

# Projektansökan –Tillgängliga samordnade individuella planer

---

## **Projektbenämning:**

Tillgängliga samordnade individuella planer

## **Sökande organisation och samarbetsparter**

- Norrbottens läns landsting (projektägare)
- Kommunförbundet Norrbotten
- Luleå kommun
- Kiruna kommun
- Älvsbyns kommun
- Luleå tekniska universitet/Centrum för Innovation och eHälsa (EIC), Institutionen för Hälsovetenskap.

## **Kontaktperson**

Anneli Granberg, Norrbottens läns landsting, +46 70 328 86 81,  
[Anneli.Granberg@nll.se](mailto:Anneli.Granberg@nll.se)

## **Projektperiod**

2016-01-01 – 2019-04-30

## **Län och kommuner som omfattas av projektets verksamhet**

Norrbotten

Arjeplog, Arvidsjaur Boden Gällivare Haparanda, Jokkmokk Kalix Kiruna Luleå  
Pajala, Piteå Älvsbyn Övertorneå

## **Typ av projekt**

Samverkansprojekt

## 1 Bakgrund och omvärld

Både de samhällsutmaningar som vården och omsorgen står inför och de krav som medborgare och patienter framför ställer krav på ökad delaktighet och medskapande i vården och omsorgen. Begreppet "personcentrerad vård" har under de senaste åren vuxit fram som ett nytt förhållningssätt för att dels åstadkomma ökad delaktighet och medskapande för patienter och närstående samt dels utnyttja vårdens och omsorgens resurser effektivare.

### 1.1 Behov av sammanhållen och personcentrerad vård

Personer med stora vårdbehov, exempelvis särskilt svaga kronsikt sjuka äldre, multisjuka och funktionsnedsatta är oftast beroende av vård- och omsorgstjänster från flera organisationer och kräver mycket resurser. För dessa grupper är behovet av en sammanhållen vård stort. Det är mycket angeläget att hitta gemensamma arbetssätt och implementera gemensamma innovativa IT-verktyg som på bästa sätt tillfredsställer behovet av sammanhållen vård oavsett var patienten eller vårdpersonalen vistas. Dagens utbyggda IT-infrastruktur skapar goda förutsättningar för att arbeta med dessa IT-verktyg. Utmaningen ligger i att hitta effektiva arbetssätt för sammanhållen vård och att få både personalen samt patient och närstående att förstå och lära sig hur de nya IT-verktygen kan användas i vardagen.

Personcentrerad vård och omsorg innebär en övergång från en modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention till en modell där fokus för vård- och omsorgspersonal ligger på patientens behov i stället för på resurser. Personcentrerad vård och omsorg utgår från en modell där en överenskommelse görs med patienten (ofta tillsammans med närstående) som är aktiv i planering och genomförande av den egna vården och omsorgen. Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patienten och närstående och professionella vårdare och utgångspunkten är patientens beskrivning av sitt hälsotillstånd. Med beskrivningen som utgångspunkt upprättas en gemensam plan med mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning. En väl genomförd planeringsprocess och samordning mellan vård och omsorgsaktörerna är därmed en förutsättning för en personcentrerad vård och omsorg. För att planen skall bli bra måste den innehålla av en förberedelsefas där all väsentlig information samlas från de olika aktörerna som skall delta i planeringen. Vid själva planeringstillfället skall alla berörda yrkesgrupper från vård- och omsorgsaktörerna, personen med vårdbehovet samt närstående vara delaktiga. Planeringen sker vid ett gemensamt möte där resultatet blir en gemensamt utformad vård- och omsorgsplan som är ett viktigt instrument i den fortsatta vården och omsorgen. Planen innehåller överenskommelsen mellan alla involverade aktörer och blir beviset på partnerskapet.

## 1.2 Samordnade planer mellan vård och omsorg

För närvarande så finns två typer av planer som fokuserar på samordningen mellan vård och omsorg samt patient. Den ena, samordnad plan vid utskrivning (SVP)<sup>1</sup> sker i samband med att en patient skrivs ut från en sjukhusvistelse och har ett kvarstående vård och/eller omsorgsbehov efter vårdtillfället. Det andra typen kallas samordnad individuell plan (SIP)<sup>2</sup> och skall upprättas för personer som har ett kontinuerligt behov av insatser från både landstingets öppenvård och kommunens socialtjänst och hemsjukvård.

### 1.2.1 Samordnad plan vid utskrivning

Samordnad plan vid utskrivning är en integrerad del av vården vid patientens hemgång från sjukhuset och det är slutenvårdens läkare som initierar processen. Samordnad plan vid utskrivning styrs av betalningsansvarslagen, gäller en tidsbegränsad period och omfattar en upprättad och justerad samordnad plan vid utskrivning samt ett utskrivningsmeddelande. Rutiner för när en patient är utskrivningsklar; "samordnad plan vid utskrivning - gällande samverkan, informationsöverföring och vårdplanering mellan landsting och kommuner" regleras i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404, SOSFS 2005:27). Patientens behov styr vilka professioner från vården och omsorgen som deltar vid samordnad plan vid utskrivning. Vid varje planeringstillfälle deltar slutenvårdens sjuksköterska, kommunens biståndshandläggare samt kommunens distriktsjuksköterska. Har patienten en god man, förmyndare eller förvaltare kan även dessa delta. I förekommande fall deltar även behandlande läkare från slutenvården, sjukgymnast och arbetsterapeut från slutenvården och primärvård/ kommun, dietist samt kurator från slutenvården.

### 1.2.2 Samordnad individuell plan, SIP

Vid upprättandet av en samordnad individuell plan är vanligen inte slutenvården delaktig. Processen initieras av aktörer i öppenvård eller socialtjänst, den enskilde eller av närstående. I en samordnad individuell planering kan flera olika aktörer förutom vård och omsorg samt patient och närstående förekomma, exempelvis skola, arbetsförmedling och försäkringskassa. Utgångspunkten för samordnad individuell plan är en samordning av patientens behov av välfärdstjänster och resurser från olika aktörer som sedan planeras och dokumenteras. Målet är att planeringen övergår från en punktinsats till en process med kontinuerlig uppföljning och revidering efter behov. Planeringen

---

<sup>1</sup> Samordnad plan vid utskrivning (SVP): Vård- och omsorgsplan som upprättats vid utskrivning från sluten vård för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad vård- och omsorgsplanering (Källa: Socialstyrelsens termbank). SVP = Samordnad VårdPlan.

<sup>2</sup> Samordnad individuell plan (SIP): vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering (Källa: Socialstyrelsens termbank). Förkortningen SVP härstammar från ett tidigare namn på planen, "Samordnad Vårdplan".

skall också ske när den passar patienten bäst Syftet med en samordnad individuell plan är:

- Ökat inflytande och delaktighet för den enskilde
- Förbättrad samordning mellan aktörerna
- Att ge en helhetsbild av den enskildes situation för både den enskilde, närstående och berörda vård- och omsorgsgivare samt andra involverade välfärdsaktörer.
- Beskriva vilka aktörer som är involverad i vården och omsorgen samt vilka insatser som respektive aktör ansvarar för.

Planen skall godkännas av samtliga inblandade aktörer, vara aktuell och följas upp kontinuerligt. Vid samordnad individuell plan deltar vanligen aktörer inom socialtjänst, landstingets öppenvård, primärvård och vid behov försäkringskassa, skola och arbetsförmedling.

Kraven på att upprätta samordnad individuell plan lagstodgades 2010 i både 2 kap 7 § Socialtjänstlagen (SoL) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 3f §. Upprättande av samordnande individuella planer nämns även i Patientlagen (SFS 2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015, vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Patientlagen ska dessutom främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Den nya patientlagen innebär även att informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det poängteras att den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

### ***1.2.3 Likheter mellan samordnad plan vid utskrivning och samordnad individuell plan***

Oavsett om det är en samordnad plan vid utskrivning eller en samordnad individuell plan som upprättas ställs höga krav på en effektivt och säkert arbetssätt och god informationsutbyte mellan samtliga involverade aktörer med patientens behov i centrum. Den nödvändiga informationen hämtas från flera källor och kräver ett brett förarbete. Båda planeringsprocesserna sker i form av telefonsamtal, fysiska möten men också i form av dokumentation som delas och upprättas mellan aktörerna. Det är viktigt att patient och närstående tidigt känner sig delaktiga i processerna samt får tillgång till planen.

### ***1.2.4 Ny lag reglerar samordnades individuella planer***

I samband med förslaget till den nya lagen - lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (från SOU 2015:20 "Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård, utredningen om betalningsansvarslagen"), även kallad den nya betalningsansvarslagen, som förslås träd i kraft under 2016, kommer reglerna och förordningarna vid samordnad plan vid utskrivning att upphöra. Istället är lagförslaget att all planeringen skall övergå till de regler som

gäller samordnad individuell plan oavsett om det avser en planering vid utskrivning från slutenvården eller om det avser om det en planering för en patient med ett kontinuerligt vård- och omsorgsbehov. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

### **1.2.5 Systemstöd för samordnad plan vid utskrivning och samordnad individuell plan**

I samband med att landstinget och länets kommuner började med ett systematiskt arbete med samordnade plan vid utskrivning identifierades snabbt behovet av ett systemstöd som skulle stödja det nödvändiga informationsutbytet mellan vårdaktörerna. Behovet konkretiserades i ett IT-system, Meddix SVP, som sedan 2005 har använts för samordnade plan vid utskrivning av landstinget och Norrbottens 14 kommuner. Meddix SVP utvecklades av det Luleåbaserade företag Zait AB tillsammans med landstinget och kommunerna och Norrbotten var det första länet i landet som använde ett systemstöd för planeringen. Idag genomförs årligen ca 9100 samordnade planer vid utskrivning i länet i systemet.

Norrbotten har i många fall varit en föregångare när det gäller IT-utveckling inom vården. Det finns en nära samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som kravställare och lokala IT-företag som utvecklare av produkter och tjänster för en större marknad. Zait AB uppgick sedermera i Tieto Healthcare AB och produkten Meddix SVP används idag i åtta landsting/regioner och totalt 92 kommuner. Det görs årligen mer än 68 100 samordnade planeringar av ca 20 000 användare i landet med hjälp av produkten.

I samband med att samordnad individuell plan lagstodgades 2010 utvecklades även Meddix ÖppenVård med erfarenheterna från Meddix SVP. Återigen var Norrbotten först bland landets län och regioner att använda ett IT-stöd för informationsförsörjning mellan vårdaktörerna. Samarbetet har resulterat i att ytterligare fyra län/regioner har valt att använda samma produkt så här långt. Dock har själva användandet av Meddix ÖppenVård i vård- och omsorgsverksamheterna inte kommit lika långt i länet. Några anledningar till detta är att samordnad individuell plan är en relativt ”ny” företeelse i vård- och omsorgsverksamheterna jämfört med samordnad plan vid utskrivning. Det kan vara fler roller från fler organisationer som är involverade i arbetet med att upprätta en samordnad individuell plan. Själva plattformen Meddix SVP och Meddix ÖppenVård börjar bli föråldrad och överensstämmer inte med ett modernt arbetsätt. Leverantören Tieto har påbörjat ett arbete med att bygga ett nytt systemstöd för samordnad plan vid utskrivning med moderare

funktionalitet och stöd för mobilitet samt att den går att använda i olika tekniklösningar. Den nya betalningsansvarslagen kommer att innebära att det måste utvecklas ett nytt systemstöd för all samordnad planering som framgent kommer att lyda under samma regelverk som idag gäller för samordnad individuell plan.

### **1.3 Utmaningar**

Dagens hälso- och sjukvård har blivit allt mer specialiserad och professionaliserad. En utveckling som många gånger bidragit till en mer uppdelad vård där patienten förflyttas mellan olika instanser och vårdgivare. En situation som kan vara påfrestande för patienten och närstående. Samtidigt handlar det inte enbart om negativa upplevelser för den enskilde patienten utan risk för dubbelarbete, förseningar och ökade väntetider vilket också medför ger också högre kostnader för vård och omsorg. Det finns ett stort behov av effektiva planeringsprocesser som resulterar i väl strukturerade planer. Planerna måste vara enkelt tillgängliga för både patient och närstående samt den personal från vård och omsorg som skall utföra de aktiviteter som beslutats i planerna. Genom att tillgängliggöra samordnade individuella planer så ökar patientsäkerheten genom att patienten själv, eller den närstående, kan se vilka aktiviteter som planerats och jämföra med vad som utförts. Det skapar goda möjligheter till uppföljning. Det är också mycket viktigt för vård och omsorg att hitta nya lösningar som skapar ökat delaktighet och tillgänglighet samt samtidigt medför att patienter och invånare ökar användningen av redan existerande e-tjänster. En ökad användning av e-tjänster medför möjlighet till omfördelning av resurser de som behöver dem mest.

#### **1.3.1 Många utvecklingsfrågor kvarstår**

Även om arbetet med samordnad planering och då framförallt samordnad plan vid utskrivning har pågått under flera år finns det fortfarande kvar många utvecklingsfrågor som är hinder på vägen mot att nå en fungerande samordnad personcentrerad vård i länet. Några av dessa är:

- Svårighet att samordna resurser - brister i resurs och kapacitetstplanering
- Svårighet att delge rätt personer rätt information i rätt tid
- Långa tidskrävande resor för att närvara vid planeringsmöten främst för distriktssköterskor, socialtjänstens personal samt närstående
- Olikheter i rutiner och brister i uppföljningen av beslutade insatser
- Patient och närstående känner en otrygghet inför hemgång
- Mycket tid går till administrativt arbete för vårdpersonalen
- Dubbeldokumentation i verksamhetsystem för vård och omsorgspersonalen
- Osäkerhet för vård- och omsorgspersonalen vilka de beslutade insatserna är och vem som är ansvarig och osäkerhet hur de har fungerat efter hemkomsten.

Hinder i processen innebär att planerad utskrivning kan försenas flera dygn. Enbart under 2014 hade Sunderby sjukhus i snitt 26 utskrivningsbara patienter<sup>3</sup> dagligen vilket motsvarar en hel vårdavdelning på sjukhuset. Med en genomsnittligt (lågt) räknads kostnad på 10 000 per vårddygn orsakar det en kostnad på SEK 94,9 miljoner.

### Brister i tillämpning och transparens

Samordnad plan vid utskrivning har skett under en längre tid och det har gjorts flertalet åtgärder för att få arbetssätten att stödja processen bättre, trots dessa åtgärder har uppfattningen om hur väl processen fungerat varierat i länet. Detsamma gäller med samordad individuell plan vars process har visat sig vara ännu mer komplex att införa. En viktig faktor är det är många medarbetare som är involverade i processen, ca 3000 inom vården och ca 2500 inom omsorgen, och det har varit svårt att nå ut till alla så att processen sker strukturerat och standardiserat samt att införda systemstöd används på rätt sätt.

Även om IT-systemet Meddix SVP har funnits i drift i landstinget sedan 2005 och successivt har introducerats vid länets 14 kommuner så varierar kunskapen och användningen både inom slutenvården och bland kommunerna. Landstingets revisorer lät under 2013 konsultföretaget PwC göra en samverkansstudie med frågeställningen "Är landstingets och kommunens kommunikation och informationsöverföring avseende patientinformation i samband med in- och utskrivningar från landstingets verksamheter samt besök vid akutmottagningar ändamålsenlig och är den interna kontrollen inom området tillräcklig?". Deltagande förutom landstinget var Kiruna, Gällivare, Pajala, Övertorneå, Kalix, Jokkmokk samt Bodens kommun. Sammanfattningen av samverkanstudien som publicerades i början av 2014 lyder: *"Vår bedömning är att kommunikation och informationsöverföring vid in- och utskrivning från landstingets verksamheter och besök vid akutmottagningar vad gäller regler och riktlinjer är tillfredsställande. Men på grund av avsaknad av IT-stöd finns inte förutsättningar i praktiken att följa dem fullt ut vilket innebär att den totala bedömningen av kommunikation och informationsöverföring inte är ändamålsenlig och den interna kontrollen är inte tillräcklig."*

I kommunförbundet Norrbottens delårsredovisning för 2014-06-30 uttrycks nedanstående utmaningar gällande införandet samordnad individuell plan och systemstödet Meddix Öppenvård (även kallad SIP):

- Informationsöverföring mellan kommun och hälsocentraler sker via "papper" i postlåda på hälsocentralerna samt via telefonsamtal och möten

---

<sup>3</sup> Pressmeddelande från Norrbottens läns landsting, 10 februari 2015, <http://www.nll.se/sv/Omlandstinget/Press/Pressmeddelanden-2015/Akut-varldplatsbrist-pa-Sunderby-sjukhus/>.

- Samordnade individuella planer som var grund vid överföring till kommunal hälso- och sjukvård hade inte tillfredsställande mängd av information
- Verktuget är inte användarvänligt och används inte i den utsträckning som har bestämts.
- Vid övertagandet av ansvar för hälso- och sjukvården i ordinärt boende den 1 februari 2013 överrapporterades aktuella hemsjukvårdspatienter i form av Samordnade individuella planer (SIP). Dessa var inte gjorda i samplanering. Endast nödtorftig information lämnades.
- Arbetet med Samordnad Individuell Plan (SIP) har inte fungerat. Dokumentet är för detaljerat. Sättet att dokumentera enligt hälso- och sjukvård känns inte igen.
- När det gäller Meddix öppenvård så finns det stora svårigheter kring användning av denna för samordnad individuell vårdplanering (SIP). Detta har gjort att lokala rutiner har skapats för att SIP ska kunna genomföras. SIP skulle ha varit implementerat innan övergången, då IT-lösningen har gjort det komplicerat för personal som ska använda den

### ***Brister i utnyttjandet av stödsystem för kommunikation på distans***

---

Många gånger förekommer långa geografiska avstånd mellan sjukhuset och den enhet vid antingen landstingets öppenvård (hälsocentral) och eller kommunens socialtjänst. Planeringen sker då i de flesta fall genom telefonkonferenser. Även om landstinget och kommunerna har en väl utbyggd gemensam videoplattform som utnyttjar det gemensamma bredbandsnätet så har tillämpningen av videokonferens för samordnad planering inte utnyttjats i någon högre grad. Videokonferens lämpar sig mycket bra vid vårdplanering eftersom alla deltagande parter inte behöver vara fysiskt närvarande och det ger även en närstående på distans möjlighet att medverka. Även om det gjorts ett antal ansatser för att öka användningen av videokonferens vid samordnad planering så utnyttjas inte den potential, exempelvis i form av mindre resor och tidsbesparing samt ökad delaktighet, som föreligger. Det ligger en stor potential i många perspektiv att utveckla ändamålsenliga arbetssätt och få fler planeringar genomförda med hjälp av videokonferens. Samtidigt utnyttjas redan gjorda investeringar i både videoplattformar och bredbandsnät på ett bättre sätt

### ***Föråldrad teknisk plattform för samordnad planering***

---

Meddix-plattformen är idag föråldrad och inte anpassad till moderna mobila plattformar, som bärbara datorer, läsplattor eller smarta telefoner som kan användas oavsett var personal eller patient/närstående befinner sig. Den täcker inte heller behovet av meddelandefunktioner mellan olika verksamhetssystem som kan utnyttjas till att skicka enkla men viktiga uppgifter om in- och utskrivningar mellan vård- och omsorgspersonalen. Det vore därför önskvärt att



tillsammans med vård- och omsorgspersonal utveckla en ny plattform för samordnad individuell plan, ett IT-system som följer arbetsprocesserna bättre. Systemet måste vara överskådligt, ta kort tid i anspråk för personalen att förstå och navigera i samt ge användaren en känsla av kontroll, i motsats till dagens dubbelkontroller som användarna gör i och mellan system, av både information och dokumentation. Systemet ska vara anpassade för den aktuella arbetsuppgiften och arbetssituationen. Dubbeldokumentation och ständiga inloggningar är något som måste åtgärdas. Inom omsorgsverksamheten måste tillgången på IT-tekniska arbetsredskap och situationsanpassade verksamhetssystem öka. Användbarheten i dagens tillämpningar måste förbättras för att garantera patientsäkerhet samt stödja personcentrerad vård och omsorg och optimal resursanvändning. Det behövs digitala verktyg och system där informationen följer vårdtagaren över vårdgivargränserna och där presentationen av information är anpassad till behoven av de olika användarnas yrkesgrupper. Tieto kommer under 2015 att utveckla en ny produkt för samordnad individuell plan på en nya plattform, kallad Lifecare SIP, som kommer att ersätta Meddix-plattformen. Lifecare är en modern plattform utvecklad med funktionalitet för att stödja nya arbetssätt och informationssamverkan inom samordnad planering.

#### **1.4 Fler invånartjänster för ökad delaktighet och effektivare utnyttjande av resurser**

Sedan 2006 har det funnits en nationell IT-strategi för vård och omsorg i Sverige. Strategin har reviderats och utvidgas för att bättre svara mot förändrade behov och förutsättningar inom framtida vård och omsorg. Den reviderade strategin beslöts 2010 och kallas för "Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg".

Nationell eHälsa handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras med hjälp av e-tjänster. Arbetet inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

- Vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete.
- Beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ha ändamålsenliga verktyg för att fortlöpande följa upp verksamheternas kvalitet och säkerhet samt få ett aktuellt och heltäckande beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering och resursfördelning.
- Individen i sin roll som invånare, patient, brukare och närstående ska ha tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad information om hälsa, vård och omsorg samt åtkomst till dokumentation från sina tidigare insatser och behandlingar. Hen ska erbjudas individuellt anpassad service och interaktiva e-tjänster, så kallade invånartjänster för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar.

Genom att invånartjänster avser också strategin att vården och omsorgen kan få mer resurser till de som verkligen behöver mer resurser. Invånartjänster skall ge möjlighet till ökat medskapande och ökad egenvård genom att ge verktyg till de som vill och kan sköta en större del av vården eller omsorgen själv.

#### **1.4.1 Samordnad individuell plan som invånartjänst**

Invånartjänster ger stöd för både patienter, närstående och hälsointresserade, samt också för vårdens medarbetare. Alla invånartjänster är tillgängliga dygnet runt. De är dessutom pålitliga, säkra och lätta att använda. Invånartjänster kan vara av informativ karaktär, exempelvis 1177 Vårdguiden på webben och ungdomsmottagningen (UMO) men också av mer interaktiv och personlig karaktär som Mina vårdkontakter, MVK. MVK är en personlig e-tjänst på webben som möjliggör säker kommunikation mellan patient/brukare/kund och vård och omsorg. Via MVK går det att bekvämt och enkelt beställa tid, av- och omboka tid, förnya recept eller be mottagningen ta kontakt. Under det senaste året har det även utvecklats funktionalitet för att se intyg och även få elektronisk tillgång till sin egen journalinformation. För den sistnämnda tjänsten har Norrbottens läns landsting varit djupt involverad, både på internationell nivå och på internationell nivå i utvecklandet av tjänsten. I journaltjänsten finns det även en ombudsfunktion som gör det möjligt för en medborgare att ge en närstående tillgång till medborgarens journalinformation.

Om reell delaktighet och medskapande skall uppnås i praktiken så måste vård- och omsorgsinformationen vara transparent mellan patient och vård- och omsorgspersonal. Att tillgängliggöra journalinformation via 1177/MVK på nätet var ett viktigt steg i den riktningen. Ett mycket viktigt nästa steg är att även kunna få tillgång till den samordnade individuella planen som en invånartjänst via 1177/MVK. Samordnad individuell plan är individens plan och skall finnas tillgänglig för individen. Idag visar statistiken i länet på att få samordnade individuella planer som skrivs ut och som konsekvens innebär det att få patienter eller närstående känner till planen. Genom att göra den enkelt tillgänglig för patient och närstående skapas förutsättningar för att öka graden av medskapande och inflytande samt ökad patientsäkerhet. Om patienten inte känner till sin plan blir det mycket svårt att följa upp planen – får patienten den vård och omsorg som beslutats? Hur kan en närstående få en uppfattning om att en närstående får den vård och omsorg som beslutats? Samtidigt skapar tillgänglighet också en korrekt bild på förvandlingar – vård och omsorg enligt överenskommelser.

Möjligheten till att ta del av den samordnade individuella planen via MVK ökar patienternas och närståendes kunskap och förståelse för invånartjänster vilket på sikt även kommer att medföra lättnader för vård och omsorg i och med att fler och fler tar del av e-tjänster i vården. Fler invånare lär sig att använda e-tjänsterna och antalet efterfrågade invånartjänster ökar vilket ger vården och omsorgen möjlighet att fokusera på de som är i störts behov av vård och omsorg.

### **1.4.2 Invånartjänster styrs av nationella ramverk och Inera**

Inera koordinerar landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete och utvecklar tjänster till nytta för invånare, vård- och omsorgspersonal och beslutsfattare. För att utveckla invånartjänster som utnyttjar 1177 och MVK måste det finnas ett nära samarbete med Inera. Invånartjänster utnyttjar nationellt standardiserade meddelandeformat för varje typ av tjänst så kallade tjänstekontrakt som definierar tjänsten och reglerar informationsutbytet inom en viss typ av tjänst eller system. Tjänstekontrakt är utformade utifrån de riktlinjer som tagits fram av Ineras Arkitektur och regelverk och följer tekniska anvisningar för informationssamverkan inom vård och omsorg. Vad tjänstekontrakten åstadkommer rent tekniskt är att de enligt ett förutbestämt regelverk specificerar hur olika anrop och svar inom en tjänst eller system ska gå till. Det finns en tydligt strukturerad och kvalitetssäkrad process för att utveckla tjänstekontakt som Inera ansvarar för. När väl ett tjänstekontrakt är utvecklat så kan övriga landsting och regioner använda sig av kontraktet. Tjänstekontrakten är fria för alla organisationer att använda. Att utveckla ett tjänstekontrakt för samordnad individuell plan ger följaktligen övriga landet möjlighet att visa samordnad individuell plan som en invånartjänst.

### **1.4.3 Invånartjänster utnyttjar nationella och regionala tjänsteplattformar**

En tjänsteplattform förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika IT-system inom vård och omsorg. Den nationella tjänsteplattformen underlättar integrationer genom att vara navet mellan system och tjänster på nationell nivå. När ett system försöker kontakta ett annat är det i själva verket plattformen det får kontakt med. Tjänsteplattformen dirigerar sedan meddelandet vidare till rätt tjänst hos respektive vård- eller omsorgsgivare. Tjänsteplattformen består av teknik och regler som är gemensamma för Sveriges vårdgivare genom den nationella tekniska referensarkitekturen för vård och omsorg. Den innehåller också ett antal grundläggande tjänster som behövs oavsett övriga tjänster. Den nationella tjänsteplattformen förvaltas av Inera.

Den nationella tjänsteplattformen är uppbyggd och dimensionerad för att hantera det nationella behovet av informationsutbytet mellan vårdens nationella applikationer som i huvudsak används av landstingen.

På regional nivå är behovet av informationsutbytet mellan olika system och tjänster mycket större än på nationell nivå. För att kunna få samma grundläggande funktionalitet på regional nivå och klara av behovet av den stora mängden informationstransaktioner mellan de regionala systemen, exempelvis mellan landstingets verksamhetssystem VAS och de 14 kommunernas olika verksamhetssystem inom vård och omsorg, upprättas regionala tjänsteplattformar. En regional tjänsteplattform kan liknas vid en kopia av den nationella tjänsteplattformen och som delar vissa grundläggande tjänster med den nationella plattformen men som är anpassad för det regionala behovet av informationsutbyte. I Norrbotten har landstinget upprättat en regional

tjänsteplattform för behovet av informationsutbytet dels mellan landstinget och den kommunala vården och omsorgen och dels mellan landstinget och länets invånare. Den regionala tjänsteplattformen kommer att behövas för att erhålla en smidig hantering av enkla meddelandetjänster, e-tjänster, vid exempelvis in- och utskrivningar av patienter som behövs mellan personalen i vård och omsorg. Ett annat exempel är invånartjänsten tidsbokning där den regionala tjänsteplattformen är en förutsättning för att få tjänsten att fungera.

## **1.5 Koppling till det regionala näringslivet**

I samband med att landstinget och länets kommuner började med ett systematiskt arbete med samordnad plan vid utskrivning identifierades snabbt behovet av ett systemstöd som skulle stödja det nödvändiga informationsutbytet mellan vårdaktörerna. Behovet konkretiserades i ett IT-system, Meddix SVP, som sedan 2005 har använts för samordnad plan vid utskrivning av landstinget och Norrbottens 14 kommuner. Meddix SVP utvecklades av det Luleåbaserade företag Zait AB tillsammans med landstinget och kommunerna och Norrbotten var det första länet i landet som använde ett systemstöd för planeringen. Idag genomförs årligen ca 9100 samordnade planer vid utskrivning i länet i systemet.

Zait AB uppgick sedermera i Tieto Healthcare AB och produkten Meddix SVP används idag i åtta landsting/regioner och totalt 92 kommuner. Det görs årligen mer än 68 100 samordnade planeringar av ca 20 000 användare i landet med hjälp av produkten. Ansvar för produkten ligger kvar i Luleå.

I samband med att samordnad individuell plan lagstodgades 2010 utvecklades även Meddix ÖppenVård med erfarenheterna från Meddix SVP. En samordnad individuell plan kan involvera fler aktörer än vård och omsorg, som försäkringskassa, arbetsförmedling och skola samt gäller alla aktiviteter som en patient kontinuerligt kan ha behov av. Den individuella planen kan till skillnad från planen vid utskrivning initieras av patient eller närstående och är mer patientens egen plan snarare än vården eller omsorgens. Återigen var Norrbotten först bland landets län och regioner att använda ett IT-stöd för informationsförsörjning mellan vårdaktörerna. Samarbetet har resulterat i att ytterligare fyra län/regioner har valt att använda samma produkt så här långt.

Plattformen Meddix SVP och Meddix ÖppenVård börjar bli föråldrad och överensstämmer inte med ett modernt arbetssätt. Tieto har under 2015 ersatt Meddix SVP med en plattform med moderare funktionalitet och stöd för mobilitet samt att den går att använda i olika tekniklösningar. Detsamma gäller nu Meddix ÖppenVård som kommer att ersättas med Meddix SIP under 2015. Ansvar för produkterna ligger kvar vid Luleåkontoret.

I samband med den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kommer all samordnad planering ske enligt de regler som gäller för samordnad individuell plan. Landstinget och länets kommuner måste nu

identifiera effektiva arbetssätt och eftersom den samordnade individuella planen skall skrivas ut till patienten skulle ett tillgängliggörande av planens som invånartjänst vara mycket tilltalande.

Invånartjänster bygger på så kallade tjänstekontrakt som är nationellt standardiserade meddelandeformat för varje typ av tjänst och som definierar tjänsten och reglerar informationsutbytet inom en viss typ av tjänst eller system. Utvecklingen av tjänstekontrakt initieras av vård och omsorgsaktörerna i landet och styrs via upprättade processer hos Inera vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Både landstinget och länets kommuner samt Tieto har nu ett intresse av att ett nationellt tjänstekontrakt utvecklas för samordnad individuell plan. När väl ett tjänstekontrakt är utvecklat så kan övriga landsting och regioner använda sig av kontraktet. Tjänstekontrakten är fria för alla företag och organisationer att använda. Att utveckla ett tjänstekontrakt för samordnad individuell plan ger följaktligen övriga landet möjlighet att visa samordnad individuell plan som en invånartjänst under förutsättning att de har ett IT-system som levererar informationen i enligt med kontraktet.

Alla företag som har produkter som stödjer arbetsprocesserna kring samordnad individuell planering är intresserade av att det utvecklas tjänstekontrakt för detta så att de kan anpassa sina produkter till invånartjänsten. Tieto kommer att gå in som privat kontant medfinansier till projektet.

## 1.6 EU's strategi för Östersjöregionen

Projektets parter har stor vana av att både leda och delta i projekt med gränssamverkan. För närvarande leder landstinget ett projekt inom vård och omsorg medfinansierat av Northern Periphery and Arctic Programme där även kommunförbundet, Haparandakommun, Övertorneå kommun, Gällivare kommun, Luleå kommun samt universitetet deltar. Övriga partners kommer från regioner i norra Norge och norra Storbritannien. Projektet heter RemoAge och syftar till att hitta effektiva arbetssätt och systemstöd för den vård och omsorgspersonal som sköter sköra patienter i glesbygd samt stöd till anhöriga till dessa patienter. Universitetet kommer att delta som utvärderare i ett annat projekt som just beviljats inom samma program. Projektet syftar till att hitta arbetssätt där videokonferens utnyttjas för att överbrygga både långa avstånd och resursbrist inom barn- och ungdomspsykiatri. Projektet leds av kommuner och organisationer i norra Norge. Övriga partners kommer från regioner i Finland och norra Storbritannien.

Projektets förutsättningar, omfattning, mål och syfte medför dock att detta projekt till ringa grad har koppling till EU's strategi för Östersjöregionen. Även om länderna kring Östersjön har i stort sett samma struktur på sina vård- och omsorgssystem och alla har samma utmaningar, bedöms en gemensam satsning för att åstadkomma motsvarande resultat för Östersjöregionen vida överstiga de resurser som EU tillgängliggör för området. Det är däremot intressant för övriga

Östersjöregioner att följa projektet och projektet kommer att lägga in sådana aktiviteter i kommunikationsplanen.

## **1.7 Liknande projekt**

Behovet av en mer samordnad vård och omsorg är stort i hela västvärlden. Samordnad plan vid utskrivning och samordnad individuell plan är reglerat enligt lag och förekommer i hela landet gällande all vård och omsorgsverksamhet. Norrbotten vård och omsorgsaktörer tillsammans med länets näringsliv har varit först ute med att ta fram systemstöd för både samordnad plan vid utskrivning och samordnad individuell plan. Nu när samordnad plan vid utskrivning övergår i samordnad individuell plan och att både arbetssätt behöver förtydligas och systemstödet behöver förnyas finns en stor möjlighet att skapa en enklare vardag till nytta för privatpersoner (patienter och närstående), företag (Tieto) och offentlig sektor (kommuner och landsting).

Det finns inga liknande projekt på nationell nivå. Det finns ett antal likande projekt på internationell nivå som drivs av några av de parter som landsinget har samarbetat med tidigare, bland annat projektet att tillgängliggöra journalinformation via nätet.

## **2 Mål och resultat**

### **2.1 Mål**

#### **2.1.1 Projekt mål**

Projektets mål är att inom 40 månader efter projektstart ta fram nya arbetssätt och implementera tjänster för att upprätta samordnade individuella planer. Planerna skall finnas tillgängliga för patient och närstående via 1177/MVK. Implementera arbetssätt och systemstöd vid landtinget och alla kommuner i Norrbotten. Utvärderingen och projektadministrationen skall vara avslutad vid tidpunkten.

#### **2.1.2 Delmål**

- Inom 6 månader från projektstart ta fram en metod och en arbetsmodell för att kunna förändra arbetssätt inom vård och omsorg gällande införandet av samordnad individuell plan i vårdens och omsorgens verksamheter.
- Inom 12 månader från projektstart etablera ett nytt systemstöd för samordnad individuella planer
- Inom 36 månader från projektstart etablerat samordnad individuell plan som en invånartjänst tillgänglig via MVK.

- Inom 36 månader från projektstarten implementerat nya arbetssätt och tjänster för samordnad individuell plan vid landstinget och samtliga kommuner i länet.
- Inom 40 månader skall projektet vara avslutat och utvärderat.

### 2.1.3 Övergripande mål

En väl fungerande kvalitetssäkrad arbetsprocess med en ändamålsenlig informationsöverföring mellan alla involverade aktörer vid samordnad individuell plan. Den samordnade individuella planen skall finnas elektroniskt tillgänglig för patient/brukare och närstående som en invånartjänst via 1177/MVK vilket ger möjlighet till ökad delaktighet och bättre överblick över vårdprocesserna vilket bidrar till en ökad personcentrering och ökad patientsäkerhet. Ökad tillväxt i länet genom att fler landsting/regioner samt kommuner använder sig av de nya tjänsterna i deras arbete med samordnad individuell plan.

Projektets övergripande mål och delmål bedöms fokusera på alla de aktiviteter som det aktuella insatsområdet "Att öka tillgången till, användningen av och kvaliteten på informations- och kommunikationsteknik" har som investeringsprioritering förutom en aktivitet. Den information som vård och omsorgsgivare hanterar kring enskilda individer omges av stränga sekretesslagar och kan inte betraktas som öppen offentlig data. Däremot kommer det tjänstekontrakt som försörjer den invånartjänst som projektet har som mål att utveckla fritt kunna användas av andra. Det innebär att alla organisationer och företag inom vård och omsorg kan utnyttja resultatet och bygga tjänster där projektets tjänstekontrakt ingår.

## 2.2 målgrupper

Målgruppen för projektet är:

- Patient/brukare som är behov av vård- och omsorgstjänster från flera organisationer.
- Närstående till patient/brukare som är behov av vård- och omsorgstjänster från flera organisationer.
- Personal vid landstingsfinansierad hälso- och sjukvård samt personal vid den vid den kommunala socialtjänsten och hemsjukvården. Totalt rör det som ca 5500 personer.
- Vård- och omsorgsgivare i regionen och nationellt.
- Företag i regionen och nationellt.

## 2.3 Resultat

Projektet har flera förväntade resultat beroende på vilken målgrupp som avses.

### **2.3.1 Patient/brukare och närstående**

För denna målgrupp kommer projektet att resultera i en ökad patientsäkerhet och personcentrering. Genom patient och eller närstående enkelt via 1177/MVK kan få ta del av sin egen plan skapas mycket goda möjligheter till uppföljning och kvalitetssäkring – får patienten eller brukaren den vård och omsorg som beslutats? I de nya arbetssätt som utvecklas kommer patientens egna behov att belysas ännu mer och det förväntas ge en ökad personcentrering. Projektet kommer också att genomföra särskilda aktiviteter för att öka personcentrering. Ett annat förväntat resultat är att patient och närstående skall uppleva en ökad delaktighet och medskapande i den egna vården och omsorgen. Projektet kommer att skapa större intresse kring övriga invånartjänster som redan finns tillgängliga och öka dess användning hos länets invånare.

Genom att projektet skall arbeta med lösningar för att delta på distans vid planeringsmötena så är förväntningar att fler anhöriga kan delta på planeringarna med ljud och bild och känna en delaktighet i processen. Genom att den samordnade individuella planen blir enkelt tillgängligt erhålls också en korrekt bild på förväntningar. Det går snabbt att se vilka aktiviteter och åtgärder som planerats, när de är tänkt att utföras och vem som kommer att utföra dem. Deltagande vid planeringen och åtkomsten till planen blir beviset för överenskommelsen och partnerskapen mellan vård- och omsorgsaktörerna och patienten samt närstående – vård och omsorg enligt överenskommelser. Samordnad individuell planering sker inte alltid i den omfattning som det finns behov av. Genom möjligheten att patient och närstående enkelt delta i planeringen och sedan kan ta del av den individuella planen via 1177/MVK är även förväntningen att fler planeringar genomförs. Det blir ett tryck på vård- och omsorgspersonalen att genomföra fler planeringar. Slutligen finns även en förväntning på projektet att det kan ge ett minskat behov av resor eftersom både patienter och närstående ges möjlighet att delta på distans vid planeringstillfällena.

### **2.3.2 Personal vid landstingsfinansierad hälso- och sjukvård samt personal vid den kommunala socialtjänsten och hemsjukvården**

Den största förväntningen från personalen är det skapas bra effektiva arbetssätt för att arbeta med de samordnade individuella planerna samt att personalen får bra IT-stöd/-verktyg som stödjer arbetssätten. Till det hör också att personalen kan få information om planerade, pågående eller genomförda aktiviteter/händelser för den patient som de har en vård- eller omsorgsrelation till. Genom att hela processen genomlysas och förbättras skapas bra förutsättningar för en god samverkan mellan de olika aktörerna. Det är också angeläget att mängden dubbelarbete minskar hos personalen och en förväntning är att hitta lösningar som minskar dubbelarbete genom att information skrivs in i system endast en gång och att mängden administration minskar. Med största sannolikhet kommer den mer anpassade och enklare systemstöden innebära att fler samordnade individuella planer görs i länet. Genom att planeringen kan ske



på distans förväntas fler personalgrupper att delta samt att stressen kring att hitta tid för planering minskar. Möjligheten att kunna delta på distans förväntas medföra att mängden resor för framtagandet minskar

### **2.3.3 Vård- och omsorgsgivare**

För vård och omsorgsgivare skapas förutsättningar till att nå ännu högre patientsäkerhet i verksamheterna. Nya systemverktyg ger också möjlighet till att bättre följa upp den interna och externa effektiviteten. Minskat behov av resor för att delta i planeringsmöten medför också lägre kostnader för vård – och omsorgsgivarna. Projektet kommer att tillfredsställa det ökande behovet av efterfrågade nyttiga invånartjänster. På sikt kommer det att innebära att fler invånare lär sig att använda tjänsterna för informationsutbyte och informationsinsamling. Det skapar förutsättningar för ökat inslag av egenvård och omfördelning av vårdens och omsorgens knappa resurser till de som behöver dem mest.

### **2.3.4 Företag**

Genom att etablera tjänstekontrakt och kunna bygga tjänster som visar den individuella planen via 1177/MVK som en invånartjänst kan de företag som är intresserade marknadsföra sina produkter och tjänster som mer kompletta och anpassade efter kundernas behov. När väl tjänstekontraktet (-en) är etablerat (-de) så är det möjligt för fler företag att bygga tjänster där den samordnade individuella planen ingår som en informationsmängd.

## **3 Organisation och genomförande**

### **3.1 Projektorganisation**

#### **3.1.1 Styrgrupp**

Styrgruppen kommer att bestå av för området ansvariga ledande tjänstemän vid landstinget, projektkommunerna, kommunförbundet, universitetet samt Tieto. Styrgruppen har det övergripande ansvaret för att godkänna planer/aktiviteter i projektet samt säkerställa projektets förankring i vård och omsorgsverksamheterna.

#### **3.1.2 Projektgrupp**

Projektgruppen kommer att ledas av en projektledare från landstinget och en (biträdande???) projektledare från kommunförbundet. I projektgruppen kommer även en verksamhetsstrateg, en administratör och en kommunikatör från landstinget att delta.

### **3.1.3 Referensgrupp Verksamhet**

För att förstärka förankringen av projektet och fungera som en informationsförmedlare både till och från projektet kommer en referensgrupp Verksamhet att knytas till projektgruppen. Den operativa ledningen till länsstyrgruppen kommer att fungera som referensgrupp. I den sitter ledande tjänstemän med verksamhetsutvecklingsansvar från landstinget och kommunerna.

### **3.1.4 Referensgrupp Patient och anhörig**

För att tydliggöra huvudsyftet med projektet – att stärka delaktighet och personcentrering, kommer en referensgrupp för patient och anhörig att knytas till projektet. Denna referensgrupp består av representanter från patient- och pensionärsorganisationer samt seniorspartners.

### **3.1.5 Arbetsgrupp Verksamhet**

Arbetsprocesserna och de lagar och förordningar som styr samordnad individuell planering är komplexa. Arbetsgruppen Verksamhet har ansvaret för att identifiera arbetssätt med tillhörande krav på verksamhetsstöd som tillfredsställer både vård- och omsorgspersonalens behov av effektiva arbetssätt samt patient och anhörigs krav på delaktighet och personcentrering. I arbetsgruppen kommer verksamhetspersonal från vård och omsorg att ingå samt personal med juridisk kompetens.

### **3.1.6 Arbetsgrupp Teknik**

Arbetsgruppen Teknik har ansvar för att nödvändiga tjänstekontrakt och meddelandefunktioner skapas så att både arbetsprocesserna stöds på bästa sätt samt att den individuella samordnade planen tillgängliggörs via 1177/MVK. Arbetsgruppen kommer att utgöras av IT-strateger, systemintegratörer, objektägare samt systemspecialister från landstinget, kommunerna och Tieto.

### **3.1.7 Arbetsgrupp Kunskap och utvärdering**

Det är angeläget att fortsätta att bygga kunskap om hur förändringar i arbetssätt och verksamhetsstöd effektivt kan införas i vård och omsorg. Det är också mycket viktigt att utvärdera att de nya lösningarnas verkligen åstadkommer önskad delaktighet, tillgänglighet samt personcentrering för patienter och anhöriga. Arbetsgruppen för Kunskap och delaktighet kommer att ansvar för ovanstående uppgifter och kommer i huvudsak att utgöras av personer från universitetet, landstinget och kommunförbundet.

## **3.2 Parter i projektet**

### **3.2.1 Norrbottens läns landsting – projektägare**

Norrbottens läns landsting ansvarar för länets hälso- och sjukvård, tandvård samt bedriver forskning och utbildning. Landstinget medverkar också till

Norrbottnens utveckling och arbetar med kultur, kollektivtrafik och regional samverkan.

Landstinget är den största vårdaktören och har tillsammans med länets kommuner verksamhetsansvaret över att samordnad individuell planering genomförs enligt sjukvårdslagen (HSL) 3f § och patientlagen (SFS 2014:821). Landstinget kommer att vara projektägare i projektet

### **3.2.2 Kommunförbundet Norrbotten**

Kommunförbundet Norrbotten är en intresseorganisation för kommunerna i länet. Kommunförbundets uppdrag är att tillvarata kommunernas intressen, främja deras samverkan och att tillhandahålla viss service till kommunerna. Kommunförbundet har ett samordningsansvar för länets kommuner för att driva utveckling och förbättring av ett antal gemensamma områden för kommunerna, bland annat den samordnade individuella planeringen som sker mellan landstinget och kommunerna. Kommunförbundet har det övergripande ansvaret att koordinera de utvecklingsområden som gäller kommunernas socialtjänsters samt hemsjukvård.

### **3.2.3 Luleå Kommun, Kiruna Kommun och Älvsbyns kommun**

Varje enskild kommun i länet har verksamhetsansvaret för att samordnad individuell planering genomförs enligt Socialtjänstlagen (SoL) 7 § och patientlagen (SFS 2014:821). I projektet kommer representanter från Socialtjänsterna vid Luleå, Kiruna och Älvsbyns kommuner att delta som pilotkommuner. Var och en av kommunerna har olika verksamhetssystem inom socialtjänsterna och av de förekommande verksamhetssystemen i länet.

Eftersom var och en av kommunerna har egna avtal med leverantörerna till de verksamhetssystem som socialtjänsterna använder och projektet avser att avropa/upphandla förstudier gällande systemen deltar var och en av kommunerna som egen part i projektet. Förfarandet innebär att de arbetssätt och lösningar som skall upprättas passar och fungerar inom hela länet.

### **3.2.4 Institutionen för hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet**

Institutionen för hälsovetenskap ansvarar för arbetsterapeut-, hälsoväglidar, röntgensjuksköterske-, sjuksköterske-, fysioterapeut- och specialistsjuksköterskeprogrammen vid universitetet. Forskning bedrivs inom forskningsämnena arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik. Dessutom sker forskarutbildning inom ämnesområdet Hälsovetenskap. Institutionen ansvarar också tillsammans med landstinget för centrubildningen Centrum för Innovation och eHälsa (EIC) som verkar för att nya vårdsmarta lösningar inom e-hälsa utvecklas i länet.

Personal vid institutionen besitter unik kunskap inom området samordnad planering och har bistått med forskningsbaserat underlag till utredningen och framtagande av det nya lagförslaget gällande betalningsansvar. Institutionen för hälsovetenskap kommer att ansvara för att utvecklingsarbetet baseras på bästa tillgängliga kunskap inom områden som är relevanta för samordnade individuella planer i vårdens och omsorgens verksamheter. I detta ingår vårdtagares och anhörigas möjlighet till delaktighet och påverkan samt personcentrerad vård och omsorg. En viktig roll är att ta fram relevant underlag för nya arbetsmetoder och en framgångsrik implementering av IT-stödet inom vård och omsorg.

En mycket viktig förutsättning för att kunna förändra arbetssätt inom vård och omsorg är att det finns tydlig evidens för det nya arbetssättet. Orsaken är att vård och omsorg är så viktigt att det inte går att tro eller gissa utan att man måste veta att det nya är bättre än det gamla. Evidensbaserad vård kan beskrivas både som ett förhållningssätt och en process. Förhållningssättet innebär en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. Processen innebär att ställa kritiska frågor, systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera de befintliga forskningsresultaten. För att lyckas få bred uppslutning bland vård- och omsorgspersonalen är det därför angeläget att det kontinuerligt bedrivs valideringsstudier i projektet så att få evidens på att förändringarna verkligen ger de nyttoeffekter som projektet har som mål.

### **3.3 Arbetssätt**

Projektet skall drivas med en tydlig målstyrning och med hjälp av landstingets projektmodell PROJEKTiL. PROJEKTiL är en väl beprövad projektmodell som används av ca hälften av landets landsting vid IT- och verksamhetsutveckling. Modellen har väl definierade faser, beslut, roller, mallar, checklistor och termer.

Arbetssätten kommer att följa de beprövade rutiner som utarbetats mellan landstinget, kommunförbundet och kommunerna som använts i liknande sammanhang. I dessa rutiner återfinns återkommande rapporteringar och redovisningar till organisationernas politiska ledningar och verkställande ledningar. Landstinget har ett väl fungerande projektkontor med utarbetade arbetssätt för att säkerställa att projekt styr mot rätt mål, levererar efterfrågat resultat samt använder resurser planerligt. Projektet kommer att utnyttja denna kompetens för att leverera de resultat som efterfrågas i projektet. Projektets parter lyder under hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen som binder parterna till att utföra de aktiviteter som projektet fokuserar. Alla parterna har redan idag ett nära operativt samarbete inom verksamhetsområdet där projektet ligger och det skapar förutsättningar för att projektet når sitt mål och ett hållbart resultat.

Miljö, jämställdhet samt lika möjligheter och ickediskriminering är viktiga kriterier i arbetssättet. Projektets fokus på att upprätta effektiva arbetssätt för att kunna delta på distans kommer att få en direkt miljöpåverkan i form av färre resor. Studier har visat att män får mer av vårdens resurser än kvinnor. Projektet kommer därför att arbeta med jämställdhetsperspektivet under hela projekttiden för att bygga in strukturer som kan motverka obalansen. Projektet kommer också att arbeta med jämlikhet och ickediskriminering. Dock finns det hinder i lagar och IT-system på nationell nivå som försvårar naturliga utvecklingsområden. I samband med att projektet arbetar med lösningar för att kunna delta på distans skall även möjligheten till tolkning utredas.

För att nå projektets mål så är det grundläggande med en strukturerad kommunikation och informationsförsörjning i projektet. Den kommunikationsplan som skall upprättas är ett av de viktigaste styrdokumenterna i projektet. Projektet är helt beroende av en väl fungerande intern och extern kommunikation samt resultatspridning och kommer därför att ha resurser som kontinuerligt arbetar med detta.

En mycket viktig förutsättning för att kunna förändra arbetssätt inom vård och omsorg är att det finns tydlig evidens för det nya arbetssättet. Orsaken är att vård och omsorg är så viktigt att det inte går att anta saker utan att man måste ha vetenskaplig evidens på att det nya är bättre än det gamla. Här skiljer sig vård- och omsorgssektorn ifrån många andra sektorer där beräknade antaganden kan räcka för att införa en förändring. Evidensbaserad vård kan beskrivas både som ett förhållningssätt och en process. Förhållningssättet innebär en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. Processen innebär att ställa kritiska frågor, systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera de befintliga forskningsresultaten. För att lyckas få bred uppslutning bland vård- och omsorgspersonalen är det därför angeläget att det kontinuerligt bedrivs valideringsstudier i projektet för att få evidens på att förändringarna verkligen ger de nyttoeffekter som projektet har som mål. Valideringsstudierna för projektets övergripande mål om ökad delaktighet, personcentrering och patientsäkerhet bör genomföras av kvalificerad personal inom vård och omsorg. För att utvärdera och stötta projektets genomförande kommer externa resurser att upphandlas.

Projektets parter har alla tidigare erfarenheter från de aktiviteter och områden som projektet omfattar. Dessa erfarenheter kommer att utgöra en grund för projektets genomförande och förmåga att leverera resultat.

### **3.4 Horisontella kriterier**

Projektet skall använda sig av nedanstående strategier och aktiviteter för att verka för en hållbar utveckling

### 3.4.1 Miljö

Det förekommer det en hel del resor i länet i samband med det planingsmöte där den samordnade individuella planen upprättas. Resorna kan gälla både för patient och närstående samt för vård och omsorgspersonal. Det har också visat sig att inte alla persongrupper som behöver delta kan delta på grund av långa resetider och behov av korta insatser planeringen. Projektet kommer därför att utgå från den strategi för distansvård som landstinget nyligen upprättat och ta fram fungerande arbetssätt där personal samt patient och anhörig kan delta via videokonferens. Det finns en stor miljö- och tidspotential i utnyttjandet av videokonferens för möten i vården och omsorgen dock har det visat sig svårt att sprida bra arbetssätt mellan olika verksamheter. Därför är det viktigt att analysera tidigare satsningar, dra slutsatser och ta fram en bra tjänst till på patient och anhörig samt vård- och omsorgspersonalen och sedan säkerställa att den sprids i verksamheterna samt hos patient och anhörig. Projektet kommer därför att ha en direkt positiv påverkan på miljöbelastningen. På sikt förväntas bättre upprättande samordnande individuella planer med tillhörande meddelandhantering innebära minskat behov av inläggningar och resor till vård- och omsorgsinrättningar för patienten vilket också medför mindre resor.

### 3.4.2 Jämställdhet

Projektet kommer att inkludera ett jämställdhetsperspektiv i aktiviteterna. Inom vård- och omsorgsorganisationerna finns en överrepresentation av kvinnor förutom inom några speciella yrkesroller. För den personal som berörs av projektet så är det svårt att under projektets tidsrymd påverka könsfördelningen och jämställdhet. Det också svårt att hävda det skulle gå att anpassa arbetssätt eller verksamhetsstöd till kön. Det är däremot väl känt att fördelningen av vårdens resurser för patienterna är ojämlig och där män tilldelas mer resurser än kvinnor. Kvinnliga patienter drabbas oftare av kvalitetsbrister och problem i vården fast fördelningen mellan patienterna är lika. Män och kvinnor har samma rätt att får vård och omsorg utifrån sina behov. Genom att ett av de övergripande målen med projektet är att öka personcentreringen i vården och omsorgen blir konsekvensen att jämställdhet måste fokuseras i samordnande individuella planen. Projektet skall både under upprättandet av själva tjänsterna samt i det utbildningsmaterial som skall tas fram särskilt fokusera jämställdhetsperspektivet. Det är viktigt att den samordnade individuella planen är jämlik mellan könen och projektet ger ett unikt tillfälle att belysa jämställdhetsperspektivet i avdelade seminarium om jämställdhet. Vid dessa seminarier får personalen bättre kunskap om köns- och genusrelaterade faktorer betydelse för kvinnors och mäns hälsa, sjuklighet, bemötande, omhändertagande och behandlingsresultat. Seminarierna kommer att läggas in som obligatoriska bitar i utbildningspaket och ske i samband med att tjänsterna introduceras i verksamheterna. Det finns också unik kompetens om jämställdhet och genus vid universitetet samt att landstinget har specialister inom genusfrågan som kommer att utnyttjas i projektet.

### **3.4.3 Lika möjligheter och ickediskriminering**

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande till alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Enligt formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen ska en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor prioritera de som har störst behov.

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården har därmed en stark förankring i jämlikhetsprincipen vilken sammanfaller direkt med projektets mål att tillgängliggöra den samordnade individuella planen vi 1177/MVK. En annan viktig aspekt är att projektets delområde om att kunna utnyttja videoteknik på distans ger att inte enbart själva planen tillgängliggörs utan att patienten och närstående kan delta i planeringsarbetet oavsett var den befinner sig.

Landstinget har genomfört ett utvecklingsprojekt i syfte att ta fram arbetssätt och testa teknik för att kunna tolka på distans. Tyvärr har det visat sig att tekniken i dagsläget inte tillfredsställer behoven. Projektets delområde om videoteknik för distansmöten kommer att återuppta frågan för att se om det är möjligt att tolk deltar på distans vid planeringstillfället.

I projektet skall möjlighet att bygga in funktionalitet för att välja språk särskilt beaktas. En utmaning är dock att den samordnade individuella planen innehåller information som hämtats från patientens journalhandlingar. Nästa all journaltext måste enligt SOSFS 2008:14, 4 kap skrivas på svenska och kravet har dessutom stärkts i senare remisser. Ett ytterligare hinder är att 1177/MVK inte i dagsläget stödjer andra språk än svenska.

## **4 Aktiviteter och grov tidsplan**

Projektet har två huvudområden, den ena är att tillgängliggöra den samordnade individuella planen som en invånartjänst (e-tjänst) till den enskilde samt närstående för att tillfredsställa behovet av delaktighet och medskapande i den egna vården och omsorgen. Det andra området är att ge vård- och omsorgspersonal moderna effektiva verksamhetsystem och meddelandetjänster (e-tjänster) som medför att upprättandet, verkställande och uppföljningen av de aktiviteter som kan inrymmas i en individuell plan samordnas och kan utföras så effektivt som möjligt.

### **Aktivitet 1 – Projektledning, 2016-01-01 – 2019-04-30**

- Koordinering av projektets aktiviteter
- Omvärldsbevakning
- Koordinering av projektparter
- Projektadministration (rapportering och ekonomi)

### ***Aktivitet 2 – Intern och extern kommunikation, 2016-01-01 – 2019-04-30***

- Framtagande av kommunikationsplan
- Upprättande av kommunikationskanaler (Hemsida och projektwebb etc)
- Framtagande av internt kommunikationsmaterial
- Framtagande av externt kommunikationsmaterial
- Kontinuerlig resultatspridning inkl. Publicering och mediabevakning

### ***Aktivitet 3.1 Samordnade planer Mobilisering & Vision, 2016-01-01 – 2017-03-31***

- Mobilisera projektteam med samtliga aktörer
- Mobilisering av leverantörsgrupp
- Engagera nyckelpersoner i verksamheterna
- Bekräfta nya Betalningsansvarslagen och andra lagar/förordningar
- Kartläggning av arbetsprocesser och IT-stöd/verksamhetsstöd
- Ta fram vision och målbild för arbetet
- Etablera samverkansriktlinjer samt
- Säkerställa patient och brukarmedverkan
- Jämställdhetsintegrering - lika vård oavsett kön
- Identifiera Utvecklingsområden och förbättringspotential
- Prioritering av utvecklingsområden
- Etablera handlingsplan för design och utveckling samt riskanalys
- Förstudie meddelandetjänster/Regionala Tjänsteplattformen
- Förstudie effektivare verksamhetssystem (minskad dubbelregistrering)/Regionala Tjänsteplattformen
- Identifiera snabba förbättringar

### ***Aktivitet 3.2 Samordnade planer Design och utveckling, 2016-08-15 –2017-08-14***

- Förankring av personcentrerat arbetssätt
- Design och utveckling av arbetsprocesser inkl. IT-stöd/verksamhetsstöd  
Samordnad Individuell Plan inkl. arbete på distans
- Upphandling/avrop och utveckling meddelandetjänster Regionala Tjänsteplattformen
- Upphandling/avrop och utveckling effektivare verksamhetssystem Regionala tjänsteplattformen
- Etablera handlingsplan för Test & implementering samt riskanalys

### ***Aktivitet 3.3 Samordnade planer Test och implementering, 2017-04-01 – 2018-12-31***

- Pilottester och planering av breddinförande
- Framtagande av utbildningsplaner för vård- och omsorgspersonal
- Breddinförande av lösningar i länet



#### ***Aktivitet 4.1 Tillgängliga planer Design och utveckling, 2016-01-01 – 2017-03-31***

- Koordinering med Inera
- Etablering av informationsmängder
- Framtagning av regionala/nationella tjänstekontrakt Samordnad Individuell Plan
- Etablering av konsumentvy 1177/MVK

#### ***Aktivitet 4.2 Tillgängliga planer test och implementering, 2016-10-01-2018-12-31***

- Test av invånartjänst i utvecklingsmiljö (inkl. acceptanstester)
- implementation av invånartjänst i driftsmiljö (1177/MVK)

#### ***Aktivitet 5.1 Förändringsledning Arbetsmodell, 2016-01-01 – 2016-06-20***

- Behovsanalys om identifiering av förändringsområden för förändringsledning
- Framtagande av arbetsmodell förändringsledning vid omfattande projekt inom vård och omsorg

#### ***Aktivitet 5.2 Förändringsledning Införandestöd, 2016-10-01 – 2018-12-31***

- Införandestöd till vård- och omsorgsverksamheterna
- Säkra arbetssätt och spridning i länet

#### ***Aktivitet 6 Kunskapsbyggande och validering, 2016-01-01 – 2019-04-30***

- Personcentrering - delaktighet och påverkansmöjlighet
- Implementering och påverkan på arbetsprocesser och IT-/verksamhetsstöd

#### ***Aktivitet 7 Utvärdering och lärande, 2016-01-01 – 2019-04-30***

- Fastställa uppföljnings- och utvärderingskriterier
- Uppföljning av projektmål
- Utvärdering av effektmål

#### ***Aktivitet 8 Avslutsarbete, 2019-01-01 – 2019-04-30***

- Avsluta projektet
- Sammanställa projekterfarenheter - slutsatser inför kommande projektansökningar
- Slutrapportera projekt- och effektmål
- Slutrapportering

## 5 Budget

<b>Kostnadsslag</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Totalt</b>
Personal	5 383 180	5 214 580	3 488 914	413 162	14 499 836
Extern sakkunskap och externa tjänster	1 350 000	472 000	380 000	50 000	2 252 000
Resor och logi	135 000	105 000	105 000	0	345 000
Investeringar, materiel och externa lokaler	29 000	9 000	19 000	10 000	67 000
Investeringar i portföljbolag	0	0	0	0	0
Schablonkostnader	3 478 229	3 371 187	2 266 382	275 347	9 391 146
Projektintäkter	0	0	0	0	0
Offentliga och privata bidrag i annat än peng	0	0	0	0	0
<b>Summa kostnader</b>	<b>10 375 409</b>	<b>9 171 767</b>	<b>6 259 296</b>	<b>748 509</b>	<b>26 554 982</b>
<b>Medfinansiering</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Totalt</b>
Offentlig kontant medfinansiering	10 049 009	9 090 167	6 259 296	748 509	26 146 982
Privat kontant medfinansiering	326 400	81 600			408 000
Offentliga bidrag i annat än pengar					
Privata bidrag i annat än pengar					
<b>Summa medfinansiering</b>	<b>10 375 409</b>	<b>9 171 767</b>	<b>6 259 296</b>	<b>748 509</b>	<b>26 554 982</b>