



**Delrapport 2 – utvärdering pilotprojekt Vårdbesök via  
nätet, Brunflo Hälsocentral, 171019  
Version: 1**



## ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	170303	Utkast	
2.	171019	Nyutgåva	

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>1</b>	<b>INLEDNING OCH BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
1.1	E-hälsovision i Sverige .....	4
1.2	Region Jämtland Härjedalen.....	4
<b>2</b>	<b>UPPDRAGSDIREKTIV</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE MED PROJEKT VÅRDBESÖK VIA NÄTET</b> .....	<b>5</b>
3.1	Målgrupp .....	6
3.2	Avgränsning.....	6
3.3	Teknisk plattform .....	7
<b>4</b>	<b>PROJEKTTID</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>KVANTITATIV UTVÄRDERING</b> .....	<b>8</b>
5.1	Antal patientmöten via video .....	8
5.2	Videobesök till läkare uppdelat på män respektive kvinnor .....	9
5.3	Fördelning i ålder .....	10
5.4	Kontaktorsak.....	10
<b>6</b>	<b>KVALITATIV UPPFÖLJNING</b> .....	<b>11</b>
6.1	Patientenkät.....	11
6.2	3. Enkät som vänder sig till distriktsköterskor som arbetar med försöksverksamheten. ....	12
6.3	Utvärdering från läkare .....	12
6.4	Övriga variabler..... <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>	
6.4.1.1	Specifikation Verksamhetskrav/resursplanering på HC Brunflo. <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>	
6.4.1.2	Rutiner, anvisningar och riktlinjer .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
<b>7</b>	<b>EKONOMI</b> .....	<b>14</b>
7.1	Patientavgift för Vårdbesök via nätet .....	15
7.2	Patientavgift för IKBT – KBT via nätet.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
<b>8</b>	<b>DEFINITION E-BESÖK</b> .....	<b>FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.</b>
<b>9</b>	<b>IKBT (KBT PÅ NÄTET)</b> .....	<b>15</b>
<b>10</b>	<b>REFLEKTIONER OCH DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
<b>11</b>	<b>BILAGOR</b> .....	<b>20</b>

## 1 INLEDNING OCH BAKGRUND

---

### 1.1 E-hälsovision i Sverige

Regeringen och SKL har enats om en vision som ska omfatta arbetet med att bättre nyttja digitaliseringens möjligheter i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänstens olika delar.



Det är den första långsiktiga visionen för området som tagits fram gemensamt mellan regeringen och SKL. Visionen utgår från att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att ta tillvara på digitaliseringens möjligheter för att främja en jämlik hälsa och välfärd, liksom delaktighet och att ta tillvara på enskildas resurser.

Kärnan i visionen: År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Visionen beskriver också vad detta innebär för bland annat patienter, brukare och klienter respektive medarbetare. Områden som är viktiga i det fortsatta arbetet pekas också ut.

För mer information

<http://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv2016/visionenforehalsoarbetetbastivarlden2025.8687.html>

### 1.2 Region Jämtland Härjedalen

I region Jämtland Härjedalen bor 59 procent av befolkningen i en hälsocentralsort. De övriga 41 procenten, d v s 56 807 personer, har ett avstånd på grovt uppskattat mellan 8 och 39 kilometer till närmaste hälsocentral. Det ger ett viktat genomsnitt på 17,5 kilometer, d v s nästan 57 000 personer har i genomsnitt nästan 2 mil till närmaste hälsocentral. I en Sverigejämförelse är det långt (källa: Struktur för primärvården - Paket 6 Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning RS/968/2015 ).

I rapporten *Struktur för primärvården – Paket 6 LUP för god ekonomisk hushållning (RS/968/2015)* står

angivet under kap 6 punkt 6.2 vikten av ökat nyttjande av distansoberoende teknik. På Primärvårdens ledningsgrupp 160524 fastställdes således ett uppdrag till Brunflo HC att genomföra ett pilotprojekt med "Vårdbesök via nätet".

Att kunna erbjuda vård nära hemmet med hjälp av distansoberoende teknik är därför ett prioriterat område inom regionen. I Primärvården fanns vid tiden för uppstartande av detta pilotprojekt pågående arbeten med hjälp av distansoberoende teknik i Härjedalen gällande virtuellt akut rum, hälsorum med digital utrustning för patienter att göra levnadsvanetester finns bl a i Gällö och Stugun.

Nya projekt utifrån distansoberoende teknik planeras exempelvis att starta på Hammarstrands hälsocentral. Den tekniska utvecklingen går idag oerhört snabbt och ger verksamheter möjlighet att arbeta på andra sätt som komplement till traditionellt arbetssätt. Medarbetare och chefer i patientverksamhet har utifrån sitt perspektiv många goda idéer om hur verksamhetsutvecklingen skulle kunna nyttja dessa nya möjligheter.

## **2 UPPDRAGSDIREKTIV**

---

1. Brunflo Hälsocentral erhöll 2016-05-24 uppdraget att utforma och genomföra ett pilotprojekt avseende användande av distansoberoende teknik (jämförelse görs med liknande koncept som KRY har) där Brunflo Hälsocentral erbjuder patienter att träffa "Doktor på nätet."
2. Önskvärt att även kunna knyta detta projekt till ett delprojekt - KBT på nätet, också det på Brunflo HC.

## **3 SYFTE MED PROJEKT VÅRDBESÖK VIA NÄTET**

---

Syftet med pilotprojektet:

- Att verka för ökad tillgänglighet till läkarbesök för patienter med lindrigare besvär
- att därigenom öka tillgängligheten till läkarbesök för patienter som fysiskt behöver träffa läkare på hälsocentralen
- att verka för en minskad väntetid till läkarbesök
- att verka för ett patientflöde med ökad tillgänglighet för patienter till läkarbesök med bibehållen hög vårdkvalitet och patientsäkerhet genom att använda distansoberoende teknik
- att minska sjuktalet

När pilotprojektet har genomförts och utfall visar att arbetssättet kan implementeras på andra hälsocentraler inom Primärvården i Jämtland där detta kan vara lämpligt, är avsikten att så

skall ske. Redovisning av projektresultat kommer att ske i rapportform efter projektets avslut per 31 augusti 2017. Hälsocentralen kommer dock kontinuerligt att följa upp resultat veckovis samt per månad.

### **3.1 Målgrupp**

Patienter som i pilotprojektet erbjöds att träffa läkare via videolänk hade exempelvis nedanstående besvär:

- Sömnsvårigheter/sömnbesvär
- Olika former av intyg
- uppföljning div behandlingsplaner
- depression
- näringsbrister
- ångest
- långvarig smärta
- nedtrappning behandlingsscheman
- SIP
- överrörlighetssyndrom
- ställningstagande av vidare åtgärder i en utredning
- remisshantering
- kontroll röntgenbilder
- ordinerings / återkoppling provsvar

### **3.2 Avgränsning**

Pilotprojektet riktade sig i första hand till de patienter som är listade på Hälsocentralen i Brunflo, som i januari 2017 var 9 000 st till antalet. Samtliga besök har innan genomförandet bedömts vara lämpliga att genomföra på distans, i patientärenden där det ej varit lämpligt med distansbesök har sedvanligt fysiskt läkarbesök genomförts.

Barn har exkluderats av etiska skäl.

### 3.3 Teknisk plattform

Inom ramen för projektet så användes en tillfällig teknisk lösning i avvaktan på uppgradering av COSMIC till R8 1. Den tekniska lösningen som användes var skype och användandet av video plattform.

4 G Abonnemang med tillräcklig surfmängd så att videobesök kunde göras i planerad omfattning.

En stabil och fullgod internet täckning var och är en central aspekt.

#### **Tekniska förutsättningar för patient:**

Som patient så kunde man använda dator, surfplatta eller smartphone för att genomföra sitt möte med läkaren, men oavsett vilket verktyg som användes så förutsätter det en stabil internet täckning, kamera och fullgod ljudfunktion (helst headset men är inte ett krav). Fungerade mailadress krävs då patienten fick bekräftelse bokning av tid för videomöte samt anvisningar hur detta skulle ske via mail .

## 4 PROJEKTTID

---

**Start:** Testperiod 170222 -170322 med bokningsbara tider mellan 07.00 – 19.00.

Efter testperioden planeras att ytterligare 3 läkare ska knytas till arbetssättet som då utökas till att totalt omfatta 4 läkare.

**Planerat avslut av pilotprojekt:** 170831.

**Total projekttid:** efter inledande testperiod på 4 veckor avser pilotprojektet att fortgå i 5 månader (mars tom augusti) dvs total projekttid 6 månader inkl testperiod.

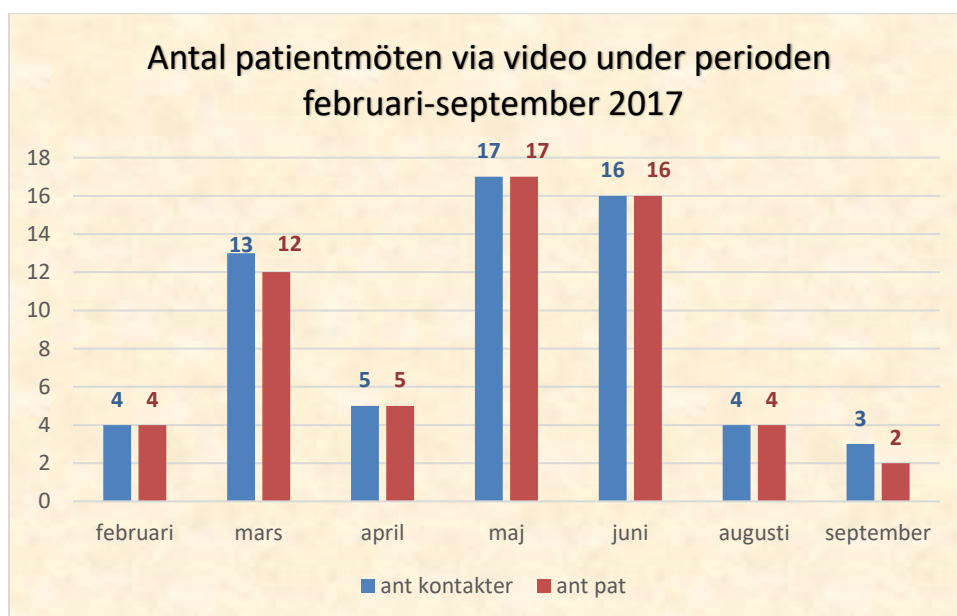
Demonstration av e-besök med Cambio 2/11.

## 5 KVANTITATIV UTVÄRDERING

### 5.1 Antal patientmöten via video

Totalt antal patientkontakter under perioden februari – september 2017 var 62 st, antal patienter var 60 st. Besöksfördelning per månad enligt nedan:

Diagram 1



Tabell 1

Månad	ant kontakter	ant pat
februari	4	4
mars	13	12
april	5	5
maj	17	17
juni	16	16
augusti	4	4
september	3	2
<b>Tot</b>	<b>62</b>	<b>60</b>

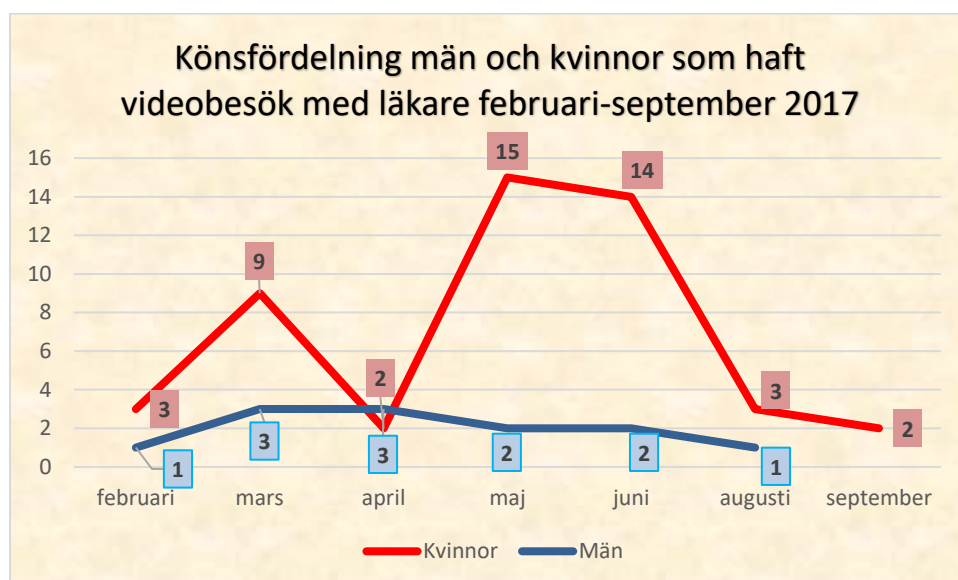


## Kommentar

Som framgår av ovanstående så genomfördes de flesta videobesöken under maj och juni, kan ev knytas till att det kan finnas en ökad tendens att hellre vilja genomföra sitt läkarbesök hemifrån under sommartid än övrig tid på året. Dock är antalet deltagande patienter för litet för att kunna dra några slutsatser kring detta. Visar enbart en trend i dagsläget. Fortsatt uppföljning krävs över tid för att kunna säkerställa eventuella trender.

## 5.2 Videobesök till läkare uppdelat på män respektive kvinnor

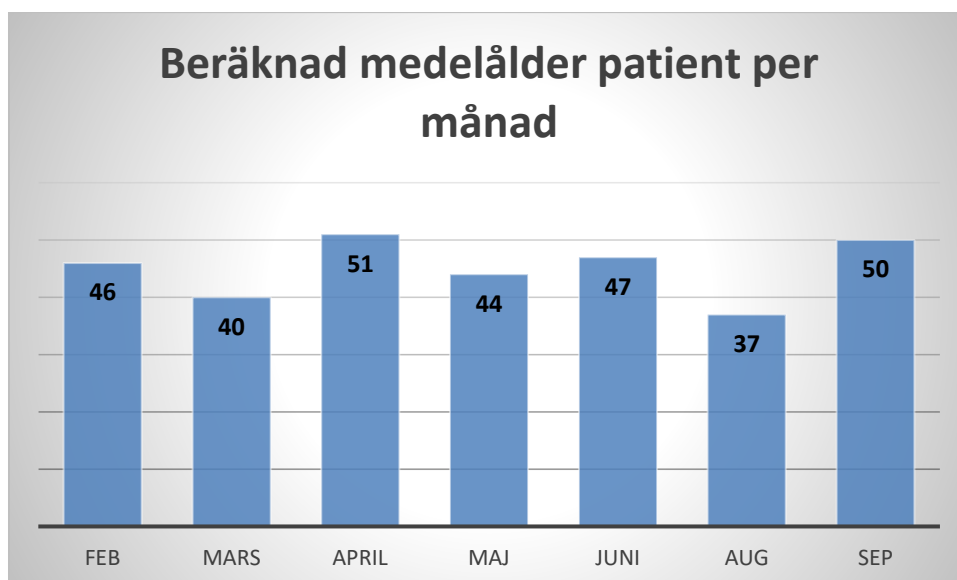
Diagram 2



## Kommentar

Övervägande patienter har varit kvinnor under hela testperioden, framgår även en särskilt hög andel kvinnor under maj och månad då hela besöksfrekvensen är som högst.

### 5.3 Fördelning i ålder



#### Kommentar

Ovan redovisas beräknad medelålder per patient på månadsbasis, om man räknar på hela perioden februari-september så är beräknad medelålder 45 år. Åldersspannet totalt gällande deltagande patienter under aktuell period är mellan 19 – 84 år. En arbetshypotes vi hade innan start var att vi hade föreställningen om att fler ”yngre” patienter skulle välja denna form av läkarbesök än vad resultatet visar, istället visar beräknad medelålder för perioden visa en förskjutning och lite mer äldre vilket är mycket intressant.

En kommentar är dock att detta förstås även kan bero på kontaktorsaker under perioden.

### 5.4 Kontaktorsak

I primärvården registreras inte kategori 1 under projekttiden, så kontaktorsak var inte möjlig att följa via IT-system.

## 5.5 Diagnoser

Exempel på diagnoser som genererades utifrån genomförda besök var olika former av sömnstörningar, ledvärk, utmattningssyndrom, stressreaktioner samt intygsskrivningar. Mer detaljerad redovisning kan inte ges pga sekretessaspekter.

## 6 KVALITATIV UPPFÖLJNING

---

### 6.1 Patientenkät

För att följa upp patienternas upplevelse användes en enkel enkät - hänvisning bil 1 och personal från hälsocentralen ringde upp patienten 1-3 dagar efter genomförande av läkarbesök via nätet.

Under perioden 170221 -170928 har 35 patienter ringts upp efter videomötet med läkaren enligt planerad metod för uppföljning. Av dessa har kontakt uppnåtts med 11 stycken vilket ger en svarsfrekvens på 31,5% och bortfallsfrekvens på 68,5%. Nedan redovisas urval av svar i citatform:

#### 1. Vad tycker du var bra med ditt videomöte?

- *"att jag fick kontakt med läkare fort. Professionellt upplagt"*
- *"lättisamt att vara hemma"*
- *"Behövde inte ta sig i väg då det är en del av sjukdomen"*
- *"såg vem man pratade med"*
- *"Hela möte var bra. Mottagningen var bra, patient och läkare såg varandra bra, väldigt positivt. Väldigt påläst läkare"*

#### 2. Vad tycker du var mindre bra med videomötet?

- *"Det fungerade inte alls – teknikstrul"*
- *"Att uppkopplingen backar"*
- *"Kunde haft telefonsamtal istället. Tekniken fungerade dåligt, såg varandra men hörde inte och pratade därför i mobil"*
- *Fick vänta lite länge. Hörde även förra patientens konversation – var uppkopplad samtidigt. (kopplade upp sig 30 min tidigare)*

Kommentar; Den sista aspekten är allvarlig då det har med sekretess att göra, läkaren uppmärksammade dock detta snabbt och åtgärdade omedelbart problemet som sen inte upprepades.

Orsaker till bortfallet är flera men bland annat upplevd tidsbrist hos personal för att ringa upp patienterna i tillräcklig omfattning 1- 3 dagar efter videomötet enligt ursprunglig planering. Vid uppringning till patienter framkommer även följande faktorer som orsak till bristande kontakt med patienterna; fel personnr, telefonnummer saknas/eller stämmer ej, men övervägande orsaken är inget svar hos patient.

### **6.2 3. Enkät som vänder sig till distriktsköterskor som arbetar med försöksverksamheten.**

Enkäten fylldes ej i kontinuerligt enligt planering pga tidsbrist, utvärdering genomfördes därför vid sjuksköterskemöte där synpunkter och erfarenheter dokumenterades. Det som framkom var enligt nedan:

- I början av projektet och vid själva bokningstillfället upplevdes det nya arbetssättet att via First Class förmedla kallelse till patienten som något krångligt då det var flera moment än tidigare som skulle göras.
- Samtliga dsk/ssk behövde specifik kunskap om samtliga tekniska förutsättningar för att på ett bra sätt kunna förklara för patienterna hur man laddar ner och installerar programmet. Även hur man sen som patient skulle gå in på själva besöket.
- Avsaknad av avsatt tid för kontinuerlig utvärdering enligt plan

### **6.3 Utvärdering från läkare**

Arbetssättet upplevdes positivt gällande kontaktformen med patienterna, däremot fanns en del att önska gällande tekniska frågor vilket även framkommer i patienternas utvärdering. Exempel på problemområden gällande teknik och andra aspekter som inte har med själva patientdelen att göra var överbelastad hub, abonnemang på sim-kort tar slut, låsningar i systemet, oklart vilka mjukvaror som pratat med varandra och inte, problem med dikatofoner etc, till ouppdaterade datorer som behöver kopplas in på regionens nätverkskabel för systemuppdateringar. Dessa problemområden påverkar både helhetsupplevelsen (när de inträffade) och genererade dessutom merarbete då de måste lösas.

## **7 SAMMANFATTNING UTVÄRDERING**

---

Arbetssättet har upplevts som mycket bra från deltagande läkare, distrikts/sjuksköterskor samt patienter. Det som genomgående framkommer som problemområden har till största delen utgjorts av tekniska problem av olika art.

Gällande metoder för utvärdering kan nämnas att metod att ringa upp patienter 1-3 dagar efter genomfört besök var svårt att fullfölja, patienter inte tillgängliga på telefon var den största orsaken till bortfall. Visst bortfall kan även härröras till tidsbrist hos personal men det var en mycket liten del.

Patientsäkerhet

**1. Säkerställande av identiteter patient/läkare** är en viktig faktor. Inom ramen för detta projekt så har vi löst det så att patienten får visa legitimation med foto i samband med videobesöket, läkaren får i sin tur också visa patienten ett SITHS-kort som giltig legitimation för säkerställande av att rätt personer träffar varandra. Då läkaren har sitt tjänstekort isatt och aktiverat i den dator som har cosmic uppe för den aktuella patienten krävs här en extra id-handling som legitimation. **Detta är utöver den säkerhet som vi i normala fall ställer som krav vid fysiska besök.**

**Utvärdering:** har inte framkommit några patientsäkerhetsrisker med ovanstående arbetssätt med undantag från 1 gång, då en patient "anlände tidigare till det virtuella mötet" som framkommer ovan.

**2.** En annan form av patientsäkerhet är att vi använder *och arbetar direkt i vårt ordinarie journalsystem cosmic med alla dess skyddsmekanismer*. Sekretess garanteras därför på samma sätt som vid ett vanligt fysiskt besök av patienten. *All dokumentation sker i cosmic och videobesöket spelas inte in och kan därför inte ses i efterhand.*

**Utvärdering;** har upplevts som bra och medförde inga andra förändringar i arbetssättet.

**3.** En annan åtgärd i syfte att säkerställa fortsatt god patientsäkerhet är även **avgränsning av "lämpliga" situationer och patienter**, *dvs bedömningen som distriktsköterska gör på hälsocentralen enligt lathund inom pilotprojektet*

**Utvärdering;** Försäkringskassan hade initialt synpunkter på förlängning av sjukintyg på distans och denna diskussion har ej avslutats inom pilotprojektets tidsperiod.

#### **4. Medarbetare på hälsocentralen**

De läkare som ska arbeta med att möta patienter via videolänk är samtliga erfarna specialister,

samtliga distriktsköterskor/sjuksköterskor har också lång yrkeserfarenhet vilket vi anser vara en viktig patientsäkerhetsaspekt.

### **5. Målgrupp för projektet**

Är som angivits ovan framför allt listade patienter på hälsocentralen med angivna inklusionskriterier (se pkt 3.1). Om minsta tvekan skulle finnas gällande lämplighet att möta patienten via videolänk så kommer att ordinarie fysiskt besök att bokas och videobesök inte bli aktuellt. I många fall genomfördes ett fysiskt läkarbesök som senare följdes upp digitalt.

### **Arbetsmiljö**

Ett arbetssätt där läkaren påverkar en hel del själv som gör att det kan kännas motiverande och roligt och samtidigt känna att besöken genomförs med hög kvalitet. Möjlighet att jobba hemifrån med ett gott resultat kan också upplevas som positivt. Erfarna distriktsköterskor/sjuksköterskor testar ett nytt arbetssätt som komplement och har en nyckelfunktion vad gäller att bedöma och avgöra när – och för vilka patienter detta kan vara ett bra erbjudande. En mycket positiv aspekt som tidigt lyftes fram var många patienters omedelbara respons som var mycket positiv till möjligheten att träffa läkaren på distans.

Dock har upplevelse av att den tid om har avsatts inte har räckt till för det arbete som krävts inom ramen för pilotprojektet vilket kan vara en viktig lärdom att dra.

Teknisk utrustning som har beställs till HC inom ramen för pilotprojektet är:

3 bärbara datorer

3 headset

4 surfplattor

Bildskärm till hälsorum (flertal funktioner men bl a för visning av videobesök om behov uppstår)

Inom ramen för detta pilotprojekt så har en tillfällig teknisk lösning använts i avvaktan på uppgradering av cosmic till R8 1. Den tekniska lösningen som används är programmet vidyo. Kostnader för 4 st skype licenser (inklusive licens i hälsorum) tillkommer då respektive enhet står för detta.

4 G Abonnemang med tillräcklig surfmängd så att videobesök kan göras i planerad omfattning.

En stabil och fullgod internet täckning är också viktigt.

Kostnader ska föras på särskilda medel från satsning psykisk hälsa och "inköp av teknikutrustning PSE". Detta då utrustningen ska användas både till doktor på nätet samt KBT på nätet.

Licenskostnader för SKYPE kommer att föras på Hälsocentralen i Brunflo enligt nedan:

**3 licenser SKYPE + licens hälsorum, totalt 4 licenser för SKYPE:**

å 430kr/per licens/år

**Tot kostnad: 1 720/år**

Respektive enhet betalar (beslut styrgrupp 161114). Dessa licenser måste förnyas årligen

Tidsredovisning av inlagd tid har skett till Vältel.

## 7.1 Patientavgift för Vårdbesök via nätet

Avgift enligt det senaste avgiftsbeslutet samt styrgrupp 161010:

”Besök via distansöverbyggande teknik (enhetstaxan) 300 kr

Denna avgift har fakturerats till patienten och ingår i högkostnadsskyddet precis som ett fysiskt läkarbesök. Intäkter av dessa besök går till Brunflo Hälsocentral som gör insatserna.

Vad som gäller för utomlänspatienter som hanteras med distansteknik: regleras ej i Regionala prislistan” för 2016 och är fortfarande inte lika tydligt, dock pågår ett arbete inom SKL för att skyndsamt utreda frågan om nationell taxa för digitala vårdmöten med läkare. När det arbetet är klart kommer SKL att gå vidare med andra yrkeskategorier.

## 8 IKBT (KBT PÅ NÄTET)

---

Samtidigt på pilotprojektet Vårdbesök via nätet har bedrivits så har ett arbete med införande av IKBT (KBT på nätet) bedrivits. Det bedrivs dock via annan projektgrupp. 170124 genomfördes ett gemensamt möte mellan den projektgruppen samt Psykolog och Enhetschef Brunflo och projektledare för Vårdbesök via nätet där följande upplägg beslutades.

Steg 1: Inledningsvis startar psykolog från Brunflo och Krokoms hälsocentral från primärvården som har erfarenhet sedan tidigare med just KBT på nätet i den tekniska plattform som inom region JH har upphandlats. Lite senare kommer en psykolog från Vuxenpsykiatri att starta upp. Viktigt att komma igång så fort som möjligt.

Steg 2: Utvärdering ska ske för att säkerställa att allt går bra (vilket det sannolikt gör eftersom det har haft positivt utfall hos andra som gjort samma sak). Beslut om att det inte behöver vara i gång under så lång tid för att ge tillräckligt med underlag för att kunna göra en utvärdering på det som utförts.

Steg 3: Sannolikt införande KBT på nätet på bredare front. Viktigt att inför detta klargöra vilken kompetens som krävs för att arbeta med IKBT (Internetbaserad KBT).

En risk och konsekvensanalys har inom ramen för särskild projektgrupp genomfördes under 2015.

Utbildningsinsats genomfördes 29 – 30/3 2017.

Upphandling av teknisk plattform genomförd och beslutad, därutöver finns eventuellt möjlighet till intäkt från professionsmiljarden per genomfört besök.

## 9 REFLEKTIONER OCH DISKUSSION

---

Projektet har varit både mycket stimulerande, intressant, utmanande och roligt men även tagit mycket tid, kraft och engagemang i anspråk, i synnerhet för enhetschef och MLU på hälsocentralen. Vissa frågor har exempelvis upplevts som mer regionövergripande och som därför kanske inte borde ha legat på enskild hälsocentral att driva. Exempel på sådana frågor är tekniska förutsättningar och strategier, juridiska aspekter, generellt IT-stöd och IT strategi i frågor där ex teknik kan vara en verksamhetsneutral faktor som ska stödja en verksamhet och som kan användas oavsett verksamhetsinriktning och yrkeskategori, inklusive uppföljningar där syftet är att kunna urskilja andel vård som bedrivs via distansoberoende teknik från traditionellt given vård. Då regionen har ett särskilt uppdrag att arbeta med distansoberoende teknik där uppföljning är en viktig faktor så menar vi att ovan nämnda aspekter är *strategiska regionövergripande frågor* och av den anledningen därför tveksamt om de borde ligga på enskild hälsocentral att driva inom ramen för ett pilotprojekt. En fördel skulle därför vara att redan vid ett pilotprojekts uppstart ta ställning till om det finns regionövergripande intressen eller aspekter i projektet, och förslagsvis då hantera dessa initialt på regionnivå och därmed ha en strategi utarbetad redan i projektets början. I slutet på detta kapitel finns därför en reflektion till övergripande generell arbetsstruktur som möjligen skulle kunna vara till stöd i kommande arbeten.

### Tekniska förutsättningar

Arbetet med beslut angående vilken teknisk plattform som ska användas inom projektet har varit lärorikt men även på flera vis frustrerande för enskild hälsocentral som under pågående ordinarie verksamhet önskar driva utvecklingsarbete med denna inriktning. Orsakerna är flera, men nämnas kan exempelvis att flera alternativa lösningar har varit aktuella vilket har lett till försening i arbetsprocessen. Först var målsättningen att arbeta enligt samma modell som Dr Kry men detta visade sig inte vara gångbart. Därefter diskuterades Visiba Care som inte blev aktuellt. Nästa inriktning var Cambio/COSMIC för att göra pilotprojektet inom ramen för regionens journalsystem – detta visade sig inte görbart i nuvarande version. Efter det var inriktningen att använda Skype tillsammans med Vidyo plattform som också blev den slutgiltiga lösningen i avvaktan på uppgradering av nuvarande COSMIC till R8 1.



Andra förvecklingar som har inträffat under arbetets gång och som har tagit mycket tid i anspråk för verksamheten är exempelvis:

- leveranser av utrustning som inte har fungerat
- utrustning har ej skickats till angiven leveransadress vilket medfört merarbete och försening
- 4 G abonnemang med surf avsett för videobesöksverksamhet enligt pilotprojektets avsikt under pågående test med patientbesök via video inbokade tar surf slut, vilket medför att patientbesök måste avbokas tills att problemet åtgärdats.
- utrustning som ex bärbara datorer har levererats "tomma", dvs inga funktioner installerade och som därför måste returneras för installation av innehåll och därefter försenad leverans

I projektarbetet hade det underlättat mycket för verksamheten om beslut om vilken teknisk plattform som ska användas (inklusive bekräftelse och verifiering på funktionalitet) tagits redan i ett mycket tidigt skede av arbetsprocessen. Anledningen är att på verksamheten utarbetas detaljerade anvisningar i handhavande av teknik, utrustning, hur videomöten skall genomföras osv för att underlätta för de medarbetare som ska arbeta med detta. Om förändringar gällande vilken teknisk plattform som är aktuell sker under senare delen i arbetsprocessen och projektet närmar sig konkret uppstart, måste även dessa anvisningar ändras eller kompletteras vilket genererar ett merarbete som skulle kunna undvikas.

Orsaker till ovanstående är sannolikt olyckliga omständigheter men vi väljer ändå att ta upp det här under diskussion/reflektion då det får konsekvenser för den verksamhet som driver projektet och ska förslagsvis betraktas som identifierade förbättringsområden.

### **Juridisk aspekt - Namn på ett pilotprojekt**

Det finns ett omfattande regelverk som styr vad ett projekt kan "döpas" till och en sådan kunskap är värdefull att ha med sig redan från start. Exempel nedan:

*"Regler kan delas in i firmaregler och varumärken. Dessutom finns patent och mönsterskydd.*

*Rätten till firma (det man kallar en verksamhet/företag) regleras i firmalagen och rätt till firma vinnns genom registrering. Kravet är att firman ska särskilja sig från andra firmor inom samma bransch. Kriterium är att risk för sammanblandning inte ska föreligga. Vissa firmor kan få generellt skydd i alla branscher genom inarbetning t ex IKEA. Kan även slå igenom på varumärken.*

*När det gäller en tjänst för man tillämpa varumärkesreglerna. Ett av kraven är att varumärket är unikt och har särskiljningsförmåga. Skydd uppnås genom registrering. Registrering ges för de varor eller tjänster som varumärket ska användas för.*

*Så snart man har klart vilket varumärke man vill använda och för vad kan man lämna in en ansökan om registrering hos PRV."*

Vidare bör Namn- och organisationsrådet tillfrågas för att namnet ska stämma med alla system och om det ska kopplas ihop med COSMIC. Ska namnet in i COSMIC så finns särskilda regler för detta. Ovanstående är ny kunskap som är värdefull att ha med sig i kommande projektarbeten.

### **Patientsäkerhet**

Se ovanstående kap 4.2.2.1 gällande patientsäkerhet. Patientsäkerhet är en naturlig del att bevaka i allt utvecklingsarbete, men särskilt viktigt här eftersom vårdpersonal inte träffar patienten vid mötet. Inom ramen för detta projektarbete har ambitionen därför redan från första början varit att på ett så optimalt sätt som möjligt säkerställa fortsatt god patientsäkerhet. Dvs samma krav som om besöket till läkaren skulle ha utförts på hälsocentralen.

På riksnyheterna 170303 var ett inslag kring digitala vårdmöten där farhågor gällande patientsäkerheten tas upp, bland annat har antalet IVO anmälningar inom den icke landstingsdrivna verksamheten i denna bransch ökat. Det bekräftar sannolikt att vikten av tydlighet och säkerställande av patientsäkerhet inte bara är av betydande art, utan det ska också vara tydligt och dokumenterat. Eftersom det är ett pilotprojekt så kommer denna aspekt även att framgå i utvärderingar.

### **Lokalt på hälsocentralen i Brunflo**

Enhetschef och MLU har kontinuerligt informerat och diskuterat detta projektarbete med sina kollegor. Särskilda möten med framför allt distriktsköterskorna har också genomförts där värdefulla synpunkter har inhämtats.

En lärdom med facit i hand är att det sannolikt hade varit en fördel att ännu tidigare i arbetsprocessen utökat den lokala arbetsgruppen i projektet med exempelvis superanvändare och distriktsköterska – detta för att arbeta ännu mer effektivt.

Sammanfattningsvis har förberedelsearbetet varit både intressant, utmanande, lärorikt och roligt men periodvis även tidsödande med arbetssätt som genererat onödigt merarbete som har lett till en förseningar i arbetsprocessen.

En antal nyttiga lärdomar har kunnat erhållas som både omfattar positiva erfarenheter i projektarbetet men även mindre bra erfarenheter – de sistnämnda får då utgå förbättringsområden att ha med sig i nästa arbete.

Avslutningsvis ett förslag till en övergripande mycket generell checklista gällande struktur för arbetssätt med delar som är viktiga att initialt ha med i arbetsprocessen.

i övrigt hänvisning till Projekttil/gällande riktlinjer inom regionen gällande arbete med projekt

Projektnamn	syfte	Beräknad start	Beräknat avslut
	<b>Vad</b>	<b>Ansvarig</b>	<b>Dokumenterat i aktivitetsplan</b>
<b>Finns Regionövergripande aspekter</b>			
IT			
Teknik			
Kommunikation			
Juridiska aspekter			
Deltagande av förvaltningar?			
Ekonomi			
Samverkan med andra interna projekt?			
Övriga aspekter			
<b>Lokalt på enhet</b>			
Stöd i ovanstående i tidigt skede			
Finns lokalfrågor?			
Utarbetande skriftliga rutiner, ex målgrupp, avgränsningar, handhavande av ev utrustning, utvärderingar, patientinformation m.m			
Struktur kontinuerlig info/diskussion			
Struktur för inhämtande av synpunkter under arbetets gång			
Struktur projektorganisation			
Krävs utbildning eller introduktion innan start			

## 10 BILAGOR

---

### Bilaga 1

#### Kvantitativ och kvalitativ uppföljning per besök "Vårdbesök via nätet"

Fylls i manuellt efter varje genomfört besök

Datum för besöket: \_\_\_\_\_

#### 1. Kön

Man: \_\_\_\_\_

Kvinna: \_\_\_\_\_

#### 2. Ålder

\_\_\_\_\_

#### 3. Kontaktorsak (dvs besöksdiagnos)

\_\_\_\_\_

#### 4. Vem har bokat besöket?

Dsk: \_\_\_\_\_

Annan (vg ange yrkeskategori): \_\_\_\_\_

#### 5. Hur har patienten kommit i kontakt med "Vårdbesök via nätet"?

Fysisk person på hälsocentralen Brunflo: \_\_\_\_\_

Hälsocentralens hemsida: \_\_\_\_\_

Annat sätt (vg ange vad): \_\_\_\_\_

**6. Kändes Mötet medicinskt säkert?** (vänligen ringa in ditt svar)

Ja

Nej

Tveksamt

Synpunkter:

---

---

---

**7. Blev patienten nöjd?** (vänligen ringa in ditt svar)

Ja

Nej

Tveksamt

Synpunkter:

---

---

---

**8. Kunde Du göra statusbedömning?** (vänligen ringa in ditt svar)

Ja

Nej

Tveksamt

Synpunkter:

---

---

---

Andra variabler som kommer att följas upp i fiktiv tidbok samt Divern per vecka och månad är:

- Besöksfördelning över veckans dagar
- Kontaktorsak som är den besöksdiagnos som sätts för besöket
- Tidsåtgång (antal planerade samt genomförda besök )



## Bilaga 2 Kvalitativ uppföljning – Patientenkät

### Inledning

Då det här just nu är en försöksverksamhet så är det viktigt för oss att få synpunkter från dej som patient om hur du har upplevt det har varit att få träffa en läkare via nätet. Därför är vi tacksamma om du kan tänka dig svara på några korta frågor, dina svar behandlas anonymt, inga namn efterfrågas eller dokumenteras, alla resultat kommer enbart att sammanställas i grupp.

Frågor att ställa till patienten 1-3 dagar efter att videomötet har ägt rum

1. Vad tycker du var bra med ditt videomöte?

---

---

---

---

2. Vad tycker du var mindre bra med videomötet?

---

---

---

---

3. Är det någonting som du tycker vi kan göra annorlunda?

---

---

---

---

4. Har du några övriga synpunkter?

---

---

---

---

Tack för Din medverkan

## **Bilaga 3**

# **Utvärdering Vårdbesök via nätet – Distriktsköterska**

## **Inledning**

Då det här just nu är en försöksverksamhet så är det viktigt för oss att få synpunkter från dej som distriktsköterska som bokar patienterna i det nya arbetssättet, om hur du upplever att det fungerar både för dej och patienterna. Därför är vi tacksamma om du kan tänka dig svara på några korta frågor. Var god ringa in ditt svar.

### **1.Hur tycker du det har fungerat med bokning av patienter?**

1 mkt dåligt

2.dåligt

3.bra

4.Mycket bra

Synpunkter eller förbättringsförslag

---

---

---

### **2. Hur tycker du att det har fungerat med att bedöma vilka patienter och situationer som kan vara lämpliga för att erbjuda patienten ett videomöte med läkaren?**

1 mkt dåligt

2.dåligt

3.bra

4.Mycket bra

Synpunkter eller förbättringsförslag

---

---

---



**3. Anser du att arbetssättet har någon negativ effekt på patientsäkerhet?**

Ja

Nej

Om ja, vänligen ange vad

---

---

---

**4. Anser du att arbetssättet har någon negativ effekt på din arbetsmiljö?**

Ja

Nej

Om ja, vänligen ange vad

---

---

---



