsammans med patienten göra en egen kortsiktig planering för att säkra patientens hemgång.
- Samordningsmötet mellan alla behövliga vård- och omsorgsaktörer, patient och närstående ska enligt nya lagen istället ske efter sjukhusvistelsen. Man skiljer således på den egna kortsiktiga aktörsplaneringen som ska ge en säker hemgång och den långsiktiga samordningen som sker i hemmet med patienten.
- I BAL reglerades inte öppenvårdens och kommunernas tillgänglighet för samordnad planering utan de kunde exempelvis välja att endast vara tillgänglig fyra dagar/vecka för samordningsmöten. I nya lagen regleras detta till att de ska finnas tillgänglig för möten/planering och hemtagning av patient årets alla dagar.

- I nya lagen fick landstingsfinansierad öppenvård (främst primärvården) ett utpekat ansvar att inom tre dagar från det att slutenvårdens läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar skicka kallelse till behövliga vård- och omsorgsaktörer för samordnat individuellt planeringsmöte (förutsatt att patienten tackat ja till samordning). Enligt BAL var det slutenvården som skulle kalla till vårdplaneringsmöte medan patienten fortfarande låg på sjukhuset.
- I nya lagen fick landstingsfinansierad öppenvård (främst primärvården) ett utpekat ansvar att utse en fast vårdkontakt för patienten i samband med utskrivning från sjukhuset.
- I nya lagen fick landstingsfinansierad öppenvård (främst primärvården) ett utpekat samordningsansvar för samordning av behövliga vård- och omsorgsaktörer vid patientens utskrivning från sjukhuset utifrån patientens behov och resurser.
- Kommunernas betalningsansvar inträdde enligt BAL tidigast efter 5 vardagar för patienter inom somatisk vård från det kallelse till vårdplaneringsmötet på sjukhuset var skickad (av vårdavdelningen), och tidigast en dag efter det att patienten var bedömd utskrivningsklar och vårdplanen var upprättad. För patienter inom psykiatrisk vård gällde 30 dagar. I nya lagen inträder kommunernas betalningsansvar redan efter tre veckodagar efter det att patienten är bedömd utskrivningsklar, förutsatt att primärvården skickat kallelse till samordningsmötet inom tre dagar från bedömningen räknat och att inskrivningsmeddelande skickats till berörda aktörer.

Utgångsläget 2015 - 2017 i Norrbotten var dålig följsamhet till processerna för samordnad planering vid utskrivning och för upprättande av SIP i öppenvården. Norrbotten låg näst sämst bland Sveriges regioner/landsting gällande utskrivningsklara patienter som vistades på sjukhus. I öppna jämförelser för antalet utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare för patienter 65 år och äldre var snittet för riket i oktober 2015 16,8 dagar, och för Norrbotten 21,5 dagar år 2015 och än sämre år 2017 då det låg på 26,1 dagar.

Med anledning av behovet att förbättra följsamheten, stärka patientdelaktigheten och vetskapen om en kommande förändrad lagstiftning ansökte Region Norrbotten tillsammans med Norrbottens Kommuner, två pilotkommuner: Luleå kommun och Haparanda kommun samt Luleå tekniska universitet och Tieto om medel från EUs strukturfonder för att bedriva ett större samverkansprojekt med fokus på förbättring av processen för samordnad planering vid utskrivning och i öppenvård. Projektet beviljades medel och kom att bedrivas från 1 januari 2016 till 31 december 2018. Projektet Min plan har bedrivits enligt kvadrupel Helix genom en nära samverkan mellan offentlig sektor, näringsliv, medborgare och akademi.

Från start till mål

Steg 1 Förarbete

Förbättrings- och förändringsarbetet tog sin början i aktuell forskning genomförd vid Luleå tekniska universitet. Flertalet studier av arbetsprocessen för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård hade utförts i Norrbotten mellan 2009-2012 av Sofi Nordmark, som senare kom att bli Region Norrbottens projektledare för Min plan. Resultat från dessa studier visade bland annat att slutenvårdens-, primärvårdens- och socialtjänstens vård- och omsorgsaktörer hade nått koncensus vad vårdplaneringsprocessen var, vad den syftade till och dess värde (*I*). De hade dock, fortfarande 15 år efter implementeringen, inte nått en samsyn i hur den skulle utföras eller vem som skulle utföra vad. Det här visade sig också genom en dålig följsamhet till processen för samordnad planering vid utskrivning med en hög andel utskrivningsklara patienter som blev liggande kvar på sjukhuset. Snittet för år 2017 var 1700 dagar/månad vilket innebar överbeläggningar och platsbrist för de patienter som var i verkligt behov av slutenvård. Det visade också en låg patientdelaktighet i de samordnade planeringsmöten som skedde inne på sjukhuset, snittet låg på 49-50%.

Forskningsresultaten visade även att informationsöverföringen mellan primärvården och slutenvården fungerade dåligt i början av processen och bättre i slutet (2). Där fanns signifikanta skillnader för 20 av 21 items gällande den information distriktssköterskan i primärvården upplevde att denne lämnade till slutenvården och den information slutenvårdens sjuksköterska uppfattade mottogs i samband med att patienten skrevs in på sjukhuset. Vid det samordnade planeringsmötet fanns det signifikanta skillnader mellan upplevd lämnad information och upplevd mottagen information för 14 av 21 items medan vid patientens utskrivning från sjukhuset var det endast signifikanta skillnader för en av 21 items. Störst signifikant skillnad var det för elektroniskt överförd information (17 av 21 items) och minst för muntligt överförd information (en av 21 items). Den elektroniska informationsöverföringen försvårade samverkan. I Norrbotten använde Region Norrbotten och länets 14 kommuner tillsammans två olika IT-stöd för informationsöverföring mellan regionen och länets 14 kommuner, ett för samordnad planering vid utskrivning från sjukhuset och ett annat för samordnad planering i öppenvården. Brister i informationsöverföring i samband med vårdövergångar har även vistats vid flertalet andra studier och kan innebära försenad utskrivning, återinskrivning eller bristande vård och omsorg efter utskrivning från sjukhuset.

Resultatet från studierna utförda i Norrbotten visade på flertalet andra hinder men också på möjligheter i processen. Hinder och möjligheter fanns på tre olika organisatoriska nivåer, makro-, meso- och mikro där makro motsvarade samhälle/huvudman, meso motsvarade den kollegiala gruppen och mikro motsvarade individen (3). Resultaten visade att inre och yttre krav, arbetsbörda, tidsbrist och bristande samsyn mellan professionerna var hinder för en god och säker process. Samtidigt som kollegialt samarbete och individuellt engagemang tillsammans med kunskap och yrkestillit påtalades vara viktiga möjligheter för en god och säker process. Bland hindren kan nämnas primärvårdens bristande medverkan vid framförallt de samordnade planeringsmötena, kommunernas möjlighet att själva besluta om vilka dagar de erbjöd mötestider för samordnad planering och kort framförhållning mellan kallelse till möte och det att patienten av läkaren bedömdes vara utskrivningsklar.

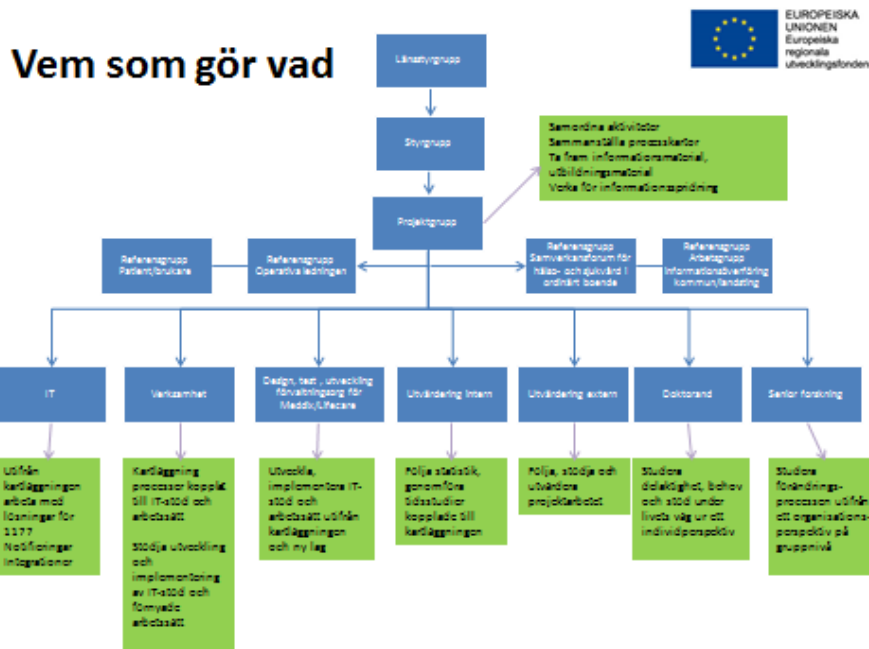
Forskningsresultaten (4) från Norrbotten kom också att ligga till grund för utredarnas förarbete och lagrådsremissen till nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I den nya lagen kom de flesta av de i studierna identifierade hindren att regleras.

Projektorganisation:

Projektorganisationen för Min plan har bestått av länsstyrgruppen, en underliggande projektstyrgrupp med ledningsrepresentanter från samverkansparterna samt en patient/brukarrepresentant, en huvudprojektledare från Region Norrbotten och en biträdande från Norrbottens Kommuner (totalt 17 personer), en projektledningsgrupp bestående av projektledarna, en controller och en kommunikatör. Vidare har det funnits totalt sju arbetsgrupper med specifik kompetens och specificerade uppdrag. En arbetsgrupp med verksamhetsrepresentanter som också fungerat som delprojektledare inom sina pilotområden, en IT-grupp, en design- och testgrupp, en grupp externa följeforskare och en intern utvärderingsgrupp, en senior forskargrupp och en forskargrupp med doktorand.

Ett antal referensgrupper har också funnits, exempelvis Tillgänglighetsrådet med patient/brukarrepresentanter och läns pensionärsrådet.

Projektplan inkl budgetplan, riskanalys och kommunikationsplan togs fram och beslutades mars 2016.



Steg 2 Förberedelser

I projektet Min plan har Normalization Process Theory (NPT) använts som stöd för planering, genomförande och utvärdering av förändringsarbetet. Teorin har sitt ursprung i sociologin men riktar sig till förståelsen för och utvärdering av implementering och följsamhet till teknologiska och organisatoriska innovationer inom hälso- och sjukvårdssystem (5). Teorin användes redan i den föregående forskningen för att nå en djupare förståelse för delar av resultaten. NPT bygger på fyra kärnområden; vad (coherence), hur (collective action), vem (cognitive participation) och varför (reflexive monitoring) där forskningsresultaten visade på att det var just "huret" och "vemet" som inte var på plats i arbetsprocessen med dålig följsamhet och låg delaktighet som följd. Det gjorde att projektledarna valde att genomgående sätta extra fokus på just hur och vem i utbildningsmaterial, informationsmaterial, styrdokument och rutinbeskrivningar som togs fram i Min plan projektet.

Med forskningsresultaten som bas genomfördes 2016 nya processkartläggningar inom slutenvården, primärvården, kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten för att identifiera aktuella hinder och möjlighet vid samordnad planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Detta då skatteväxling av hemsjukvården för vuxna 18 år och äldre hade genomförts år 2013. Hemsjukvården (upp till sjuksköterskenivå) hade därmed flyttats över från Region Norrbotten till kommunernas hälso- och sjukvård. Resultaten från kartläggningen analyserades och stämades sedan av mot lagrådsremissen för "Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" i dialog med verksamhetsrepresentanter för region och kommuner från pilotområdena genom gemensamma workshoppars i början av år 2017. Deltagarna fick en genomgång av kommande lagstiftning och den förändrade arbetsprocessen. De fick först arbeta i grupper inom respektive verksamhet (slutenvård, primärvård samt socialtjänst och hemsjukvård) för att sedan diskutera det som framkommit i tvärgrupper. Fokus var att kartlägga nuvarande process men också de behov och krav de såg nya lagen skulle medföra. Olika lösningsförslag diskuterades sedan i helgrupp. Ytterligare en workshop med liknande innehåll hölls med chefer på olika nivåer från regionen och pilotkommunerna. De fick arbeta vidare med det material som framkom vid workshop med utförarna men mer lösningsinriktat utifrån chefsperspektivet. Upplägget var liknande det för utförarna med grupparbeten först i egna grupper och sedan i tvärgrupper för att slutligen diskuteras i helgrupp. Syftet var att identifiera goda exempel som skulle gå att bibehålla och sprida samt att identifiera behov av förändring och förbättring kopplat till nya lagen utifrån verksamheternas personal- och ekonomiska resurser. Totalt medverkade ca 70 utförare och 60 chefer vid dessa workshoppars.

Steg 3 Prototyp

Under våren 2017 arbetade sedan projektledarna vidare med resultaten från workshopparna knutet till lagrådsremissen för att ta fram en prototyp för nya arbetsprocesser och rutiner. Utmaningen var att anpassa de nya processerna till de förändrade rollerna och det förändrade ansvaret som lagrådsremissen gjorde gällande. Prototypen diskuterades i verksamhetsgruppen och modifierades innan den togs till styrgruppen för beslut.

Samtidigt utvecklades tillsammans med IT-leverantören en prototyp till ett nytt IT-stöd för att stödja de planerade nya arbetsprocesserna. Målet var att ett nytt IT-stöd skulle ersätta de två som var i bruk.

Ett informationskort riktat till patienter på sjukhus i behov av samordnad planering togs fram i samverkan med Tillgänglighetsrådet och Läns pensionärsrådet. I denna fanns information och rätten till fast vårdkontakt, primärvårdens roll och ansvar samt att samordningsmötet kom att äga rum efter sjukhusvistelsen. Även information om att de kunde komma att bli kontaktade redan på sjukhuset av hälsocentralen och kommunens biståndshandläggare och hälso- och sjukvårdspersonal för att planera för en säker och trygg hemgång.

Steg 4 Pilot

De framtagna och beslutade prototyperna för nya arbetsprocesser, rutiner och IT-stöd kom att testas i skarp drift i en pilot under april-juni 2017. Den föregicks av utbildning av drygt 200 utförare (sjuksköterskor, distriktsköterskor, läkare, enhetschefer, biståndshandläggare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter) från slutenvården, primärvården, kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Totalt ingick åtta vårdavdelningar fördelat på två sjukhus, de två pilotkommunerna och fyra hälsocentraler i piloten.

Som ett led i en lärande organisation och kvalitetssäkring genomförde projektledarna länsavstämningar varje vecka tillsammans med utsedda delprojektledare som också fungerade som superanvändare med ett utbildnings- och supportansvar för kollegor i sina närområden. Dessa länsavstämningar föregicks av lokala avstämningar som de höll med involverade utförare lokalt på sina enheter. Utförarna i piloten hade också möjlighet att rapportera in ärenden via mail, telefon eller muntligt till både delprojektledarna och till projektledarna. Ärenden kunde röra frågor om handhavandet av IT-stödet, behörigheter, felsökning och tolkning av rutin.

Piloten varade i sex veckor innan den avslutades och utvärderades enligt plan (6). Projektledarna genomförde två större utvärderingskonferenser tillsammans med pilotområdena där erfarenheter, synpunkter och idéer diskuterades och dokumenterades. Den seniora forskargruppen genomförde även en enkätundersökning i samband med genomförda utbildningar inför piloten med syfte att studera utförarnas inställning till, motivation och kunskap om de nya arbetsprocesserna kopplade till lagrådsremissen samt IT-stödets utformning. För enkätundersökningen användes det till svenska översatta instrumentet NoMAD som relaterar till NPT. Det var också en del av forskningssamarbete med Dalarna högskola, Uppsala universitet och Umbria university som syftade till att översätta och validera NoMAD instrumentet (7). Efter piloten genomfördes 12 individuella semistrukturerade intervjuer med utförare från slutenvården, primärvården, kommunala hälso- och sjukvården samt från socialtjänsten. Den utvärderingen som projektledarna gjorde av piloten baserade sig på inkomna ärenden, länsavstämningarna, avslutningskonferenserna samt delar av intervjuer. Utvärderingen visade att kunskapsnivån hos delprojektledarna varierade, brist på information till medborgarna om förändringen skapade frustration hos slutenvårdens personal, prematurt IT-stöd som krånglade och avsaknad av manualer försvårade arbetet, IT-leverantören saknade kapacitet att leverera i tid, otydlighet i rutinen innebar olika tolkningar och en bristande samsyn mellan aktörer, svårighet för primärvården att axla sin nya roll och ansvaret att leda samordningsmötet, avsaknad av personalresurser helger och röda dagar vilket innebar att planering och hemtagning av patienter inte kunde ske sju dagar i veckan. Lärdomen som drogs var att beroendet till IT-leverantören var för stort,

avsaknad av gemensamt ledningsbeslut vilken teknisk lösning som skulle användas för distansöverbyggande möten, behov av tydligare samverkansriktlinjer och rutiner, behov av manualer för IT-stödet och stöd för hur man leder ett samordnat planeringsmöte utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Under denna fas år 2017 påbörjades även förstudier för notifieringstjänster och integrationer. I detta arbete ingick verksamhetsgruppen, IT-gruppen, projektledarna och IT-leverantören. Syftet var att kartlägga utförarnas behov av e-tjänster för mer flexibla arbetssätt och minskad dubbeldokumentation. Behoven studerades och prioriterades. De högst prioriterade behoven gick vidare till IT-leverantören som utredde och presenterade lösnings-/utvecklingsförslag. Detta utmynnade i två förstudierapporter. Projektet valde dock att inte gå vidare med dessa då både Region Norrbotten och länets kommuner påbörjat processen med att byta verksamhetssystem/journalsystem inom en fem till åtta års period.

Steg 5 Modifiering

Under hösten 2017 modifierades prototyperna för nya arbetsprocesser, rutiner och IT-stöd utifrån de resultat som inkommit från piloten som ett led i att kvalitetssäkra det planerade breddinförandet. Projektledarna utformade nya samverkansriktlinjer (8) som sedan godkändes av styrgruppen och länsstyrgruppen för att slutligen beslutas politiskt inom Region Norrbotten och i länets 14 kommuner. Trots att samverkansriktlinjerna är ett styrdokument skrevs dessa utifrån praktisk tillämpning och tämligen detaljerat för att undvika tolkningsproblematik mellan olika aktörer. Prototypen för rutin omarbetades av projektledarna och kvalitetssäkrades via verksamhetsgruppen.

Patientfallsbeskrivningar lades till och vem som ska göra vad och hur det ska göras förtydligades ytterligare (9). Projektledarna fick via styrgruppen fram ett specifikt projektavtal med leverantören för att undvika oklarheter och säkra tidsplaneringen för breddinförandet. Projektledarna fick via styrgruppen fram ett gemensamt beslut för region och kommuner att Skype skulle användas som distansöverbyggande teknisk lösning vid samordnade planeringsmöten på distans. De kunde därigenom tillsammans med IT-leverantören utforma en teknisk lösning i IT-stödet för att enkelt kunna dela specifik möteslänk per patient på ett säkert sätt mellan involverade vård- och omsorgsaktörer. En lathund för handhavandet tog också fram och testades. Styrgruppen tog beslut om att ett för region och kommuner gemensamt utformat utbildningsmaterial skulle tas fram av projektledarna som även skulle utbilda samtliga superanvändare i länet för att erhålla en jämnt hög nivå på kunskapsöverföringen. En manual för "Det goda mötet" togs fram som stöd för utförarna i hur man leder ett vårdmöte utifrån ett personcentrerat synsätt.

Steg 6 Inför breddinförande

Under hösten 2017 lade projektledarna tillsammans med delprojektledare/superanvändare upp en länsplanering för hela breddinförandet i länet. Projektledarna förberedde en utbildningsdatabas med en kopia av hela organisationen för region och kommuner med tillhörande enheter samt fiktiva patienter och elever för samtliga fem närsjukvårdsområden i länet. Detta för att nå en enhetlig verklighetstrogen utbildningsmiljö av hög kvalitet.

Utöver ett läns-gemensamt utbildningsmaterial togs checklistor för chefer fram för att tydliggöra vilket förberedande arbete som respektive chef inom slutenvården, primärvården, kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten behövde ha kunskap om och vad de behövde göra. En specifik chefsinformationsturné genomfördes av projektledarna där chefer på olika nivåer fick en grundlig genomgång av lagrådsremissen, nya samverkansriktlinjerna och rutinen, nya IT-stödets möjligheter och begränsningar och checklistorna. Detta kunskapsbyggande hos chefer kan ses som essentiellt för en implementering. Finns inte chefsstödet nås ingen följsamhet till förändringar. Specifika informationsinsatser genomfördes även till politiken, pensionärsföreningar och olika intresseorganisationer.

Planen var att utbilda superanvändare/delprojektledare i två av de fyra närsjukvårdsområdena under oktober och november 2017 och de övriga två under november och december 2017. De förstnämnda skulle därmed gå i skarp drift med de nya arbetsprocesserna och det nya IT-stödet början av december 2017 och de två senare nämnda i januari 2018 efter heldagarna. Planen var att all utbildning skulle ske i samverkan mellan kommuner och regionens verksamheter per närsjukvårdsområde. Dessvärre meddelade en av de 14 kommunerna att de inte ämnade samverka med regionens verksamheter enligt satt planering varför hela utbildnings- och breddinförandet fick flyttas fram för hela länet till januari och februari 2018. Det är en av nackdelarna projektet sett med kommunernas självstyre.

Breddinförandet började med att under december 2017 genomförde projektledarna en utbildningsturné i hela länet där samtliga kommande utbildare (utsedda superanvändare) utbildades i lag, process, rutin och IT-stödet. I januari och februari 2018 genomförde en superanvändare från kommun och en från regionen tillsammans utbildningar för utförarna inom sitt närsjukvårdsområde. All utbildning skedde gemensamt med representanter för slutenvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst vid varje utbildningstillfälle. Det gjorde att de kunde visualisera gemensamt patientflöde, diskutera varandras roller och ansvar men också vilket informationsbehov som fanns för vem och när i tid. Det gav en ökad förståelse för varandras arbete och öppnade upp för en bättre dialog och ett lärande mellan olika professioner och huvudmän. Viss utbildning i lag, process och rutin skedde i storsal medan IT-delen skedde uteslutande ”hands-on” i datasalar. Totalt utbildades ca en tredjedel av de drygt 7000 utförarna medan ytterligare utförare har utbildas på sina respektive enheter av lokala användarstöd som arbetar på respektive enhet och som fungerar som superanvändarnas förlängda arm.

Under hösten 2017 påbörjades även en förstudie för att identifiera informationsmängden i SIPen och patientens rätt till information från olika aktörer i samband med samordnad planering. Förstudien utmynnade sedan i lösningsförslag för att kunna publicera SIP på 1177.se Journalen för den enskilde som ett led i att stärka dennes delaktighet i sin vård-, stöd- och omsorg. Genom en ökad tillgänglighet till information om vem som är fast vårdkontakt, kontaktuppgifter till samordningsansvarig och vilka insatser/åtgärder som är överenskommet utifrån den enskildes behov ökar tryggheten för den enskilde. Föreslagen lösning realiserades och utvecklades för att testas under sommaren 2018 och driftsätts november 2018. Norrbotten var därmed först ut i landet med att kunna erbjuda patienten sin SIP i digital form via 1177.se Journalen. Däremot har den nationella ombudstjänsten, som medgav åtkomst för utsedd närstående, stängts ned i 1177.se Journalen efter beslut från datainspektionen. Det gör att SIPen inte kan visas för närstående annat än genom att den enskilde själv är inloggad och aktivt väljer att låta närstående ta del av planen. Detsamma gäller förstås för samtliga journalfunktioner i 1177.se Journalen, vilket projektet inte har kunnat påverka.

Steg 7 Breddinförande

I februari 2018 driftsattes de nya arbetsprocesserna kopplat till nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och processen för SIP i öppenvård, nya rutinerna och nya processanpassade IT-stödet i hela Region Norrbotten och i länets samtliga 14 kommuner (hälso- och sjukvård samt socialtjänst). Det gällde både för somatisk och psykiatrisk vård, dock undantaget barn och unga 0-17 år då de hade en tidigare politisk beslutad överenskommelse (Norrbuss) som görs översyn på under 2019.

Strukturerat verksamhetsstöd och systematisk uppföljning

I samband med breddinförandet i skarp drift återupptogs och utökades de tidigare testade länsavstämningarna. Superanvändare i respektive närsjukvårdsområde ledde lokala avstämningsmöten med utförare gemensamt från kommun och region för att dagen efter medverka vid länsavstämningsmöten som projektledarna ledde. Dessa möten skedde med stöd av distansöverbryggande teknik. Under de fyra första veckorna inkom drygt 300 ärenden, varav det flesta gällde IT-stödet och behörigheter och buggar i systemet. Avstämningsarna fungerade återigen som ett lärande och superanvändarna lärde av varandra och projektledarna. Det innebar också en snabb

återkoppling till utförarna. Dessa avstämningar fortsatte varje vecka fram till sommaren 2018, glesades ut till varannan vecka från september till december 2018 och på verksamheternas begäran fortsatt var tredje vecka under 2019 fast projektet övergått i förvaltning. Superanvändarna, som är de samma i projektet som i nuvarande förvaltning, önskar som ett lärande och fortsatt kunskapsbyggande att fortsätta med dessa distansmöten en gång per månad. Styrgruppen beslutade också i april 2019 att gruppen ska vara kvar och mötesformen fortställa under hela 2019 och 2020.

Projektet har systematiskt utvärderats under projekttiden med en fortsättning under Q1 2019. Projektledarna har systematiskt följt följsamheten till de nya processerna genom att studera bland annat kvittenser av inkomna meddelanden på de 30 hälsocentralerna och inom de kommunala verksamheterna varje söndag och röda dagar. Detta för att se om planering och hemtagning sker årets alla dagar så som lagen föreskriver. Vidare har antalet utskrivningsklara dagar patienter ligger kvar på sjukhuset studerats över tid men även hur fördelning av hemskrivning dag 0, 1-3 och efter 4 eller fler dagar ser ut. Antal upprättade SIP, antal pågående SIP, åldersfördelat och fördelat på somatik och psykiatri har studerats. Patientdelaktighet i själva mötet och antal som fått fast vårdkontakt utsedd har också följts över tid. Doktoranden har studerat delaktighet ur ett individperspektiv genom genomförda patient- och närståendeintervjuer (10). Projektledarna (där den ena även varit bihandledare till doktoranden) granskar 250 SIPar från ett stratifierat urval med syfte att utforska dokumentationens innehåll och kvalitet i förhållande till ett personcentrerat förhållningssätt. Även intervjuer med äldre friska medborgare har genomförts för att studera vilka framtida förväntningar och krav friska äldre har gällande vård och omsorg.

De externa följeforskarna har haft till uppdrag att följa och studera styrgruppen och projektledarnas arbete i förhållande till uppdraget och beslutet om EU-medel via Tillväxverket. De har genomfört intervjuer med deltagare i styrgruppen och en workshop för att identifiera hinder och möjligheter för ett framtida lärande vid större innovationsprojekt inom vård och omsorg. För resultat se European Minds slutrapport.

Den seniora forskargruppen (där ena projektledaren ingår) har genom projektet studerat implementeringsprocessen på gruppnivå med stöd av NPT. Enkätundersökning och individuella intervjuer med utförare och fokusgruppsintervjuer med chefer är genomförda. En andra enkät ska inom kort skickas ut till utförare då de nya arbetsprocesserna och IT-stödet nu varit i drift drygt ett år. Detta för att följa implementeringsprocessen över tid för att se om det nya nått en normalisering i det dagliga arbetet.

Det finns en mängd forskning som visar att politiskt beslutade direktiv och bestämmelser inte alltid går att implementera på praktisk utförarnivå (11). Ledningen inom verksamheterna är ofta måna om att kunna visa upp att det finns planer inom de områden som till exempel tillsynsmyndigheter kräver, men dessa planer efterlevs inte alltid och dessutom är de inte sällan bristfälligt förankrade hos medarbetarna. Att hålla planerna löst kopplade blir därför en fördel och ett skydd för organisationen (12). Lösa kopplingar är ibland till last för en organisation men kan även i vissa fall vara till organisationens fördel då de lösa kopplingarna bidrar till flexibilitet och att organisationen är mer mottaglig för förändring och alternativa arbetsmetoder. Vissa planer kopplas löst till organisationen för organisationens egen vinnings skull. Många planer som görs på chefsnivåer skapas för att ge organisationen legitimitet och ett gott rykte. Om planen dock skulle utföras på praktisk nivå så skulle detta försvåra arbetet för organisationen.

När man håller strukturer löst kopplade för att det praktiska arbetet skall få fortgå obehindrat samtidigt som man utåt sett har av ekonomiska eller politiska skäl visat upp andra strukturer för att få legitimitet, pratar man inom nyinstitutionell teori om så kallade frikopplade strukturer (13). Genom de resultat som framkommit i den strukturerade uppföljningen av Min plan projektet och som skett över tid har lathundar reviderats och rutinen förtydligats för att vara praktisk tillämpbara. De politiskt beslutade samverkansriktlinjerna ska revideras under våren 2019 för ytterligare detaljrikedom och minskat

tolkningsutrymme. Detta för att undvika lösa kopplingar och säkra att den vård och omsorg som ges är likabehandlande och jämlik.

Modifiering av de nya arbetsprocesserna har gjorts med anledning av framkomna resultat. Ett exempel är följsamheten till kvittenser av inkomna meddelanden och personalbemanning helger och röda dagar. Uppföljning över tid visade på bristande följsamhet och ökade personalkostnader vilket gjorde att projektledarna föreslog och styrgruppen beslutade att ändra kvittenser och planering från två gånger per dag helger och röda dagar till en gång per dag, medan två gånger kvarstår för vardagar. Det är ett exempel på vikten av strukturerad uppföljning för att nyttja resurser klokt och på rätt sätt men också för att främja en god vård och socialtjänst av god kvalitet för den enskilde.

Steg 8 Projektavslut och övergång till förvaltning

Januari 2019 övergick projektet i förvaltning. För att underlätta övergången har den planerade förvaltningsorganisationen varit involverad i stora delar av projektet. Styrgruppen är den samma för både projektet Min plan och för förvaltningen av dess resultat. Projektledarna har anställts som förvaltningsledare och superanvändarna och användarstöden är de samma. Önskemål från både verksamhet och styrgrupp har framkommit att bibehålla verksamhetsgruppen under 2019 och 2020 i det fortsatta arbetet mot att nå en normalisering av det nya.

Implementering som skett i projektet:

Framtaget underlag för nya "Riktlinjer för samverkan" lämnades till regionstyrelsen samt till socialnämnd/kommunstyrelse i respektive kommun för beslut.

Politiska samverkansgruppen, länsstyrgruppen beslutade om införande av framtagna arbetsätt, införande e-hälso- och välfärdsteknologilösningar samt invånartjänst.

Implementering av arbetsätt har skett via projektet tillsammans med förvaltningsorganisationen för samordnad planering.

Implementering av nya IT-stödet och invånartjänsten har skett via befintlig förvaltningsorganisation för samordnad planering.

Projektresultaten har överlämnats till vidare förvaltning enligt fördelning nedan.

Förvaltning av implementerade arbetsätt och IT-stöd sker via den etablerade förvaltningsorganisationen för samordnad planering som erhållit en av projektledarna framtagna förvaltningsplan för år 2019 för samordnad planering och IT-stödet (gör på årsbasis).

Förvaltning av nya framtagna samverkansriktlinjer sker via förvaltningsorganisationen för samordnad planering och länsstyrgruppen.

Integration mellan VAS-IT-stödet, förvaltas av Länsteknik (IT-avdelning), Region Norrbotten.

Framtida integrationer mellan kommunernas verksamhetssystem och IT-stödet förvaltas av IT-ansvariga i respektive kommun.

Integrationer mellan IT-stödet- 1177.se Journalen (Inera), förvaltas av Tieto. Flera andra regioner/kommuner i Sverige har hört av sig till projektledarna för visat intresse för IT-lösningen av visa SIP på 1177.se. Det har möjlighet att via Tieto, som äger lösningen, ingå avtal för nyttjande av denna. Det innebär att det lokala Tieto kontoret erhållit en starkare position på marknaden för liknande tjänster.

Kommunerna förvaltar respektive verksamhetssystem gentemot respektive leverantör.

Drift och underhåll:

Tieto som leverantör av IT-stödet ansvarar för dess drift och underhåll. Då Region Norrbotten står för huvudavtalet gentemot Tieto för IT-stödet och kommunerna har hängavtal ansvarar Region Norrbotten för att upprätta avtal med leverantören gällande drift och underhåll.

Drift och underhåll gällande invånartjänster sköts av Tieto i samråd med Inera.

Drift och underhåll av implementerade e-hälsolösningar och välfärdsteknologi sköts via förvaltningsorganisationen/Länsteknik för regionens del och via förvaltningsorganisationen/IT-ansvariga för respektive kommun.

Nyttoeffekter:

Socialnämnderna (socialchefer) ansvarar för att hämtar hem nyttan med de förbättrade arbetsätten, IT-stödet och e-hälsolösningar/välfärdsteknologilösningar inom kommunal verksamhet inklusive privata aktörer som bedriver vård, stöd- och omsorg på respektive kommuns uppdrag.

Region Norrbottens ledningsgrupp (divisionsledning tillsammans med regiondirektören) ansvarar för att hämtar hem nyttan med de förbättrade arbetsätten, IT-stödet och e-hälsolösningar/välfärdsteknologilösningar inom regionens verksamheter inklusive vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård på Region Norrbottens uppdrag.

Projektet har bedrivits enligt kvadrupel Helix, med en nära samverkan mellan offentlig sektor, näringsliv, akademi och medborgare vilket också är i linje med Regionala utvecklingsstrategin för framtida utveckling och innovationsarbete.

Steg 9 Fortsatt arbete:

Arbete med fortsatt analys av insamlad data, fortsatt strukturerat stöd till verksamheterna och förvaltning av resultat står på agendan för 2019.

Vi ser en mognad och påbörjad normalisering i verksamheterna. Resultaten från den systematiska uppföljningen och granskningen av SIPar visar att vi uppnått de kvantitativa målen men behöver arbeta vidare med kvalitén på framför allt mötesgenomförandet och själva dokumentationen i SIP. Därför är ett fortsatt kvalitetsarbete planerat att genomföras under 2019 med tjänstedesign som modell för att arbeta användardrivet utifrån patientens behov av information och vilja till delaktighet i sin vård-, stöd- och omsorg.

Spridningsaktiviteter som en del i lärande och kunskapsbyggande är också inbokade under 2019. Det sker genom muntliga-, digitala- och papperspresentationer, utbildningar och nätverkande nationellt och regionalt/lokalt.

Summering:

Projektet Min plan har syftat till att stärka patientens delaktighet i sin vård, stöd och omsorg genom ökad tillgänglighet och flexibilitet med stöd av innovativa lösningar och förändrade arbetsprocesser. Arbetet har utgått från aktuella forskningsresultat från Norrbotten och Normalization Process Theory (NPT) har använts som ramverk vid planering, genomförande och uppföljning.

Framgångsfaktorer har varit; nära samverkan och dialog mellan kommun och region i alla faser av projektet och på alla nivåer, från styrande till utförare men också samverkan mellan offentlig sektor, näringsliv, medborgare och akademi. Stöd i planering, genomförande och uppföljning genom användningen av NPT har starkt bidragit till resultatet. NPT kan med fördel användas som stöd för framtida stora och små utvecklings- och implementeringsprojekt för tekniska lösningar och/eller processförändringar inom hälso- och sjukvårds- samt omsorgsorganisationer. Andra framgångsfaktorer har varit den systematiska uppföljningen och det strukturerade verksamhetsstödet. Sist men inte minst var lärdomarna från piloten ovärderliga för att nå ett lyckat breddinförande.

Resultat 2016-2018

Färre vårddygn

Resultaten från Min plan projektet lät inte vänta på sig, Redan fyra veckor efter breddinförandet av de nya arbetsprocesserna, nya rutiner, roller och ansvar, nya processanpassade IT-stödet och distansöverbyggande teknik minskade antalet vårddygn som utskrivningsklara patienter låg kvar på sjukhuset med 1000 dagar jämfört med snittet per månad som varit under åren 2016 och 2017. Från att ha legat på ett snitt på 1700 utskrivningsklara vårddygn/månad i Norrbotten sjönk snittet till ca 700 utskrivningsklara vårddygn/månad. Räknat på ett år är minskningen 12 000 färre vårddygn vilket motsvarar över 85 miljoner SEK. Minskningen har i sin tur inneburit att vårdplatser lösgjorts och specialiserad vård kan erbjudas de som är i behov av slutenvård. Samtidigt har antalet vårdplatser minskat med anledning av sjuksköterskebrist. Minskningen av vårdplatser hade varit svår att genomföra om inte ett bättre patientflöde hade möjliggjorts.

Patientdelaktighet

Projektet har också genom förändrings- och förbättringsarbetet lyckats flytta 80 procent av de tidigare vårdplaneringsmötena som ägde rum under patientens sjukhusvistelse till att istället äga rum efter utskrivningen. Genom att låta patienten hinna hämta kraft, landa i sin hemmiljö och reflektera över sina resurser och behov ökar dennes möjlighet att orka vara delaktig i planeringen av sin vård-, stöd- och omsorg. Resultatet visar också att patientens delaktighet i själva mötet har ökat med 30 procent under projekttiden, från att ha legat på 49-50 procent under 2017 till att öka till 80 procent under 2018. I vår systematiska granskning ser vi dessutom att det finns bias i 2018 års siffror då nya IT-stödet kräver både en bock i en ruta och patientens namn angivet för att deltagandet ska räknas i rapporten. Vid granskning av samordnade individuella planer (SIP) framkom att det förekommer att rutan inte är i bockad men att patientens namn är angivet och att denne har deltagit i mötet. Således är det faktiska patientdeltagandet högre än 80 procent för hela gruppen patienter 18-120 år. För åldersgruppen 18-64 år är det ingen större skillnad i delaktigheten inom somatisk vård eller psykiatrisk vård. För patienter i åldersgruppen 65-120 år finns det dock en skillnad, där de inom psykiatrisk vård har ett lägre deltagande i det samordnade planeringsmötena jämfört med de inom somatisk vård. Vad detta beror på kräver djupare analys varför resultaten är överlämnade till verksamheterna för vidare arbete mot en jämlik vård.

Upprättade SIP

Resultaten visar att antalet patienter som får en upprättad SIP har ökat. I en revisionsrapport från 2016 kritiserades Region Norrbotten för att många patienter som var i behov av samordnad individuell planering och en upprättad SIP inte erbjöds eller erhöll detta. Statistik från år 2016 visar att 472 SIP upprättades, för år 2017 var siffran 432 upprättade SIP. Dessa år upprättades SIP endast i öppenvården. Under projektperioden mars – december år 2018 upprättades 1625 SIP i öppenvården och efter utskrivning från slutenvården. Den största ökningen ses i åldergruppen 65 år och äldre. Utfallet av de nya arbetsprocesserna, rutinerna, användningen av IT-stödet, distansöverbyggande teknik och e-tjänsten får ses som en kvalitetshöjning av vård och omsorg för den enskilde.

Fast vårdkontakt

Resultaten visar att av de patienter som fått en SIP upprättad har andelen patienter som också erhållit en utsedd fast vårdkontakt ökat. I revisionsrapporten från 2016 kritiserades Region Norrbotten även för att inte ha förankrat konceptet fast vårdkontakt i verksamheterna. Statistik från år 2016 visar att endast 39 procent av patienterna i åldern 18-64 år erhöll en fast vårdkontakt. Motsvarande siffra för de 65 år och äldre var 52 procent. År 2017 var det 32 procent av de mellan 18-64 år och 40 procent av de 65 år och äldre som erhållit en fast vårdkontakt. Resultaten från projektet visar att för perioden mars – december år 2018 hade 76 procent av de mellan 18-64 år och 87 procent av de 65 år och äldre erhållit

en fast vårdkontakt. Även här har en markant kvalitetshöjning skett framförallt sett ur patientperspektivet. Rätten till fast vårdkontakt är densamma för barn, ungdom, vuxen eller äldre. Projektet har synliggjort att skillnader finns. Verksamheterna behöver arbeta vidare med att erbjuda lika förutsättningar för patienter oavsett ålder.

Videomöten

Genom den ökade användningen av distansöverbyggande teknik har både personalens och patientens möjligheter att närvara vid planeringsmöten ökat. Videomöten innebär en lika tillgång till vård och omsorg oavsett var i länet man bor. Videomöten som alternativ mötesform har minskat resandet och därigenom minskat koldioxidutsläppen, sparat restid och minskat resekostnaderna utöver att det ökat tillgängligheten.

SIP på 1177.se Journalen

Genom att utveckla en e-tjänst för att publicera SIP på 1177.se Journalen har den enskildes tillgänglighet till sin plan ökat. Genom att alltid ha tillgång till aktuell information om vem som är fast vårdkontakt och samordningsansvarig men också vad som är överenskommet med alla aktörer och vem som ansvarar för vad ger en trygghet i vardagen på patienten. Under perioden 19 november 2018 till 19 mars 2019 hade 42 unika personer (förstagångsbesök) loggat in och tagit del av sin SIP på 1177.se Journalen. Detta trots att tjänsten inte saluförts i någon större utsträckning. En pressrelease gjordes i samband med driftsättandet som fångades upp och publicerades i flertalet tidningar över landet.

IT-stöd och IT-tjänster

Genom utveckling och implementering av det nya processanpassade IT-stödet, e-tjänst och användning av distansöverbyggande teknisk lösning möjliggörs en säker och tidsenlig informationsöverföring mellan inblandade vård- och omsorgsaktörer och den enskilde/närstående. Det har bidragit till en effektiv och säker samordnad planeringsprocess. Den nya tjänsten bidrar till att öka den enskildes delaktighet och ger en trygghet för den enskilde i sin vård-, stöd- och omsorg.

Projektets upplägg och genomförande har också bidragit till en ökad dialog mellan vård- och omsorgsaktörer och en bättre förståelse för varandras roller och ansvar vilket lett till en ökad tillit till sina vårdgrannar och därigenom bättre följsamhet till processerna.

Mål enligt projektplan

Ett av målen var att inom 24 månader utbilda alla aktiva slutanvändare i de nya arbetsprocesserna inklusive det nya IT-stödet. I mars 2016 fanns det 3500 användare inom socialtjänsten och 1563 användare inom regionens öppenvård samt 5618 användare inom slutenvård, totalt 7181 upplagda aktiva användare i de dåvarande IT-stöden för samordnad planering vid utskrivning och i öppenvården.

Utvärdering: Ca en tredjedel av de 7181 upplagda användarna är utbildade via projektet. Utsedda superanvändare och lokala användarstöd har sedan i sin tur utbildat i olika grad sina kollegor vid respektive enhet. Svårigheten har varit att kunna erbjuda nyanställda och korttidsvikarier utbildning i anslutning till att deras anställning påbörjats. Det nya IT-stödet medger inte uttag av antalet aktiva användare varför exakt siffra inte kan presenteras.

Ett annat av projektmålen var att inom 36 månader ökat andelen upprättade SIP till 100 % för de barn och unga som har behov av en SIP.

Antalet tjejer, killar och andra under 25 år som haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, den specialiserade vuxenpsykiatri och/eller beroendevården mellan 1 jan-15 okt 2014 och erhållit en SIP var 123 personer. Antal som uppskattats ha varit i behov av en SIP men som inte erhållit någon var 142 personer.

Utvärdering: Barn och unga har inte ingått i projektet med anledning av ledningsbeslut att genom externt företag utvärdera den sedan tidigare överenskomna samverkan kring barn och unga mellan

region och kommunerna i Norrbotten (Norrbuss) under våren 2019. Under april 2019 kommer nuvarande processer och behov att kartläggas för att under senare del av 2019 även implementera bl a nya IT-stödet för barn och unga.

Målet var att inom 36 månader ökat den enskildes deltagande i öppenvårdsplaneringen till 80 %, vilket motsvarade ca 2400 individer.

Utvärdering: Genom utveckling och implementering av nya arbetsprocesser, nytt processanpassat IT-stöd och videomöten som alternativ mötesform har den enskildes delaktighet i det samordnade individuella planeringsmötet ökat från ca 50% till dryga 80% under 2018. Effektmålet är uppnått men arbete för fortsatt följsamhet till processen och målen prioriteras under 2019 för att nå en normalisering av det nya i den dagliga verksamheten.

Målet var att inom 36 månader ökat antalet utskrivna SIP till den enskilde och nå en inloggningsfrekvens till SIP via 1177 Vårdguiden på tillsammans 80 %, dvs ca 2400 enskilda tagit del av planen skriftligt eller elektroniskt.

Utvärdering: Då nya IT-stödet inte stödjer statistikuttag gällande utskriftshanteringen kan inte denna parameter följas. Det projektet kan följa är antalet unika inloggningar på 1177.se Journalen. Den statistiken visar att det var 42 unika inloggningar som tagit del av sin SIP digitalt under de första 16 veckorna tjänsten varit i drift.

Målet var att inom 36 månader minska antalet missade/försenat skickade inskrivningsmeddelanden från sjukhusets slutenvård med 100 %. Forskningsintervjuer från 2010 visade att ca 80 % av inskrivningsmeddelandena skickades en till tre dagar sent.

Utvärdering: Vid en tvärsnittsstudie gjord 20190415 vid länets samtliga fem sjukhus granskades inskrivningsdatum kontra datum för skickat inskrivningsmeddelande för de patienter som var inlagda den dagen, oavsett vårdtid. Totalt granskades 200 inskrivningar. Den totala differensen mellan faktiskt inskrivningsdatum och datum när meddelande om att patienten var inskriven skickades för dessa 200 poster var 240 dagar. Snittet för skillnaden mellan faktisk inskrivning och skickat datum för hela länet var 1,2 dagar. Fördelning per sjukhus, se nedan:

Antal poster 200

Differens mellan faktisk inskrivning och skickat datum, totalt antal dagar 240.

Snitt dagar per post 1,2 dagar

Kiruna sjh snitt 0,25 dagar mellan faktiskt inskrivningsdatum och skickat datum, maxvärde 1 dag

Gällivare sjh snitt 1,8 dagar mellan faktiskt inskrivningsdatum och skickat datum, maxvärde 9 dagar

Kalix sjh snitt 0,96 dagar mellan faktiskt inskrivningsdatum och skickat datum, maxvärde 7 dagar

Piteå sjh snitt 0,75 dagar mellan faktiskt inskrivningsdatum och skickat datum, maxvärde 10 dagar

Sunderby sjh snitt 1,5 dagar mellan faktiskt inskrivningsdatum och skickat datum, maxvärde 71 dagar

Av dessa 200 poster var 137 poster skickade dag 0 och 31 poster skickade efter 1 dag. Det ger ett resultat på 84 procent av inskrivningsmeddelande skickades i tid.

Målet var att inom 36 månader minskat antalet utskrivningsklara dagar patienter ligger kvar inom slutenvården med 50 %.

I öppna jämförelser för snitt tid i antal dagar som utskrivningsklara patienter låg kvar på sjukhus var siffran för riket i oktober 2015 16,8 dagar, och för Norrbotten 21,5 dagar och 27,6 dagar för år 2017. Indikatorn som användes i projektansökan visar antalet utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare. Enbart patienter 65 år och äldre ingick. Landstingen mäter tillsammans via SKL förekomsten av patienter som är utskrivningsklara, men utan hänsyn till reglerna om primärkommunernas betalningsansvar.

Utvärdering: snitttiden för hur länge utskrivningsklara patienter låg kvar inom slutenvården mars 2018 – februari 2019 hade sjunkit till 11,73 dagar, en minskning med 72,3 procent jämfört med perioden mars 2017 – februari 2018. Projektmålet är därmed uppnått.

På vilka andra sätt skulle projektets resultat kunna mätas kvantitativt? Har det gjorts och vad blev i så fall resultatet?

Ett flertal andra parametrar har följts och utvärderats, främst för att kunna mäta följsamheten till nya lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, de nya politiskt tagna samverkansriktlinjerna, de nya arbetsprocesserna och användningen av nya IT-stödet. Även data för att kunna följa upp kringeffekter så som förändrade kostnader till följd av de nya processerna har mätts kvantitativt. Delar av denna data är analyserad och redovisas nedan. Resultaten redovisas i en intern slutrapport som ska vara klar senast kvartal 3 2019 och som kommer att redovisas till styrgrupp/länsstyrgrupp och politiska samverkansberedningen.

Följsamheten till nya processerna och de upprättade samverkansriktlinjerna har mätts bland annat genom att följa antal inkomna okvitterade meddelanden per hälsocentral (30st), per socialtjänst (14 st) i respektive kommun samt per kommunal hälso- och sjukvård (14 st) helger och röda dagar. Det har gett ett mått på hur väl verksamheterna lever upp till lagkravet att planering och hemtagning av patient från sjukhuset ska kunna ske årets alla dagar. Statistiken visar att följsamheten var generellt låg under de första månaderna för att sedan bli bättre men med en försämring över jul- och nyårshelgen 2018. För hälsocentralerna fungerar flödet relativt bra, likaså vid kommunernas hälso- och sjukvård. Förmodligen är en starkt bidragande orsak att hälso- och sjukvård har bemanning årets alla dagar. Däremot fungerar det betydligt sämre inom socialtjänsten i flera av länets kommuner. De har kunnat ha upp till 250 okvitterade inkomna meddelanden vid långhelger så som julhelgen. Här har länets kommuner löst bemanningsfrågan på olika sätt, en del bättre och en del sämre. Sammantaget innebär dessa okvitterade meddelanden att planeringen av patientens hemgång från sjukhuset försenas, likväl själva hemgången. Det i sin tur genererar fler utskrivningsklara dagar som patienten blir kvar på sjukhuset.

En annan parameter som följts är antal utskrivna patienter från slutenvården under mån-fre respektive helg/röda dagar. Resultatet visar att 1280 patienter blivit utskrivna under helg/röd dag under tidsperioden 1 februari 2018 – 1 januari 2019. Totalt skrevs 8695 patienter som var föremål för samordnad planering ut under denna period, varav 7415 personer under vardagar. Det gör att 17,3 procent av utskrivningarna skedde under helg/röd dag. Således har verksamheterna implementerat de nya arbetsprocesserna i sina verksamheter där utskrivning ska kunna ske årets alla dagar enligt de nya riktlinjerna.

Det hade varit önskvärt att kunna mäta antal genomförda videomöten men då IT-stödet blandar olika parametrar (i hemmet, på hc, via video, via tel) är inte detta möjligt. Via intervjuer med personal har vi dock fångat att videomöten används i stor utsträckning i några kommuner, liten utsträckning i några och inte alls i två kommuner. Anledningen har uppgetts vara dålig infrastruktur där internetuppkopplingen inte medgett en god kvalitet på både ljud och bild, varför personalen istället valt att använda telefonkonferens för att erhålla en god ljudkvalité vid samordnade planeringsmöten som skett på distans. Oavsett om mötet skett via video eller telefon har patienten aldrig varit ensam på distans. De nya samverkansriktlinjerna reglerar vilken aktör som ska delta tillsammans med patienten och vilka som deltar på distans, beroende på om patienten är hemsjukvårdspatient eller inte.

Projektledarna och delvis seniora forskargruppen kommer att studera antal genomförda möten helg/röda dagar i förhållande till antal genomförda möten mån-fre. Detta för att få ytterligare ett mått på följsamheten till lagkravet men också till de nya arbetsprocesserna. Att kvittera inkomna meddelanden och påbörja den egna planeringen är inte lika krävande tids- och resursmässigt som att faktiskt avsätta tid för att genomföra samordnade planeringsmöten där den enskilde också deltar. Ett annat viktigt mått att studera är antal dagar mellan det att meddelande om att patienten är utskrivningsklar är skickat och skickad kallelse att patienten tackat nej till SIP. Lagen säger att kallelsen ska skickas inom tre dagar från utskrivningsklar är skickat, om inte faller kommunens ev betalningsansvar för utskrivningsklar patient som blir kvar på sjukhuset.

Projektledarna har också begärt in uppgifter från samtliga 14 kommuner gällande antal beviljade korttidsbeslut och kostnader för hemsjukvård samt hemtjänstens baspersonalkostnader för 2017 samt för 2018. Detta för att kunna mäta huruvida kommunernas kostnader har ökat i och med implementeringen av den nya lagen, nya samverkansriktlinjerna, nya arbetsprocesserna och nya IT-stödet. Det är kommunernas representanter i gruppen för test, design och implementering som signalerat att kommunen erhållit höga kostnader relaterat till tidigare hemgång från sjukhuset för patienterna. Denna data ska analyseras under våren 2019. Har vi bara flyttat kostnaderna från en huvudman till nästa? Statistiken visar att snabbare vårdflöden och färre utskrivningsklara dagar på sjukhuset inte har inneburit någon generellt ökad kostnad för kommunerna. Studier av personalkostnaderna för baspersonal i kommunerna visar att sju av fjorton kommuner redovisar en marginell ökning, några redovisar ingen skillnad och några redovisar en minskad kostnad för baspersonal vid jämförelse av åren 2017 före breddinförandet av Min plan och 2018 då breddinförandet skett. Liknande resultat ses även för kostnader av hemsjukvården där fem kommuner visar en liten ökning av kostnader, några oförändrat och några en minskning av kostnader för HSV. Resultatet för antal utförda hemtjänsttimmar visar åtta kommuner en marginell ökning medan sex kommuner redovisar en minskning av utförda hemtjänsttimmar vid jämförelse mellan åren 2017 och 2018.

Även antal oplanerade återinläggningar inom 30 dagar är intressant att mäta över tid. Har det snabbare flödet ut från sjukhuset inneburit att patienterna kommer på retur? En viktig kvalitetsaspekt som ska följas över tid och som sedan flera år tillbaka rapporteras in nationellt.

Den seniora forskargruppen har följt både kvantitativa och kvalitativa variabler genom Normalisation process theory som metod för datainsamling och dataanalys. Syftet är att följa implementeringsprocessen över tid mot en eventuell normalisering. Dessa data analyseras under 2019 och kommer att publiceras därefter.

Resultatspridning

Projektledarna har genom deltagande och presentation vid flera stora nationella konferenser spridit information om projektets genomförande, resultat och lärdomar. Bland annat har de medverkat vid IT-i vården dagen, MVTe mässan och Vårdarenan. De kommer även att presentera projektet vid nordens största e-hälsomässa Vitalis i maj vid två olika sessioner. De har också genom nomineringen till Göta priset (som delas ut till Sveriges bästa utvecklingsprojekt) en plats på Kvalitetsmässan (Europas största konferens och fackmässa om verksamhets- och samhällsutveckling) som äger rum i november 2019 där projektet ska presenteras. Vid samtliga konferenser återfinns EU-loggan med i presentationsmaterialet samt att projektledarna även muntligt redogjort för att projektet är delfinansierat via EUs strukturfonder.

<https://computersweden.event.idg.se/wp-content/uploads/sites/11/2018/12/11.10-sofi-nordmark-karin-sundstrom-cecilia-takte-sa-har-norrbotten-forbattrat-samverkan.pdf>

<https://mvte.se/wp-content/uploads/sites/10/2019/01/Så-har-Norrbotten-förbättrat-samverkan-och-minskat-utskrivningsklara-dagar-Cecilia-Täfte-Sofi-Nordmark-Karin-Sundström.pdf>

<https://www.youtube.com/watch?v=oXaXBqYNg9k>

Doktorand tillsammans med handledare från Luleå tekniska universitet har presenterat resultat från en av doktorandens delstudier i form av en poster vid den internationella forskarkonferensen ICIC i San Sebastian, Spanien.

Vidare har projektledarna och IT-leverantören varit för sig även spridit projektresultat via videomöten med bland annat Region Skåne, Stor Stockholm, Region Uppsala, Västra Götalands Regionen och Region Örebro men även till det nationella utredningsorganet Vårdanalys som arbetar med uppdrag från bl a regering, Socialstyrelsen och SKL samt det privata rådgivningsföretaget Lumell som arbetade

på uppdrag av bl a Stockholms läns landsting och Region Skåne. Även vid dessa sammankomster har EU-loggan funnits med i presentationsmaterialet.

Projektresultaten är presenterade vid digitaliseringskonferens för chefer och beslutsfattare från Norrbottens 14 kommuner där även vikten av den fortsatta förvaltningen av resultat och nytta belystes ur ett ledningsperspektiv.

<https://www.norrbottenskommuner.se/media/2439/digitalisering-2019-02-01-pdf.zip>

Projektledarna har via nationella nätverket för samordnad planering som SKL håller i presenterat projektet, projektgenomförande, resultat och lärdomar från projektet. Liknande presentationer har ägt rum i andra nationella nätverk och projektorganisationer ex Patientkontrakt.

Projektresultat är presenterat vid IT-leverantörens kundträff för övriga kunder till samma IT-stöd.

En pressrelease skickades ut via Region Norrbottens kommunikationsavdelning i samband med driftsättning av tjänsten SIP på 1177.se Journalen. Pressreleasen nådde stor nationell spridning och hamnade i press över hela landet ex Ny teknik, Aftonbladet och Svenska dagbladet.

<http://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressarkiv/Pressmeddelanden-2018/Nu-finns-individuell-plan-pa-1177/>

<https://www.nyteknik.se/digitalisering/nu-kan-patienter-se-sin-varldplan-online-6941076>

<https://www.svd.se/nu-kan-patienter-se-sin-varldplan-online>

<https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/Rx7gd5/nu-kan-patienter-se-sin-varldplan-online>

<https://www.ekuriren.se/nyheter/sverige/nu-kan-patienter-se-sin-varldplan-online-sm4433406.aspx>

I samband med pressreleasen medverkade även projektledarna i lokalradio P4 Norrbotten där de kort berättade för medborgarna om projektet och den nya tjänsten SIP på 1177.se Journalen.

Även en annons om nya tjänsten på 1177.se Journalen publicerades av Region Norrbotten på Facebook riktad till patient/närstående och medborgare.

Delprojektledare och medlemmar från styrgruppen har via sina interna nätverk spridit information om projektet, genomförande, resultat och fortsatt förvaltning. Det har skett muntligt och genom visning av presentationsmaterial till de lokala patientråden som finns i respektive närsjukvårdsområde i länet, ledningsgrupper, personalsammankomster mm.

Spridning har också skett via projektledares och kollegors sociala medier ex via Linked in, Instagram och Facebook.

Kontinuerlig muntlig och skriftlig spridning via projektledare till styrgrupp vidare till respektive verksamhetsområden inom kommuner och region samt via regionstyrelsen rapporter, regiondirektörens veckobrev och andra interna dokument. Även muntlig och skriftlig information till länsstyrgrupp och politiska samverkansberedningen under maj 2019 och för region- och kommunrevisorer från hela landet i juni 2019 inbokat.

Genomgående har projektledarna haft EU-logga på allt material de har presenterat och haft kontroll över. Även muntlig information om att projektet erhållit EU stöd har givits vid presentationer, oavsett målgrupp (patient/närstående, medborgare, hälso- och sjukvårds samt kommunal personal, chefer och beslutsfattare, politiker, forskare).

Material publicerat av personer utanför projektet har ibland saknat EU-loggan, varför projektet varit generös med att dela med sig av genom projektet framtaget material där vi kunnat kontrollera utformningen.

<http://www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Utvecklingssatsningar/Min-plan/Informationsmaterial/>

Lärdomar

Projektet som helhet får anses vara framgångsrikt men det finns flera tydliga förbättringsområden att ta i beaktning inför liknande framtida projekt.

Projektet hade en gedigen evidensbaserad kunskap att utgå ifrån redan vid uppstarten. Den kunskapen byggdes sedan på genom grundläggande processkartläggningar av nuläget och workshops med både personal och chefer. Det har varit en av styrkorna och kommit att påverka utfallet positivt. Genom en bred och djup kunskap och insikt i vad som fungerade bra och vad som fungerade mindre bra eller inte alls, där både hinder och möjligheter identifierades utgick förändrings- och förbättringsarbetet från en gemensam verklighetsförankrad bild av nuläget och stöd för en samsyn i vart man ville nå. Lärdomen är att desto djupare och bredare kunskap som inhämtats om nuläget, visionärt läge och det önskade läget men också att hinder och möjligheter har identifierats, desto större sannolikhet att nå de uppsatta målen. Kunskapen om baseline är nödvändig både för att förstå och kunna lägga resurser på de områden där de som bäst behövs men också för att kunna följa processen och mäta för att leda mot att nå de uppsatta målen. Här har Normalisation process theory varit ett stort stöd genom projektarbetet.

En svårighet i början av projektet som också kom att ta mycket tid i anspråk från projektledarna var att bemanna projektorganisationen. En hög omsättning av personal gjorde att när en arbetsgrupp fanns tillsatt hade hälften av deltagarna slutat i en annan arbetsgrupp. Detsamma med projektledare för den kommunala sidan, där byte skedde flera gånger under första året. Först efter närmare åtta månader började projektorganisationen finnas på plats i sin helhet och en stabilitet i deltagandet infann sig. Lärdomen är att tidigt, helst redan innan projektstart, planera för de personresurser som kommer att krävas. Viktigt att också klargöra vems ansvar detta åligger och vem som har mandat. Det har varit oklart i projektet vilket medfört att det blivit projektledarna som tagit mycket av ansvaret även för personalbemanningen i projekts olika arbetsgrupper.

Precis som de externa följeforskarna har belyst har styrgruppens uppdrag, mandat, roller och ansvar inte varit tydligt kommunicerade i detta projekt. Det fanns en ursprunglig plan för hur gruppens sammansättning skulle se ut och varför. En socialchef per närsjukvårdsområde skulle finnas representerade med rollen att ansvara för att kommunicera med sina socialchefskolegor inom sitt närsjukvårdsområde. Detta har dock inte varit tydligt och samtliga fyra har därmed endast representerat sin egen kommun utan dialog med sina kommungrannar. Den uppgiften har istället delvis fallit på projektledaren från kommunala sidan och på verksamhetsledaren som representerat intresseorganisationen Norrbottens Kommuner. Projektägarens roll har heller inte varit tydlig, likaså för när- och länssjukvårdens representanter. Det har inneburit att beslut har försenats eller inte alls tagits, planerade aktiviteter har fått flyttas fram, projektledarna har tagit på sig mer än vad deras projektuppdrag medgett. Ett annat problem har varit den låga närvaron i styrgruppen. Endast vid två tillfällen under perioden 20160101 – 20181231 har samtliga deltagit. Vanligast förekommande har varit att cirka halva styrgruppen haft frånvaro vid mötet. Fördelar har varit att projektledare och styrgrupp träffats en gång per månad under hela projektiden, vilket inneburit snabb återkoppling och hantering av många ärenden. Lärdomen är att redan vid uppstart av projekt diskutera och besluta vad styrgruppen uppdrag är, vilka mandat de har och vad de olika rollerna är samt vilket ansvar de har. Styrgruppen har tagit till sig av kritiken och en workshop är inplanerad slutet av maj 2019 för att i den nya konstellationen för den fortsatta förvaltningen diskutera, tydliggöra och besluta om ovanstående. Krav på närvaro och informationsansvar för sitt närsjukvårdsområde är två områden som kommer att belysas. Representationen i styrgruppen för fortsatt förvaltning kommer nästan att vara densamma men utökas med samtliga fyra närsjukvårdschefer från att bara ha varit två av dessa. Mötesfrekvensen kommer att kvarstå till en gång per månad under 2019 och 2020. Projektledarna ser även ett behov av att representanterna behöver vara bättre pålästa och även lyfta in egna frågor till mötena. Under

projekttiden är det nästan uteslutande projektledarna som satt agendan och varit föredragande, endast två ärenden har inkommit via någon av representanterna 2016 – 2018.

Kommunernas självstyre skapade problem i projektet. Den planerade massutbildningen och breddinförandet fick göras om då en av de 14 kommunerna bara veckan innan den planerade starten ändrade sig och inte ville samverka med regionen vid de planerade utbildningarna eller acceptera planerat driftdatum. Det gjorde att hela länets planering fick göras om med förskjuten tidsplan som följd. Istället för ett breddinförande under december 2017 kom det att dröja till 28 februari 2018 innan hela länet var utbildat och de nya breddinförda. Det har även varit en stor utmaning i projektet att få 14 självstyrda kommuner och Region Norrbotten att nå en samsyn och gå mot samma mål. Framtagandet av de nya arbetsprocesserna och nya samverkansriktlinjer tog tid, engagemang och många diskussioner innan de slutligen godkändes på ledningsnivå för att sedan slutligen beslutas av politiken i respektive organisation. Lärdomen är att det är viktigt att tidigt bygga tillit mellan parterna för att nå resultat i samverkansprocesserna. Här behöver också roller och ansvar vara mycket tydliga, vem har informationskyldighet till vem, vem har mandat att ta beslut, vem representerar vem. Det är inte projektledarna som ska bära ansvar för dessa delar.

Information är och har varit en av de svåraste sakerna vi arbetar med. Svårigheten att skapa den på rätt nivå för alla i målgruppen, använda ett språk som förstås och att få ut den i rätt tid. Projektet hade fördelen att ha en kommunikatör knuten till projektgruppen, vilket var ett stort stöd under 2016 och 2017. Dessvärre har den resursen inte funnits tillgänglig under 2018. Det har medfört att projektledarna har fått axla även det ansvaret med försenad eller utebliven information till följd, framförallt i samband med breddinförandet men också svårighet att skapa bra presentationsmaterial till spridningskonferenser. Det har blivit lite "learning by doing" där projektledarna till exempel har manussatt, videofilmat och redigerat material. Genom gott samarbete med verksamhetsgruppen, gruppen för test, design och implementering, närsjukvårdschefer och socialchefer har projektet ändå lyckats kommunicera behövlig information till de olika målgrupperna på ett begripligt sätt. Lärdomen är att vid projekt av liknande karaktär rekommenderas starkt att säkra upp en resurs för kommunikation till beslutade målgrupper, då gärna en erfaren kommunikatör. Rätt information i rätt tid till rätt person är en av de viktigaste faktorerna för att lyckas med ett förändrings- och förbättringsarbete och för att nå de uppsatta målen. Att också styra upp och tydliggöra informationskanalerna samt att projektorganisationen tillhandahåller ett enhetligt informationsmaterial till respektive målgrupp för att undvika egenutvecklade varianter med olika tolkningar är av vikt för att nå en samsyn bland involverade verksamheter och medborgare, patienter/närstående.

Engagerade nyckelpersoner i organisationerna som bland annat ingått i verksamhetsgruppen och gruppen för test, design och implementering har betytt otroligt mycket för projektets genomförande och resultat. Att hitta dessa engagerade personer och använda dem som stöd i projektets genomförande men även i den fortsatta förvaltningen ökar möjligheten att lyckas med implementering men också till att nå en normalisering av de nya processerna och IT-stödet i det dagliga arbetet. Dessa personer har varit länken mellan projektledning och utförare i klinik. De har varit välkända i sina respektive organisationer med goda nätverk bland sina medarbetare, de har haft god kännedom om verksamheten, snabba att lära nytt, intresserade och informationsbärande i båda riktningarna. Genom täta regelbundna avstämningsmöten mellan projektledare och dessa två grupper har de känt att de fått stöd i sitt uppdrag samtidigt som det inneburit en strukturerad uppföljning av implementeringen. Ett snabbt informationsflöde, bra dialog, ett lärande mellan varandra, snabb återkoppling och stöd från projektledarna är det dessa nyckelpersoner själva lyft som positiva delar och som borgat för en lyckad implementering. Lärdomen är att även i framtida projekt ha denna verksamhetsförankring och att hitta engagerade nyckelpersoner som verkar som facilitatorer och som kan känna tillit till varandra över verksamhetsgränserna. Det går i samklang med exempelvis den DIO, Diffusion of Innovation Theory (Rogers 1962).

Projektledarnas gedigna kunskap och erfarenhet inom detta och andra områden har varit en klar fördel för projektet då många aktiviteter och beslut kommit att falla på dem på grund av oklara roller i övriga delar av projektorganisationen och ledningen inom de olika organisationerna. Att de kände varandra

och hade tidigare erfarenhet från gemensamma projekt underlättade också. Deras bakgrund som kliniskt verksamma som legitimerad sjuksköterska respektive biståndshandläggare samt god kunskap och mångårig arbetslivserfarenhet från IT-verksamhet har gjort att de kunnat vara både ledare och mer operativa när så har behövts. Det har också inneburit att de hade redan väl etablerade nätverk och var välkända i organisationerna, vilket varit en klar fördel för exempelvis informationsspridning. Den ena är dessutom senior forskare. Lärdomen är att förförståelse för projektområdet och språkbruket i respektive verksamhet och målgrupp, etablerade nätverk och en god samarbetsförmåga är en klar fördel för den som leder ett sort samverkansprojekt.

I detta projekt har samverkan varit essentiell då hela projektet syftat till att stärka den enskildes delaktighet och trygghet i sin vård- och omsorg genom att stödja och säkra samverkan mellan olika aktörer med hjälp av nya arbetsprocesser och tekniska lösningar. Genom att arbetet skett enligt kvadrupel Helix, i nära samverkan mellan offentlig sektor, näringsliv, medborgare och akademi har alla olika perspektiv kunna beaktas i utvecklingsarbetet och vid implementeringen. Att ha forskningsresultaten som grund och även genom projektet fortsatt studera både implementeringsprocessen med stöd av NPT och delaktighet ur ett patientperspektiv har lösningarna som utvecklades verksamhetsnära, praktiskt tillämpbara och stödjande för ett personcentrerat arbetssätt. Ett problem har varit att få tillräckligt med patienter som deltagare för att nå en datamättnad i insamlat material. Även i andra studier har det visat sig svårt att nå och få patienter att delta. Detta kanske med anledning av att de har fokus på att känna sig trygg i sin vardag, att få den vård och omsorg de behöver och bristande ork för att ta sig ytterligare något de måste reflektera över. Många av de patienter som är i behov av en SIP är äldre sköra människor med komplexa behov. En annan orsak till svårighet att nå patienter som deltagare i studierna kan ha varit distansen mellan universitetet och vård- och omsorgsverksamheterna jämfört med den seniora forskargruppens möjlighet att rekrytera deltagare. I den seniora forskargruppen har adjungerade forskare ingått, vilket inneburit att de haft sin grundanställning och verksamhet i Region Norrbotten alternativt Norrbottens Kommuner. De har således varit nära projektarbetet och de verksamheter som varit involverade. Handledare och doktorand har varit anställda vid universitet med sin verksamhet förlagt där vilket inneburit att de inte har haft nämnvärd kontakt med projektorganisationen eller involverade verksamheter. Lärdomen är att tidigt planera för att nå avsedda målgrupper, gärna ta kontakt via patientföreningar och fundera över alternativa lösningar. Finns etablerade nätverk används dessa med fördel då tillit och relationer är en viktig aspekt för att få deltagare till liknande studier. Kanske är det att föredra att huvudhandledaren är adjungerad med en nära koppling till den organisation/verksamhet som ska studeras alternativt att doktoranden är en industridoktorand med anknytning till den organisation/verksamhet som ska studeras. En annan lärdom är att de täta mötena med samverkansgrupperingarna på olika nivåer i organisationerna har gett flera mervärden, bl a har det inneburit en bättre dialog mellan olika aktörer med en ökad förståelse för varandras behov, ansvar och begränsningar som följd. Det har i sin tur stärkt samverkan och samarbetet mellan aktörer och över organisationsgränserna.

Arbetet i projektet har skett både top-down och bottom-up beroende på vad det handlat om för aktiviteter. Att börja med att träffa utförarna och kartlägga deras erfarenheter och lyssna in deras behov för att sedan låta cheferna arbeta vidare med hur ska behoven tillgodoses var ett lyckat koncept. Resultatet blev sedan grunden för hur de nya samverkansriktlinjerna utformades, vilka slutligen kom att beslutas politiskt. Det gjorde att styrdokumentet blev praktiskt tillämpbart för utförarna och verksamheterna gör på liknande sätt vilket innebär att när vi följer upp och mäter följsamheten till processerna så mäter vi samma saker. Det blir inga lösa kopplingar. Andra aktiviteter har vi arbetat tvärt om, exempelvis hela planen för breddinförandet. Där har vi börjat hos ledning och chefer för att sedan förankra det som beslutats hos utförarna. Lärdomen är att ett så stort projekt kräver arbete både top-down och bottom-up för att lyckas leverera lösningar som är praktiskt tillämpbara, säkra och mätbara över tid.

Piloten som genomfördes för att testa de prototypade lösningarna var otroligt värdefull för hela projektets slutresultat. Här kunde de nya processerna testas tillsammans med nya IT-stödet och videomöten i ett tidigt stadium. Då mycket var prematurt var piloten tuff för de testande verksamheterna och resurs- och tålamodskrävande men de var förvarnade om detta och tog därmed

piloten på största allvar. Utvärderingen innebar en hel del modifieringar av samtliga lösningar vilket gjorde att projektet kunde undvika flertalet problem till breddinförandet och nådde en säkrare smidigare implementering. Lärdomen är att det lönar sig att göra en gedigen kartläggning av behoven, bygga prototyper, testa, utvärdera, modifiera, ev testa igen och modifiera ytterligare innan ett breddinförande sker. Breddinförandet genomfördes dessutom i två steg, halva länets verksamheter åt gången. Vilket gjorde att supportresurser och stöd till verksamheterna fungerade smidigt och bra.

Andra svårigheter som varit under projektets gång är att chefsengagemanget i de olika organisationerna varierat. Trots riktade chefsinsatser har det varit skillnader i stöttning, informationsflöden och uppföljning. Det har gjort att följsamheten till de nya processerna och kunskapsnivån varierar bland verksamheternas personal. Lärdomen är att ledningsbesluten måste tydliggöras, likaså ansvarsområden. Delar av våra studier visar att flera av enhetscheferna upplever sig sakna forum för sina frågor och att de inte heller får det stöd de skulle behöva vid liknande större implementeringar för att kunna stötta sin personal .

En annan lärdom är att det tidigt behöver påbörjas planering för övergång från projekt till förvaltning och att man med fördel bör engagera förvaltningsorganisationen redan i projektet. Detta för att få en smidig övergång och inte hamna i ett kunskapsglapp.

Även yttre faktorer har påverkat projektets genomförande. Ett bra exempel är tidigare upprättade och beslutade styrdokument och överenskommelser mellan region och kommuner. Hemsjukvårdsavtalet som beslutades i samband med övergången av hemsjukvården från region till kommunal hälso- och sjukvård år 2013 tillkom när Betalningsansvarslagen (BAL) gällde. BAL är nu mer ersatt av en ny lagstiftning som medfört att arbetsprocesser behövt förändras och att roller och ansvar ser annorlunda ut vid samverkan mellan region och kommun för vissa patienter. De genom projektet upprättade och politisk beslutade samverkansriktlinjerna och detta gamla hemsjukvårdsavtal är delvis motsägelsefulla, vilket innebär att olika verksamheter gör olika tolkningar. Det i sin tur innebär att patienten kan drabbas av försenad utskrivning från sjukhuset eller försenade/uteblivna insatser i hemmet. Projektledarna har lyft problematiken till styrgruppen, länsstyrgruppen och politiska samverkansberedningen men ingen åtgärd är ännu gjord. Det finns behov av att revidera hemsjukvårdsavtalet för att uppdatera det utifrån den nya lagen om samverkan. Lärdomen är att återigen är mandat, informationsskyldighet, ansvar och roller a och o för att få smidiga säkra överenskomna lösningar.

Referenser:

1. Nordmark et al. 2016. **Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory** BMC Medical Informatics and Decision Making 16;1, 48
2. Nordmark, Söderberg, & Skär. 2015. **Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data** Informatics for Health and Social Care, 40;1, 23-44
3. Nordmark, Zingmark, Lindberg. 2015. **Experiences and Views of the Discharge Planning Process Among Swedish District Nurses and Home Care Organizers: A Qualitative Study** Home Health Care Management & Practice 27;3, 108-118
4. Nordmark, S. **Hindrances and Feasibilities that Affect Discharge Planning Perspectives Before and After the Development and Testing of ICT Solutions**. Thesis 2016
5. May et al. 2009. **Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory**. Implementation Science 4:29
6. Nordmark, Sundström, 2017. Rapport utvärdering pilot
<http://www.norrboten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Utvecklingssatsningar/Min-plan/Nyhetsarkiv-Min-plan/Sammanstallning-av-pilotutvardering/>
7. Elf et al. 2018. **The Swedish version of the Normalization Process Theory Measure S-NoMAD: translation, adaptation, and pilot testing**. Implementation Science. 13;146
8. Samverkansriktlinjer: http://www.norrboten.se/publika/lg/utv/min_plan/Samverkansrapport_2018_07_05.pdf
9. Rutin:
<http://www.norrboten.se/publika/lg/verk/HSE/Min%20plan/Inf%c3%b6r%20br%c3%a4ddinf%c3%b6rande/Rutin%20Lifecare%203.2%20bilaga%20samverkansriktlinjer.pdf>
10. Jobe, Lindberg, Nordmark, & Engström. 2018. **The care-planning conference: Exploring aspects of personcentred interactions**, Nursing Open. 5: 120-130
11. Bolman, Lee G och Deal, Terrence (2013). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
12. Eriksson-Zetterquist, Ulla (2009). *Institutionell teori- idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber AB
13. Levin, Claes (2013). *Socialt arbete som moralisk praktik* I: Linde, Stig och Svensson, Kerstin. (red.). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter-Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Författarna och Liber AB