



Northern Periphery and
Arctic Programme
2014–2020



EUROPEAN UNION
Investing in your future
European Regional Development Fund



RemoAge
REMOTE SUPPORT OF AGED PEOPLE

RemoAge

Slutrapport

Ingela Johansson,
Region Norrbotten
Marja-Leena Komulainen,
Norrbottens Kommuner

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Syfte oh Mål	2
Metod	2
Tidsplan	3
Projektorganisation	3
Arbetsmodell för genomförande av tester.....	4
Utvärdering	4
Spridning.....	5
Genomförda Piloter	5
Mobilt trygghetslarm	5
Natttillsyn.....	5
Anhörigstöd	5
Konsultation mellan hemsjukvård och hemtjänst/särskilt boende.....	5
Läkarkonsultation mellan läkare, patient och hemsjukvårdens sjuksköterska.....	5
Rond via video	6
Palliativ konsultation	6
Samordnad individuell plan/slutenvårdsplanering via video	6
Elektronisk medicinhantering, Evondos	6
Resultat	7
Resultat utifrån patient/brukare, personal och verksamhet	7
Bieffekter	8
Rekommendationer till fortsatt arbete	8
Breddinförande av tjänster mellan kommun och region	8
Utmaningar.....	8
Genomförande.....	8
Tjänster som kräver vidare utveckling.....	9
Tjänster som inte ska breddinföras eller vidareutvecklas	10
Breddinförande av tjänster i kommunen.....	10

Bakgrund

RemoAge är ett projekt som pågått mellan 1 maj 2015 och 30 april 2018 och har finansierats av EU inom programmet Northern Periphery and Arctic programme (NPA). Norrbottens läns landsting var projektägare och projektet bestod av sju partners som finns i Sverige, Norge och Skottland.

Under perioden 2012- 2014 genomfördes RemoDem projektet där vi testade ett begränsat antal tjänster i två kommuner. Syftet var att stödja äldre personer med demens i glesbygd. Begränsningen i projektet var personer med demens vilket gjorde att målgruppen blev för liten för att kunna dra slutsatser av effekterna.

Den stora utmaningen i Norrbotten är den demografiska utvecklingen, vilket innebär att antalet vård- och omsorgstagare ökar och tillgång till personal minskar under de kommande 25 åren. Med erfarenheterna från RemoDem projektet och den demografiska utmaningen i Norrbotten genomfördes en ny ansökan till EU, Northern Periphery and Arctic program. De länder som deltog i ansökan var Norge och Skottland. Syftet med ansökan var att i större skala testa olika tjänster för att kunna stödja äldre, multisjuka personer i glesbygd samt att kontinuerligt utvärdera piloterna för att kunna få beslutsunderlag för implementering.

Syfte/mål

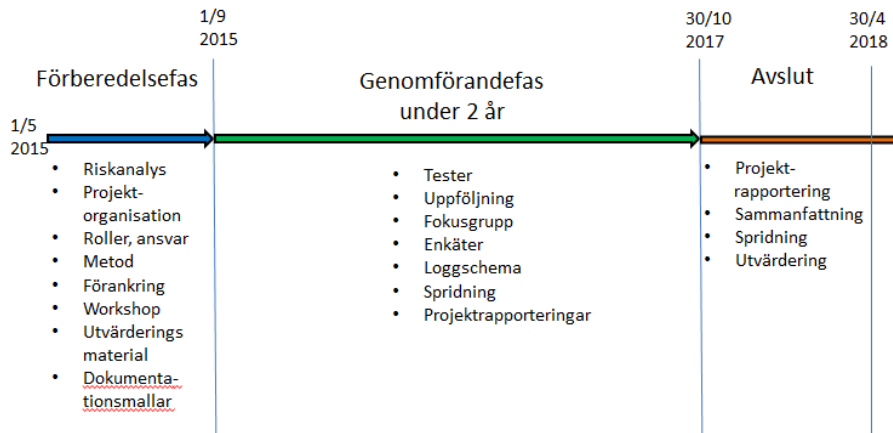
Syftet med projektet var att utarbeta och testa nya arbetsmetoder med stöd av digitala lösningar så att sjuka äldre personer som bor i glesbygd kan bo kvar i sina hem. Målet var att brukare/patienter och anhöriga blir självständigare, känner sig tryggare och mer delaktiga i sin vård och omsorg, att utveckla arbetsmetoder för att stärka samverkan mellan kommuner och Region Norrbotten samt att personella resurser frigörs till patientnära arbete.

De arbetsmetoder som fungerar ska sedan implementeras i större skala i verksamheterna.

Metod

RemoAge var ett samverkansprojekt mellan Region Norrbotten och Norrbottens kommuner. Projektet bestod av två regionala projektledare, 50% på Norrbottens kommuner och 25% inom Region Norrbotten. Deras roll har varit att ansvara och koordinera hela projektet. Lokala projektledare från kommun och region, totalt 24 personer, har samverkat och ansvarat för styrning och ledning av testerna på lokal nivå.

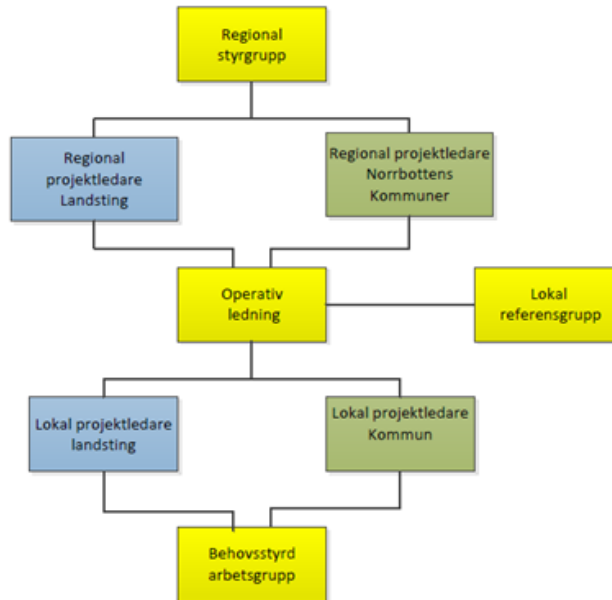
Tidsplan



Under första halvåret av projektiden genomfördes planering och förankring av projektet.

Genomförandefasen var under 2 år och har använts till att testa och utvärdera nya arbetssätt. Sista halvåret har fokus varit på sammanställning och spridning av erfarenheter.

Projektorganisation



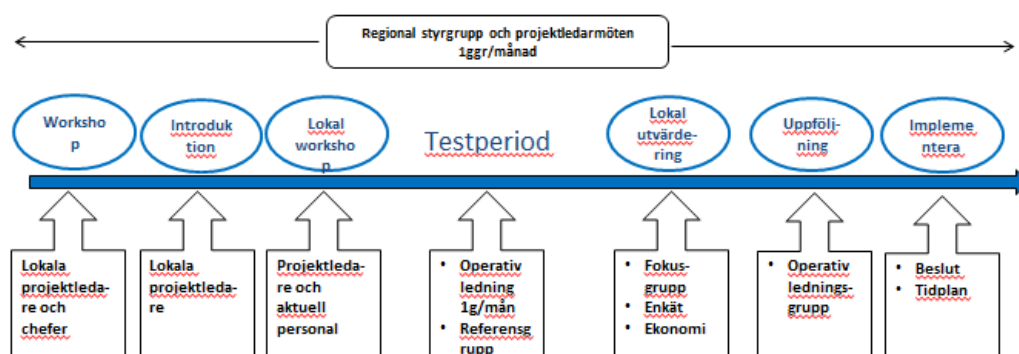
Styrgruppen bestod av chefer från socialtjänst och Regionen, IT, politik och brukarorganisationer. De har haft möten en halv timme per månad.

Operativ ledning fanns i varje deltagande kommun. Deltagande funktioner var berörda chefsnivåer från båda organisationer och IT-representant. De hade möten en halv timme per månad.

Varje kommun hade en lokal referensgrupp bestående av kommunpolitiker, brukarorganisationer, kommunala pensionärsråd och lokala fackliga företrädare.

Projektgruppen var en behovsstyrd arbetsgrupp vilket innebär att gruppens sammansättning styrdes utifrån typ av test, berörd personalgrupp samt IT-personal.

Arbetsmodell för genomförande av tester



Innan piloterna startade genomfördes en workshop med chefer och lokala projektledare för att förankra projektet samt ta fram vad som ska testas och vilka resurser som behövs. Därefter har lokal workshop genomförts med lokal projektledare och aktuell personal i den behovsstyrda arbetsgruppen. Syftet med workshop har varit att ta fram en införandeplan bestående av kartläggning av nuvarande arbetssätt samt utveckling av nytt arbetssätt. Sedan har de lokala projektledarna utarbetat en rutin för det nya arbetssättet.

Piloterna har genomförts under 6 - 8 månader. Därefter har en utvärdering med patient/brukare, anhörig och personal gjorts samt en ekonomisk beräkning av piloterna utifrån minskat resande och tidsvinster. Syftet med utvärderingarna har varit att ge verksamheterna ett beslutsunderlag för en eventuell implementering av arbetssättet.

Under testperioden har de regionala projektledarna haft månadsvis uppföljning av tester på projektledarträffar samt varje termin via operativa ledningsgrupper. Syftet med uppföljningarna har varit att utvärdera effekten av testerna samt stödja implementeringsprocessen. Sex månader efter avslutade tester genomfördes en uppföljning med deltagande verksamheterna för att utvärdera implementering och de långsiktiga effekterna.

Utvärdering

I RemoAge-projektet ingick en övergripande utvärdering där Stirling universitet i Skottland utvärderade patient- och personalnyttan och Tromsø, centrum för eHälsa, utvärderade den ekonomiska och organisatoriska nyttan. I Norrbotten genomfördes även en lokal utvärdering för att få reda på effekterna av de lokala piloterna. De lokala utvärderingarna har genomförts via enkät till brukare/patienter, anhöriga och personal samt fokusgrupper med personal som arbetat med den nya tekniken.

De lokala projektledarna har ansvarat för att samordna utvärderingarna i berörda verksamheter. En forskare från Luleå tekniska universitet har intervjuat personal med fokus på etiska aspekter och en forskare från Region Norrbottens utvecklingsenhet har sammanställt det övriga materialet till utvärderingen. Regional projektledare för kommuner har ansvarat att samla in material till den ekonomiska analysen och gjort de lokala beräkningarna per tjänst.

Spridning

Spridning av erfarenhet har skett via spridningskonferens i Norrbotten vid två tillfällen. Spridning har även skett i olika nätverk för ledningsgrupper, brukarorganisationer, politiska forum, lokalt i kommuner och regionens verksamheter, nationella och internationella konferenser samt via artiklar och intervjuer i Radio och TV. Filmer som beskriver arbetssätten har även producerat.

Genomförda piloter

Under perioden har vi testat nio olika tjänster. Nya arbetssätt har utvecklats med stöd av videotjänst och digitala verktyg.

Mobilt trygghetslarm

Målgruppen har varit personer med kognitiva nedsättningar inom särskilt boende och ordinärt boende som testat olika typer av mobila trygghetslarm med GPS-funktion, såsom klocka, en liten apparat som hänger runt halsen eller stoppas i fickan eller en sula som sätts i skon.

Nattillsyn

En mörkerseende kamera installeras hos brukaren. Personalen som gör tillsynsbesöken får ett program installerad i sin dator eller surfplatta. De aktiverar oftast 1 – 3 gånger per natt tjänsten och gör ett tillsynsbesök via kamera hos brukaren. Personalen kan göra tillsynsbesök från arbetslokal eller bil.

Anhörigstöd

Man använder surfplatta eller dator för att via en videotjänst träffa en anhörig som vårdar en närstående. Anhörigvårdaren får låna en surfplatta om de saknar utrustning själv. Anhörigkonsulent bokar in samtal med den anhöriga och ringer upp via en videotjänst.

Konsultation mellan hemsjukvård och hemtjänst/säbo (särskilt boende)

Konsultationen sker via surfplattor, datorer eller smart telefoner. Man har installerat videokommunikationstjänst i personalens arbetsutrustning och vid akuta förändringar i brukarens/boendes hälsotillstånd, kan sköterskan göra säkrare och snabbare bedömningar av hälsotillståndet och eventuellt förebygga behov av besök inom akutsjukvård och akuta inläggningar inom slutenvård.

Läkarkonsultation mellan läkare, patient och hemsjukvårdens sjuksköterska Tjänsten vänder sig till patienter inom hemsjukvård.

Hemsjukvårdens sjuksköterska uppmärksammar ett behov och bokar in läkarbesök via videotjänst med hälsocentralens läkare. Hemsjukvårdens sjuksköterska är hemma hos patienten och har en bärbar dator/surfplatta med sig samt en högtalare/mikrofon. Läkaren deltar via videolänk från sin expedition där hen har tillgång till dubbla skärmar, kamera och headset.

Rond via video

Vid de inplanerade ronderna på särskilt boende kontaktar kommunens sjuksköterska läkare på Hälsocentralen och rondens sker via video. Vid akuta sjukdomsfall kontaktar kommunens sjuksköterska Hälsocentralens sjuksköterska och avtalar tid med läkare för konsultation. Den teknik som används är bärbar dator/surfplatta, kamera, headset, dubbla skärmar och högtalare/mikrofon.

Palliativ konsultation

Palliativa rådgivningsteam (PRT) har tillsammans med hemsjukvården och vård- och omsorgsboenden i kommunen testat palliativ konsultation via video. Tjänsten möjliggör att hemsjukvårdens sjuksköterskor kan från patientens hem erbjuda videomöten med PRT teamets läkare och sjuksköterska för konsultation, rådgivning och uppföljning. Den nya tjänsten har även medfört att PRT teamet kan delta i en samordnad individuell planering med patienten samt att man kan ha regelbundna team möten mellan PRT och personal på hälsocentral, hemsjukvård, korttidsboenden samt vård- och omsorgsboenden med fokus på palliativa frågor. Den teknik som används är bärbar dator/surfplatta, kamera, headset, dubbla skärmar och högtalare/mikrofon.

Samordnad individuell plan(SIP)/slutenvårdsplanering (SVP)via video

Denna tjänst erbjuds både i öppenvård och från slutenvården. Personal från kommunen åker oftast hem till patienten/brukaren och har med sig tekniken, övrig personal från kommun och region deltar i planeringen via video från sin arbetsplats. Ifall patienten är inlagd på sjukhus och har behov av vårdplanering sker den via video från sjukhuset. Patienten och eventuella anhöriga deltar på planeringen från sjukhuset och kommunens personal deltar via videolänk. Den teknik som används är bärbar dator/surfplatta, kamera, headset, dubbla skärmar och högtalare/mikrofon.

Elektronisk medicinhantering, Evondos

Evondos, tjänst för automatisk läkemedelsdosering erbjuds för personer inom hemsjukvården som behöver viss hjälp med regelbunden medicinering. Målet är att patienterna blir mer självständiga med sitt läkemedelsintag samtidigt som patientsäkerheten bibehålls. För att kunna nyttja denna tjänst krävs dosförpackade läkemedel. Personalen fyller på läkemedelsautomaten varannan vecka. Automaten påminner vid bestämda tider patienten/brukaren om att ta läkemedlet. Ifall patient/brukare inte tagit läkemedlet skickas ett meddelande till ansvarig sjuksköterska.

Resultat

Under projektperioden har 11 av 14 kommuner med tillhörande hälso- och sjukvård deltagit i projektet. Över 200 patienter/brukare har deltagit i piloterna och 400 personal har utbildats i nya arbetssätt och teknik. Inom projektet har nio olika tjänster testats varav åtta är delvis implementerade i verksamheterna. Den tjänsten som inte är implementerad är den elektroniska medicinhanteraren. Anledningen till detta var att patienter inom hemsjukvården oftast är för långt gångna i sin sjukdom vilket gör att de har svårigheter att lära sig tekniken.

Resultat utifrån patient/brukare, personal och verksamhet

Målen på individnivå var att öka tryggheten hos patienter/brukare och anhöriga samt att patienter skulle känna sig mer självständiga och delaktiga i sin egen vård och omsorg. Utvärderingen visar att projektet nått dessa mål på individnivå och att de äldre anser att tekniken underlättat deras vardag. Vård och omsorg via video möjliggör vård i hemmet och minskar resande även för patienter och anhöriga. Bildkommunikation ger förutsättningar till att patient/brukare blir delaktigare i sin vård och omsorg och kan ha en kontinuerlig kontakt med sjukvården. Delaktighet gör att patient/brukare upplever sig bättre förberedda för vad som ska hända i framtiden. Att ha konsultation i sin egen hemmiljö ger trygghet både för patient/brukare och anhöriga. Video gör att flera aktörer kan samlas vilket medför mer sammanhållen vård och omsorg för den enskilde.

Olika digitala hjälpmedel som patienter/brukare fått tillgång till, såsom mobil trygghetslarm med GPS och trygghetskamera ger ökad livskvalitet. Resultatet visar på ökad trygghet, självständighet och att den fysiska aktiviteten ökat hos brukare/patient vilket möjliggör att de kan bo kvar hemma.

Ett målen för verksamheten har varit att se om införande av nya arbetssätt med stöd av digitalisering kan stärka samverkan mellan Region och kommuner samt frigöra personalresurser så att verksamheterna klarar av den framtida demografiska utvecklingen.

Personalen har i de olika piloterna tagit fram gemensamma rutiner vilket i sig stärkt samverkan mellan vårdgivarna. Personalen har upplevt att de kan göra säkrare och tryggare bedömningar. Flera aktörer kan delta på samma möte vilket ger en mer sammanhållen och jämlik vård i länet.

Resultaten visar att vård på distans även med ett färre antal brukare/patienter frigör stora personalresurser i glesbyggda områden. Det minskade resandet leder till förbättrad arbetsmiljö och personalresurser kan nyttjas mer effektivt.

Utvärdering av erfarenheter av ny teknik visar att tekniken är en möjlighet och en förutsättning för att klara framtidens utmaningar inom vård och omsorg. Distanskonsultation är ett naturligt komplement till det personliga mötet och tekniken ett bra hjälpmedel i arbetet.

Alla förändringar tar tid och för att nya arbetssätt ska bli implementerade krävs uthållighet, övning och stöd. Både patienter/brukare och anhöriga samt personal ansåg att tekniken var lätt att använda och var positivt inställda på att fortsätta med nyttjandet av teknik. En erfarenhet var att tekniken fungerade sämre om personen hade en långt framskriden demens, psykisk sjukdom eller grav hörselnedsättning.

Bieffekter

Information om de pågående piloterna som gjorts i projektet har kontinuerligt spridits till övriga kommuner i länet. De goda resultaten har inspirerat kommuner som inte deltagit i projektet att införa samma arbetsmetoder i sina respektive kommuner. Ett sådant exempel är Pajala som under senaste året infört ronder i särskilt boende och läkarkonsultation för patienter i hemsjukvård via video. Andra tjänster som de planerar att införa är dagtillsyn via video, nyckelfri hemtjänst och elektronisk medicinhanterare.

Personalen uppger att när man lärt sig att använda tekniken som ett arbetsverktyg så kan man lätt applicera arbetssättet till andra arbetsuppgifter. Man har bland annat använt tekniken till att patienten har fått uppföljning med specialistläkare i annat län och land. Idag nyttjar man tekniken för patientplaneringar mot flera kliniker och kommuner i länet.

Fördelen med att genomföra rond på distans är att man kan hjälpa varandra i länet. Ifall det är läkarbrist kan ett annat område bistå med läkarresurs vilket man gjort mellan Övertorneå och Överkalix. Detta arbetssätt möjliggör också läkarkonsultation vid akut försämring av hälsotillståndet.

I Haparanda planerar man att testa läkarkonsultation till ambulanspersonal vid akuta sjukdomsfall. Andra utvecklingstankar är att införa korta regelbundna konsultationer mellan ansvarig läkare och sjuksköterska i särskilt boende och hemsjukvård.

Personalen som lärt sig nyttja tekniken fungerar som stöd och handledare till sina kollegor inom andra områden utanför projektet. En annan bieffekt är att personalen blivit trygg med tekniken. För att behålla sina kunskaper genomför de interna och externa möten med samverkanspartner via video.

Rekommendationer till fortsatt arbete

Breddinförande av tjänster i samverkan mellan Region och kommun

Verksamheterna som arbetet med konsultation via video anser att följande tjänster kan breddinföras; rond på distans, samordnad individuell plan, palliativ konsultation, läkarbesök till patienter i hemsjukvård. Dessa arbetssätt är ett komplement till befintliga.

Utmaningar

Den största utmaningen är teknikrädsla hos personalen. Andra utmaningar är att infrastrukturen (bredband eller WIFI) saknas, teknisk utrustning inte finns tillgänglig och/eller bristande lokalt stöd från IT enhet. För att arbetssätten ska implementeras krävs att alla professioner använder det nya arbetssättet och tekniken i sitt dagliga arbete.

Genomförande

Regionen tar beslut om vilka tjänster som ska breddinföras som därefter förankras hos socialcheferna på deras nätverksträff.

Breddinförandet behöver koordineras på länsnivå med stöd av regionalt ansvariga personer från Regionen och Norrbottens Kommuner. Deras roll blir att initiera, stödja igångsättandet och följa upp införandet. På lokal nivå bör finnas ansvariga personer som driver, samordnar, stödjer och tränar arbetssättet inom kommun och Region.

Avrapportering av införandeprocessen sker inom Regionen till utvecklingsrådet och inom kommunerna till socialchefer på nätverksträffarna. På regional nivå bör man ha månatliga uppföljningar av det lokala arbetet för att kunna avrapportera till ovanstående.

Initialt bör en regional projektplan för breddinförandet utarbetas som beslutas av kommunerna och Regionen.

På lokal nivå startar arbetet med en lokal workshop där regionalt ansvariga personer, lokalt ansvarig person samt berörda chefer, medarbetare och IT personal deltar. På denna workshop utarbetas en handlingsplan för införande samt en gemensam rutin för arbetssättet.

Respektive vårdgivare behöver avsätta ekonomiska resurser för anskaffning av teknisk utrustning.

Tjänster som kräver vidare utveckling

- Efter att alla sjukhusorter med tillhörande hemsjukvård i länet har infört palliativ konsultation via video blir nästa steg att utveckla en gemensam rutin mellan palliativa rådgivningsteamerna och specialistklinikerna. Detta är ett internt utvecklingsarbete för regionen.
- Arbetet med läkarkonsultation för patienter i hemsjukvården visade behov av vårdväska för att kunna göra mer kliniska undersökningar i hemmet. Utvecklingen av detta arbetssätt kräver inventering av validerad utrustning samt tester i liten skala för att utvärdera nyttan. Detta arbetssätt kräver en överenskommelse mellan kommun och Region som beskriver ansvaret för utrustning och arbetsfördelning.
- Specialistbesök via video för hemsjukvårdspatienter i hemmet. Detta kräver en länsgemensam rutin mellan specialistvård och socialtjänst över vilka tjänster som ska ske via video. Test av rutinen för att säkerställa användbarheten innan implementering i verksamheterna.
- Läkarkonsultation från sjukhus till särskilt boende vid akuta sjukdomsfall på jourtid. Utarbeta en länsgemensam rutin mellan akutmottagningen och socialtjänsten. Test av rutinen för att säkerställa användbarheten innan implementering i verksamheterna.
- Inom projektet har vi testat en elektronisk medicinutdelare för hemsjukvårdspatienter vilket inte gav önskad nytta för verksamheten. För önskad nytta krävs en samverkan mellan primärvård och kommun så att patienterna får insatsen i tidigare skede via primärvården. Utveckling av den här tjänsten kräver ett utvecklingsarbete för primärvården.
- Under projektet har vi sett behovet av att samordna hjälpmedelsförsörjning till individen oavsett om det är personliga hjälpmedel (förskrivna enligt HSL), välfärdsteknik eller hjälpmedel till egenvård. Beslut om projektdirektiv i frågan är tagen av länsstyrgruppen som gav i uppdrag till Regionen och kommunen att göra en översyn av detta. Frågan har nu strandat och behöver åter aktualiseras.

- För att klara den framtida demografiska utmaningen finns det behov av att satsa mer på egenvård, där kroniska patienter ges möjlighet att följa sin egen hälsa med stöd av digitala verktyg. Denna utveckling kräver ett nytt projekt.
- I projektet har målgruppen varit 65 år och äldre vilket är en liten del av Regionens och socialtjänstens verksamhet. Det finns andra grupper, såsom yngre personer med funktionsnedsättning och barn och unga med psykisk ohälsa där man kan implementera de arbetssätt som utvecklats i projektet.

För att kunna genomföra vidare utveckling av tjänsterna krävs ansvariga personer som koordinerar, driver och stödjer arbetet både inom Region och kommun samt ekonomiska resurser för anskaffning av teknisk utrustning. Innan start rekommenderas riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv på de tjänster som ska utvecklas.

Tjänster som inte ska breddinföras eller vidareutvecklas

Slutenvårdplaneringen (SVP) som testats mellan Piteå sjukhus och Älvsbyns kommun är inte aktuellt att gå vidare med eftersom ny lagstiftning har inträtt som innebär att patientplaneringen ska ske i hemmet.

Breddinförande av tjänster i kommunen

Under projektet har en del av piloterna drivits internt i kommunerna. Dessa är natttillsyn via kamera, mobila trygghetslarm med GPS, anhörigstöd via video, elektronisk medicinhantering och konsultation från personal i hemtjänst och särskilt boende till kommunens sjuksköterska.

Arbetsätten som utvecklats i dessa tjänster har implementerats i de aktuella kommunerna. Natttillsyn har införts i nio av kommunerna och är idag en insats som erbjuds som alternativ för fysiska besök på natten. Det finns framtagna rutiner och andra dokument som de kvarvarande kommunerna kan ha som stöd när de är beredda att införa tjänsten.

En annan tjänst som fick stor spridning i kommunerna var mobilt trygghetslarm med GPS-funktion. Tjänsten infördes både i ordinärt och särskilt boende. Tjänsten har införts i de sex kommuner men det finns stort potential att utveckla och breddinföra tjänsten i övriga kommuner.

De två ovanstående tjänsterna är idag utbredda i landet och det finns stor erfarenhet av olika utrustning som finns på marknaden. Det finns inte längre behov av tester utan tjänsterna kan införas efter framtagandet av en införandeplan. På lokal nivå kan arbetet starta med att ta del av pilotkommuners erfarenheter, rutiner och övrig dokumentation och ha dessa som stöd när man utarbetar en handlingsplan för införande och rutin för arbetssättet.

Utmaningar som vi sett är bristen på kunskaper om tillgänglig teknik och tilliten till att brukare klarar av att hantera utrustningen. Vidare krävs en organisation och rutiner hur man hanterar larm när brukaren inte kommer tillbaka hem eller till boendet. I vissa områden i kommuner är

internetåtkomsten inte heller heltäckande vilket skapar en osäkerhet för införande av dessa digitala tjänster.

Anhörigstöd via video är en tjänst som är implementerad i de två kommunerna som deltog i piloten. Den har dock inte fått en större spridning och utmaningen är att få anhöriga som vårdar sitt närstående att söka hjälp och stöd hos kommunen i tidigt skede. Att ens närstående har en kognitiv svikt är fortfarande skambelagt och anhöriga, framför allt på mindre orter, döljer problematiken och söker inte stöd hos socialtjänsten. Tjänsten har en stor potential och skulle innebära en avlastning för anhöriga som vårdar sitt närstående om den skulle få större spridning. För att införa tjänsten behöver kommunen undersöka internetåtkomst hos eventuella deltagande anhöriga och avsätta ekonomiska resurser för anskaffning av teknisk utrustning som man kan låna/hyra ut åt anhöriga. En rutin för arbetssättet behöver tas fram och medborgarna informeras om tjänsten.

Konsultation via video från personal i hemtjänst och särskilt boende till kommunens sjuksköterska när ett boende eller en brukare i hemtjänst får försämrad hälsotillstånd är ett arbetssätt som fungerar. Tjänsten rekommenderas till kommunerna att införas.

I länet finns en gemensam e-nämnd ifall kommunerna är intresserade av att göra gemensamma upphandlingar.