



REGION
KRONOBERG

Per Nordbeck, programledare/projektledare

Karl Raab-Obermayr, programcontroller

per.nordbeck@kronoberg.se

karl.raab-obermayr@kronoberg.se

Slutrapport – pilotprojekt digital anamnes och triage

2021-09-30

www.regionkronoberg.se

Innehåll

Sammanfattning	1
Projektets omfattning	2
Projektets syfte	2
Avvikelser från projektdirektiv	3
Metod	4
1. Metod - mäta	4
2. Metod – identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen	7
3. Metod - beskriva hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient	7
4. Metod - beskriva behov inom projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård	9
5. Metod - samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess	9
6. Metod - jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer	10
Resultat	10
1. Resultat – mäta	10
2. Resultat – identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen	19
3. Resultat - beskriva hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient	29
4. Resultat - beskriva behov för projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård	31
5. Resultat - samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess	35
6. Resultat - jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer	36
Bilaga 1. Förändringar i projektdirektiv	37
Bilaga 2. Beräkningsunderlag - digital anamnes och triage	39
Bilaga 3. Kravmassa - information till fördjupad kravspecifikation	40

Sammanfattning

Pilotprojektet digital anamnes och triage startade september 2020 och avslutas maj 2022. Projektet möjliggör både patientinitierade och vårdgivarinitierade kontakter med digitalt stöd via en upphandlad plattform.

Projektets övergripande syfte är att samla på erfarenheter och lärdomar som kan vara användbara vid etablering av digifysisk vård inom Region Kronoberg.

I projektet ingår vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum inklusive primärvårdsrehab, specialistpsykiatri, folktandvården och delar av sjukhusvården (barn- och ungdomskliniken och kvinnokliniken).

Att genomföra ett pilotprojekt under en pandemi där bland annat en stor del av möten genomförs digitalt har varit en intressant och lärorik resa. Piloten har bidragit till verksamhetsutveckling, innovation och erfarenheter – tack vare engagerade, kloka och kompetenta medarbetare och samarbetspartners.

Kort sammanfattning av utvalda resultat/slutsatser:

- Ett stort intresse omgärdar projektet. Fler verksamheter vill ansluta till pilotprojektet.
- Framgångsfaktorer för att lyckas med etablering av digifysisk vård:
 - 1) förändringsledning - som stödjer utvecklingsresan,
 - 2) behovsstyrd verksamhetsutveckling - där fokus ligger på behov och inte lösning,
 - 3) tillämpat lärande - som stärker förmågan att använda digitalt stöd optimalt.
- Volymer avseende användande av digitalt stöd driver önskade effekter.
- Marknadsföring är en förutsättning för nödvändigt inflöde av invånare/patient till digitalt stöd.
- Större fokus på önskade effekter istället för potentialer.
- Fortsätta att identifiera och etablera arbetssätt som främjar önskade effekter.

Projektets omfattning

Projektet genomförs som ett pilotprojekt under perioden september 2020 till och med maj 2022. Projektet omfattar vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum inklusive primärvårdsrehab. Dessa verksamheter benämns härnäst som vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum i denna slutrapport. Vidare omfattar projektet specialistpsykiatri, folktandvården, barn- och ungdomskliniken samt kvinnokliniken. Verksamheterna har anslutit till projektet med olika startpunkter (se nedan bild).

Bild 1. Verksamheternas anslutning under projektet



Projektets syfte

Det övergripande syftet är att samla på erfarenheter och lärdomar vid etablering av digifysisk vård. Projektet möjliggör detta genom att pilotverksamheterna prövar och övar på nya arbetssätt med digitalt stöd. Projektet har i stor utsträckning ett gemensamt direktiv för samtliga pilotverksamheter. Undantaget är folktandvården som inte omfattas av punkt 1a. Istället omfattas folktandvården av punkt 1e.

Projektdirektiv

1. Mäta
 - a) reducerad kostnad eller frigjord tid för vårdpersonal vid vissa digitala kontakter
 - b) förändring av vårdkontakter i antal och typ
 - c) invånare/patients bedömning av genomförda videomöten
 - d) vårdpersonals bedömning av genomförda videomöten
 - e) frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum
2. Identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen.
3. Beskriva hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient.
4. Beskriva behov inom projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård.
5. Samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess.
6. Jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer.

Avvikelser från projektdirektiv

Utökad omfattning av verksamheter

Ursprungligen planerades projektet att omfatta vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum, specialistpsykiatri samt folktandvården. Projektet utökades under genomförandet och inkluderar även delar av sjukhusvården (kvinnokliniken och barn- och ungdomskliniken). Detta beslutades med syfte att identifiera fler erfarenheter från olika sorters verksamheter, samt pröva och öva på fler arbetssätt med digitalt stöd. I huvudsak avsåg detta att fördjupa underlaget för punkt 5 i projektdirektivet; *samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess*.

Lansering försenad

Tänkt lansering (så kallad ”go live”) var september 2020. Med anledning av bland annat covid-19 försenades lanseringen till november 2020.

Förtida leveranser av rapporter

Projektet omfattar perioden september 2020 till och med maj 2022. Regiondirektörens ledningsgrupp har beslutat om förtida leveranser under projektperioden avseende punkt 5 i direktivet, *samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess*. En delrapport levererades under april 2021. Vidare har regiondirektörens ledningsgrupp beslutat om förtida leverans av slutrapport innan projektperiodens slut (maj 2022), varför denna rapport upprättas under september 2021.

Ytterligare avvikelser från projektdirektiv

Under projektets genomförande har projektdirektivet utvecklats iterativt. Dessa förändringar beskrivs i bilaga 1 (*Förändringar i projektdirektiv*).

Metod

1. Metod - mäta

Projektet har tagit fram mätetal och mått tillsammans med de ursprungliga pilotverksamheterna. Dessa har till viss del vidareutvecklats under projektets genomförande för att bland annat harmonisera med handlingsplanen för digifysisk vård. Mätningarna har genomförts från det att den första pilotverksamheten lanserades, den 25 november 2020, till och med den 1 september 2021.

Avgränsning

Projektets resurser har dimensionerats utifrån de ursprungliga pilotverksamheterna. Mätningar genomförs därför för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum, specialistpsykiatri samt folktandvården. Barn- och ungdomskliniken samt kvinnokliniken inkluderas därmed inte i resultatet avseende punkt 1 i direktivet.

1.1 Metod – reducerad kostnad eller frigjord tid för vårdpersonal vid vissa digitala kontakter

För att beskriva reducerad kostnad eller frigjord tid för vårdpersonal vid vissa digitala kontakter utgår projektet från effekthemtagningspotentialer, vilka formuleras i handlingsplanen för digifysisk vård (aktuell version för september 2021) samt data från registrerade aktiviteter inom aktuell plattform. Projektet mäter följande:

1.1.2 Frigjord tid för vårdpersonal vid automatiska egenvårdsråd

- **Data från aktuell plattform:** Volymer av patientinitierad asynkron kommunikation i form av chatsessioner. Med chatsession avses en serie av meddelanden som skickas mellan vårdpersonal och invånare/patient.
- **Potential i handlingsplan för digifysisk vård:** Automatisk egenvård

Beskrivning

I handlingsplanen för digifysisk vård beskrivs automatiska egenvårdsråd som en potential vilken kan frigöra tid för vårdpersonal. Automatiseringen innebär i stort att egenvårdsråden inte förutsätter aktiviteter av fysisk vårdpersonal. Det är det digitala stödet som genererar och kommunicerar egenvårdsråd baserad på invånare/patients anamnes.

I projektet har endast semiautomatiserade egenvårdsråd praktiserats, beroende på begränsad funktionalitet i aktuell plattform. Semiautomatiserade egenvårdsråd innebär att egenvårdsrådet inte kommuniceras automatiskt, utan skickas som asynkront meddelande av fysisk vårdpersonal. Denna rutin frigör sannolikt mindre tid för vårdpersonal.

Eftersom handlingsplanen för digifysisk vård anger en etablering av automatiska egenvårdsråd, har inte projektet genomfört vidare analyser avseende effekten av semiautomatiserade egenvårdsråd, då en sådan funktionalitet sannolikt inte kommer att implementeras. Projektet har istället beslutat att utgå från antal egenvårdsråd, oavsett om dessa är semiautomatiserade, och presenterar med stöd av dessa ett resultat utifrån handlingsplanens potentialer.

Avgränsning

Arbets sättet praktiseras endast inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum. Därmed exkluderas övriga pilotverksamheter från denna mätning.

1.1.2 Reducerad kostnad vid videomöten

- **Data från aktuell plattform:** Volymer av genomförda videomöten.
- **Potential i handlingsplan för digifysisk vård:** Virtuella vårdcentraler

Avgränsning

Endast vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum samt specialistpsykiatri omfattas av handlingsplanen för digifysisk vård avseende reducerad kostnad vid videomöten. Därmed exkluderas folktandvården från denna mätning.

1.1.3 Tidslängd för videomöten

- **Data från aktuell plattform:** Volymer av genomförda videomöten. Tidslängd för dessa videomöten, det vill säga när kameran startas och när den stängs av.
- **Potential i handlingsplan för digifysisk vård:** Finns ej

1.1.4 Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar videomöte via automatisk anamnes och triage

- **Data från aktuell plattform:** Volymer av invånare/patient som fyller i automatisk anamnes, automatiskt triageras till lämplig vårdresurs och bokar tid för videomöte.
- **Potential i handlingsplan för digifysisk vård:** Automatisk egenvård och webbtidbok

Avgränsning

Arbets sättet praktiseras endast inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum för invånare/patient som triageras till psykosocial resurs. Därmed exkluderas övriga verksamheter och professioner från denna mätning. För denna beräkning exkluderas eventuell frigjord tid för vårdpersonal vid videomöten, i avsaknad av sådan data.

1.1.5 Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar fysiskt möte via automatisk anamnes och triage

- **Data från aktuell plattform:** Volymer av invånare/patient som fyller i automatisk anamnes, automatiskt triageras till lämplig vårdresurs och bokar tid för fysiskt möte.
- **Potential i handlingsplan för digifysisk vård:** Automatisk egenvård och webbtidbok

Avgränsning

Arbets sättet praktiseras endast inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum för invånare/patient som triageras till fysioterapeut. Därmed exkluderas övriga verksamheter och professioner från denna mätning.

1.2 Metod – förändringar av vårdkontakter i antal och typ

För att studera eventuella förändringar av vårdkontakter i antal och typ inhämtar projektet data från:

1) aktuell plattform, Visiba Care, genom applikationen Min vård Kronoberg

I aktuell plattform finns en rapportmodul som producerar data från aktiviteter inom plattformen. Exempelvis tillhandahåller modulen antal vårdkontakter, typ av vårdkontakt och vårdkontaktens längd.

2) kontaktvägarna TeleQ, 1177 webbtidbok, 1177 telefonrådgivning och 1177 e-tjänst

Data från TeleQ inhämtas från rapportmodulen i systemet Aurora. Data från 1177 inhämtas från Inera.

1.3 Metod – invånare/patients bedömning av genomförda videomöten

Invånare/patients bedömning av genomförda videomöten inhämtas via automatiserad frågeställning inom aktuell plattform. Efter avslutat videomöte erbjuds invånare/patient att svara på följande frågor om upplevelsen.

- Hur upplevde du bildkvaliteten på videosamtalet?
- Skulle du rekommendera någon du känner att göra ett videobesök?
- Är du nöjd med videobesöket?

Invånare/patient besvarar frågorna utifrån en skala från ett till fyra. Svartalernativet fyra innebär att invånare/patient är mycket nöjd och svartalernativ ett innebär att invånare/patient är mycket missnöjd.

1.4 Metod – vårdpersonalens bedömning av genomförda videomöten

Vårdpersonalens bedömning av genomförda videomöten inhämtas via automatiserad frågeställning inom aktuell plattform. Efter avslutat videomöte erbjuds vårdpersonalen att svara på följande fråga om upplevelsen.

- Hur upplevde du kvalitén på videosamtalet?

Vårdpersonalen besvarar frågan utifrån en skala från ett till fyra. Svartalernativet fyra innebär att vårdpersonalen är mycket nöjd och svartalernativ ett innebär att vårdpersonalen är mycket missnöjd.

1.5 Metod – frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum

Frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum beräknas genom att inhämta data avseende antal genomförda videomöten för tandkontroller av 1- och 2-åringar i aktuell plattform, tidslängd för dessa videomöten samt folktandvårdens analys avseende skillnad i tidslängd mellan fysiskt möte och videomöte.

2. Metod – identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen

För att identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen utgår projektet från observationer och erfarenheter från pilotverksamheterna samt program-/projektledning.

3. Metod - beskriva hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient

Projektet har beslutat att utgå från Ineras beskrivningar av hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient med digitalt stöd. Vidare har projektet beslutat att följa samma modell som Inera avseende att beskriva tillgänglighet med digitalt stöd utifrån ett ekonomiskt perspektiv (*Björn Ekman – Utvärdering av digital vårdmodell, 2017*).

Projektet har vidare inhämtat data från:

1) aktuell plattform, Visiba Care, genom applikationen Min vård Kronoberg

I aktuell plattform finns en rapportmodul som producerar data från aktiviteter inom plattformen. Exempelvis tillhandahåller modulen antal vårdkontakter, typ av vårdkontakt och vårdkontaktens längd.

2) kontaktvägarna TeleQ, 1177 webbtidbok, 1177 telefonrådgivning och 1177 e-tjänst

Data från TeleQ inhämtas från rapportmodulen i systemet Aurora. Data från 1177 inhämtas från Inera.

Projektet utgår även från observationer och erfarenheter från pilotverksamheterna samt program-/projektledning.

Metod - beräkning av kostnad för invånare/patient

Björn Ekman, docent i hälsoekonomi vid Lunds universitet, har tagit fram en modell för jämförelse mellan traditionell vårdmodell och digital vårdmodell (*Utvärdering av digital vårdmodell, 2017*). Ekman beskriver tillgängligheten för invånare/patient utifrån ett ekonomiskt perspektiv, där så kallad förlorad arbetstid för invånare/patient omsätts till kostnader. Principen för denna metod är att en högre tillgänglighet genererar lägre kostnader för invånare/patient. Ekman beskriver att den digitala vårdmodellen genererar en lägre kostnad för invånare/patient. Med digital vårdmodell avses videomöten. Med traditionell vårdmodell avses fysiska möten. Kostnadsdata för de båda vårdmodellerna har sammanställts för att få fram ett mått i kronor för respektive mötesform (se tabell 1 nedan).

Projektledare och programcontroller har valt att ersätta viss data (patientavgift och genomsnittslön) i Ekmans modeller med data som är mer relevant för Region Kronoberg.

Invånare/patients kostnader

Kostnader för invånare/patient är uppdelade i direkta kostnader, indirekta kostnader och intangibla kostnader. Direkta kostnader för invånare/patient avser patientavgiften. Indirekta kostnader för invånare/patient avser; väntetid, behandlingstid, restid och resekostnad. Intangibla kostnader för invånare/patient avser smärta/obehag. Dessa har inte inkluderats i beräkningen, då Ekman menar att det saknas tillförlitligt underlag.

Direkta kostnader

Projektledare och programcontroller har valt att utgå från den lägsta kostnaden för patientavgift inom Region Kronoberg, det vill säga 100 kr för både videomöte och fysiskt möte.

Indirekta kostnader

Ekman menar att väntetiden inte går att uppskatta för det fysiska besöket på en vårdcentral. I vissa fall kan inte kontakt etableras med vårdcentralen samma dag som invånare/patient initierar kontakten. Detta kan bero på högt söktryck för aktuell vårdcentral, vilket leder till att invånare/patient hänvisas till ny kontakt kommande dagar. Det kan medföra att den faktiska väntetiden förlängs, men är svår att mäta. Dessutom tillkommer eventuella väntetider på den fysiska vårdcentralen. Ekman väljer därför att uppskatta väntetiden till 30 minuter för både videomöte och fysiskt möte.

Ekman utgår från att den genomsnittliga behandlingstiden för ett fysiskt möte på en vårdcentral uppgår till 24 minuter (*Vårdanalys, 2015*). Motsvarande tid för ett videomöte uppskattas till 15 minuter. Att resa till och från vårdcentralen för ett fysiskt möte uppskattas till 30 minuter. Det uppstår vidare en direkt kostnad för resan som uppskattas till 100 kr. Resetiden och resekostnaden för ett digitalt möte värderas till noll kronor.

För att beräkna kronobergarens indirekta kostnader har projektet valt att utgå från medelbruttolönen i södra Sverige enligt Statistiska centralbyrån (SCB), vilket motsvarar 221 kr/timme.

Intangibla kostnader

Ingen värdering för smärta och obehag inkluderas i beräkningen.

Summering av kostnader för invånare/patient

Nedan tabell summerar kostnader för invånare/patient utifrån båda vårdmodellerna. Tabellen påvisar att ett videomöte reducerar kostnaden för invånare/patient med 244 kr i jämförelse med ett fysiskt möte.

Tabell 1. Kostnader för invånare/patient

Kategori		Videomöte (kr)	Fysiskt möte (kr)	Differens (kr)
Direkta kostnader	Avgift	100	100	0
	Total	100	100	0
Indirekta kostnader	Väntetid	111	111	0
	Behandlingstid	55	89	-33
	Resetid	0	111	-111
	Resekostnader	0	100	-100
	Total	166	410	-244
Intangibla kostnader	Obehag/smärta	0	0	0
	Total	0	0	0
Total		266	510	-244

Avgränsning

Ekmans modeller omfattar endast primärvården. Därmed exkluderas övriga verksamheter från denna beräkning.

4. Metod - beskriva behov inom projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård

För att beskriva behov inom projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård, utgår projektet från observationer och erfarenheter från pilotverksamheter samt program-/projektledning.

5. Metod - samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess

Underlag till kravmassa har inhämtats via två källor:

- Underlag som formulerats och/eller inhämtats från pilotverksamheter under projektet.
- Kontrolldata i form av kravmassa som formulerats av Region Gävleborg.

Underlag från verksamheten inhämtas kontinuerligt under projektet. Underlaget bygger på information från:

- Pilotprojektdirektiv
- Risk- och konsekvensanalyser
- Behov som identifierats av pilotverksamheterna
- Utvecklingsförslag som inkommit från pilotverksamheterna
- Felanmälningar som inkommit från pilotverksamheterna

Projektet har även tagit del av Region Gävleborgs kravunderlag inför upphandling av digitalt stöd för digital anamnes och triage. Denna kravmassa har inarbetats i underlaget för att komplettera information som inhämtas från pilotverksamheterna.

Kravmassans struktur

Underlaget är strukturerat utifrån tre huvudkategorier, 1) metadata, 2) funktionella kravområden samt 3) funktionella delområden. Metadata består bland annat av källan till underlaget. Funktionella kravområden består av övergripande kategorier av krav. Funktionella delområden består av en högre detaljeringsnivå inom respektive funktionellt kravområde.

6. Metod - jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer

Projektledare och verksamhetsutvecklare digitalisering har tagit fram en utvärderingsmodell avseende digitalt stöd för vaccinationer. Den består av tre huvuddelar som var och en för sig och tillsammans skapar förutsättningar för utvärdering av bokningsförfarandet inom respektive plattform.

1. Beläggningsgrad
2. Antal supportsamtal vid bokning
3. Antal uteblivna besök

Projektledare bedömer att ett intuitivt och enkelt bokningsförfarande sannolikt skapar en högre beläggningsgrad.

Antal supportsamtal kan ge indikationer på hur användare uppfattar bokningsförfarandet. Det är inte med nödvändighet så att många eller få supportsamtal ger tydliga signaler om bokningsförfarandets upplevda kvalitet. Däremot kan orsaken till supportsamtalen ge indikationer på om någon del i bokningsförfarandet har upplevts utmanande. Därför har projektet dokumenterat och kategoriserat orsaken till supportsamtalen och skapat förutsättningar för sådana slutsatser.

Slutligen kan antal uteblivna besök ge indikationer på om bokningsförfarandet, med exempelvis automatiserade påminnelser, skapar tillräckliga förutsättningar för att den som vaccineras kommer på utsatt tid och är rätt förberedd.

Resultat

1. Resultat – mäta

Som denna rapport tidigare har beskrivit är mätperioden från den 25 november 2020 till och med den 1 september 2021. Projektet avslutas först den 25 maj 2022. Projektledare bedömer att resultat för digifysiska utvecklingsprojekt utvecklas positivt över tid. Erfarenheter från tidigare projekt inom regionen och vänregioner visar på en utvecklingskurva som pekar uppåt över tid avseende exempelvis användande av digitalt stöd. I vissa fall förekommer även exponentiella utvecklingskurvor. Det tar med andra ord viss tid att etablera nya arbetssätt, att skapa nya vanor samt att vidareutveckla dessa. Resultatet bör därför betraktas som en ögonblicksbild över status fram till den 1 september 2021 och berättar i begränsad omfattning om ett möjligt slutresultat.

Beräkning av årsresultat

Nedan resultat presenteras dels utifrån den faktiska mätperioden (cirka 9 månader), men även utifrån ett årsperspektiv (12 månader). Den sistnämnda beräkningen utgår från den genomsnittliga volymen av kontakter under mätperioden multiplicerad med 12. Den genomsnittliga volymen beräknas från det att verksamheter har använt plattformen i en månad till mätperiodens slut.

1.1 Reducerad kostnad eller frigjord tid för vårdpersonal vid vissa digitala kontakter

1.1.1 Frigjord tid för vårdpersonal vid automatiska egenvårdsråd

Tabell 2. Frigjord tid för vårdpersonal vid automatiska egenvårdsråd för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Frigjord tid/profession	Antal egenvårdsråd	Frigjord tid – timmar (mätperioden)	Frigjord tid - timmar/år
Sjuksköterska/Distriktssköterska	333	33	55
Läkare	1	0	0
Psykosocial resurs	0	0	0
Fysioterapeut	0	0	0
Ärende saknar angiven profession	11	1	2
Övriga	6	1	1
Total	351	35	58

Sammanfattning

Resultatet bekräftar antaganden i handlingsplanen för digifysisk vård som beskriver att automatiska egenvårdsråd framförallt har potentialen att frigöra tid för sjuksköterska/distriktssköterska (33 timmar).

Beräkning

Handlingsplanen för digifysisk vård beskriver antagande om att 20% av patientinitierade kontakter leder till egenvårdsråd. Inom mätperioden uppmättes 1757 patientinitierade kontakter inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum, varav 351 kontakter därmed antas vara kontakter som avslutats med ett egenvårdsråd.

- 1757 patientinitierade kontakter via asynkron kommunikation x 20% egenvårdsråd = 351 egenvårdsråd under mätperioden
- 351 egenvårdsråd x 6 minuter/samtal = 35 timmar har frigjorts under mätperioden

1.1.2 Reducerad kostnad för vissa professioner vid videomöten

Vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Tabell 3a. Reducerad kostnad för vissa professioner vid videomöten för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Profession	Antal videomöten	Reducerad kostnad (tkr) (mätperioden)	Reducerad kostnad/år (tkr)
Sjuksköterska/Distriktssköterska	87	55	75
Läkare	58	36	45
Psykosocial resurs	150	94	161
Övriga	12	8	3
Total	307	193	284

Sammanfattning

Resultatet påvisar att psykosociala resurser har genomfört flest videomöten (150 st), och har följaktligen högst reducerad kostnad (94 tkr), inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum.

Beräkning

- $307 \text{ videomöten} \times (1569 \text{ kr fysiskt besök} - 941 \text{ kr videomöte}) = 193 \text{ tkr under mätperioden}$

Specialistpsykiatri

Tabell 3b. Reducerad kostnad för vissa professioner vid videomöten för specialistpsykiatri

Profession	Antal videomöten	Reducerad kostnad (tkr) (mätperioden)	Reducerad kostnad/år (tkr)
Psykiatrijuksköterska	73	46	87
Psykolog	28	18	41
Läkare	6	4	71
Arbetsterapeut	53	33	36
Psykoterapeut	29	18	8
Övriga	21	13	27
Total	210	132	270

Sammanfattning

Resultatet påvisar att psykiatrijuksköterska har genomfört flest videomöten (73 st), och har följaktligen högst reducerad kostnad (46 tkr), inom specialistpsykiatri.

Beräkning

- $210 \text{ videomöten} \times (3606 \text{ kr fysiskt besök} - 2164 \text{ kr video}) = 132 \text{ tkr under mätperioden}$

Övergripande sammanfattning

Resultatet påvisar att kostnaden totalt har reducerats med 324 tkr under mätperioden, för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum samt specialistpsykiatri. Kostnadsreduceringen kan relateras till antalet genomförda videomöten för ytterligare beskrivning. Under mätperioden har 517 videomöten genomförts inom aktuella pilotverksamheter. Det innebär cirka 57 videomöten i månaden för fyra verksamheter under mätperioden.

1.1.3 Tidslängd för videomöten

Vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Tabell 4a. Genomsnittstid avseende videomöten för vårdcentralerna Lammhult, Centrum och Dalbo under mätperioden

Profession	Samtliga videomöten		Patientinitierade videomöten		Vårdgivarinitierade videomöten	
	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)
Sjuksköterska/Distriktssköterska	87	14	44	18	43	10
Läkare	58	15	19	16	40	14
Psykosocial resurs	150	35	125	35	25	31
Övriga	11	7	1	3	10	8
Total	307	24	189	29	118	16

Sammanfattning

Resultatet påvisar att genomsnittstiden för samtliga videomöten inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum var 24 minuter. Läkare och sjuksköterskor har en likvärdig genomsnittstid på 15 respektive 14 minuter. För psykosocial resurs var genomsnittstiden 35 minuter. Resultatet påvisar att vårdgivarinitierade videomöten inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum har en lägre genomsnittstid (16 minuter) jämfört med patientinitierade videomöten (29 minuter).

Specialistpsykiatri

Tabell 4b. Genomsnittstid avseende videomöten för specialistpsykiatri under mätperioden

Profession	Samtliga videomöten		Patientinitierade videomöten		Vårdgivarinitierade videomöten	
	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)
Psykiatrisjuksköterska	73	32	11	40	62	30
Psykolog	28	43	2	27	26	44
Läkare	6	35	5	41	1	12
Arbeterapeut	53	28	0	0	53	28
Psykoterapeut	29	45	9	40	20	47
Övriga	21	23	1	19	20	22
Total	210	33	28	38	182	33

Sammanfattning

Resultatet påvisar att genomsnittstiden för videomöten inom specialistpsykiatri var 33 minuter.

Folktandvården

Tabell 4c. Genomsnittstid avseende videomöten för folktandvården under mätperioden

Profession	Total		Patientinitierade videomöten		Vårdgivarinitierade videomöten	
	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)	Antal videomöten	Genomsnittlig tid per videomöte (minuter)
Tandsköterska	56	11	12	8	44	10
Tandläkare	81	11	52	7	29	15
Övriga	84	9	0	0	84	9
Total	221	10	64	8	157	11

Sammanfattning

Resultatet påvisar att genomsnittstiden för videomöten inom folktandvården var 10 minuter. Därmed har folktandvården lägst genomsnittstid för videomöten av samtliga pilotverksamheter.

Övergripande sammanfattning

Resultatet påvisar en mindre skillnad i genomsnittstid mellan patientinitierade (38 minuter) och vårdgivarinitierade videomöten (33 minuter) för specialistpsykiatri, i jämförelse med videomöten genomförda inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum (29 minuter respektive 16 minuter).

Projektledare bedömer att utfallet av samtliga mätningar avseende tidslängd för videomöten möjligen kan ge stöd för planering och schemaläggning vid etablering av digifysisk vård. Projektledare rekommenderar fördjupad uppföljning om bland annat kontaktorsak korrelerar med tidslängd för videomöten, vilket kan ge ytterligare underlag vid planering.

1.1.4 Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar videomöte via automatisk anamnes och triage

Tabell 5. Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar videomöte via automatisk anamnes och triage för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Frigjord tid/profession	Antal videomöten	Frigjord tid – timmar (mätperioden)	Frigjord tid - timmar/år
Psykosocial resurs	125	33	58
Total	125	33	58

Sammanfattning

Resultatet påvisar att totalt 33 timmar har frigjorts för psykosocial resurs inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum under mätperioden.

Beräkning

- 125 patientinitierade videomöten x (10 minuter bokning + 6 minuter anamnesupptagning) = 33 timmar har frigjorts under mätperioden

1.1.5 Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar fysiskt möte via automatisk anamnes och triage

Tabell 6. Frigjord tid för vårdpersonal när invånare/patient bokar fysiskt möte via automatisk anamnes och triage för vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum

Frigjord tid / profession	Antal fysiska besök	Frigjord tid – timmar (mätperioden)	Frigjord tid - timmar/år
Fysioterapeut	178	47	68
Total	178	47	68

Sammanfattning

Resultatet påvisar att totalt 47 timmar har frigjorts för fysioterapeut inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum under mätperioden.

Beräkning

- 178 bokningar av fysiskt besök x (10 minuter bokning + 6 minuter anamnesupptagning) = 47 timmar har frigjorts under mätperioden

1.2 Förändring av vårdkontakter i antal och typ

Projektet presenterar ett urval av frekvensbeskrivningar från mätperioden i nedan stycken. Fullständiga data återfinns i bilaga 2 (*Beräkningsunderlag - pilot digital anamnes och triage*).

Kontakttyper varierar mellan pilotverksamheter

Under mätperioden genomfördes totalt 4727 unika kontakter via aktuell plattform. Kontakttyp varierar mellan pilotverksamheterna beroende på varierande erbjudande och utbud mellan pilotverksamheterna. Vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum har exempelvis etablerat stöd för automatisk anamnesupptagning och triage, vilket inte är fallet inom folktandvården.

Tabell 7. Totalt antal kontakter och typ av kontakt/pilotverksamhet under mätperioden

Verksamhet	Antal asynkron kommunikation	Antal videomöte	Antal fysiskt möte	Totalsumma
Folktandvården	5	221		226
Specialistpsykiatri	271	210		481
Vårdcentral Centrum	1261	130	134	1525
Vårdcentral Dalbo	773	59	23	855
Vårdcentral Lammhult	340	118	1182	1640
Totalsumma	2650	738	1339	4727

Sammanfattning

Tabellen ovan påvisar att vårdcentralen Lammhult har haft flest kontakter. Det beror delvis på att Lammhult, till skillnad från övriga vårdcentraler, har etablerat stöd för bokningar avseende egenprovtagning för covid-19. Dessa bokningar (1154 stycken) står för en betydande andel av Lammhults kontakter.

Resultatet påvisar vidare en varians avseende fördelning av kontakter inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum, vilket kan vara intressant eftersom dessa verksamheter har haft samma erbjudande och utbud (undantag för egenprovtagning avseende covid-19). Exempelvis har vårdcentralen Centrum en högre volym av asynkron kommunikation i jämförelse med övriga vårdcentraler. Projektledare kan inte dra några slutsatser av denna differens, men rekommenderar en fördjupad uppföljning som eventuellt kan bidra vid etablering av digifysisk vård.

Initiativtagare till kontakt

Inom aktuell plattform kan både invånare/patient och vårdgivare initiera kontakt.

Tabell 8. Totalt antal kontakter och initiativtagare till kontakt/verksamhet under mätperioden

Verksamhet	Invånare/patient	Vårdgivare	Totalsumma
Folktandvården	64	162	226
Specialistpsykiatri	292	189	481
Vårdcentral Centrum	1449	76	1525
Vårdcentral Dalbo	805	50	855
Vårdcentral Lammhult	1598	42	1640
Totalsumma	4208	519	4727

Sammanfattning

Resultat påvisar att under mätperioden var 89% (4208 stycken) av alla kontakter patientinitierade och 11% (519 stycken) vårdgivarinitierade. Resultatet påvisar vidare en varians avseende initiativtagare till kontakt mellan pilotverksamheterna. För folktandvården påvisar resultatet överhängande vårdgivarinitierade kontakter, vilket sannolikt beror på att erbjudande och utbud för denna verksamhet har haft fokus på att etablera stöd för just sådana kontakter. För övriga verksamheter påvisar resultatet överhängande patientinitierade kontakter.

Trender under mätperioden tyder på att de vårdgivarinitierade kontakterna ökar inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum under projektets genomförande. Resultatet beror sannolikt på att användandet av digitalt stöd ökar med tiden parallellt med att kunskap om stödet och tillämpat lärande samtidigt ökar.

Tabell 9. Andel avseende initiativtagare till videomöte/verksamhet under mätperioden

Verksamhet	Invånare/patient	Vårdgivare
Folktandvården	29%	71%
Specialistpsykiatri	13%	87%
Vårdcentral Centrum	58%	42%
Vårdcentral Dalbo	36%	64%
Vårdcentral Lammhult	78%	22%
Totalsumma	38%	62%

Sammanfattning

Resultatet påvisar en varians avseende initiativtagare till videomöte mellan pilotverksamheterna. En sådan varians kan delvis förklaras av olika erbjudande och utbud mellan pilotverksamheterna.

Inom folktandvården och specialistpsykiatri redovisas överhängande vårdgivarinitierade videomöten, vilket sannolikt beror på att erbjudande och utbud för dessa verksamheter har haft fokus på att etablera stöd för just sådana kontakter.

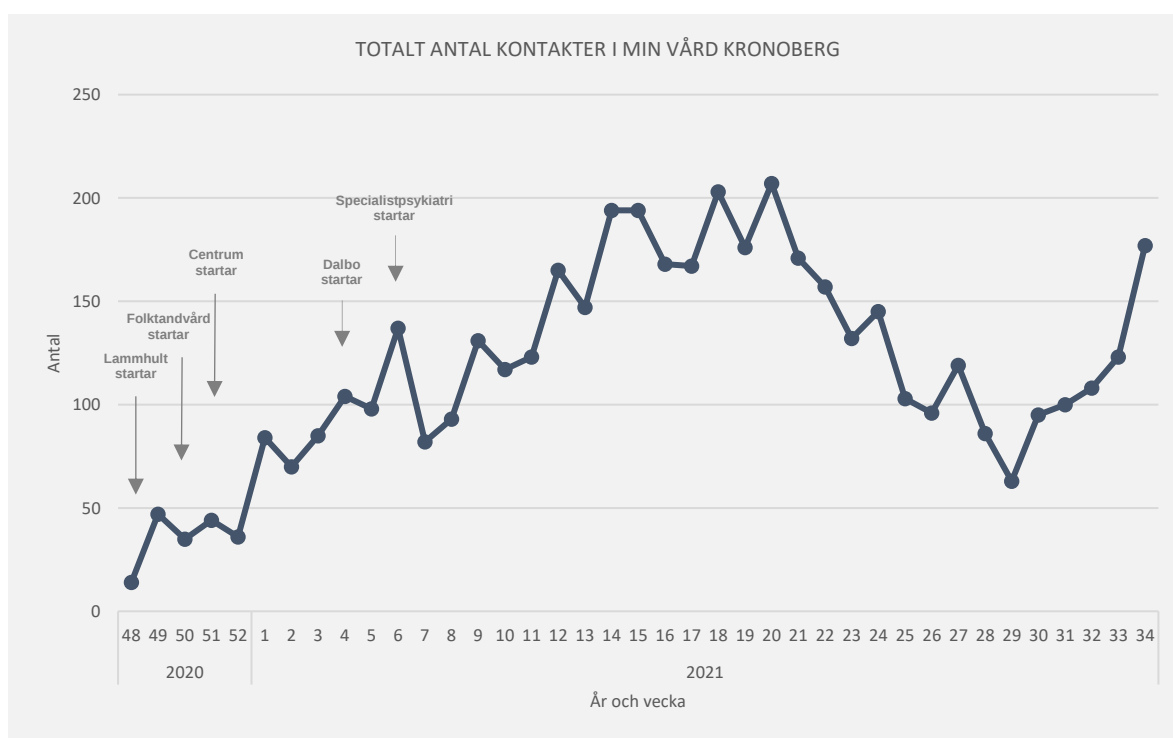
Resultatet påvisar vidare en varians inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum, vilket kan vara intressant eftersom dessa verksamheter har haft samma erbjudande och utbud (undantag för egenprovtagning avseende covid-19). Exempelvis har vårdcentralen Lammhult en högre andel patientinitierade videomöten (78%) i jämförelse med Dalbo (36%) som i sin tur har en högre andel vårdgivarinitierade videomöten (64%) i jämförelse med Lammhult (22%).

Projektet kan inte dra några slutsatser av denna differens, men rekommenderar en fördjupad uppföljning som eventuellt kan bidra vid etablering av digifysisk vård.

Förändring av volymer över tid

Pilotverksamheterna har anslutit till projektet vid olika tidpunkter (se nedan bild 2). Resultatet påvisar att volymer av användande för respektive verksamhet ökade i plattformen efter cirka 3-4 veckor. När samtliga verksamheter hade anslutit i projektet, genomfördes i genomsnitt 200 kontakter/vecka under mätperioden. Resultatet påvisar vidare att antalet kontakter inte blev färre under sommarmånaderna liksom övriga kontaktvägar, så som TeleQ och 1177.se.

Bild 2. Totalt antal kontakter/vecka under mätperioden



1.3 Invånare/patients bedömning av videomöten

Tabell 10. Invånare/patients bedömning av videomöten under mätperioden

Fråga	Antal bedömning	Genomsnitt bedömning (skala 1-4)
Hur upplevde du bildkvaliteten på videosamtalet?	230	3,46
Skulle du rekommendera någon du känner att göra ett videobesök?	257	3,72
Är du nöjd med videobesöket?	260	3,77
Totalsumma	747	3,65

Sammanfattning

Resultatet påvisar en begränsad differens mellan pilotverksamheterna avseende invånare/patients bedömning av videomöten, varför genomsnittsvärden presenteras i en samlad tabell som inkluderar samtliga pilotverksamheter.

Resultatet påvisar ett undantag för vårdcentralen Lammhult som har ett något lägre resultatet avseende upplevelsen av bildkvaliteten i jämförelse med övriga pilotverksamheter. En möjlig hypotes är att varierande kvalitet avseende bredbandsuppkoppling kan påverka.

Resultatet påvisar vidare att invånare/patient i Kronoberg genomgående har ett lägre genomsnittsvärde (bildkvalitet 3,46, rekommendation om videobesök 3,72 och nöjdhet 3,77) i jämförelse med genomsnittsvärden för aktuell plattform för samtliga svenska kunder (exempelvis andra regioner) under 2021 (bildkvalitet 3,62, rekommendation om videobesök 3,85 och nöjdhet 3,68), med undantag för nöjdhet där genomsnittsvärdet inom Region Kronoberg är högre.

1.4 Vårdpersonals bedömning av videomöten

Tabell 11. Vårdpersonals bedömning av videomöten under mätperioden

Fråga	Antal bedömning	Genomsnitt bedömning (skala 1-4)
Hur upplevde du kvaliteten på videosamtalet?	247	3,55
Totalsumma	247	3,55

Resultatet påvisar en begränsad differens mellan pilotverksamheterna avseende vårdpersonals bedömning av videomöten, varför genomsnittsvärden presenteras i en samlad tabell som inkluderar samtliga pilotverksamheter.

Resultatet påvisar vidare att vårdpersonal i Kronoberg har ett lägre genomsnittsvärde (kvalitet 3,55) i jämförelse med genomsnittsvärde för aktuell plattform för samtliga svenska kunder (exempelvis andra regioner) under 2021 (bildkvalitet 3,65).

1.5 Frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum

Tabell 12. Frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum

Verksamhet	Antal videomöten	Frigjorda vårdtillfällen (mätperioden)	Frigjorda vårdtillfällen/år
Folktandvården	157	79	150
Total	157	79	150

Sammanfattning

Resultatet påvisar att 157 videomöten avseende tandkontroller av 1- och 2-åringar har genomförts inom folktandvården. Folktandvårdens egna analyser beskriver att dessa videomöten halverar mötestiden (från 30 minuter till 15 minuter per vårdtillfälle) i jämförelse med fysiska möten.

Resultatet påvisar därmed att 79 vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum har frigjorts. Detta medför bland annat att folktandvården kan ha förmågan att ta emot fler invånare/patienter med oförändrad bemanning.

Beräkning

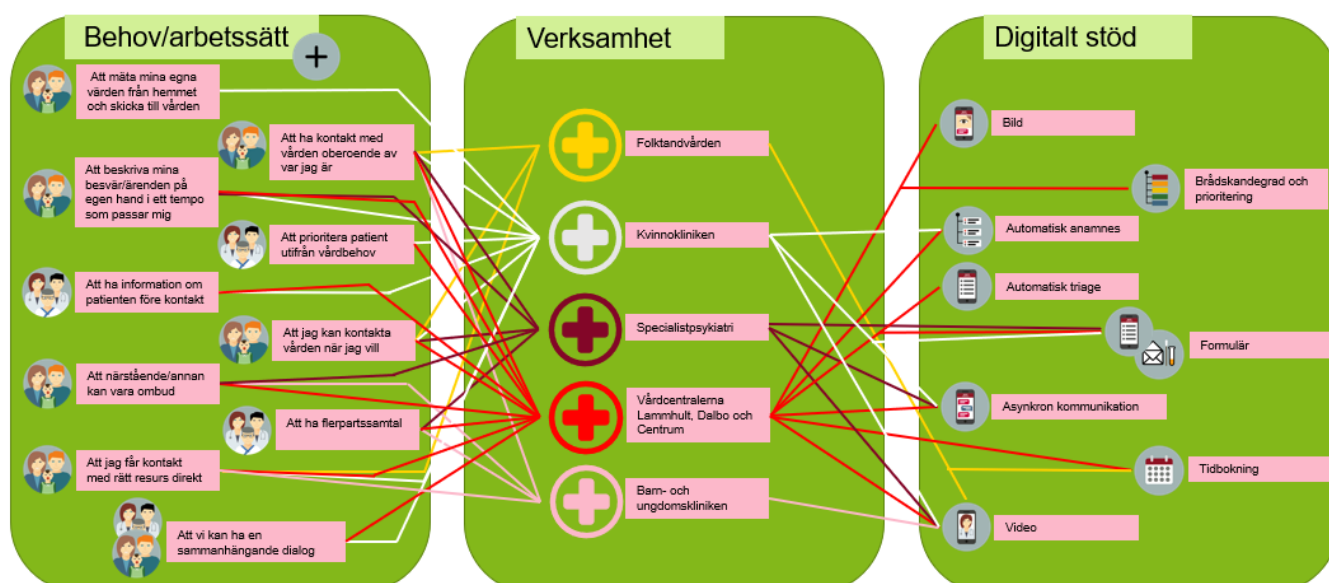
- $(157 \text{ videomöten för 1- och 2-åringar} \times 15 \text{ minuter per videomöte}) / 30 \text{ minuter fysiskt vårdtillfälle} = 79 \text{ vårdtillfällen har frigjorts under mätperioden}$

2. Resultat – identifiera hur arbetssätt och vårdflöden behöver utvecklas för att stödja effektmålen

2.1 Pilotverksamheternas initiativ

Pilotverksamheterna har provat och övat på olika arbetssätt. Nedan bild ger en översikt av behov till nya arbetssätt med digitalt stöd under projektet.

Bild 3. Översikt av pilotverksamheternas initiativ



Ovan bild visar kopplingen mellan behov/arbetssätt och vilket digitalt stöd som har använts för att möta behoven. För varje linje finns en berättelse.

Projektet ger sju exempel på arbetssätt som konkretiserar bilden.

Exempel på arbetssätt

1) Egeninläggning via formulär

Inom specialistpsykiatri erbjuds invånare/patient via formulär beskriva behov och föreslå datum för så kallad egeninläggning i slutenvården.

2) Uppföljning av gravida med risk för havandeskapsförgiftning

Inom kvinnokliniken planeras att kvinnor bland annat mäter sitt blodtryck i hemmet och skickar in sina värden via formulär för att följa upp tecken på havandeskapsförgiftning. Det kommer också att finnas möjlighet till asynkron kommunikation för uppföljning.

3) Virtuell läkare utomlands

Inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum erbjuds invånare/patient komma i kontakt med läkare som endast erbjuder digital mottagning (video och asynkron kommunikation). Läkaren är fysiskt placerad utomlands och har uppdrag för samtliga vårdcentraler.

4) Smittspårning

Inom kvinnokliniken planeras smittspårning av klamydia via formulär. Invånare/patient namnger personer som hen har haft sexuell kontakt med. Smittspåraren kontaktar i sin tur dessa personer via asynkron kommunikation.

5) Flerpartssamtal på distans

Inom barn- och ungdomskliniken erbjuds flerpartssamtal på distans med patient, vårdnadshavare och andra intressenter via flerpartsvideomöte med ombudsfunktion.

6) Tandkontroller för 1- och 2-åringar på distans

Inom folktandvården erbjuds 1- och 2-åringar tandkontroller via videomöten.

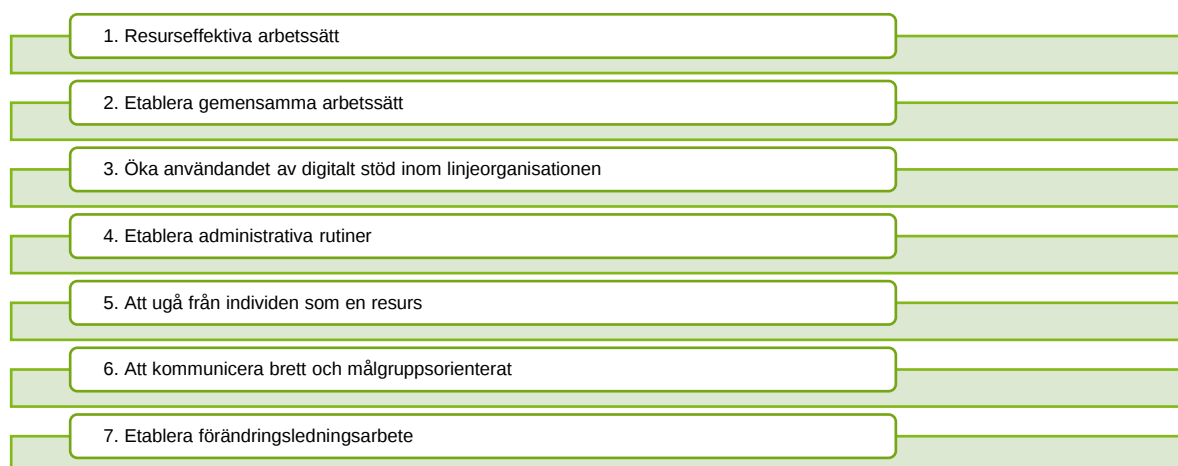
7) Beskriva symtom och/eller boka tid dygnet runt

Inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum erbjuds invånare/patient att beskriva sina symtom och/eller boka tid dygnet runt.

2.2 Utvecklingsområden

Projektet har identifierat och beskrivit sju utvecklingsområden (se nedan bild).

Bild 4. Utvecklingsområden



2.2.1 Resurseffektiva arbetssätt

I regionens strategiska dokument och handlingsplaner framgår behovet och beskrivningar av resurseffektiva arbetssätt. En förenkling av dessa beskrivningar menar att resurseffektivitet uppnås genom att:

- a) digitala kontakter föredras i första hand och fysiska sådana när dessa behövs,
- b) automatisera flöden som går att automatisera utan att påverka vårdkvaliteten och/eller vårdkontakten negativt samt
- c) individen är en större resurs i sin egen vård och behandling.

Projektledare har inte ambitionen att utförligt beskriva det som redan står att läsa i regionens strategiska dokument och handlingsplaner, utan pekar istället på kopplingar mellan aktiviteter i projektet och redan beskrivna effekthemtagningspotentialer och behov av framtida arbetssätt.

I den strategiska planen för digifysisk vård beskrivs exempelvis förmågan att individen som resurs bör utvecklas. I projektet innebär detta bland annat att invånare/patient i högre utsträckning kan bidra i sin egen vård, bland annat genom att själv digitalt beskriva sina besvär (automatisk anamnes) i aktuell plattform. Detta skapar också möjlighet till resurseffektivisering för vårdpersonal som får tillgång till information om invånare/patients besvär tillsammans med en bedömning med åtgärdsförslag innan själva vårdkontakten.

Vidare kan digitala kontaktvägar, så som aktuell plattform under projektet, bidra till att invånare/patient lotsas direkt till lämplig vårdresurs, utan behov av kontakt med vårdpersonal. Kontaktsättet kan också anpassas efter behov (exempelvis video eller asynkron kommunikation), vilket i sin tur har potentialen att skapa resurseffektivisering. Invånare/patient kan även lotsas direkt till en vårdtjänst, utan behov av kontakt med vårdpersonal exempelvis av- och omboka tid och förnya recept). Sammantaget har ovanstående beskrivningar potential att frigöra tid för vårdpersonal, samt ökar även förmågan att rätt använd kompetens (så kallad RAK) är utgångspunkten i vårdkontakten.

Projektledare bedömer att effektrealiseringen är kopplad till användandet. Med en ökad volym av invånare/patienter som självständigt använder de digitala kontaktvägarna samt med en ökad volym av vårdgivarinitierade digitala kontakter ökar troligen effekten. Projektet har redovisat en relativt låg andel vårdgivarinitierade kontakter (11%). Projektledare rekommenderar därför fördjupad uppföljning avseende vilket stöd som är lämpligt för att öka antalet vårdgivarinitierade kontakter.

Det finns även en annan aspekt av användandet som kan vara intressant att belysa. I projektet har vissa pilotverksamheter exempelvis upplevt utmaningar med asynkron kommunikation i aktuell plattform. Dessa utmaningar kan förstås som både i form av användning av asynkron kommunikation som funktionellt verktyg, men också huruvida asynkron kommunikation har varit optimalt stöd för en viss given vårdkontakt. I vissa avseenden kan användandet av ett visst digitalt stöd sannolikt utgöra ett hinder för resurseffektivisering. Det finns gissningsvis därför även behov av att fortsätta arbetet med att identifiera lämpligt stöd för olika vårdkontakter, vilket beskrivs vidare under rubrik, *etablera gemensamma arbetssätt*.

Sammantaget har inte projektet uppnått volymer av digitala kontakter som förutsätts för att uppnå potentialer som beskrivs i handlingsplanen för digifysisk vård. Projektledare konstaterar vidare att pilotverksamheterna har etablerat olika erbjudande och utbud. Projektledare vill samtidigt påminna om att projektet inte har haft som uppdrag att etablera den digifysiska vården, utan snarare fokusera på att samla på erfarenheter för att skapa bättre förutsättningar att lyckas vid etablering av digifysisk vård.

Projektledare vill genom dessa ovan nämnda förutsättningar rekommendera kommande verksamhetsutvecklingsprojekt att beakta effektstyrning. Effekthemtagningspotentialer skapar inte med nödvändighet ett resultat som motsvarar dessa, vilket projektet visar. De beskriver endast en möjlig utveckling med digitalt stöd som ofta baseras på antaganden. Den möjliga effekten kan därmed vara både mindre och större än vad potentialer anger. Därför är gissningsvis behov av effekter en mer stabil utgångspunkt för verksamhetsutveckling.

Projektledare bedömer att en sådan utgångspunkt kan skapa ett vidare helhetsperspektiv på utveckling där ett enskilt system eller en funktion inte är lika med utvecklingen, utan snarare är delar av många andra som möjliggör utveckling. Med detta menas att utveckling är långt mer komplext än vad som sker inom ett givet initiativ. Ett förändrat arbetssätt förutsätter således att ytterligare ett antal arbetssätt samtidigt utvecklas.

En svårighet kan vara att identifiera vad som påverkar effekten. Detta förutsätter bland annat förmåga till uppföljning. Projektet bedömer att flertalet plattformsleverantörer erbjuder automatisk och detaljerade uppföljningsmöjligheter avseende användandet av aktuell plattformstyp. Exempelvis går det att i realtid följa aktiviteter, så som genomförda vårdgivarinitierade videomöten. Det finns således goda möjligheter till uppföljning avseende progressen vid en given etablering av digifysisk vård. På så vis kan regionen följa initiativ över tid, utveckla metoder och mål vid behov.

2.2.2 Etablera gemensamma arbetssätt

Etablera/förtydliga gemensamma arbetssätt och tillämpningar

Projektet har identifierat behov av att vidareutveckla regiongemensamma arbetssätt och tillämpningar. Pilotverksamheter beskriver behov av ökad tydlighet avseende rekommendation om vilket arbetssätt och kontaktsätt (exempelvis asynkron kommunikation och video) som rekommenderas vid olika besvär och kontakter.

Den strategiska planen för digifysisk vård betonar vikten av etablering av det så kallade virtuella navet. En förutsättning för denna etablering är just gemensamma arbetssätt med sammanhängande digifysiska flöden som löper inom och mellan verksamhetsområden och enheter. Projektledare rekommenderar därför att etablera arbete för att formulera gemensamma arbetssätt med tydlig koppling till processmål. Med ett sådant stöd ökar sannolikt förmågan att realisera önskade effekter.

Förtydliga användning av kontaktvägar

Pilotverksamheter har uttryckt behov av en ökad tydlighet avseende vilka kontaktvägar som bör användas. Sammantaget finns det ett stort utbud av exempelvis digitala kontaktvägar inom regionen (exempelvis Min Hälsa, Min Vård Kronoberg och 1177.se) där samma tjänst och funktion förekommer inom flera av dessa (exempelvis video, tidbok, receptförnyelse). Regionen har i dagsläget ett flertal alternativ för exempelvis video (Min Hälsa, Min Vård Kronoberg, Aurora, videolösning via Inera för 1177 vårdguiden på telefon och Teams). Det pågår vidare upphandling av en ny videolösning. Regionen ingår dessutom i det nationella projektet via Inera, Invånarens symtombedömning och hänvisning, där ytterligare en videolösning kommer att etableras.

När varianter av digitala kontaktsätt summeras på detta sätt finns det möjligen potential för konsolidering. Projektet har inte haft som uppdrag att göra analyser och/eller bedömningar om regionens behov av videolösningar, men projektet bedömer däremot att det kan finnas behov av att studera frågan närmare och framförallt förtydliga vilka olika syften lösningarna har.

Projektledare bedömer att exempelvis videolösningen i aktuell plattform under projektet kan vara generellt användbar, då denna stödjer både så kallade patientinitierade och vårdgivarinitierade videomöten med både stöd för flerpartssamtal (inom och utom organisationen) och ombudsfunktion vilket har varit ett uttalat behov från pilotverksamheterna.

2.2.3 Öka användandet av digitalt stöd inom linjeorganisationen

Att möta efterfrågade behov påverkar utvecklingen positivt

Slutrapporten har tidigare beskrivit att effekttrealiseringen är kopplat till volymen av användande. Effekttrealiseringen är med detta synsätt beroende av en hög användning av digitalt stöd vid vårdkontakter. Det är först då som exempelvis eventuell frigjord tid kan användas till annat värdeskapande arbete. Gissningsvis ökar användandet om vårdpersonalens förmåga att använda digital teknik också ökar.

Projektet vill dock göra tillägget att förmågan troligen ökar som mest, om vårdpersonal upplever att det digitala stödet bidrar till en konkret förbättring. Det är därför med detta sätt att tänka väsentligt att först identifiera behov inom linjeorganisationen.

Projektet har valt att kalla dessa aktiviteter inom förändringsledningsarbetet för att identifiera målgruppsorienterade behov/problem och i nästa skede arbeta med målbildsbearbetning. Den sistnämnda aktiviteten innebär att linjeorganisationen med egna beskrivningar visualiserar hur arbetssätt utvecklas. Det sista steget är att beskriva på vilket sätt digitalt stöd bidrar till den aktuella målbilden.

Med detta sätt att agera blir det digitala stödet en möjliggörare som löser problem i befintliga arbetssätt och motsvarar behov inom organisationen. Projektledare menar att detta är den avgörande skillnaden mellan ett införande av ett systemstöd och att genomföra en behovsstyrd verksamhetsutveckling som leder till förbättring och en framgångsrik utveckling som upplevs som värdeskapande för samtliga intressenter.

Etablera stöd för lärande

Det förekommer uppskattningsvis en variation inom linjeorganisationen avseende digital kunskap och förmågan att använda digitalt stöd. Projektet har identifierat behov för vårdpersonal att utveckla och lära sig att använda funktioner för aktuell plattform. Med utgångspunkt i detta har bland annat projektet etablerat så kallade demomottagningar, där vårdpersonal exempelvis har kunnat träna på att genomföra ett videomöte i en realistisk utbildningsmiljö. Detta lärande bedöms vara nödvändigt för att uppnå en kunskapsnivå som gör att vårdpersonalen tryggt kan hantera digitalt stöd.

Det finns även en annan sorts lärande som är betydligt mer komplext och som projektet har valt att benämna tillämpat lärande. Det tillämpade lärandet har gissningsvis potentialen att öka förmågan att utveckla arbetssätt med digitalt stöd, vilket i sin tur påverkar effektrealiseringen positivt. Detta lärande innefattar hur arbetssätt kan utvecklas med samtliga digitala och icke-digitala stöd som finns att tillgå inom organisationen.

Lärandet baseras således på ett helhetsperspektiv som utgår från flöden. Projektledare bedömer att projektet inte har etablerat stöd för ett sådant lärande fullt ut, utan ser detta som en lärdom att beakta vid etablering av digifysisk vård.

En annan framgångsfaktor för att öka förmågan att använda digitalt stöd är att identifiera ambassadörer inom linjeorganisationen som både innehar en god kunskapsnivå om digitalt stöd och som kan omsätta detta i ett praktiskt användande i utveckling av arbetssätt. Dessa medarbetare kan fungera väl som så kallade superanvändare/ambassadörer och vara ett tillgängligt bollplank i vardagsfrågor som uppstår kring användandet av digitalt stöd, men även som inspiration för hur arbetssätt kan utvecklas.

Linjeorganisationen i framsätet för utvecklingen

Historiskt har utvecklingen av arbetssätt med digitalt stöd initierats av stödfunktioner. En vanlig beskrivning av linjeorganisationen är att man inte upplever sig tillräckligt delaktig vid framtagandet av nya lösningar och att man inte upplever att lösningarna har utgångspunkten i linjeorganisationen och/eller invånare/patients behov. Den nya generationens digitala stöd kräver varken hög grad av systemkompetens eller teknisk förvaltning.

Vanligtvis levererar plattformsleverantörer en standardlösning som erbjuder stor konfigurationspotential. På så vis kan plattformen utformas med utgångspunkt från organisationens behov.

Möjligtvis kan det uttryckas som att utmaningen för verksamhetsutveckling med digitalt stöd har förändrats. Projektledare bedömer att fokus har flyttats från system och funktioner till behov och önskade effekter. Verksamhetsutvecklingen får därmed ett ökat fokus på att designa erbjudanden och utveckla arbetssätt.

Aktuell plattform upplevs av linjeorganisationen som intuitiv och det mesta inom plattformen kan konfigureras av linjeorganisationen och/eller verksamhetsutvecklare digitalisering. Dessa förutsättningar skapar förmåga till flexibel och snabb verksamhetsutveckling som linjeorganisationen själva styr och hanterar utifrån behov och medicinsk kompetens. Arbetssätt och erbjudanden kan utvecklas snabbt och det finns få beroenden till annan kompetens. Med dessa nya förmågor ökar sannolikt också organisationens möjlighet att optimera nyttan av digitalt stöd.

Under projektet har flera nya arbetssätt och erbjudanden tagits fram med stöd av aktuell plattform. Projektledare har uppfattat ett stort engagemang och drivkraft hos pilotverksamheterna att vidareutveckla verksamheten. Vidare uppfattar projektledare att det finns en önskan om digital transformation, där verksamheterna har identifierat behov och problem men tidigare har saknat tillräckligt bra lösningar i form av digitalt stöd.

Pilotverksamheterna har generellt upplevt att aktuell plattform under projektet har varit enkel att använda och att funktionerna håller god kvalitet. Att plattformen upplevs som bra och enkel att använda är ytterligare en förutsättning för att användningen av digitalt stöd kan öka. Det finns också flera exempel på pilotverksamheter som identifierat förbättringsförslag för aktuell plattform. Flertalet av pilotverksamheternas förbättringsförslag har hanterats av aktuell plattformsleverantör under projektets genomförande. Projektledare bedömer att det finns vinster med att skapa en mer direkt dialog mellan användare av digitalt stöd och utvecklare av stödet. Att vårdpersonal har en mer framträdande roll i utvecklingen av digitalt stöd, är gissningsvis ytterligare en framgångsfaktor att beakta vid etablering av digifysisk vård.

2.2.4 Etablera administrativa rutiner

Denna rapport har tidigare beskrivit behovet av att etablera gemensamma arbetssätt och rutiner. Detta gäller generellt och därför även för administrativa rutiner. Att arbeta i aktuell plattform under projektet har i praktiken inneburit att arbeta i ett nytt system som inte är sammankopplat med något befintligt system i regionen. Plattformen och regionens journalföringssystem Cosmic, har exempelvis inte integrerats.

Det har inte genomförts någon detaljerad kartläggning och analys av behov av integrationer under projektet, men viss information som kan vara intressant har ändå inhämtats.

Pilotverksamheterna förmedlar bland annat behov av integrationer, framförallt avseende dokumentation och tidbok. I praktiken innebär detta att viss dokumentation och bokningar i aktuell plattform automatiskt bör överförs till Cosmic. Pilotverksamheterna har upplevt att ytterligare ett systemstöd skapar en mer komplex arbetssituation, där behov av nya administrativa rutiner tydliggjorts.

Exempelvis har pilotverksamheterna haft behov av att skapa rutiner för hur bokningar dubbelregistreras, så de är synliga i både aktuell plattform och i Cosmic. Det har också visat sig att dubbelregistreringen är tidskrävande och sannolikt kan medföra vissa risker.

Projektledare bedömer sammanfattningsvis att möjligheter till integrationer och en eventuell konsolidering av kontaktvägar kan minska administration generellt för linjeorganisationen och vara positivt för resurseffektivisering. Projektet rekommenderar därmed fördjupade analyser avseende behov av integrationer och förbereda sådana vid etablering av digifysisk vård.

2.2.5 Att utgå från individen som en resurs

Den strategiska planen för digifysisk vård beskriver att framtidens hälso- och sjukvård bland annat innebär att individen är en större resurs i vården. Sammanfattningsvis kan det uttryckas som att invånare/patient bidrar på ett utökat sätt i sin egen vård då det är möjligt. Allt från att beskriva sina besvär i en digital automatiserad miljö (automatisk anamnes) till att självständigt utföra andra tjänster, så som att boka tider. När individen har förmågan att vara en större resurs, frigörs sannolikt tid för vårdpersonal som kan prioritera annat värdeskapande arbete.

Handlingsplanen för digifysisk vård beskriver exempelvis potentialen i så kallade automatiska egenvårdsråd. Dessa egenvårdsråd genereras utifrån invånare/patients besvärbeskrivning (anamnes) och förutsätter varken kontakt eller hantering av vårdpersonal.

Under projektet har individen på olika sätt fått en ökad förmåga att vara en större resurs. Slutrapporten har tidigare beskrivit exempel på detta, så som automatisk anamnes och triage och möjlighet att självständigt boka tid.

Projektet har således visat på olika konkreta exempel där individen har en ökad förmåga att vara en resurs i vården. Projektledare rekommenderar fördjupad uppföljning av denna potential vid etablering av digifysisk vård. Med detta menas att analysera på vilket sätt invånare/patient i högre utsträckning kan vara en resurs vid olika kontakter. Sammantaget leder en sådan förmåga bland annat till resurseffektiviseringar inom linjeorganisationen och skapar samtidigt ett flertal värden för invånare/patient.

Projektledare bedömer vidare att invånare/patient behöver tid att etablera en relation till en ny digital kontaktväg. Detta har även rapporterats från andra piloter/projekt i vänregioner. För många invånare/patienter är det naturligt och efterlängtat, och för andra är det en nyhet som man behöver närma sig stegvis. Projektledare bedömer att en framgångsfaktor är stöd till invånare/patient att använda digitala kontaktvägar. Projektledare bedömer att vårdpersonals rekommendationer om användning av digitala kontaktvägar för invånare/patient kompletterar marknadsföring och extern kommunikation. En framgångsfaktor kan således vara att Region Kronoberg i mötet med invånare/patient aktivt kommunicerar och rekommenderar lämpliga digitala kontaktvägar som alternativ till redan etablerade kontaktsätt (ex. telefon eller fysiska besök). Det förutsätter i sin tur att vårdpersonal upplever trygghet och kunskap i dessa rekommendationer och kan stödja invånare/patient att ta kontakt med vården på ett nytt sätt.

Projektledare bedömer att även invånare/patient befinner sig i en utvecklingsresa. En sådan resa förutsätter information och eventuell utbildning för invånare/patient där syftet är att både öka kunskap om digitalt stöd vid kontakt med vården, men även för de nyttorna och fördelar det kan skapa för individen.

2.2.6 Att kommunicera brett och målgruppsorienterat

Projektet har tidigare beskrivit både behov av att utgå från individen som resurs och att aktivt stödja individer att använda digitala kontaktvägar samt behov av ökade volymer i användandet. Flertalet piloter/projekt i vänregioner betonar vikten av marknadsföring av nyetablerade digitala kontaktvägar för att öka volymer i användandet.

Projektet har bland annat etablerat ett nytt tonval i TeleQ (telefonifunktion som stödjer arbetet inom vårdcentraler och specialistpsykiatri) som möjliggör att invånare/patient får en länk skickad till sin smartphone där invånare/patient kan ladda ned applikationen, Min vård Kronoberg, och ta kontakt digitalt istället för att bli uppringd eller vänta i telefonkö. Projektledare bedömer detta som en framgångsrik marknadsföringskanal för alternativa kontaktvägar till vården. Projektet har även tryckt upp visitkort med information om Min vård Kronoberg som överlämnas fysiskt till invånare/patient vid kontakter med verksamheten, gjort tillägg i bilagor till kallelser, använt bussreklam, affischerat, kommunicerat via väntrumsskärmar samt via regionens sociala medier (exempelvis Facebook och Instagram).

Projektledare bedömer att det finns utmaningar med att kommunicera ett budskap med ett fåtal verksamheter som avsändare. Denna uppfattning delas också av piloter/projekt inom vänregioner. I projektet har exempelvis endast tre vårdcentraler deltagit. Det finns gissningsvis fördelar med att kommunicera ett gemensamt budskap med en bredare avsändare, så som exempelvis primärvården i Kronoberg. Samtidigt finns behovet av att rikta marknadsföringen mot specifika målgrupper och utgå från lämpliga kanalval.

Projektet har genomfört vissa marknadsföringskampanjer. Folk tandvården har riktat sig mot småbarnsfamiljer och kvinnokliniken (via ungdomsmottagningen) har riktat sig mot unga. I det sistnämnda fallet har uppföljningen av kampanjen visat på en ökning av unga som söker sig till applikationen Min Vård Kronoberg när kontaktvägen marknadsfördes via Snapchat. Bland annat har projektets uppföljningar visat att nedladdningar av applikationen Min vård Kronoberg ökade med 71% under kampanjen.

Projektledare lämnar sammanfattningsvis rekommendationen om att etablera en kommunikationsplan med marknadsföringsstrategi för att stödja etablering av digifysisk vård.

2.2.7 Etablera förändringsledningsarbete

Projektets genomförande har utvecklats iterativt. Under genomförandet har metoder utvecklats och förfinats. Det finns olika sätt att betrakta framgång. Föreliggande projekt är en pilot, då vanligtvis lärande och nya erfarenheter är tecken på framgång. Projektet har förutom lärande och erfarenheter också innefattat verksamhetsutveckling och innovation.

Pilotverksamheterna har utvecklat nya arbetssätt och därigenom nya erbjudande och tjänster för invånare/patient. Framförallt har initiativ till denna utveckling startat inom verksamheterna. Projektledare bedömer detta som en av de viktigaste framgångarna och menar att förekommande metoder under projektet bidrar till ett sådant resultat.

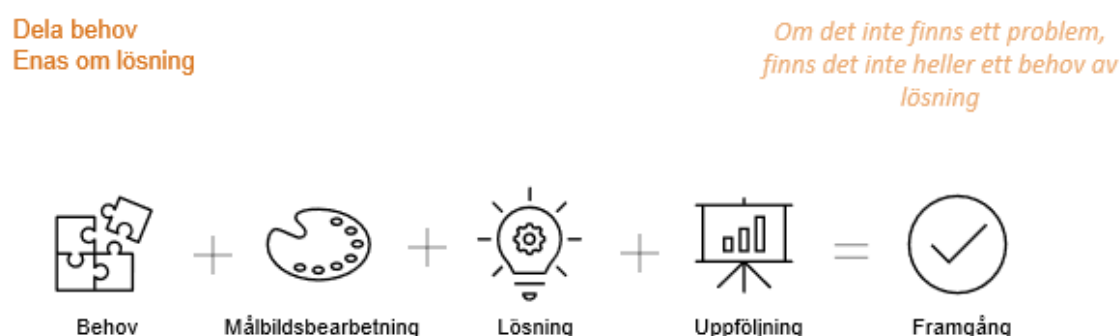
Projektledare bedömer att en avgörande komponent för att nå framgång i utvecklingsprojekt är att fortsätta att etablera förändringsledningsarbete och behovsstyrd verksamhetsutveckling inom regionen.

Historiskt har regionen visat på god förmåga att etablera projektplaner och införandeplaner för system, men har uppskattningsvis saknat en lika tydlig förändringsledningsplan som tar höjd för den psykologiska processen som omfattar verksamhetsutveckling. Den psykologiska processen vid förändring och utveckling förklarar behovet av ett strukturerat stöd för individer och grupper som deltar i en utvecklingsresa.

För kommande utvecklingsprojekt kan det därför finnas behov av att förstärka en behovsstyrd utgångspunkt för hur verksamhetsutveckling planeras och genomförs. En framgångsfaktor i aktuellt projekt bedöms vara starten. Aktuellt projekt startade utvecklingsresan med att bland annat lyssna till verksamheternas behov. Under cirka tre månader formulerades behoven, problemen och idéer om den tänkta lösningen. Genom en sådan kommunikation kan samtliga kompetenser inom projektet etablera ett gemensamt språk och förståelse för initiativet och bidra till lösningen. Beskrivningarna av behov föranledde bland annat kravställan för upphandling av aktuell plattformslieferantör.

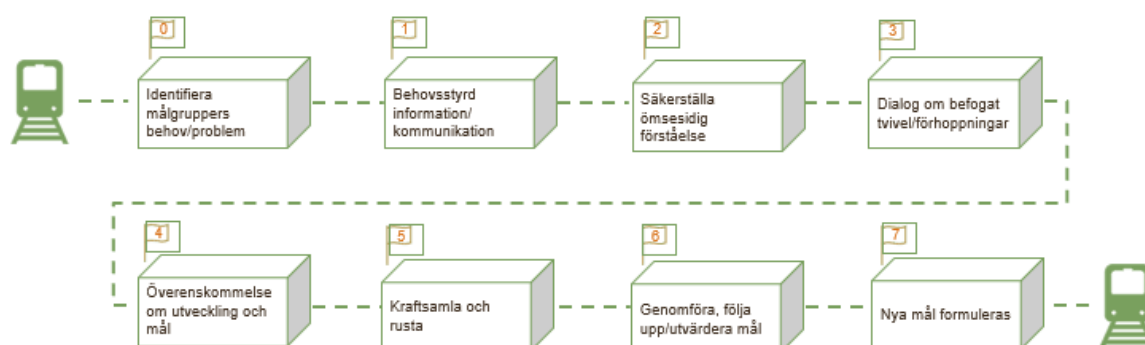
Projektet har tagit fram en övergripande modell för behovsstyrt utvecklingsarbete som sammanfattningsvis beskriver att utveckling har sin utgångspunkt i behov och en förutsättning för framgång är att organisationen delar behov och att enas om lösningen (se nedan bild).

Bild 5. Behovsstyrd verksamhetsutveckling



Projektet har genomförts med utgångspunkt i principer inom förändringsledningsarbete för att identifiera nyckelaktiviteter och skapa framgång i utvecklingen. Dessa principer har sammanställts och presenteras i en modell för förändringsledning som i vardagstal benämns hållplatsmodellen (se bild 6 nedan).

Bild 6. Hållplatsmodellen



Modellen har fått nationellt fotfäste och har vidareutvecklats samt förfinats med stöd av berörda regioner som en del av förberedelserna för projektet Invånarens symtombedömning och hänvisning där Region Kronoberg samordnar det nationella förändringsledningsarbetet.

Modellen beskriver en serie av kritiska hållplatser med tillhörande aktiviteter som stöd för utvecklingsarbetet. Modellen utgår även från att samtliga steg är väsentliga för att uppnå framgång inom ett utvecklingsinitiativ, där hållplats 0 (identifiera målgrupps behov/problem) är den mest kritiska.

Modellen baseras på följande ansatser:

- Vi tänker att alla både vill och kan medverka till utveckling.
- Vi tänker att det inte finns ett inbyggt motstånd mot förbättring, däremot befogat tvivel mot en ej upplevd värdeskapande förändring.
- Vi tänker att utvecklas är ett val. Valet baseras på motivation.
- Vi tänker att kommunikation är den mest avgörande faktorn för framgång inom förändringsledning.
- Vi tänker att bra beslut baseras på delad kunskap, insikt och förståelse.
- Vi tänker att förändringsledning har sin utgångspunkt i ett respektfullt förhållningssätt till medmänniskor i förändring och utveckling.
- Vi tänker att det övergripande syftet med förändringsledning är att ge stöd till linjeorganisationen att driva utvecklingen mot önskade mål.

3. Resultat - beskriva hur tillgängligheten utvecklas/påverkas för invånare/patient

3.1 Invånaren/patient kan ta kontakt med vården oberoende av tid

Under projektet har aktuell plattform varit tillgänglig dygnet runt, alla dagar i veckan. Sammantaget innebär detta att invånare/patient kan kontakta vården under alla timmar på dygnet. Beroende på pilotverksamhetens arbetssätt via plattformen har även vissa aktiviteter kunnat genomföras, även om plattformen inte har varit bemannad. Exempelvis har invånare/patient i vissa fall haft möjligheten att beskriva sina besvär (anamnes) och bokat tid för vård och behandling. Invånare/patient kan exempelvis initiera kontakten med vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum sent på kvällen och fortsätta kontakten dagen efter. Invånare/patient behöver därmed inte avsätta tid för att bli uppringd eller besöka vårdcentralen fysiskt.

Bemanning via aktuell plattform varierar mellan verksamheter. Aktuella vårdcentraler har i stort samma bemanning som den fysiska vårdcentralen. Specialistpsykiatri har framförallt erbjudit vårdgivarinitierade kontakter, varför dessa tjänster erbjuds under ordinarie öppettider. Folkvandvården erbjuder vårdgivarinitierade kontakter under ordinarie öppettider och möjlighet att boka tid för videomöte dygnet runt.

3.2 Invånare/patient kan kontakta vården oberoende av plats

Flertalet kontakter som startas via aktuell plattform hanteras via ett sammanhängande digitalt arbetssätt. Vårdkontakten och vården kan därmed genomföras oberoende av plats, för både invånare/patient och vårdpersonal. I projektet finns exempel på att vårdpersonal befinner sig på annan fysisk plats än den traditionella arbetsplatsen.

Inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum återfinns exempelvis en läkare med fysisk placering i Dubai. Med stöd av funktioner så som asynkron kommunikation, video och bild har nya möjlighet för vård och kontakt öppnats, vilket sammantaget ökar tillgängligheten.

3.3 Invånare med störst behov kan prioriteras

En vanlig beskrivning av nuläget för verksamheter inom regionen är att man har tillgång till en begränsad information om invånare/patient inför en vårdkontakt. Många gånger har verksamheter tillgång till ett telefonnummer som sorteras med utgångspunkt från när invånare/patient tog kontakt med vården. Den som ringde först, hamnar överst i kön.

Inom aktuellt projekt har vårdpersonal fått utökad förmåga att prioritera mellan vårdkontakter. Flertalet patientinitierade kontakter via plattformen innebär att invånare/patient självständigt beskriver sina besvär (automatisk anamnes). Det medför att vårdpersonal har tillgång till information om hälsotillståndet, och kan utifrån denna göra prioriteringar.

Under projektets genomförande har aktuell plattform vidareutvecklats med funktionalitet som ger stöd för automatiserad brådskandegrad och prioritering, vilket ytterligare stärker förmågan att prioritera och att fatta beslut.

3.4 Högt söktryck leder till ökad användning av digitala kontaktvägar

Resultatet påvisar ett samband mellan högt söktryck inom vårdcentralerna Lammhult, Dalbo och Centrum och ökad användning av aktuell plattform. När många invånare/patienter ringer till vårdcentralerna och svarsfrekvensen är låg, ökar antalet invånare/patienter som tar kontakt via aktuell plattform.

Under exempelvis vecka 14 och 15 (2021) var söktrycket högt, samtidigt som svarsfrekvensen var låg (som lägst 65%). Aktuell plattform hade under samma tid flest antal patientinitierade kontakter. Resultatet påvisar även att tonvalet i TeleQ, att få länk till aktuell plattform via sms, användes dubbelt så mycket under denna period som genomsnittet för hela mätperioden. Projektet bedömer att invånare/patient tenderar att välja telefon i första hand vid vårdkontakter. När tillgängligheten via telefon är lägre, söker sig invånare/patient till digitala kontaktvägar. Gissningsvis är den digitala kontaktvägen under projektet inte fullt ut känd bland kronobergarna, och påverkar därför val av kontaktsätt med vården.

Projektledare bedömer att första kontakten med en ny digital kontaktväg kan vara ett stort steg för vissa individer. När väl första steget har tagits, är det mer sannolikt att individer ser den digitala kontaktvägen som sitt förstaval, under förutsättning att individen upplever kontakten som värdeskapande.

3.5 Tillgänglighet utifrån ett kostnadsperspektiv

Totalt har 307 videomöten genomförts på vårdcentralerna Centrum, Dalbo och Lammhult. För ett videomöte jämfört med ett fysiskt besök reduceras kostnaden med 244 kr. Resultatet påvisar därmed att invånare/patient har reducerat kostnader motsvarande 75 tkr ($307 \cdot 244$ kr) under projektets mätperiod.

Vårdcentralerna Centrum, Dalbo och Lammhult har årligen cirka 45 000 fysiska besök. Handlingsplanen för digifysisk vård beskriver ett antagande om att 20% av de fysiska besöken kan genomföras som videomöte istället. Utifrån ett sådant resonemang skulle invånare/patient kunna reducera kostnader motsvarande 2,2 mnkr/år för ovan nämnda vårdcentraler ($(45\,000 \cdot 20\%) \cdot 244$).

Projektledare har förhoppningen om att tillgänglighet betraktat utifrån ett kostnadsperspektiv för invånare/patient kan inspirera till fortsatt utveckling av hur regionen bedömer initiativ och skapar ännu bättre underlag vid vägval och beslutsfattande. Projektledare rekommenderar därmed att tillgänglighet utifrån ett kostnadsperspektiv beaktas vid etablering av digifysisk vård.

4. Resultat - beskriva behov för projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård

4.1 Behov vid genomförande

Projektorganisation

Projektledare bedömer att befintlig projektorganisation har en sammansättning av kompetenser och resurser som även kan vara en lämplig utgångspunkt vid etablering av digifysisk vård. Med en agil funktionsstyrd organisation med kompetenser från ett flertal olika enheter inom regionen, har projektet visat på förmåga att hantera projektets genomförande utifrån samtliga frågeställningar.

Projektledningen består av en programledare som samordnar projektet. Vidare består projektledningen i huvudsak av verksamhetschefer för respektive verksamhet och/eller verksamhetsutvecklare inom linjeorganisationen med motsvarande mandat. Dessa benämns delprojektledare verksamhet. Dessa delprojektledare skapar ett team tillsammans med delprojektledare digitalisering (verksamhetsutvecklare digitalisering inom organisationen). Projektledningen inkluderar även säkerhetsenhet, juridik, upphandling, chefläkare, kommunikation, IT och business control. Inom respektive verksamhet har en lokal projektledning etablerats.

Projektets styrgrupp har bestått av medicinsk digitaliseringschef (CMIO, tillika projektägare), utvecklingschef (regionstab), chefläkare, verksamhetsområdeschefer för primärvården och specialistpsykiatri, verksamhetsutvecklare folk tandvården samt verksamhetschef för akuten (som har representerat sjukhusvården) samt programledare digifysisk vård (tillika programledare för projektet).

Sammansättningen har visat sig skapa förmåga till helhetsperspektiv över de komplexa frågeställningar som är aktuella inom etablering av digifysisk vård, från framställande av projektscope och upphandling till genomförande och uppföljning.

Projektledare rekommenderar att förädla informations- och kommunikationsprocesser inom regionen vid etablering av digifysisk vård. Projektet har uppfattat att vissa intressenter har upplevt svårigheter att ta del av relevant information under projektets genomförande. Projektet rekommenderar därför i första hand en förstärkt dialog mellan hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och projektledning. Gissningsvis stärker detta förmågan avseende informationsöverföring och kommunikation inom organisationen.

Verksamhet

En kritisk faktor för ett lyckat genomförande av digifysisk vård bedöms vara stöd av verksamhetsutvecklare digitalisering, tillika delprojektledare digitalisering. Rollen kan beskrivas som en spindel i nätet, som verkar på både taktisk och operativ nivå med kompetenser inom både verksamhetsutveckling, digitalisering och förändringsledning.

En av nyckelfaktorerna som verksamhetsutvecklare digitalisering bidrar med är kompetensen att kommunicera mellan olika kompetenser och professioner och därmed stödja förändringsledningsarbetet i linjeorganisationen. En annan är att bidra med återkoppling av behov från pilotverksamheterna till projektledning, styrgrupp samt plattformslieferantör.

Projektledare har uppmärksammat vikten av att stödja delprojektledare verksamhet och den lokala projektledningen med kompetens inom digitalisering samt stödja pilotverksamheter i frågor som rör projektledning, förändringsledning, administration och planering som omgärdar ett genomförande. Ambitionen med projektets sammansättning och resurser är att skapa stöd för pilotverksamheterna att driva förändringsledning och utveckling av det som ligger närmast det praktiska arbetet för verksamheten, exempelvis att utveckla nya arbetssätt. Projektet har sammanfattningsvis försökt att skapa förutsättningar för pilotverksamheterna att kunna fokusera på att verksamhetsutveckla.

Projektledare bedömer att ett genomförande av digifysisk vård till största del rör förändringsledning, utveckling av arbetssätt och förhållandevis lite teknik. Projektledare rekommenderar därför att regionen fortsätter etablering av förändringsledning inom samtliga organisatoriska nivåer vid etablering av digifysisk vård.

Plan för förberedelser avseende verksamhet

Med utgångspunkt från erfarenheter under projektet har en plan framställts med milstolpar och aktiviteter som beskriver förberedelser för verksamheter inför ett genomförande. Planen består i huvudsak av milstolparna:

- 1) förändringsledning
- 2) etablera arbetssätt
- 3) kompetensförsörjning.

Till dessa milstolpar är aktiviteter kopplade som omfattar både typiska projektaktiviteter samt förändringsledningsaktiviteter. Sammantaget bedömer projektledare att resursanspråket för verksamheter uppgår till cirka 40 timmars mötesserie, exklusive annat arbete som sker mellan möten. Projektledare bedömer att planen för förberedelser kan vara en lämplig utgångspunkt vid etablering av digifysisk vård.

IT

Projektet har sammanfattningsvis haft ett litet resursbehov av IT. Detta styrs av att aktuell plattform i stort inte förutsätter specialistkompetens inom IT. Projektledare vill dock påtala vikten av att samtliga intressenter bör inkluderas från starten vid etablering av digifysisk vård.

Inom aktuellt projekt har ett fåtal aktiviteter varit i behov av specialistkompetens inom IT. Aktiviteterna har framförallt berört publicering av applikation på App Store och Google Play, vilka i sin tur har medfört relativt små resursanspråk.

Projektledare bedömer att kommande leveranser som beskrivs i handlingsplanen för digifysisk vård kan komma att innefatta integrationer och andra frågor som rör infrastruktur och informatik, vilka gissningsvis förutsätter ett större resursanspråk från regionens it-organisation.

Samarbete med aktuell plattformslieferantör

Projektet har även inhämtat synpunkter från aktuell plattformslieferantör, Visiba Care, avseende hur de har betraktat projektets genomförande. Visiba Care har idag 12 av 21 regioner som kunder och har därmed en god bild av regioners varierande sätt att bedriva liknande projekt. Nedan sammanfattar plattformslieferantören samarbetet med Region Kronoberg.

”En viktig framgångsfaktor för pilotprojektet ser vi i Region Kronobergs noggranna sondering och goda planering inför uppstarten. Det fanns en detaljerad kravspecifikation och tydlig plan för hur införandet skulle gå till. Projektgruppen var väl informerad och redan från början hade man satt en tydlig rollfördelning vad gällde ansvar och genomförande. Det har också varit avgörande att projektteamet hela tiden haft en hög beslutsförmåga och mandat att driva projektet framåt.

Under hela projektet har varit projektgruppen varit tillgänglig, tydlig och kommunikativ vilket underlättat samarbetet och införandet. Att vi direkt kunnat vända oss till rätt person inom organisationen har varit en förutsättning för att snabbt komma vidare och lösa problem när dessa uppstått.

Att ha verksamhetsutvecklarna inom enheten för digitalisering som länk mellan verksamheterna och oss som leverantör har visat sig vara oerhört värdefullt, då vi snabbt fått återkoppling och svar på eventuella frågor.

Vi vill också särskilt lyfta fram Eva, Tobias, Johan och Therese (reds. anm. verksamhetsutvecklare digitalisering) som arbetat hårt och målinriktat med förändringsledning och drivit den digitala transformationen med verksamheterna. Det har varit oerhört positivt för projektet.

Förbättringspotential

Vi upplever att samarbetet med Region Kronoberg och projektteamet har varit exemplariskt. En stor fördel och en väsentlig framgångsfaktor från vårt perspektiv har framför allt varit möjligheten till direkt kontakt med verksamhetsutvecklarna inom enheten för digitalisering utöver den kontakt vi haft med projektledaren.

Vi är otroligt nöjda med samarbetet hittills och ser fram emot att ytterligare få följa arbetet framåt!”

4.2 Behov vid förvaltning

Projektet har identifierat fyra huvudprocesser avseende förvaltning (se nedan bild):

Bild 7. Huvudprocesser inom förvaltning



Erbjudande och utbud

Projektledare bedömer att det största behovet av förvaltning rör utveckling av erbjudande och utbud. Med detta menas vilken sorts vård och vilka tjänster invånare/patient kan använda i plattformen och hur flöden är konfigurerade och fungerar. Under projektets genomförande har erbjudande och utbud utvecklats iterativt. Verksamheter har löpande utvecklat arbetssätt och nya tjänster. Exempelvis har vårdcentralen Lammhult använt plattformen för att möjliggöra patientinitierad tidbokning för covid-19 och folktandvården har etablerat stöd för videoledd rörelseträning och tandkontroller för 1- och 2-åringar.

Projektledare bedömer att denna del av förvaltning i stort inbegriper resurser från linjeorganisationen där frågorna angränsar till området tjänstedesign. Det kan i vissa avseenden finnas behov av att administratörer inom organisationen bistår vid delar av vissa konfigurationer och/eller med stöd av plattformsleverantören. Resursanspråket för en sådan typ av förvaltning styrs av regionens ambitioner och behov av att utveckla nya arbetssätt.

Utbildning

Projektledare bedömer att flertalet plattformsleverantörer bistår med lärarledda utbildningar samt e-utbildning i plattformen, åtminstone i ett uppstartsskede. Under projektet har plattformsleverantören genomfört stora delar av introduktionsutbildningen. Denna har vanligtvis omfattat två timmar och kan genomföras på distans.

Projektledare bedömer att regionen även behöver komplettera med kompetensförsörjning av exempelvis nyanställda. För detta ändamål rekommenderas att en utbildningsförvaltning etableras som med stöd av olika pedagogiska verktyg säkerställer en löpande kompetensförsörjning. Projektledare bedömer att det finns behov av både en introduktionsutbildning och fortbildning.

Utöver utbildning i plattformen finns även behov av så kallad tillämpad utbildning, vilket beskrivs i tidigare stycken i denna slutrapport. En sådan utbildningsform förutsätter gissningsvis fler utbildningstimmar och fler utbildningstillfällen.

Support

Projektledare har identifierat behov av både invånar- och användarsupport. Med invånarsupport avses stöd till invånare/patient som har frågor om plattformens användningsområden. Under projektet har verksamheterna själva ansvarat för denna del av supportbehovet. Huruvida invånarsupporten bör hanteras av verksamheterna eller om en central support ska etableras av annan resurs, bör utredas vidare vid etablering av digifysisk vård.

Med användarsupport avses stöd till medarbetare inom linjeorganisationen som har frågor om plattformens användningsområden. Under projektet har superanvändare inom linjeorganisationen agerat första linjens support. Även VIS-supporten har fått utbildning inom plattformen för att kunna hantera vissa grundläggande supportfrågor. Verksamhetsutvecklare digitalisering har agerat andra linjens support och plattformslieferantören har varit sista utposten för supportfrågor. Projektledare bedömer att principerna för denna supportorganisation kan vara en lämplig utgångspunkt vid etablering av digifysisk vård.

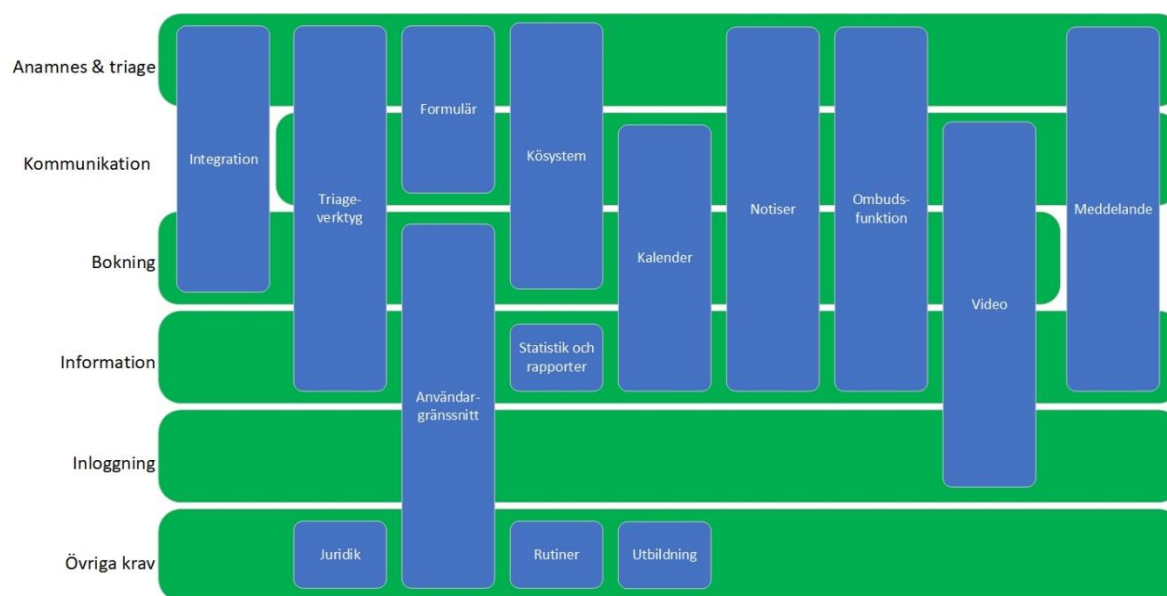
Teknisk förvaltning

Projektet har tidigare beskrivit relativt små resursanspråk inom regionens it-organisation. Den tekniska förvaltningen hanteras nämligen av plattformslieferantören. Projektledare bedömer att den tekniska förvaltningen av liknande plattformslieferantörer medför motsvarande resursanspråk. Detta innefattar dock inte eventuell utökad teknisk förvaltning som kan komma att uppstå på grund av integrationer mellan plattformen och andra system inom regionens it-park. Uppskattningar för sådana resursanspråk kan genomföras först när ett sådant behov uppstår.

5. Resultat - samla information till fördjupad kravspecifikation för kommande upphandlingsprocess

Nedan bild är en visualisering av funktionella kravområden och delområden samt deras förhållande till varandra.

Bild 8. Visualisering av kravmassan



Kravmassa från projektet presenteras i bilaga 3 (*Kravmassa – information till fördjupad kravspecifikation*).

Behov av fortsatt bearbetning

Projektet har inte haft som uppdrag att leverera en fullständig kravställan, utan snarare ett underlag som utgör en startpunkt för en kommande eventuell upphandlingsprocess. Underlaget till fördjupad kravspecifikation är därför i behov av fortsatt bearbetning.

Det underlag som inhämtats är en blandning mellan exempelvis krav, behov, utvecklingsförslag och felanmälningar. För att fungera som ett optimalt underlag till en kommande upphandling rekommenderar projektet att underlaget omarbetas till konkreta funktionella kravställningar. Vidare antas att det saknas krav inom vissa områden, vilket motiverar ytterligare insatser.

6. Resultat - jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer

Projektet kan endast redovisa resultat avseende vaccination genomförda med stöd av aktuell plattform under projektet. Projektet har varit i kontakt med både Inera och representanter inom regionen avseende förfrågan av motsvarande data för plattformsstödet 1177.se. Projektet har vid dessa kontakter erfarit att liknande data inte produceras via Inera och/eller regionalt. Detta beror bland annat på att regionen inte har haft ett standardiserat sätt att erbjuda bokning för vaccinationer samt att viss data, så som supportsamtals karaktär, inte registreras.

I och med detta kan ingen faktiskt jämförelse presenteras. I nedan tabell presenteras således endast resultatet av vaccination med stöd av aktuell plattform under projektet.

Tabell 13. Resultat avseende stöd för vaccinationer via aktuell plattform under projektet

Mätområde	Resultat
Beläggningsgrad	97%
Antal supportsamtal vid bokning	17
Antal uteblivna besök	2

Givet att inga jämförelser är möjliga, finner projektet det svårt att dra några slutsatser. Dock uppskattar projektledare att beläggningsgraden och antal uteblivna besök kan tolkas som att stödet för vaccinationerna har varit lämpligt.

Vid en närmare analys av supportsamtalen påvisas att de flesta samtalen har rört svårigheter att scanna QR-kod som leder till nedladdning av applikationen, Min Vård Kronoberg. I vissa fall har detta avhjälpits via supportsamtal och i andra fall har det konstaterats att aktuell smartphone har varit för gammal och ett alternativt bokningsförfarande har rekommenderats.

Projektet bedömer att val av plattformsstöd har stor inverkan på resultatet vid exempelvis bokning av vaccinationer. Ett plattformsstöd med hög grad av automatisering i både bokningsförfarandet och schemalägningsarbetet kan bidra till resurseffektivisering.

Projektet bedömer dock att en minst lika stor påverkan för resultatet är hur arbetet organiseras och genomförs oavsett ett sådant stöd. Projektet har framförallt fokuserat på att bidra till optimala förutsättningar för exempelvis kommunikationsmaterial, tillgång till utbildning i både process och aktuell plattform samt hög tillgänglighet för både support till vaccinatörer och vårdpersonal (de som vaccinerades).

Bilaga 1. Förändringar i projektdirektiv

Omformuleringar i ursprungligt projektdirektiv

Omformulering i direktivet avseende punkt 1a – 1e

Under projektets genomförande beslutades att omformulera den övergripande rubriken för punkterna 1a – 1e i det ursprungliga direktivet, *mäta effekthemtagningspotentialen avseende till endast mäta*. Under projektets genomförande har nämligen Region Kronoberg, i samarbete med konsultföretaget Sirona, formulerat effekthemtagningspotentialer inom den digifysiska vården. Dessa har sammanfattats i handlingsplanen för digifysisk vård. Handlingsplanen är tillika beslutad av politiken inom regionen. Potentialerna är således dokumenterade och förankrade. Projektet har därför istället beslutat att beskriva utfallet av dessa potentialer utifrån insamlad data i projektet. Vidare har mätningar och beräkningar under projektet harmoniserats med formulerade mått och beräkningsmetoder i handlingsplanen.

Omformulering i direktivet avseende punkt 1a

Under projektets genomförande beslutades att omformulera punkt 1a i det ursprungliga direktivet, *frigjord tid för vissa professioner till reducerad kostnad eller frigjord tid för vårdpersonal vid vissa digitala kontakter*.

Inom punkt 1a i direktivet avsågs mätningar genomföras för hur olika arbetssätt frigör tid för vårdpersonal. Ambitionen var bland annat att mäta frigjord tid vid asynkron kommunikation och videomöten. Projektet har beslutat att harmonisera beskrivningar av utfallet utifrån handlingsplanen för digifysisk vård. Därför beskrivs vissa resultat under denna punkt i direktivet som frigjord tid och andra istället som reducerad kostnad.

Projektet redovisar även data över tidslängd för videomöten i aktuell plattform under projektet då dessa uppgifter sannolikt anses vara intressanta vid etablering av digifysisk vård.

Omformulering i direktivet avseende punkt 1c och d

Under projektets genomförande beslutades att omformulera punkterna 1c och d i det ursprungliga direktivet, *bedömning av digital triage till bedömning av genomförda videomöten*. Projektet fick inledningsvis uppgifter om att aktuell plattform under projektet genererade automatisk data som beskrev invånare/patient samt vårdgivarens uppfattning om digital triage. Vid närmare analys visade det sig att plattformen genererade automatisk data avseende uppfattningen om genomförda videomöten. Projektledare övervägde att genomföra en enkätstudie med syfte att besvara den ursprungliga frågeställningen, men gjorde bedömningen att detta inte var realistiskt att genomföra till önskat slutdatum för denna slutrapport.

Omformulering i direktivet avseende punkt 1e

Under projektets genomförande beslutades att omformulera punkt 1e i det ursprungliga direktivet, *frigjord tid på behandlingsrum till frigjorda vårdtillfällen på fysiska behandlingsrum*. Detta motiveras av att formuleringen mer träffsäkert beskriver den faktiska frågeställningen.

Omformulering i direktivet avseende punkt 4

Under projektets genomförande beslutades att omformulera punkt 4 i det ursprungliga direktivet, *beskriva resursbehov för projektorganisation, verksamhet och IT avseende införande och förvaltning av triage vid en uppskalad etablering till beskriva behov inom projektorganisation, verksamhet och IT avseende genomförande och förvaltning av berörda delar inom digifysisk vård*. Detta motiveras av att Region Kronoberg beskriver den digifysiska vården som ett sammanhängande flöde bestående av både digitala och fysiska kontakter mellan verksamhet och invånare/patient. Flödet stöds av olika systemtekniska funktioner, där digital triage kan uttryckas vara en av dessa. Det uppstår därför gissningsvis ett begränsat värde av att endast beskriva införande och förvaltning av en funktion, då ett sådant avgränsat införande och förvaltning inte kommer att genomföras i praktiken.

I den strategiska planen för digifysisk vård har Region Kronoberg beskrivit hur den nödvändiga kopplingen mellan nya arbetssätt och olika typer av digitalt stöd tillsammans skapar ett värdeskapande flöde för både verksamhet och invånare/patient. Projektet har med utgångspunkt från ovanstående resonemang därför beslutat att istället besvara denna punkt i direktivet utifrån uppskattningar avseende behov vid genomförande och förvaltning av digifysisk vård, avgränsat till de delar som berörts under projektet.

Projektet har vidare beslutat att beskriva behov för genomförande, snarare än för ett införande. Det beror på att införande som begrepp styr mot att utvecklingen och uppdraget avgränsas till ett systeminförande. Uppdraget bedöms till största del snarare vara knutet till verksamhetsutveckling som genomförs med digitalt stöd. Vidare har projektledare valt att beskriva behoven vid ett genomförande utifrån framförallt kompetensbehov, organisatoriska förutsättningar samt metod för verksamhetsutvecklingsprojekt. Projektledare bedömer att det inte är möjligt att fullt ut ange resursanspråk i form av tid och/eller pengar. Detta beror på att det finns för många variabler att ta hänsyn till för en sådan beräkning. Framförallt styrs resursanspråket av organisationens behov, önskade arbetssätt och effekter. Andra faktorer som också påverkar är eventuell upphandlingsform, systemleverantör/lösning, efterfrågat tempo och intensitet i ett införande och genomförande samt komplexitet och volym i uppsättning, konfiguration och erbjudande samt vilken/vilka delar av den digifysiska vården som omfattas av analysen.

Tillägg till ursprungligt projektdirektiv

Tillägg till direktivet avseende punkt 1

Under projektets genomförande beslutades att tillföra en delpunkt under punkt 1, *vårdpersonalens bedömning av videomöten*, till det ursprungliga direktivet.

Tillägg till direktiv avseende punkt 6

Under projektets genomförande beslutades att tillföra ytterligare en punkt (punkt 6) till det ursprungliga direktivet, *jämföra Inera (1177.se) och aktuell plattform under projektet avseende stöd för genomförande av vaccinationer*. Ambitionen var att berika projektet med ytterligare erfarenheter avseende att pröva, öva och jämföra olika arbetssätt med digitalt stöd. Vaccinationer med stöd av aktuell plattform genomfördes för vaccinationer av vårdpersonal inom specialistpsykiatri.

Bilaga 2. Beräkningsunderlag - digital anamnes och triage

Se bifogad excelfil.

Bilaga 3. Kravmassa - information till fördjupad kravspecifikation

Se bifogad excelfil.