

Transkribering: FoU-podden Avsnitt 63

- Egenmonitorering – vad, för vem, varför?

Startcitat: Det är ju kanske inte one size fits all utan en del personer som har mer teknikerfarenhet kommer att tycka att det här är inte alls så komplicerat och få till.

FoU-poddens musiksutt

Lena: Hej och välkommen till det 63: a avsnittet av FoU-podden! I det här avsnittet kommer vi att prata om egenmonitorering. Jag som gör podden heter Lena Stenbrink och är kommunikatör på FoU i Sörmland och med i den här podden, som vi spelar in i studio faktiskt, är Marina Arkkukgangas och Maria Liljeros. Varmt välkomna!

Marina och Maria: Tack!

Lena: Vi börjar med att ni får presentera er mer och vilka ni är.

Maria: Jag heter Maria Liljeros och jag är sjuksköterska och har varit så i många år. Min bakgrund är att jag har jobbat väldigt mycket med patienter med hjärtsjukdom, på hjärtintensiven på Mälarsjukhuset och på hjärtsviktsmottagningen. Jag disputerade 2017, med en avhandling som handlade om stöd och support till patienter med hjärtsvikt och deras anhöriga. Efter det så har jag jobbat som vårdutvecklare. Just nu så är jag en tillförordnad chef för en enhet som heter verksamhetsledning. Och en del av min tid så jobbar jag också på primärvårdens utvecklingsenhet och sen forskar jag fortfarande också.

Marina: Mmm, Marina Arkkukangas heter jag och jag är chef på FoU i Sörmland sedan tre år tillbaka. Disputerade 2017 jag också, och man kan väl säga att mitt område är äldre och äldres hälsa och det här är ju ett av de forskningsprojekt som jag då är involverad forskare i.

Lena: Mm och innan den här podden så googlade jag faktiskt vad egenmonitorering är, så att jag tänker att det kan nog vara bra att ni förklarar lite mer – vad är det egentligen, vad menar man med det uttrycket?

Maria: Ja det finns ju väldigt många namn och begrepp för oss när vi pratar om egenmonitorering. Det kan också heta distansmonitorering men om vi tänker egenmonitorering för mig, så handlar det om att patienten har någon form av teknik hemma och mäter olika parametrar. Det kan ju till exempel vara blodtryck, puls, temp, blodsocker och ser det här visuellt framför sig och kan då få stöd i att sköta sin egen vård genom de uppmätta parametrarna. Sen kan man också prata om distansmonitorering som är samma sak men där data sänds vidare till vårdgivaren så att vårdgivaren också ser de uppmätta värdena och kan kommunicera med patienten/brukaren om man märker av avvikelser där patienten behöver sätta in en åtgärd. Jag vet inte Marina om du vill lägga till någonting?

Marina: Nej men jag tyckte att det var bra beskrivet. Det handlar ju mycket om ett förändrat arbetssätt, att just kunna mäta och ta ansvar för sina egna värden och få känna den självständigheten i att mäta sin egen hälsa. Men också utifrån ett arbetssätt där man faktiskt på distans, för personal utan att vara hemma hos patienten, kan stötta och hjälpa på ett annat sätt. Så det finns ju olika delar i det här som är av stort värde. Jag tänker att då kommer vi lite grand in på bakgrunden kanske – varför ska man jobba på det här viset? Vad finns det för anledning till att jobba på det här viset. Vi vet ju att vi står inför en utmanande demografisk

utveckling. Åldersgruppen 80+ kommer att öka med 50 procent de kommande tio åren och vi vet ju också att personalen inte kommer att räcka till. Så det finns olika delar i det här som är viktigt att faktiskt också utvärdera om det här är ett bra sätt att arbeta på som kan vara en framgång.

Maria: Och det man kan, tänker jag, lägga till där är ju att i och med att vi blir äldre och äldre, så kommer vi också att, sista delen av vårt liv, att leva med ett antal kroniska sjukdomar. Och ju fler diagnoser man har, desto klurigare blir det ju att sköta sin egen vård. För att även om vi inte vill det och det är det optimala, så är ju vården fortfarande väldigt stuprörformad och varje vårdgivare hanterar sin diagnos, men patienten ska ju leva med alla dessa diagnoser och få ihop det på bästa sätt. Så att få hjälp med sin symptommonitorering oavsett om man bara får visuellt för sig själv, eller om man får hjälp via distans kan underlätta väldigt mycket.

Marina: Ja och man tänker ju också att det här är ju inte till för alla, utan det är ju det som behöver också tittas på. För vilka kan detta vara en möjligt vård, att kunna göra själv och få stöttning på distans. Så att vi också kan lägga resurserna på dem som faktiskt behöver den fysiska kontakten mer och omvårdnad som kräver mer personal på plats. Så det blir en fokusförflyttning men det är ju individuellt det här och det måste man ju ta hänsyn till i det här. Men jag tänker på hur stor grupp är det här, Maria, som faktiskt har flera diagnoser om man nu säger multisyjuka. Vilka pratar vi om och hur stort problem är det?

Maria: Som det ser ut nu så kan man ju tänka att det i populationen 80–85 år så är det ju egentligen majoriteten av patienterna som har flera diagnoser än en. Det kan ju vara sånt som är mycket märkbart i ens dagliga liv, till exempel att man har haft en stroke, att man har en allvarlig hjärtsvikt, men det kan ju också vara sånt som är mindre märkbart, till exempel att man lider av högt blodtryck.

Lena: Jag får fråga en sak, just den här gruppen 80–85. Det är väldigt stor variation där hur stora digitala kunskaper man har, så jag tänker, hur löser man det då? Om man kanske inte har de kunskaper som behövs?

Maria: Där kan man ju säga att vi kanske har en fördel i Sverige för att vi ligger ju lite före vad det gäller digitalisering, på många sätt. Och sedan så kan man ju också tänka att pandemin har medfört otroligt mycket tråkigt, men i det hänseendet så har det ju också bättrat på, eller snabbat på, digitaliseringen även hos äldre. De har lärt sig face-timea med barn och barnbarn och göra mera ärenden online så att säga, men i själva utformandet av den här typen av monitoreringssystem så är det ju väldigt, väldigt viktigt att de är utformade för att passa den här populationen.

Och ett system som vi har haft i Sörmland i sex till åtta år, det är ett monitoreringssystem till patienter med hjärtsvikt, där man varje dag väger sig samtidigt som man håller i en läsplatta och får upp då dagens vikt och hur mycket urindrivande medicin man ska ta. Där har ju företaget anpassat produkten och äldre personer har varit med i utformandet och designen av produkten för att det ska funka så lätt och smidigt som möjligt. Och just det systemet behöver patienten egentligen inte trycka på några knappar, utan det här sker per automatik. Man får ju också tänka på att den här populationen just i större utsträckning än hos pigga 20–30-åringar har lite problem med synen och såna saker så att jag tror att det är väldigt viktigt att man liksom testar och provar ut. Vi kan inte göra en produkt som passar den yngre populationen, utan man måste testa den och låta äldre personer testa den att den faktiskt funkar att hantera.

Marina: Jag tänker också att det finns ju ganska mycket forskning som också visar att vi ofta underskattar äldre personers förmåga att hantera teknik på olika sätt och som personal att man kanske inte riktigt tror att patienten klarar av tekniken fast man vet faktiskt inte, utan det är ju de lite olika fördomar som vi har att äldre inte klarar av eller kan, men där finns det ju rätt mycket skrivet om att de faktiskt har det. Men sen finns det alltid en grupp som är utanför, så är det, som inte har kommit så långt. Och det måste man ta hänsyn till när man utformar och testar så klart. Utbildning är viktigt.

Lena: Men kan man tänka att den gruppen som inte är så bra på teknik blir mindre och mindre ju längre tiden går därför att de äldre blir mer vana vid teknik?

Maria: Jag det tror jag.

Marina: Ja skulle nog våga säga att det är så eftersom det är ju liksom någonting som vi har med oss när vi åldras. Så jag tänker att när vi är 85 år gamla, så kan nog majoriteten teknik. När vi kommer upp. Så det där är ju en övergångsfas.

Maria: Absolut, det håller helt jag med om.

Lena: Nu är ju det här projektet, den del som ni håller på med ett forskningsprojekt av det här och hur utvärderar ni i det här projektet?

Marina: Det här forskningsprojektet som vi pratar om nu det är ett projekt som pågår i Eskilstuna kommun med nära vårdteamet som vi har tittat på och det finns ju lite fördelar med det teamet, eftersom där är ju både kommunen och regionen representerade i samma lokaler. Och därför så har man valt att testa det där först för att det underlättar lite grand när man redan jobbar gemensamt. För det är det som är utmaningen, det är ju när det finns två vårdgivare regionen och kommunen och ett sånt här system gör det lite mer komplext på grund av att det faktiskt är data som också skickas genom rymden till en server som ska ner till den här ändstationen, plattan, som personalen kan läsa av. Men just det här projektet som Maria och jag följer och tittar på är det lite olika faser och vi är nu i fas ett, där vi både har kartlagt intressenter, alltså vilka är involverade i det här, hur viktigt är det att ha med alla nivåer från politisk nivå, högre chefsnivå, medarbetare, IT-avdelningar och personer som krävs för att det här ska kunna gå till, jurister, på ett bra sätt. Så vi har sammanfattat lite där vilka som är bra att ha med sig så att man har den stöttningsman behöver bakom när man startar ett sånt här projekt som involverar många och som kan vara lite känsligt och lite banbrytande.

Sedan har vi intervjuat personalen som jobbar i det här nära vård-teamet innan man sätter i gång med det här för att vi tänker att det är viktigt att veta hur de tänker. Vilka förutsättningar behövs för att man faktiskt ska kunna jobba på det här viset. Utifrån erfarenhet av att jobba med teknik, inte bara nu när vi pratade om äldre vad de har för erfarenheter, det är ju en variation bland yngre också förstås i alla åldrar. Så då har vi intervjuat de här personerna och ställt frågor kring hur de ser på det här. Och vi kan komma in lite på resultaten sen, men det här är ju första steget i det här. Och sen är ju tanken att nu under våren så kommer den här tekniken att vara på plats i hemmen hos de här multisjuka äldre, som är inskrivna i Nära vård-teamet för att vi då ska kunna följa och göra mätningar före och efter för att se på vilket sätt kan det här vara en framgångsfaktor att använda ett sånt här typ av arbets sätt. Så det är lite olika faser i det vi gör.

Maria: Och vi kan ju ... Om man inte känner till Nära vård-teamet så kan vi lägga till att de som arbetar där det är läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinska specialiteter

och vissa är anställda i regionen och vissa är anställda i kommunen. Men man jobbar tillsammans på ett väldigt interagerat sätt, vilket är ganska unikt. Det finns inget annat team som jobbar likadant i Sörmland och knappt i Sverige vad vi känner till. Där man är så tigt sammansvetsade runt patienterna och det finns ju inskrivningskriterier för att vara aktuell för att bli en patient som handhas av Nära vård-teamet och ett kriterie är att man är 65 år eller äldre och man ska vara multisjuk. Och från början så var avsikten att man skulle försöka stötta dem som har det största behovet, de som har upprepade vårdtillfällen eller väldigt ofta söker akutmottagning. Men det är inte ett absolut kriterie, men multisjuka äldre med stort vårdbehov. Det är dem man servar.

Lena: Så multisjuk, hur många olika saker måste man ha för att vara multisjuk?

Maria: Ja, egentligen så kan man säga att det räcker med två diagnoser och det kan ju i och för sig räcka med en också om man har ett stort vårdbehov. Och det som är skillnaden här kan man ju säga är att man har möjlighet i teamet att bedriva både hälso- och sjukvård, men också SoL-insatser. Så stötta patienten med insatser och att man då är en tigt personalgrupp så att man lär känna brukarna/patienterna väldigt väl.

Lena: Okej, ni har ju kommit en bit i den här forskningen vad jag förstår, så vad har ni sett för resultat hittills?

Marina: Ja var ska vi börja någonstans? Vi kan väl säga så här att ... Jag backar tillbaka lite grand nu för att jag tänker att till stor del så handlar det här om förändrade arbetssätt, vilket alltid är en utmaning. Det är alltid svårt med nya saker. Jobba på nya sätt. Det krävs mycket från alla för att få till det och att alla är med på tåget om man säger så. Så det är ju att vi har tänkt det här upplägget som vi har gjort, det är ju för att bemöta det. Att hur får vi till det på ett bra sätt och också i de här intervjuerna som vi gjorde få fram förutsättningarna och vilka hinder som finns i ett sånt här arbete. För att verkligen förankra det. Och vi ser ju att ha med oss alla, om vi börjar nu från, och som jag sa intressenter. Det är viktigt att alla är med. Prioriterat att man ändå tagit ställning till att det är den här vägen vi vill gå med det här projektet. Vi stöttar det här projektet och vi tänker att det här är någonting som bör satsa på.

Men vi måste också utvärdera det för att se effekten av det. För vi vet ju faktiskt inte om det här är ett bra sätt eller inte, för alla tänker jag då, som är involverade. Och i de intervjuerna så kan man lyfta några delar i alla fall som har kommit fram och det är ju att alla behöver få informationen, alla behöver vara med och höra och prova och testa tekniken för att man ska stå på samma utgångsläge. Det är väl liksom en del att ha en tydlig beskrivning hur man ska jobba, strukturen för det. Vem ska göra vad? Så att man vet vilket ansvar man har i det här. Sen så har man ju också uppgett när vi har frågat kring – jamen många tänker på om det här blir besparingar för att man tänker att det blir mindre besök och så, men det tycker jag inte att vi fick fram riktigt när vi pratade med dem. Det kunde till och med vara så att det kan bli fler hembesök för att man får syn på fler saker, till exempel om man har en aktivitetsmätare på sig som man inte har haft tidigare att kunna uppmärksamma att man faktiskt rör sig mer eller mindre på olika sätt. Och det kan då i sin tur generera att man faktiskt kan behöva ett ytterligare besök, till exempel av en annan profession, som inte har varit involverad tidigare. Så det var ju en del av det.

Maria: Ja och det som man också såg var ju att det kan krävas flera besök men det kan också vara enklare rent fysiskt att göra de här besöken för att man inte behöver ha lika mycket utrustning med sig, utan tekniken finns redan hemma hos patienten. Man behöver inte släpa

på olika mätare och så vidare. Det skulle ju kunna förenkla för vårdgivaren att inte behöva bära på så mycket saker, kanske åka tillbaka och hämta, utan saker finns redan på plats.

Lena: Får jag inflika en fråga där? För jag tänker om vi pratar om det här med kostnaden och besparingar, så måste ju den här tekniken som finns hos brukarna också kosta en massa pengar.

Maria: Ja, och det är ju en sak som blir väldigt spännande så att säga att utvärdera. För det kanske finns någon slags förväntan på att den inbakade kostnaden för tekniken skulle göra att ... det skulle kvittas mot att man behöver mindre besök, men det var ju det vi tyckte var väldigt spännande att det var inte riktigt så personalen tänkte. Det man också sa var ju att vissa patienter kanske skulle behöva lite mindre besök, men då lägger man tiden istället på dem som behöver lite mera. Så att det var inte så att man ... jo i och för sig så kom det väl också fram i vissa intervjuer att vi kanske kan ha flera patienter inskrivna. Men det här pendlade lite i grupperna, så det är väldigt svårt att utifrån de här före-intervjuerna dra några slutsatser, utan jag tror att det här måste komma i gång och vi får göra nya utvärderingar efteråt för att se hur det egentligen blev, för att för personalen, vissa grupper, eller egentligen alla grupper, hade ju ... ingen hade jobbat med någon typ av liknande teknik förut så att det var lite svårt för dem att riktigt föreställa sig hur det här skulle fungera.

Det fanns också mycket tankar om vilka i vårt inskrivna kundunderlag, så att säga, skulle det här passa för. Ja man lägger mycket tid och funderingar kring det, redan innan. Det kanske inte är rätt väg att gå, utan man kanske ska erbjuda det väldigt brett och genom att erbjuda det brett, så kan man också dra slutsatser för vilka gick det bra för och vilka gjorde det inte.

Marina: Ja, för det är lite som du säger det fanns olika syn på vad man tror om patienternas förmåga att klara av det här. Det skiljde sig ju väldigt åt i grupperna vad man tyckte. En viss profession trodde att det här skulle fungera till de flesta medan en annan profession så såg man att det var ganska få som skulle klara av det här och det är ju då vi kommer till det här att det är viktigt att alla utgår från samma. Att man får utbildning, information och att man gör det här tillsammans i teamet. Att man har samma syn på dem som man jobbar med. Och det är väl en viktig slutsats generellt tänker jag i det vi har tittat på att man behöver få den här gemensamma synen på personen som man jobbar med och förståelse för vad man klarar av och inte klarar av. Och det handlar mycket om förebyggande arbete också.

Maria: Och det handlar ju som du säger Marina mycket om utbildning, att det är ju kanske inte one size fits all på något vis utan en del personer som har mer teknikerfarenhet kommer att tycka att det här är inte alls så komplicerat och få till och göra egna mätningar och sända dem, och för andra som inte är teknikerfarna de kommer ju att behöva lite mera utbildning för att få det här på plats, tror jag. Och i det här systemet som vi redan har i Sörmland där ingen data skickas, som jag berättade om lite tidigare. Där brukar företaget prata om att de ... just det här att de verkligen tog med patienterna när de designade systemet och deras erfarenhet som de berättade innan vi började i Sörmland, det var att de äldsta patienten var 98 år och hade inte ens en TV, men klarade av det här systemet alldeles utmärkt. Och med det systemet som vår äldsta patient som vi har haft i Sörmland är 96 år och använder det systemet dagligen och det har inte varit några som helst problem.

Lena: Vill ni berätta lite mer om hur arbetet ser ut just i Sörmland med den här egenmonitoreringen?

Marina: Ja vi kan väl säga utifrån det här projektet som vi håller på med nu så är ju det, det första projektet i Sörmland, som faktiskt testar den här typen av arbetssätt och som sagt, det är ju pågående och under våren nu så kommer den här tekniken att testas ute i Nära vård-teamet, men det finns även planer på att utöka och titta på en annan kommun och testa det här, som inte har Nära vård-team utan har en mer traditionell uppdelning då, kommun och region. Och se hur det fungerar där, för om man ska generalisera lite hur det ser ut i resten av landet så har man ju inte Nära vård-team som jobbar tillsammans, men att vi började där och titta på hur det kan fungera på ett sånt team och sen att skala upp det då och testa i en lite mer vanlig uppdelning av kommun och region. Så det är lite där vi är. Och så kommer den här tekniken, vi kan ju säga att när den väl kommer att börja testas på de här personerna som har tackat ja till att prova på det här. Så har vi en fyramånadersperiod där de får använda de här sensorerna och de ska då vara individuellt anpassade då utifrån vilken patient som det är. Och då mäter vi före och efter med olika validerade instrument mäter vi livskvalitet, och upplevelse av sin egen hälsa, depression för att fånga de här mjukare parametrarna, inte bara sjukdomskvantitativa mått utan även upplevelsen och välbefinnandet på olika sätt och vis. För att när vi pratade tidigare om minskat antal besök och kostnader så har vi faktiskt en annan aspekt som är minst lika viktig och det är ju faktiskt hur patienten mår och sin egen upplevda hälsa och just med att kunna ta mer eget ansvar för sin hälsa också växa med det och känna sig mer självständig och få en högre tilltro till sin egen förmåga helt enkelt. Att faktiskt klara av sin sjukdomsbild på ett annat sätt. Så jag tänker att vi inte får glömma att det är också viktiga delar i det här arbetet när vi pratar om kostnader och när vi pratar om besök så är det en del, men så har vi också patienten som har en upplevelse som behöver tas hänsyn till precis lika mycket för att man då på längre sikt faktiskt håller.

Maria: Och vi kan väl också lägga till att Nära vård-teamet har ju en ganska liten population inskriven, så när vi kommer i gång i ytterligare en kommun så är det ju också lättare att titta på kvantitativa mått. Och kanske jämföra lite grand mellan olika diagnoser, för det vi inte har kommit in på riktigt hittills det är ju att det är ju ingen speciell patientgrupp med en specifik diagnos utan det är ju de patienter som finns i Nära vård-teamet och då kan ju också behovet av de olika sensorerna skilja sig åt i teamet. Så att vi vill ju att det ska hjälpa patienten. Vi ska ju inte mäta något som man inte normalt sett skulle mäta utan vi vill ju att det här ska vara individanpassat utifrån den patient som faktiskt ska ha det hemma. (9.44)

Lena: Okej, vad är vår roll då, på FoU i Sörmland i hela det här Sörmlandsarbetet?

Marina: Ja vi kan säga, om vi bortser från forskningsprojektet då, så pågår det ju ett projekt som en projektledare, Karl Schultz, är projektledare för på FoU i Sörmland, och det går ju parallellt med forskningsprojektet, så i det projektet så jobbar man ju med förutsättningarna för att det här ska kunna ske. Och lite det som vi har varit inne på tidigare att det riggar för att alla ska vara med och att det ska fungera, att det ska vara säkert. Det handlar ju om sekretess, GDPR och alla såna saker som är viktiga att ha med för att faktiskt få det här till att bli ett arbete som man kan fortsätta att utvärdera, för det kommer ju säkerligen komma fler tekniska lösningar som kommer att fungera på liknande vis. Så det är ju en satsning som har gjorts i länet att vi ska titta på det här. Så det projektet pågår parallellt och så gör vi forskningen också samtidigt då på samma arbete kan man säga. Så vi jobbar ju tillsammans i samverkan, både forskningsprojektet och det projektet som pågår under 2022.

Lena: Om man nu skulle vilja läsa mer om det här, eller hitta information om just egenmonitorering, har ni några tips, eller kommer det att komma någon information någonstans?

Marina: Ja, men jag tänker så här att det är klart att det finns information och vill man veta mer specifikt om just det här forskningsprojektet så är man välkommen att kontakta Maria Liljeros eller mig om man är nyfiken, eller kontakta Karl Schultz som är projektledare då för det övergripande projektet kring egenmonitorering i Sörmland. Sen det kommer att komma mer information på vår hemsida där vi kommer att uppdatera då kring vad som har skett hittills i det här projektet och det kan vara intressant tänker jag för många andra regioner och kommuner runt om i Sverige som jobbar med liknande frågor. För det är ju så här att vi är ju inte unika i det här, alla jobbar med det här på olika sätt och vis och har hittat olika lösningar att få till det här, men det är ändå ett komplext arbete att börja att jobba på det här viset. Det finns ingen generell lösning för hur man jobbar med distansmonitorering eller egenmonitorering såvitt jag vet i alla fall, men vi är väl på god väg tänker jag och då behöver man göra det här lite grovjobbet och dyka ned i olika saker för att säkerställa så att vi faktiskt gör det på ett etiskt och på ett säkerställt sätt.

Maria: Och det är ju mycket det som vi känner att ... där vi kom in det är ju som Marina säger, väldigt många regioner som jobbar med olika typer av system. Man kallar det projektform just kanske för att det finns så mycket juridik kring det här med dataöverföring och så. Men vi ser att det är väldigt viktigt att man också utvärderar det här evidensbaserat genom att beforska området. Det behövs också inte bara kliniska utvärderingar.

Marina: Absolut du sa ju nästan egentligen det som var viktigast nu att vi behöver ju faktiskt ta reda på om det vi gör är bra eller inte. För vi kan ju ha en uppfattning eller en inställning om att det här är den rätta vägen att gå men vi vet ju faktiskt inte på vilket sätt ett sånt här typ av arbetssätt faktiskt kan bidra till att göra någon förändring, eller göra nytta. Så det är ju jätteviktigt att utvärdera det på olika sätt och vis. Både med kvalitativa mått, men också kvantitativa mått för att kunna säga någonting om man nu tänker att man ska breddinföra till exempel så är det ju viktigt att veta vad är det vi breddinför: Vad kan vi räkna med i slutändan att vi får för effekter av det här, resultat?

Maria: Och bra för vem? Det ska ju helst vara bra för så många som möjligt och det vi faktiskt inte har nämnt det är ju att i vårt forskningsprojekt så kommer det att ingå både personal av alla personalkategorier, användarna alltså patienter, men också anhöriga.

Lena: Men har ni några indikationer än på hur det påverkar användarnas mående?

Maria: Nej det har vi ju inte i det här projektet eftersom de som faktiskt ska vara användare inte har fått det utplacerat ännu. Det har ju inte driftats än så att säga. Men om vi tittar på det här systemet som vi har använt ganska länge för hjärtsviktpatienter, som jag har varit inne på förut så har vi också beforska det. Och om man tittar på användandet efter tre månader så såg vi att det var en väldigt hög användargrad, 93 procent använda systemet dagligen. Vilket är väldigt högt för såna här saker som man då inte skickar så att någon annan identifierar om man inte använder det eller använder det. Och vi såg i det systemet, precis som i det systemet som ska provas i den här studien så finns det också patientutbildning inbyggt och vi såg att kunskapen om hjärtsvikt ökade signifikant. Man läste man tog del av den här informationen och man skattade också en högre grad av kontroll över sin diagnos. Så det är de erfarenheter vi har men då är det inte riktigt samma patientgrupp.

Marina: Jamen, jag gör lite medskick här, lite reflektioner utifrån det arbete som vi har gjort och det vi har sett hittills:

- Det är jätteviktigt med individens egen förmåga. Att se resurserna hos den personen som vi ska jobba med.
- Att förebyggande arbete är viktigt och det har vi ju också sett när vi har intervjuat att där finns det ju mer att göra och där kanske vi med hjälp av det här kan komma ett steg framåt. Att faktiskt jobba mer förebyggande.
- Och det här med gemensamma utbildningar. Samma syn på patienten, gemensamma utbildningar – att vi står på samma plats när vi påbörjar någonting.
- Att man talar med varandra och då tänker jag i det här fallet, mellan professionerna att man pratar med varandra så att man har en gemensam samsyn.
- Ledarskapet är viktigt och att leda personalen i ett nytt arbetssätt och de utmaningar som kommer.

Det är ju det här skapar förutsättningarna att ha med de här olika delarna i förändringsarbetet.

Maria: Jag tänker inte invända mot någon av dina reflektioner det kan understrykas och kanske läggas till det är vikten av att ta med personalen tidigt. Att tid att ... att man känner sig involverad i hela processen så att det finns tid att skapa nya rutiner för det är mycket sådant som behövs. Det som man tidigare har gjort manuellt eller data som har inhämtats manuellt och som man har ett sätt att hantera det kräver lite andra tankar och arbetssätt nu. Och det är viktigt att det här får mogna och man får tänka hela flödet i lite lugn och ro för att det här ska landa väl. För på något sätt så kan man väl kanske tänka sig att om vi ska få patienterna med oss, så är det ju viktigt vår egen mentala inställning som personal. Om vi inte tror på det så kommer vi inte att få våra patienter och brukare att göra det heller.

Marina: Klokt! Sedan tänker jag också att vi inte får glömma att tacka SKR, Sveriges kommuner och regioner, för vi fick faktiskt medel därifrån initialt för att starta upp det här projektet. Så det gav ju en förutsättning för att det här forskningsprojektet kunde sätta i gång.

Maria: Ja, det är vi mycket glada för.

Lena: Ja, jättespännande sedan att se hur det går med allt det här. Men då får jag tacka så jättemycket för att ni ville vara med och berätta om egenmonitorering och till dig som har lyssnat vill jag säga tack så jättemycket för att du har lyssnat på det här avsnittet av FoU-podden och hoppas förstås att du även vill höra nästa avsnitt. Ha en jättebra dag! Hejdå!

FoU-poddens musiksnutt