



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska socialfonden

# eHälsalyftet

## Lärande utvärdering Slutrapport

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Bakgrund .....</b>	<b>7</b>
2.1. Ansökan eHälsalyftet .....	7
2.2. Delfinansiering av Svenska EFS-rådet .....	7
2.3. Viktiga händelser som påverkat projektet .....	8
<b>3. Om projektet eHälsalyftet .....</b>	<b>10</b>
3.1. Projektmetodik nätverksmodell och lokala dialogseminarier .....	10
3.2. Projektets styrning och ledning .....	11
3.3. Innehåll och teman .....	11
3.4. Horisontella principer .....	12
<b>4. Mål och projektperioden .....</b>	<b>13</b>
4.1. Projektmål.....	13
4.2. Effektmål .....	13
<b>5. Metoder för datainsamling .....</b>	<b>14</b>
5.1. Statistik.....	14
5.2. Enkätundersökning .....	14
5.3. Intervjuer .....	14
5.4. Deltagande observation .....	15
<b>6. Enkätinsammanställning .....</b>	<b>16</b>
6.1. Svarefrekvens .....	16
6.2. Resultat – Min uppfattning av min eHälsokompetens .....	17
6.3. Resultat – Upplevelse av genomförandet .....	21
6.4. Jämförelse mellan teman .....	23
<b>7. Intervjusammanställning.....</b>	<b>24</b>
7.1. Medarbetare.....	24
7.2. Utvecklingsledare .....	26
7.3. Processhandledare .....	28
7.4. Intervjuer avseende styrning och ledning av projektet.....	29
<b>8. Uppfyllelse av projekt mål .....</b>	<b>37</b>
8.1. Projektmål 1.....	37

8.2.	Projekt mål 2.....	40
8.3.	Projekt mål 3.....	40
8.4.	Projekt mål 4.....	40
8.5.	Projekt mål 5.....	41
<b>9.</b>	<b>Effekter av eHälsalyftet.....</b>	<b>42</b>
9.1.	Medarbetares eHälsakompetens .....	42
9.2.	Resurseffektivt arbetssätt .....	42
9.3.	Grad av ökad kompetensöverföring .....	42
9.4.	Projektets arbete mot effektmålen.....	43
<b>10.</b>	<b>Analys av utmaningar .....</b>	<b>45</b>
10.1.	Projektets arbetssätt i förhållande till ESF-ansökan .....	45
10.2.	Nätverksmodellen med dialogseminarier .....	47
10.3.	Projektstyrning av ett komplext projekt .....	49
10.4.	Horisontella principer .....	50
<b>11.</b>	<b>Lärande till framtida projekt.....</b>	<b>52</b>
11.1.	Dialog skapar engagemang och delaktighet.....	52
11.2.	Gemensamma budskap och långsiktighet ger resultat .....	52
11.3.	Verksamhetsanpassa metod och genomförande.....	52
11.4.	Medarbetare som utvecklar medarbetare .....	52
11.5.	Verksamhetsanpassa material och innehåll .....	53
11.6.	Starkt stöd i ledning och bland chefer .....	53
11.7.	Projektledning och -ägarskap .....	53
11.8.	Projektstyrning och administration .....	53
11.9.	Styrgrupp som tar ansvar för sin del och helheten.....	53
11.10.	Rätt kompetens i projektets grupperingar .....	54
11.11.	Tydlighet kring förutsättningar och dialog om förändringar.....	54
<b>12.</b>	<b>Bilaga 1 - Tema 4.....</b>	<b>55</b>
12.1.	Tema som delvis saknade förankring i organisationen .....	55
12.2.	Lägre deltagarantal än prognosticerats.....	55
12.3.	Upplevdes som nära inpå tidigare genomförda teman.....	55
12.4.	UL och PHL upplever att de får tillräckligt med stöd i sitt arbete .....	55

## Sammanfattning

eHälsalyftet är ett kompetensutvecklingsprojekt som bedrivits i Region Stockholm (RS), tidigare Stockholms läns landsting (SLL) med start 2016 och som avslutats per 30 juni 2019. Projektet syftade till att öka e-hälsakompetensen hos medarbetarna inom SLL Produktion och skulle bland annat bidra till effektmålen: 1) *Alla medarbetare ska ha erforderlig kompetens i att arbeta med ett strukturerat resurs-effektivt arbetssätt kopplat till eHälsa på ett patientsäkert sätt* samt 2) *Medarbetarna, genom sin kompetens inom eHälsa, ska ha en hög anställningsbarhet.*

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Södersjukhuset, S:t Eriks ögonsjukhus, Danderyds sjukhus samt Karolinska Universitetssjukhuset har ingått i eHälsalyftet. Projektets styrgrupp har bestått av representanter från de deltagande organisationerna. Projektgruppen samt projektägare har varit placerade inom SLSO. Projektet har delfinansierats av Svenska ESF-rådet och har därav även haft en extern utvärderare för att stödja projektets arbete och genomförande med riktning mot projektmålen. Ekan Management, som även står bakom denna slutrapport avseende utvärderingen, har haft uppdraget som utvärderare.

Nätverksmodellen med dialogseminarier har utgjort projektets pedagogiska modell för kompetensutveckling. Projektet har varit indelat i fyra olika teman och för varje tema har ett så kallat "train the trainer" upplägg genomförts där medarbetare (utvecklingsledare) ledde tre timmars dialogseminarier. Grupperna har bestått av blandade yrkeskategorier med syfte att skapa ett tvärfunktionellt lärande. Det gemensamma materialet, olika för respektive tema, har tagits fram av en projektgrupp ledd av projektledningen. Gruppen har bestått av medarbetare med verksamhetskompetens. Resultatet har spridits via utsedda processhandledare i respektive organisation till utvecklingsledarna. Materialet visade på exempel och skapade möjligheter för deltagarna att diskutera och ta del av olika aspekter av e-hälsa och arbetssätt utifrån olika yrkesgruppers perspektiv.

Utvärderarna konstaterar att projektet har producerat ett avsevärt antal dialogseminarier och utbildningstimmar för att skapa förutsättningar för kompetensutveckling i enlighet med eHälsalyftets syfte. Vid projektstängning redovisades att totalt 3625 dialogseminarier genomförts sedan starten, vilket totalt renderat i 92 563 utbildningstimmar. Antalet deltagare under de fyra temana har totalt varit 34 438. En medarbetare kan räknas som deltagare vid flera tillfällen och antalet unika medarbetare som deltagit i 1–4 dialogseminarier är 17 425, vilket ger att varje medarbetare i snitt deltagit i två dialogseminarier. Av deltagarna är 14 099 kvinnor och 3 326 män.

eHälsalyftet har, med några undantag, varit nära men inte riktigt uppnått, de kvantitativa målnivåer som satts upp för bland annat deltagande kring yrkeskategorier, genusfördelning och tvärfunktionalitet.

Effekter som kan konstateras av eHälsalyftet är att medarbetarna uppger att deras kompetens avseende e-hälsa har ökat signifikant efter deltagande i dialogseminarier. Upplevelsen är även att deras deltagande positivt påverkat kompetensen hos medarbetare som inte deltagit. Seminarierna har även bidragit till utvecklingen av mer resurseffektiva arbetssätt då exempel har spridits och anammats under dialogseminarierna. Dialogseminariernas innehåll har varit i samklang med de möjligheter och nyheter som funnits i 1177. Projektet har även bidragit till ökad förberedelse, förankring och förståelse för gemensamma arbetssätt inför framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).

Ett viktigt mål var ökad förståelse mellan yrkesgrupper avseende hur andra yrkesgrupper använder e-hälsa. Dialogseminarierna har ökat kompetensen om andra yrkesgrupper men även påverkat förståelsen inom den egna. Projektet skulle även bidra till ökad anställningsbarhet hos medarbetarna, en effekt som anses mer svårbedömd huruvida den är uppnådd eller ej, än övriga effektmål.

De deltagande organisationerna har haft olika förutsättningar och utmaningar i att kunna frigöra tid för medarbetarna att delta i dialogseminarier. Det har varit lättare för verksamheter som inte har patienter dygnet runt att schemalägga medarbetare tvärfunktionellt i trettimmars dialogseminarier. Då antalet producerade utbildningstimmar understigit de prognosticerade har det även påverkat finansieringen av projektet. Styrning och uppföljning av projektet har varit komplext då projektledningen inte har kunnat styra eller ställa krav på de ingående organisationerna, utan detta har gjorts i dialog via styrgruppen. Projektet har vid två tillfällen fört budgetdialoger i samarbete med Svenska ESF-rådet, vilket resulterat i att projektet och dess budget minskat i omfattning.

Projektledningen har under eHälsalyftets gång utvecklat metoderna för styrning och uppföljning. Detta hade med fördel kunnat göras ännu tidigare, för att därmed kunna bidra till att ett tillräckligt stort medarbetarantal deltog, för att säkerställa att den eftersträvade kompetensutvecklingen kunde uppnås. Frågeställningar kring projektets finansiering har även varit komplexa och tidskrävande för projektledning och styrgrupp. Effektivare och mer pedagogiska modeller och arbets sätt avseende ekonomisk redovisning, styrning och uppföljning hade varit till fördel för projektet.

Nätverksmodellen med dialogseminarier har fungerat väl och varit uppskattad som metod för kompetensutveckling. I synnerhet har möjligheten att samtala med kollegor inom och mellan yrkeskategorier lyfts fram som något mycket positivt. Att projektet varat över tre år tycks även ha bidragit till ett återkommande lärande och att samtalet fortsatt över tid, vilket även har påverkat medarbetare som inte deltagit i dialogseminarierna. Möjligheten att verksamhetsanpassa innehållet och i viss mån även seminarielängden har varit en framgångsfaktor och är en viktig aspekt att ta med till liknande projekt framöver. Helt avgörande för såväl de långsiktiga effekterna som det mer kortsiktiga genomförandet är att organisationens ledning står bakom kompetensutvecklingsinsatsen och att cheferna går före och visar engagemang och prioritet.

eHälsalyftet har väl följt samhällsutvecklingen i övrigt avseende e-tjänster och har även bidragit till att verksamheter har ändrat sitt arbetssätt och användande av e-hälsa i befintliga systemlösningar. En av de viktigaste fördelarna som styrgrupp, projektledning och projektägare dock lyfter fram är att eHälsalyftet har bidragit till kännedom och förförståelse för de förändrade arbetssätt som framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) kommer att kräva. En viktig styrka i förändringsarbetet har varit att projektet har varit tillräckligt långt, med återkommande dialogseminarier för att utveckla och förstärka den röda tråden e-hälsa, samt att ett gemensamt budskap, med lokala anpassningar, nått stora medarbetargrupper och därmed ökat den gemensamma kompetensen på området.

## 1. Inledning

Detta är slutrapporten för den lärande utvärdering som genomförts av Ekan Management för Region Stockholms (tidigare Stockholms läns landsting) projekt eHälsalyftet. Projektet har varit delfinansierat av Europeiska unionen/Europeiska Socialfonden i dess utlysning (Dnr 2015/00159) för "Digital kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg". Svenska ESF-rådet beviljade ansökan och beskrev bland annat att de bedömde att projektet i upplägg och metod adresserade en prioriterad fråga – "att kompetensutveckla personalen inom vård- och omsorg i användandet av digitalt lärande. Projektet skulle ge medarbetarna kompetensutveckling i att använda digitala verktyg för att säkerställa god kvalitet i vård och omsorg och för att underlätta att effektivisera arbetet." (ESF:s beslut Dnr 2015/00859)

Under projektperioden har Stockholms län landsting (SLL) omvandlats till Region Stockholm. I rapporten kommer benämningen Region Stockholm (RS) att användas. I dokumentet benämns dock SLL Produktion samt Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) med dessa beteckningar.

Slutrapporten omfattar en sammanställning av projektets måluppfyllelse och baseras på kvalitativa och kvantitativa data insamlad genom intervjuer, deltagande observationer, enkäter och statistik.

För projektet har tre delrapporter presenterats:

- Avstämningsrapport Tema 1 – Wordrapport och PowerPoint-rapport
- Avstämningsrapport Tema 2 – Wordrapport och PowerPoint-rapport
- Avstämningsrapport Tema 3 – PowerPoint-rapport

I denna slutrapport rapporteras ackumulerade data för samtliga teman, under framtagandet av denna slutrapport har tema 4 pågått, som bilaga till rapporten finns en utförligare analys av just tema 4.

I slutrapporten utvärderas även ett antal aspekter av projektarbetet och särskild vikt läggs på lärandet inför liknande angreppssätt för att kompetensutveckla RS:s verksamheter.

### 1.1.1. Utvärdering av projektet

Europeiska Socialfonden (ESF) har krav på att ESF-finansierade projekt fortlöpande ska utvärderas med hjälp av så kallad lärande utvärdering. En lärande utvärdering ska vara ett stöd för lärande inom projektet och bedöma projektets förutsättning för att resultat ska leva vidare och ge långsiktiga effekter efter projektets avslut. Utvärderingen ska bidra till nytta och ligga till grund för lärande både under projektgenomförandet och efter avslutat projekt. Ekan Management är upphandlad som extern utvärderare för att löpande utvärdera under projektets genomförande.

Under tema 1 var även Karolinska Institutet/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin anlitade för att skapa förutsättningar att utvärdera effekterna av projektet.

## 2. Bakgrund

RS beviljades per 2015-12-18 stöd från Europeiska unionen/Europeiska Socialfondens utlysning *digital kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg* för att under 2016–2018 driva ett projekt med syfte att utveckla medarbetares kompetens avseende e-hälsa.

### 2.1. Ansökan eHälsalyftet

Den ursprungliga målsättningen med projektet var att minst hälften (ca 21 500) av RS:s medarbetare inom SLL produktion av sjukvård skulle delta i tre dialogseminarier á tre (3) timmar. Ett dialogseminarium bygger på ett specifikt tema och initialt planerades totalt tre teman för projektperioden.

De deltagande organisationerna var i ansökan Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska), Södersjukhuset AB (SÖS), Danderyds sjukhus AB (Danderyd), Södertälje AB (Sts), S:t Eriks Ögonsjukhus AB (S:t Eriks) samt Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Södertälje sjukhus var med i analysfasen men valde att inte delta i själva genomförandet av eHälsalyftet.

SLSO hade goda erfarenheter av att arbeta med nätverksmodellen och dialogseminarier som kompetensutvecklingsmetod för arbetsplatslärande. Modellen och metoden introducerades inom ramen för "Kompetenslyftet eHälsa i primärvården" (2011–2013), ett tidigare ESF-finansierat projekt inom SLSO. Arbets sättet har levt vidare inom SLSO som metod för kompetensutveckling.

### 2.2. Delfinansiering av Svenska ESF-rådet

Projektet eHälsalyftet beviljades 39 986 673 SEK av Svenska ESF-rådet, vilket skulle motsvara 47 procent av projektets finansiering. Förutsättningarna för finansieringen av projektet var att de deltagande organisationerna skulle bidra med en medfinansiering motsvarande 53 procent av projektbudgeten. Medfinansieringen utgjordes av projektdeltagarnas nedlagda tid i eHälsalyftets kompetensutvecklingsinsatser. I ESF-finansierade projekt ska lägesrapporter lämnas till Svenska ESF-rådet i samband med att projektet gör en ansökan om utbetalning. Detta har skett månadsvis. En slutrapport ska även lämnas innan projektet avslutas. Svenska ESF-rådet begär att eventuella avvikelser från ansökan ska kommenteras särskilt och åtgärder som vidtas för att komma tillrätta med dessa ska beskrivas. Om förutsättningar för beslutet om stöd ändras eller om andra förändringar av betydelse för projektets genomförande uppstår ska Svenska ESF-rådet skyndsamt och skriftligt informeras. eHälsalyftets projektledning har fört en dialog med ansvarig handläggare på Svenska ESF-rådet under projekttiden då deltagandet i kompetensutvecklingsinsatserna blivit lägre än i förhållande till ansökan. Två ändringsansökningar har gjorts under genomförandefasen.



## **2.3. Viktiga händelser som påverkat projektet**

### **2.3.1. Budgetrevideringar och förändrat upplägg**

Efter genomförandet av det första temat stod det klart att deltagarantalet var den stora utmaningen för projektet. Karolinska universitetssjukhuset hade ännu inte kommit igång och projektledningen förde en dialog med Karolinska gällande deras deltagande. I årsskiftet 2017/2018 beslutade sig Karolinska för att de skulle delta i projektet i mer begränsad omfattning än vad som ursprungligen planerats och endast delta i ett tema istället för tre. Södertälje sjukhus (Sts) valde att inte ingå i projektets genomförande. Detta innebar att de volymer deltagartimmar som legat till grund för den ursprungliga ansökan och budgeten inte bedömdes möjliga att uppnå. I februari 2018 gjordes det, i samråd med Svenska ESF-rådet och styrgruppen, en budgetrevidering och en revidering av projektmål 1 samt en ändringsansökan.

I samband med ändringsansökan fattades beslut om att förlänga projektet med sex månader till och med 30 juni 2019. Anledningen till förlängningen var att möjliggöra genomförandet av ett fjärde tema för att på så sätt ta tillvara det ekonomiska utrymme som fanns i och med de minskade volymerna. På så sätt möjliggjordes en utökad kompetensutvecklingsinsats för de deltagande organisationerna exklusive Karolinska. Förlängningen av projektet ledde dock till ökade gemensamma kostnader för bland annat projektledningen och projektkontoret. För att dra ner på kostnader minskades bemanningen av projektledningen och vissa aktiviteter såsom nätverksträffar och lärandeseminarier minskades i omfattning. Även utvärderingsuppdraget för Karolinska Institutet/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin som var anlitate för att skapa förutsättningar att utvärdera effekterna av projektet avslutades.

Deltagandet i tema 2 blev lägre än i tema 1 och prognosen över deltagandet i tema 3 och 4 blev lägre för flera av organisationerna. Karolinska hade vid årsskiftet 2018/2019 ännu inte kommit igång med dialogseminarier och prognosen för deras deltagande ändrades till noll. Svenska ESF-rådet uppmanade därför projektledningen att göra ytterligare en ändringsansökan och budgetrevidering, vilket skedde i januari 2019.

### **2.3.2. Från 3R till FVM-programmet**

Vid ansökan ingick RS i ett samarbetsprojekt benämnt 3R-projektet tillsammans med Västra Götalandsregionen och Region Skåne som syftade till kravställning, upphandling och implementering av Framtidens vårdinformationssystem. Ambitionen var att eHälsalyftet skulle ses som en del av det pågående utvecklingsarbetet inom landstinget och arbetet med framtidens hälso- och sjukvård och inte som ett enskilt projekt vid sidan av det arbetet. Samarbetet i 3R är avslutat i och med att regionerna valde att göra sina egna upphandlingar. RS arbetar vidare i programmet Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).

FVM-programmet syftar till att införa en vårdinformationsmiljö som skapar förutsättningar för effektiva arbetssätt inom hälso- och sjukvården samt förmåga till regional nätverkssjukvård. Programmet är en av RS:s stora satsningar för att utveckla hälso- och sjukvården. Det övergripande målet är att ge patienter möjlighet att vara delaktiga i sin vård och att möjliggöra nya arbetssätt som förenklar och effektiviserar arbetet för medarbetare inom vården.



eHälsalyftet, som ursprungligen var tänkt att förbereda och förstärka 3R projektet inför nya mer digitala och gemensamma arbetssätt, har fortsatt i den riktningen men nu istället med FVM-programmet i fokus. För FVM-programmet är eHälsalyftet en viktig del av förankring och spridning och det har varit ett nära samarbete mellan de två projekten. Bland annat har tema 3 varit en kanal för att sprida information och förankra FVM-programmet, det kommande systemet och arbetssätten. Genom dialogseminariernas övningar har medarbetarna fått diskutera och skriva ned behov och önskemål om förbättringar för medarbetare och patienter. Dessa förslag har sedan samlats ihop och skickats in till FVM:s avdelning för krav och design vilket innebär att FVM-programmet fick en bekräftelse på att medarbetarnas krav stämde överens med FVM:s användarkrav. Tema 4 handlade om vad organisationerna kan göra här och nu för att förbereda sig för FVM-programmet. I tema 4 återkopplades även delar av det som fångats in under tema 3.

En ny ansökan kopplad till verksamhetsförberedelse inför implementeringen av FVM-programmet har lämnats in till Svenska ESF-rådet av RS.

### **2.3.3. Byte av deltagare**

I såväl projektgrupp som styrgrupp har ett flertal deltagare bytts ut och ersatts under projektperioden. I stort sett samtliga styrgruppsmedlemmar, med undantag för S:t Eriks representant, har bytts ut och i projektledningen är tre av fyra tillkomna under projektets tid. Det har även varit utbyte av processhandledare och utvecklingsledare. Även Ekan Managements utvärderare har genomgått utbyte under projektets gång.

### 3. Om projektet eHälsalyftet

Kompetensutvecklingsinsatsen eHälsalyftet har skett genom en nätverksmodell för lärande där medarbetare deltagit i dialogseminarier på sin egen enhet. I detta avsnitt beskrivs metoden som är egenutvecklad och introducerades inom SLSO i projektet "Kompetenslyftet eHälsa i primärvården" (2011–2013).

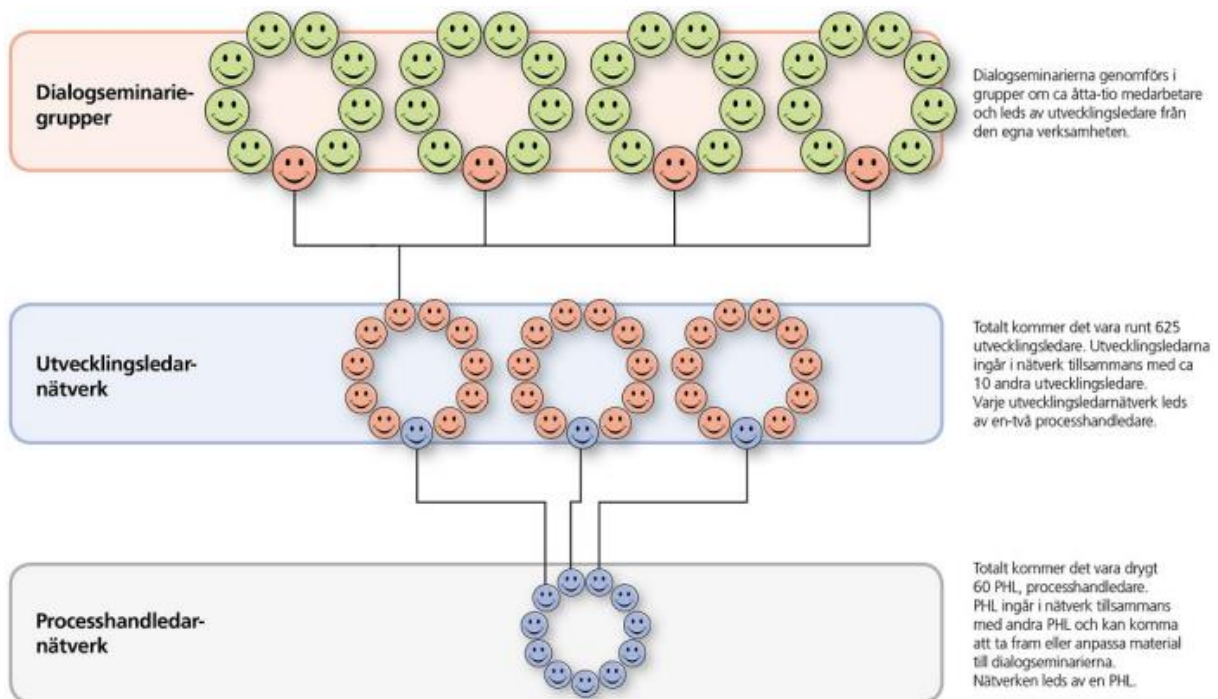
#### 3.1. Projektmetodik nätverksmodell och lokala dialogseminarier

De dialogseminarium som genomförts inom ramen för projektet har letts av en medarbetare (utvecklingsledare) från den lokala enhet där seminariet genomförts. Innehållet hade dock tagits fram gemensamt i projektet. Alla utvecklingsledare har träffats i nätverksgrupper vilka letts av en processhandledare. Träffarna bildade således en nätverksmodell för lärande. Syftet med att arbeta utifrån nätverksmodellen var:

- Att byta erfarenheter både inom och över organisationsgränser
- Att få en bättre förståelse för arbete med e-hälsa inom den egna organisationen
- Att reflektera över innehållet i dialogseminarieteman och aktuella moduler
- Att stödja varandra i dialogseminariearbetet

Dialogseminarier som metod var tänkt för reflektion, aktivt lyssnande och överföring av erfarenhetsbaserad kunskap i arbetsgruppen. Medarbetare från olika yrkeskategorier deltog regelbundet i dialogseminarier och gavs under seminariets gång möjlighet att diskutera eHälsa och digitaliseringsfrågor som de möter i sin yrkesvardag. Under eHälsalyftet har dialogseminarierna varit tänkta att vara tre timmar långa samt genomföras initialt i tre sedan reviderat till fyra olika teman under projekttiden.

För att främja dialogen under seminarierna har tvärprofessionella seminariegrupper med ca 10 deltagare eftersträvat. Seminarier har planerats in med samma tema tills hela målgruppen (eller bedömd möjligt antal från målgruppen) har deltagit.



Figur 1 Nätverksmodellen, källa <https://www.ehalsalyftet.se/ehalsalyftet/natverksmodellen/>

## 3.2. Projektets styrning och ledning

### 3.2.1. Projektets styrgrupp

Projektet fick initialt en styrgrupp vilken består av representanter från de deltagande organisationerna Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Karolinska sjukhuset, S:t Eriks ögonsjukhus samt SLSO. Styrgruppen har träffats regelbundet under hela projektperioden och varit aktiv gällande inriktningen för de olika temana samt projektets finansiering i form av den egna organisationens deltagande och engagemang. Projektägaren återfinns inom SLSO.

### 3.2.2. Projektets projektledning

Projektet har letts operativt av en projektgrupp bestående av projektledare, projektkommunikatör, projektkononom samt projektadministratör som alla funnits placerade inom SLSO.

## 3.3. Innehåll och teman

Innehållet för respektive tema har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av processhandlare från de deltagande organisationerna ledda av projektledningen. Temana har bestått av olika moduler där verksamheterna sedan valt en eller flera av dessa moduler att arbeta med under dialogseminariet. Möjlighet har även funnits att anpassa innehållet för att bättre passa de egna förutsättningarna.

Samtliga teman beslutades av projektets styrgrupp. Efter dialogseminarierna har återkoppling skett till styrgruppen för att säkerställa att den förändrings- och förbättringspotential som framkommit kom att tas tillvara.

Kontinuerliga nätverksträffar har genomförts för utvecklingsledare för utbyte av erfarenheter samt stöd i uppdraget. Nätverksträffarna har letts av en processhandledare som i sin tur ingår i ett nätverk med andra processhandledare från övriga organisationer för utbyte av erfarenheter och stöttning.

### **3.4. Horisontella principer**

Socialfondsprogrammet har fyra horisontella principer som ska integreras i projekt och på så vis präglade insatserna som får stöd från ESF. Principerna handlar om jämställdhet, tillgänglighet, icke-diskriminering och hållbar utveckling. I projektet har ambitionen varit att dessa ska genomsyra all verksamhet och inte ses som ett tillägg utan vara en del av den dagliga verksamheten. Projektet har valt att inte arbeta fram separata planer för de horisontella principerna utan istället arbeta för att på ett systematiskt sätt väva in dem i projektrutiner och dialogseminarier. Projektet har tagit fram en värdegrund som styrgruppen beslutat om. Värdegrunden ska ha genomsyrat all verksamhet i projektet och ingick i uppdragsbeskrivningen för utvecklingsledare och processhandledare.

*"Alla projektdeltagare ska behandlas lika oavsett kön, ålder, funktionsvariation, yrkeskategori, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet. Det ska vara högt i tak där alla vågar och får möjlighet att uttrycka sin åsikt."*

## 4. Mål och projektperioden

Projektperioden var ursprungligen beslutad till 2016-01-01—2018-12-31 men förlängdes efter den första budgetdialogen med ESF-rådet till 2019-06-30.

### 4.1. Projekt mål

I samband med budgetrevideringen beslutades även att det ursprungliga projekt målet ändrades från:

”1) Minst hälften av deltagande organisationers medarbetare från respektive yrkeskategori ska delta i tre dialogseminarier. De deltagande medarbetarna ska följa den ålders- och könsfördelning som finns inom organisationerna.” till:

- 1) Minst hälften av deltagande organisationers medarbetare från respektive yrkeskategori ska delta i fyra dialogseminarier undantaget Karolinska universitetssjukhuset som ska ha dialogseminarier för sammanlagt 3150 deltagare i ett tema. De deltagande medarbetarna ska följa den ålders- och könsfördelning som finns inom organisationerna.
  - a. Samlas in genom statistik från projektet efter varje avslutat tema.
- 2) En tydlig majoritet (95 %) av dialogseminarierna ska vara tvärprofessionella (minst 2 yrkeskategorier\* ska delta)
  - a. Samlas in genom statistik från projektet efter varje avslutat tema.

*\*Yrkeskategorier: Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinsk personal, vårdadministratörer.*

- 3) Medarbetarna ska uppleva att deras kompetens avseende eHälsa har ökat efter genomförda teman, samt ha en överlag positiv bild av genomförandeprocessen
  - a. Samlas in genom enkät och tar hänsyn till ålder, kön och eHälsakompetens
  - b. Mäts genom deltagande observationer och intervjuer
- 4) Nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska lägga grunden för att medarbetarna kan arbeta på ett mer resurseffektivt sätt kopplat till eHälsa.
  - a. Mäts genom intervjuer med utvecklingsledare och processhandledare
  - b. Mäts genom deltagande observationer
- 5) Nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska öka kompetensöverföring inom och mellan olika yrkesgrupper och skapa en ökad förståelse för olika yrkesgruppers användande av eHälsa och vilka konsekvenser som det får för organisationen.
  - a. Mäts genom intervjuer och deltagande observationer

### 4.2. Effektmål

Det långsiktiga effektmålet med projektet är att:

1. Alla medarbetare ska ha erforderlig kompetens i att arbeta med ett strukturerat resurseffektivt arbetssätt kopplat till eHälsa på ett patientsäkert sätt.
2. Medarbetarna, genom sin kompetens inom eHälsa, ska ha en hög anställningsbarhet.

## 5. Metoder för datainsamling

### 5.1. Statistik

Statistik kopplat till projektet har löpande sammanställts av projektledningen. Projektledningen har, utifrån deltagarlistor som skickats in från deltagande organisationer, försett utvärderarna med aktuell åldersfördelning, yrkeskategori, könsfördelning samt graden av tvärprofessionella seminarier som genomförts för varje givet tema. Utifrån denna statistik har de kvantitativa projektmålen måluppfyllelse beräknats och bedömts.

### 5.2. Enkätundersökning

Ett av utvärderarnas verktyg har varit en enkätundersökning där medarbetare som har deltagit vid dialogseminarium fått möjlighet att besvara ett antal frågor. Enkäten har varit elektronisk och skickats till e-postadresser tillhandahållna av projektledningen. Utskicket av enkäten har gjorts månadsvis så att de medarbetare som deltagit på ett dialogseminarium givits möjlighet att svara på enkäten.

Enkäten bestod av nio frågor där fem av frågorna syftade till att fånga information om respondentens ålder, kön, yrkeskategori och organisationstillhörighet. Resterande frågor syftade till att utvärdera projektmålen. I de projektutvärderande frågorna ombads deltagarna att skatta sin e-hälsokompetens före och efter seminariet genom att ta ställning till ett antal påståenden, samt hur de upplevde att den egna arbetsplatsen hade en plan för hur medarbetarnas kunskaper inom e-hälsa skulle tas omhand.

### 5.3. Intervjuer

Utvärderingen har också gjorts genom intervjuer med medarbetare, utvecklingsledare (UL), processhandledare (PHL), projektledningen samt styrgruppens medlemmar inklusive projektägaren. Inför slutrapporten har intervjuer även genomförts med representant för Svenska ESF-rådet samt ett antal ledningsrepresentanter i vilkas verksamheter dialogseminarier har genomförts.

Kriteriet för medarbetarna var att det skulle ha gått minst en månad sedan de deltog vid dialogseminariet, och kriteriet för utvecklingsledarna var att de skulle ha hållit i minst två dialogseminarier. Intervjuerna har varit strukturerade och följt en given frågemall. Intervjuerna med medarbetare har genomförts över telefon med en person i taget. Intervjuerna med utvecklingsledare och processhandledare har gjorts i grupp, förutom i något undantagsfall då det inte varit möjligt logistiskt att träffa flera vid samma tillfälle. Utvärderarna har inte upplevt någon skillnad i svar beroende på om intervjuerna har genomförts i grupp eller enskilt. Projektledning och styrgruppsmedlemmarna har intervjuats enskilt.

Urvalet av antal intervjuer per deltagande organisation har i första hand gjorts baserat på organisationens andel av projektet och i andra hand baserat på hur enkelt medarbetarna har kunnat avsätta tid för intervju.

Då medarbetarna arbetar kliniskt och har haft svårt att komma ifrån har det varit en stor utmaning genom hela projektet att hitta medarbetare som har möjlighet att delta i en intervju. Samma sak gäller för processhandledare och utvecklingsledare, då den tid som de avsatt för projektet har gått till nätverksmöten och

det har varit svårt för dem att avsätta ytterligare tid. Vid tema 3 och tema 4 har därför genomförda intervjuer med PHL och UL kompletterats med en enkät för att utöka utvärderingsunderlaget.

Frågestrukturerna för medarbetar-, PHL- samt UL-intervjuer har haft en bakomliggande struktur inspirerad av Kirkpatrick's modell för utvärdering av utbildningsinsatser<sup>1</sup> där utvärdering görs på fyra olika nivåer. Modellen möjliggör uppföljning med flera olika perspektiv och skapar förutsättningar för att fånga fler aspekter av insatsens effekt.

#### **Nivå 1: Reaktion**

På denna nivå kretsar samtalet kring hur medarbetarna har upplevt dialogseminarierna.

#### **Nivå 2: Lärande**

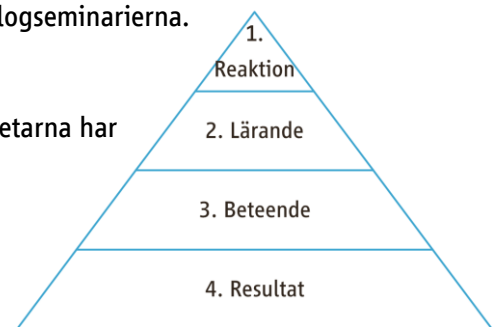
På denna nivå ställs frågor som avser att se vilka lärdomar som medarbetarna har fått kopplat till temat på seminarierna.

#### **Nivå 3: Beteende**

På denna nivå utvärderas vilka beteenden och förändringar i arbetssätt som projektets insatser har lett till.

#### **Nivå 4: Resultat**

Den fjärde nivån utvärderar vilka konkreta effekter som har märkts genom projektet och hur de har mätts.



### **5.4. Deltagande observation**

Utvärderingen har även skett genom deltagande observation, det vill säga att utvärderarna har suttit med vid dialogseminarierna och observerat vad som händer i rummet utifrån en given frågemall. Deltagande observation har genomförts i mindre skala från tema 2 då projektledningen tillsammans med Ekan Management kom fram till att deltagande observation inte behövdes i alltför stor omfattning då utvecklingsledare som observerats dittills hållit sig inom ramen.

Vid de deltagande observationer som gjorts inom ramen för eHälsalyftets teman har det visats sig att samtliga utvecklingsledare som observerats har hållit sig till modellen och följt den tänkta strukturen. Det har varit tydligt att graden av anpassning av materialet ökat under projektets gång vilket är i linje med projektledningens uppmaning. Genomförda deltagande observationer uppdelat per tema listas nedan:

- Tema 1: 9 deltagande observationer genomförda
- Tema 2: 3 deltagande observationer genomförda
- Tema 3: 3 deltagande observationer genomförda
- Tema 4: 2 deltagande observationer genomförda

---

<sup>1</sup> Kirkpatrick, Donald L. (2006) Evaluating Training Programs: The Four Levels, 3<sup>rd</sup> ed. Berrett-Koehler Publishers, Oakland



## 6. Enkätssammanställning

Nedan följer en sammanställning och analys av den data som har insamlats från den elektroniska enkäten vid varje enskilt tema.

### 6.1. Svarsfrekvens

De medarbetare som deltagit på ett dialogseminarium har getts möjlighet att besvara den digitala enkäten inom en månad från sitt deltagande. Enkäten har varit öppen och möjlig att besvara till och med framtagandet av delrapporten för varje tema.

Sammantaget har enkäten besvarat av ett färre antal respondenter efter varje tema. Det har genomgående varit svårt att upprätthålla en hög svarsfrekvens. Under tema 3 och 4 skickades påminnelser ut för att öka svarsfrekvensen.

Styrgruppen har valt att definiera yrkestillhörighet i fem möjliga kategorier; *Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinsk personal, vårdadministratörer*. Inkomna svar fördelar sig per yrkeskategori så att flest svar i absoluta termer inkommit från sjuksköterskor, följt av paramedicinsk personal. Svartsalternativet *annat* har också kunnat uppges.

Yrkeskategori	Tema 1 Svartsfrekvens	Tema 2 Svartsfrekvens	Tema 3 Svartsfrekvens	Tema 4 Svartsfrekvens
<b>Läkare</b> (t.ex. läkare, distriktsläkare, överläkare och AT-läkare m.fl.)	9 %	10%	9%	7%
<b>Sjuksköterska</b> (t.ex. specialistsjuksköterska, barnmorska och distriktsjuksköterska m.fl.)	28%	27%	33%	15%
<b>Undersköterska</b> (t.ex. undersköterska, sjukvårdsbiträde, skötare och vårdare m.fl.)	17%	29%	24%	44%
<b>Paramedicinsk personal</b> (t.ex. arbetsterapeut, logoped, psykolog, dietist och sjukgymnast m.fl.)	17%	15%	12%	19%
<b>Vårdadministratör</b> (t.ex. medicinsk sekreterare, handläggare och administratör m.fl.)	8%	11%	12%	11%
<b>Andra yrkeskategorier</b>	21%	8%	9%	4%
<b>Totalt svarande</b>	<b>2 586 st</b>	<b>1 685 st</b>	<b>1 208 st</b>	<b>1 140 st</b>

Andelen som besvarat enkäten och uppgett att de tillhör en annan yrkeskategori har under projektet gått ned. De medarbetare som besvarat enkäten och angett *annat* som yrkeskategori har gjort det med största sannolikhet då de inte känt igen sig i de fördefinierade fem. I anslutning till svartsalternativet har de getts möjlighet att själva definiera yrkestillhörighet.

Sett till kön fördelar sig svaren så att mellan 84–86,4 procent varit kvinnor och 12,2-15% varit män som besvarat enkäten. Omkring 2 procent har vid varje tema uppgett sig som annan könstillhörighet eller inte velat uppge sin könstillhörighet.

Kön	Anställda/Deltagare	Tema 1 Andel svar	Tema 2 Andel svar	Tema 3 Andel svar	Tema 4 Andel svar
Kvinna	83%	84%	84%	85,6%	86,4%
Man	17%	15%	14%	12,8%	12,2%
Annat	Redovisas ej	-	0,3%	0,2%	0,2%
Vill inte uppge	Redovisas ej	1%	1,7%	1,5%	1,3%

Generellt står medarbetare i ålderskategorierna över 50 år och äldre för en större andel av antalet inkomna svar i jämförelse med ålderskategoriens totala andel av personalstyrkan vid respektive deltagande organisation.

Ålder	Tema 1 Andel svar	Tema 2 Andel svar	Tema 3 Andel svar	Tema 4 Andel svar
≤29	10%	8%	7%	7%
30–39	20%	20%	21%	20%
40–49	24%	25%	27%	25%
50–59	31%	31%	29%	33%
≥60	16%	16%	16%	16%

## 6.2. Resultat - Min uppfattning av min eHälsokompetens

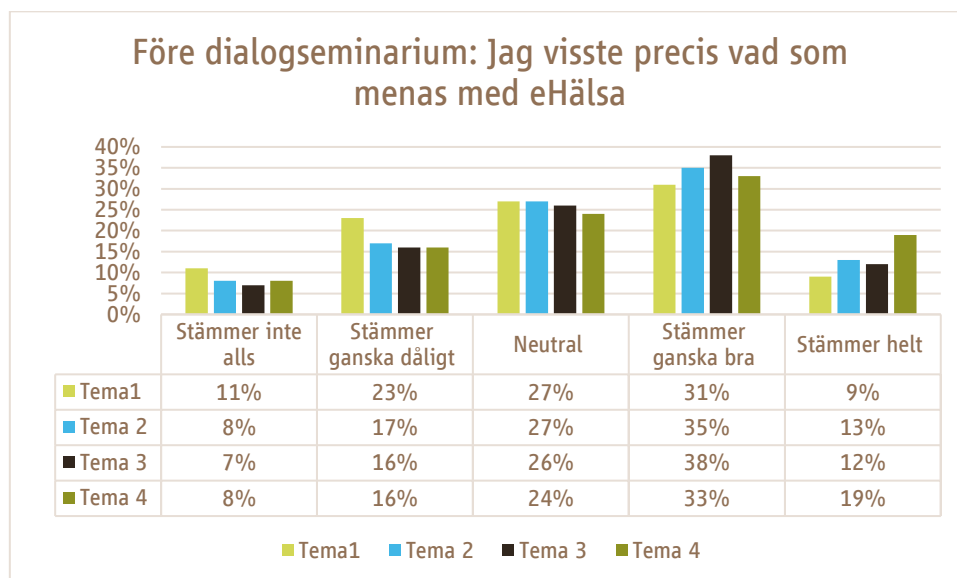
Respondenterna gavs möjlighet att ta ställning till ett antal påståenden i termer av hur de uppfattade sin e-hälsokompetens *innan*, respektive *efter* dialogseminariet. I de kommande avsnitten visualiseras svarsfördelningen samt i vilken utsträckning respondenterna skattat sin e-hälsokompetens annorlunda efter genomfört seminarium.

### 6.2.1. Jag visste/vet precis vad som menas med eHälsa

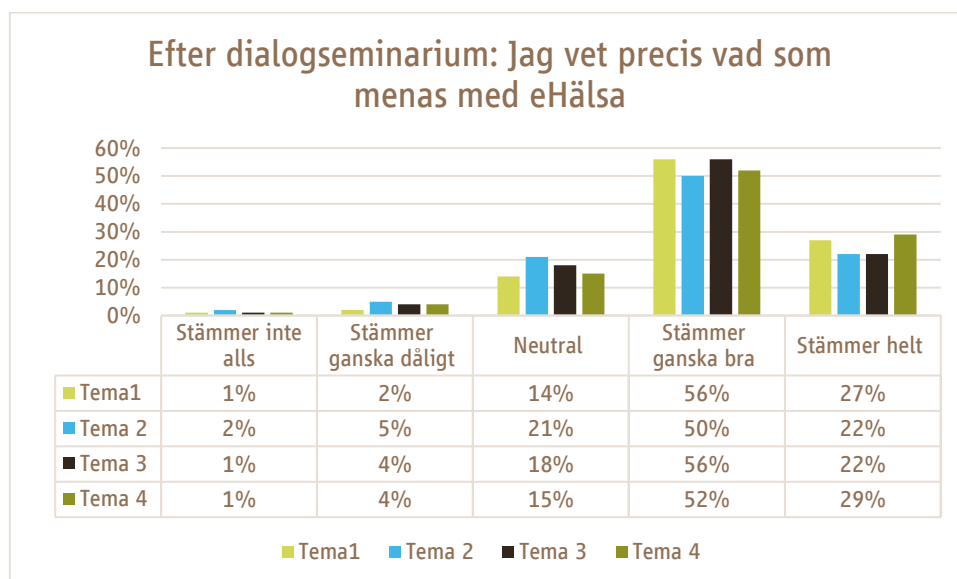
När respondenterna tagit ställning till i vilken utsträckning de höll med om påståendet att de innan seminariet visste precis vad som menas med e-hälsa, var det i genomsnitt 47,5 procent som instämde helt eller delvis med påståendet och 27 procent som helt eller delvis tog avstånd från påståendet.

När respondenterna svarade på påståendet att de efter dialogseminariet vet precis vad som menas med eHälsa, var det 78,5 procent i genomsnitt som instämde helt eller delvis och 5% procent i genomsnitt som tog avstånd helt eller delvis. Det var alltså i genomsnitt 40 procentenheter fler som uppgav att de vet vad som menas med e-hälsa efter genomgången dialogseminarium.

Statistiken från alla teman visar på en positiv trend i antalet medarbetare som uppger att de vet vad som menas med e-hälsa innan dialogseminariet, vilket kan tolkas som att eHälsalyftets tidigare seminarium bidragit till en bättre förståelse för begreppet e-hälsa.



Figur 2 - staplarna beskriver deltagarnas kännedom om e-hälsa före genomfört seminarium för varje tema inom ramen för eHälsalyftet.



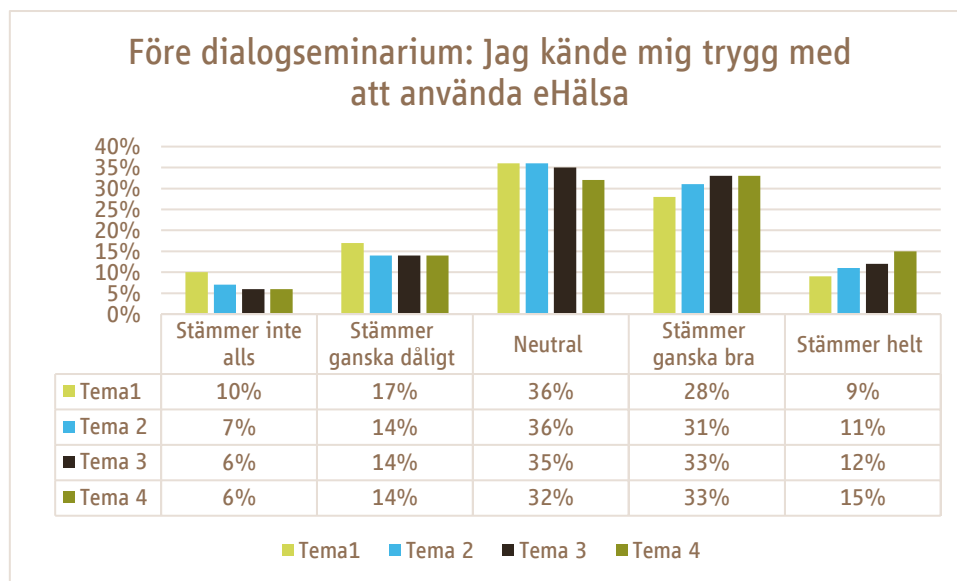
Figur 3 - staplarna beskriver deltagarnas kännedom om e-hälsa efter genomfört seminarium för varje tema inom ramen för eHälsalyftet.

## 6.2.2. Jag kände/ känner mig trygg med att använda eHälsa

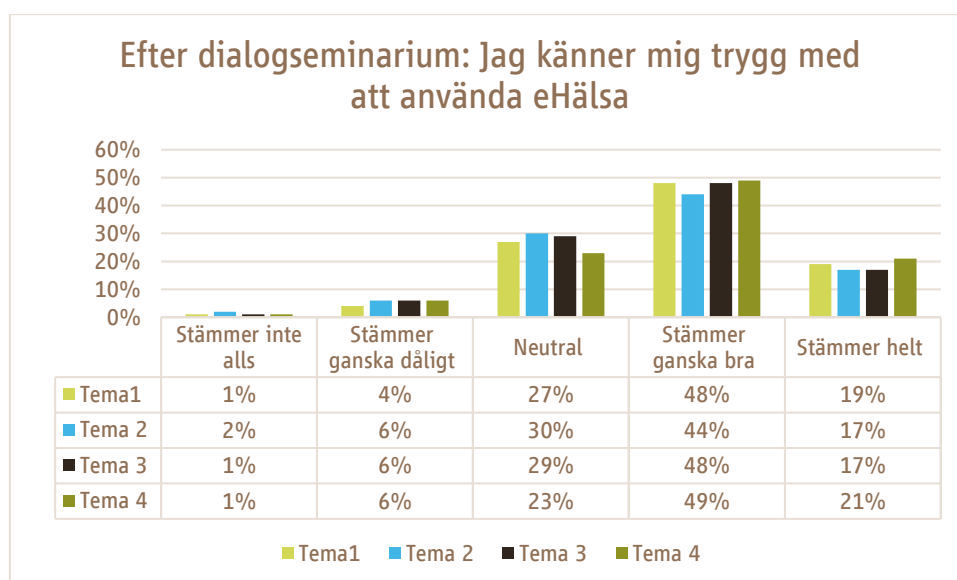
När respondenterna tog ställning till påståendet att de innan seminariet i varje tema kände sig trygga med att använda e-hälsa var det i genomsnitt 43 procent som instämde helt eller delvis med påståendet och 22 procent som helt eller delvis tog avstånd.

När de svarade på påståendet att de efter dialogseminariet kände sig trygga med att använda e-hälsa svarade i genomsnitt 65,75 procent att de instämde helt eller delvis, medan i genomsnitt 6,75 procent tog avstånd ifrån påståendet helt eller delvis.

I en jämförelse med hur respondenterna skattade i vilken utsträckning de var trygga med e-hälsa före och efter seminariet var det i genomsnitt 35 procentenheter fler som uppgav att de var trygga med att använda e-hälsa efter dialogseminariet.



Figur 3 - staplarna beskriver hur trygga deltagarna var att använda e-hälsa före genomfört seminarium för varje tema inom ramen för eHälsalyftet

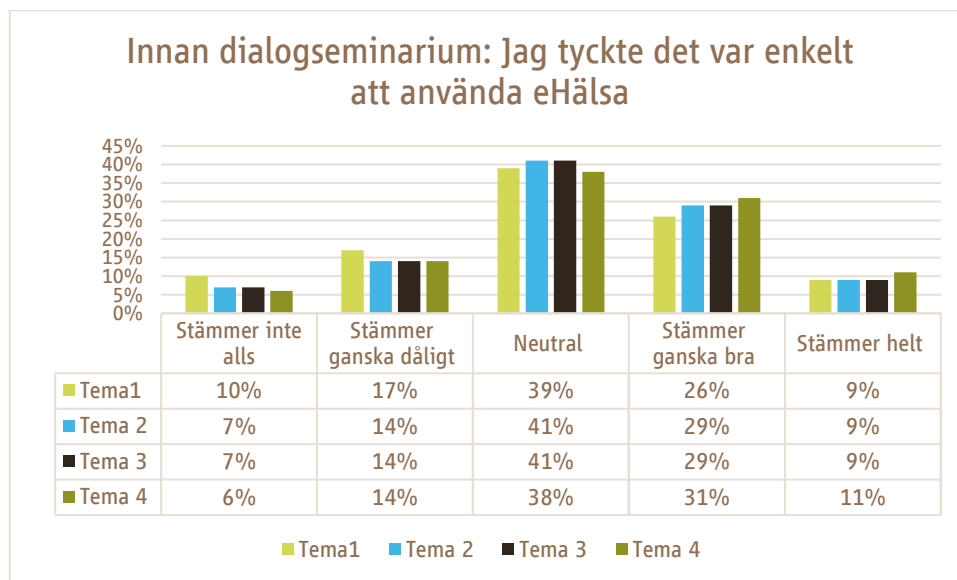


Figur 4 - staplarna beskriver hur trygga deltagarna var att använda e-hälsa efter genomfört seminarium för varje tema inom ramen för eHälsalyftet

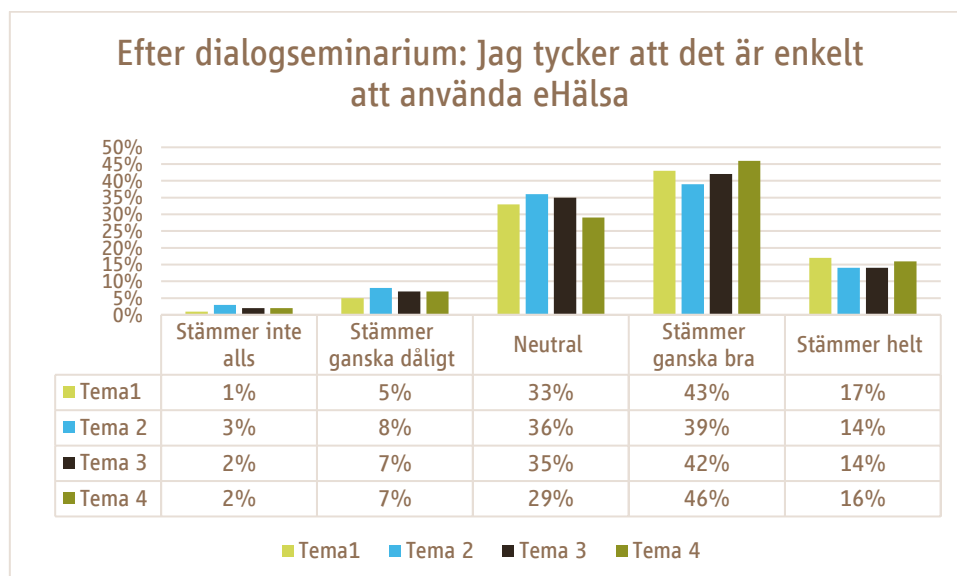
### 6.2.3. Jag tyckte/ tycker att det är enkelt att använda eHälsa

Respondenterna gavs även möjlighet att besvara påståenden kring i vilken omfattning de tyckte/ tycker att det är enkelt att använda eHälsa. 38,25 procent i genomsnitt instämde helt eller delvis i att de innan varje temas seminarium tyckte att det var enkelt medan 22,25 procent helt eller delvis tog avstånd från påståendet.

Påståendet att det efter genomgången dialogseminarium var enkelt att använda e-hälsa var det i genomsnitt 57,75 procent som instämde helt eller delvis i medan 8,75 procent i snitt tog avstånd. I en jämförelse av vilken omfattning respondenterna upplevde att det var enkelt att använda e-hälsa var det i genomsnitt 34 procentenheter fler som upplevde att det är enkelt efter dialogseminariet jämfört med innan.



Figur 5 - staplarna beskriver hur enkelt deltagarnas tycker att det är att använda e-hälsa före varje seminarium inom ramen för eHälsalyftet



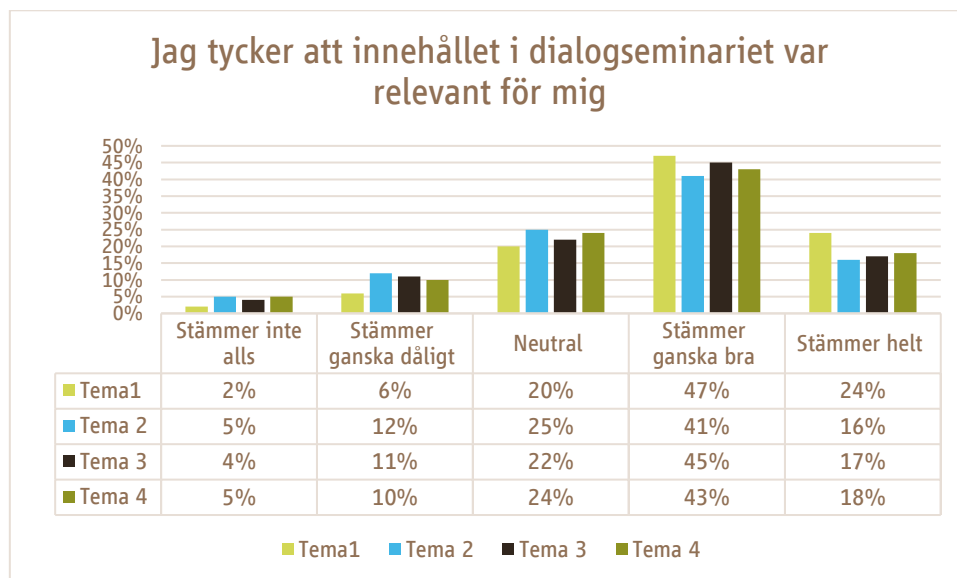
Figur 6 - staplarna beskriver hur enkelt deltagarnas tycker att det är att använda e-hälsa efter varje seminarium inom ramen för eHälsalyftet

## 6.3. Resultat - Upplevelse av genomförandet

I slutet av varje temas enkät gavs respondenten möjlighet att besvara tre påståenden kopplade till genomförandet av dialogseminariet. Påståendena berörde innehållets relevans för individen, om metoden dialogseminarium var ett bra sätt att lära om e-hälsa samt huruvida respondenten fick komma till tals i önskad omfattning.

### 6.3.1. Jag tycker att innehållet i dialogseminariet var relevant för mig

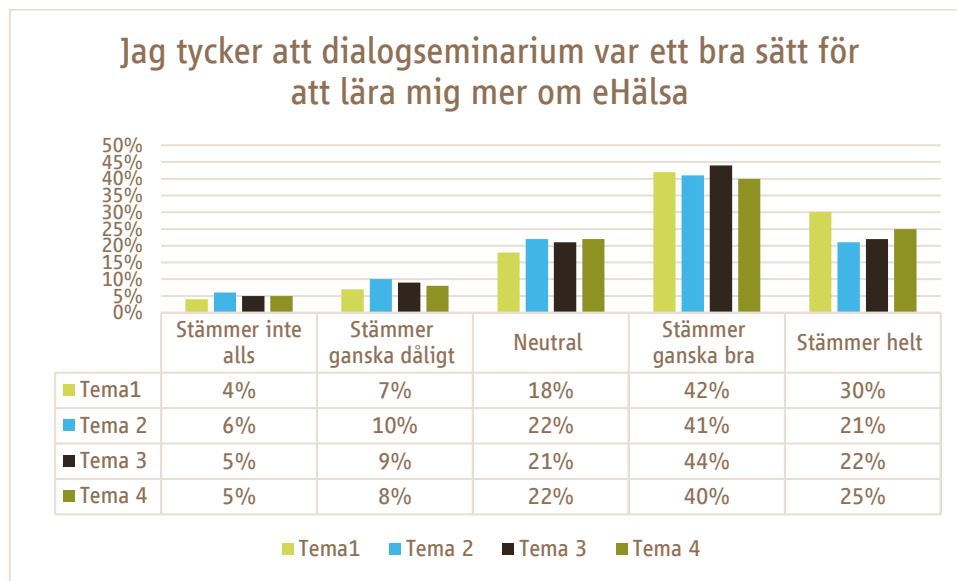
I genomsnitt uppgav 63 procent av respondenterna att påståendet "Jag tycker att dialogseminariet var relevant" stämde helt eller ganska bra med den egna upplevelsen. I genomsnitt 14 procent uppgav att påståendet stämde ganska dåligt eller inte alls jämfört med den egna upplevelsen.



Figur 7 – staplarna beskriver hur relevant deltagarna upplever innehållet i varje seminarium inom ramen för eHälsalyftet

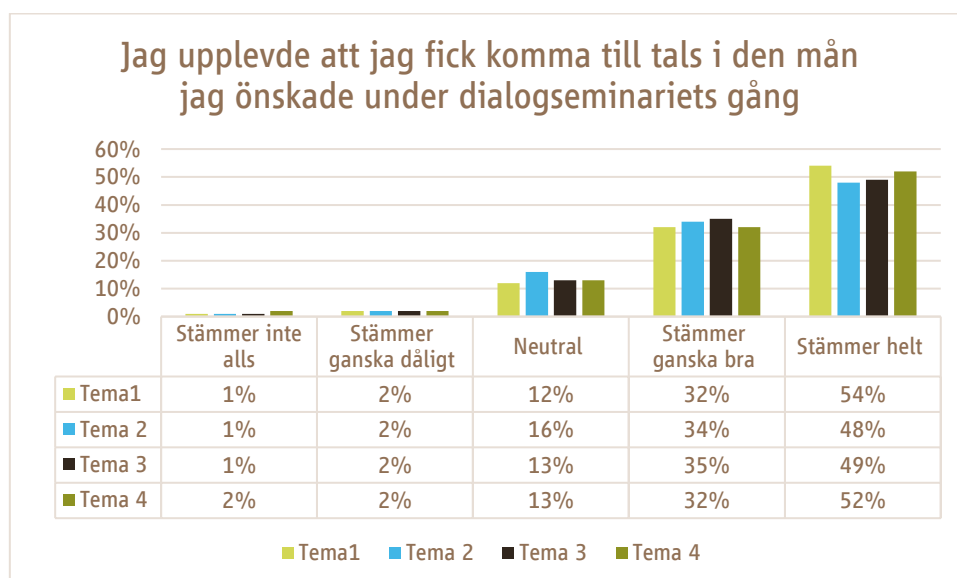
### 6.3.2. Jag tycker att dialogseminarium var ett bra sätt för att lära mig mer om eHälsa

I genomsnitt uppgav 61 procent av respondenterna att påståendet "Jag tycker att dialogseminarium var ett bra sätt för att lära mig mer om eHälsa" stämde helt eller ganska bra med den egna upplevelsen. 16 procent uppgav att påståendet stämmer ganska dåligt eller inte alls jämfört med den egna upplevelsen.



Figur 8 – staplarna beskriver i vilken utsträckning deltagarna tycker att dialogseminarium var ett bra sätt att lära sig om e-hälsa. Jag upplevde att jag fick komma till tals i den mån jag önskade under dialogseminariets gång

I genomsnitt uppgav 84 procent av respondenterna att påståendet "Jag upplevde att jag fick komma till tals i den mån jag önskade under dialogseminariets gång" stämde helt eller ganska bra med den egna upplevelsen. I genomsnitt uppgav 3% att påståendet stämde ganska dåligt eller inte alls jämfört med den egna upplevelsen.



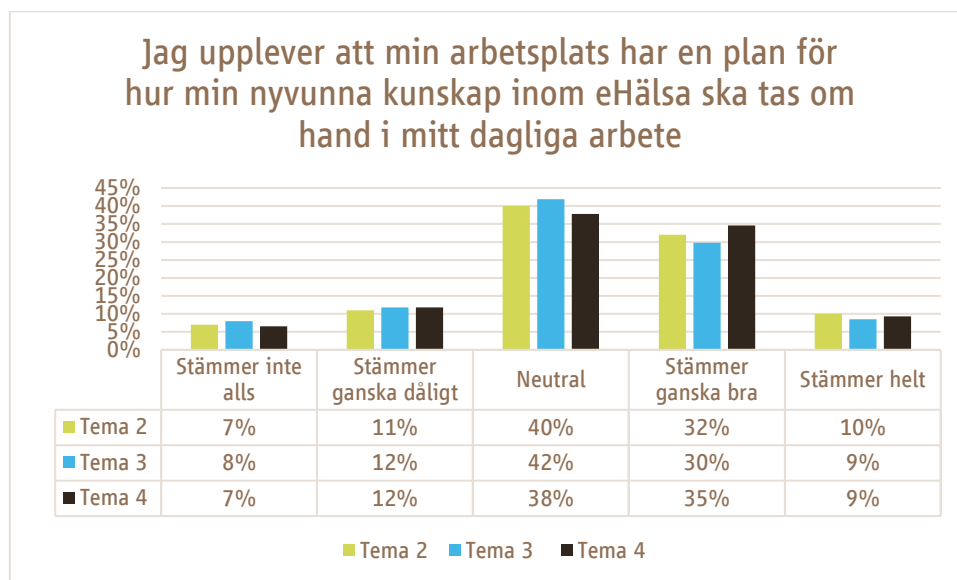
Figur 9 – staplarna beskriver i vilken utsträckning deltagarna upplever att de fick komma till tals under seminariet

### 6.3.3. Jag upplever att min arbetsplats har en plan för hur min nyvunna kunskap inom eHälsa ska tas om hand i mitt dagliga arbete

I genomsnitt har 42 procent av respondenterna i tema 2,3 och 4 uppgett att påståendet "Jag upplever att min arbetsplats har en plan för hur min nyvunna kunskap inom e-hälsa ska tas om hand i mitt dagliga arbete" stämde helt eller ganska bra med den egna upplevelsen. 19 procent har uppgett att påståendet



stämde ganska dåligt eller inte alls jämfört med den egna upplevelsen. Frågan ställdes i enkätundersökningen genomförd efter tema 2, 3 och 4.



Figur 10 – staplarna beskriver i vilken utsträckning deltagarna upplever att det finns en plan på deras arbetsplats för hur deras nyvunna kunskap inom e-hälsa ska tas om hand.

## 6.4. Jämförelse mellan teman

Generellt sett visar enkäterna som genomförts efter varje tema i eHälsalyftet på liknande svar mellan temana. De allra flesta är enligt enkäterna nöjda med det seminarium de deltagit i och bedömer det positivt. Vad som kan observeras utifrån enkätdata är att förskjutningen av uppfattning innan till efter är positiv och flera indikatorer visar på ett ökat lärande genom projektet.

## 7. Intervjusammanställning

I detta kapitel görs en sammanställning av de intervjuer med medarbetare, utvecklingsledare, processhandledare samt styrgruppsrepresentanter som genomförts inför slutrapporten. Intervjuerna redovisas utifrån Kirkpatrick's modell vid sammanställningen av intervjuer med medarbetare, utvecklingsledare samt processhandledare. Övriga intervjuer har varit semistrukturerade och redovisas nedan utifrån respektive intervjus huvudinnehåll.

### 7.1. Medarbetare

Inom ramen för utvärderingen har sammanlagt 14 medarbetare intervjuats. Intervjuerna har varit cirka 30 minuter långa och sammanfattas nedan utifrån rubriceringen *reaktion, lärande, beteende* och *resultat i enlighet med Kirkpatrick's modell*.

#### 7.1.1. Nivå 1: Reaktion

##### Utvecklingsledare

Hur medarbetaren upplevt utvecklingsledaren och dennes sätt att leda seminariet är en viktig del av medarbetarens helhetsintryck av seminariet. Utvecklingsledarna har genomgående upplevts som duktiga och kunniga. Ett stort plus som medarbetare lyfter upp är att utvecklingsledaren oftast kommer från den egna organisationen vilket skapar en närhet mellan medarbetare och utvecklingsledare. De utvecklingsledare som lyfts fram mest är de som lyckas att anpassa materialet och diskussionerna som följer till medarbetarnas egen organisation. Den lokala anpassningen uppges som nyckeln till hur man upplever utvecklingsledaren.

Den kritik som lyfts mot utvecklingsledare handlar ofta om bristen på förmågan att främja dialog i gruppen, en bidragande orsak uppges också vara stora dialoggrupper.

##### Dialog och tid

Flera av de intervjuade medarbetarna uttrycker att de uppskattat möjligheten att kunna föra en dialog och ventilera frågetecken kopplade till e-hälsa i lagom stora grupper. De upplever det positivt att alla har getts möjlighet att komma till tals och dela med sig av sina åsikter. Deltagarna uppges att dialogen har fortsatt efter tema 1, 3 och delvis tema 4 då de temana upplevts som mest konkreta. Ju mer konkret ett tema upplevs av medarbetarna desto mer dialog under och efter dialogseminariet skapas.

Det råder stor konsensus bland de intervjuade om att det har varit tillräckligt med tid avsatt för att gruppen ska hinna diskutera frågor i tillräcklig omfattning. Tiden har för vissa medarbetare upplevts som alltför omfattande, medarbetare med hög grad av klinisk tid upplever att det är svårt att prioritera eHälsalyftets dialogseminarium. Flera organisationer har också uppgett att det är svårt att planera in eHälsalyftets seminarium på tre timmar och efterfrågar seminarium på jämna timtal, det vill säga två alternativt fyra timmar.

## Uppfattning om dialogseminariets innehåll

Majoriteten av respondenterna uppfattade dialogseminariets delar om patientperspektiv och bemötandet av patienter som ett positivt inslag i dialogseminariets innehåll. Medarbetare återkommer till eHälsalyftets konkreta delar som de mest givande. Delar som lyfts upp som särskilt relevanta är tema 1 och tema 3 som medarbetarna ansåg låg nära verksamheten där de direkt kunde relatera till innehållet. Tema 2 upplevdes som mindre konkret och därför mer svårgripbart. De medarbetare som inte varit på ett dialogseminarium anpassat efter deras verksamhet upplever att innehållet var svårgripbart. När innehållet upplevs som främmande är det enligt medarbetarna svårare att vara med i den efterföljande dialogen.

Generellt är uppfattningen att e-hälsa inte har implementerats i det vardagliga arbetet utan är något som i framtiden kommer innebära ett förändrat arbetssätt. Därför uttrycks viss frustration från delar av respondenterna, innehållet upplevs av dessa respondenter som mindre relevant och för basalt.

## Tvärprofessionellt lärande

Majoriteten berättar att det funnits en tvärprofessionell närvaro på dialogseminariet med medarbetare från flera yrkeskategorier. Flertalet respondenter uppger att detta skapat diskussioner i arbetsgrupperna som lyft dialogseminariets relevans för deltagarna.

### 7.1.2. Nivå 2: Lärande

#### Innehållets relevans

En majoritet av medarbetarna upplever e-hälsa som relevant och ser därigenom behovet av en ökad förståelse för ämnet. De delar som lyfts upp som särskilt givande inslagen i eHälsalyftet är de som upplevs konkreta och nära verksamheten. En del lyfter fram att de lärde sig flera nya saker om e-hälsa men uppfattar fortfarande begreppet som abstrakt och svårt att greppa, och vill gärna konkretisera begreppet och vad det innebär för den enskilda medarbetaren.

Flertalet intervjuade medarbetare uppger under eHälsalyftets gång att intresset ökat då organisationens satsning på e-hälsa konkretiserats. En bidragande konkretiseringen uppges vara FVM där medarbetarna ser eHälsalyftet och dess innehåll som ett bra första steg för lärande.

#### eHälsalyftet uppges lägga grunden för fortsatt lärande

Det finns ett stort intresse för e-hälsa och vad e-hälsa kan bidra med till utveckling av de deltagande verksamheterna. I intervjuerna menar medarbetarna att eHälsalyftet bidrar med grundläggande förståelse för e-hälsa. Detta skapar på sikt förtroende för e-hälsas möjligheter i respektive organisation.

### 7.1.3. Nivå 3: Beteende

#### Förändrat beteende och arbetssätt

Medarbetare som intervjuas uppger att eHälsalyftet skapar förutsättningar till förändrat beteende och arbetssätt. Få uppger att de redan nu sett en förändring. I intervjuerna uppges att det är svårt att se konkret

förändring i arbetssätt och beteende på kort sikt, samt att seminarier bör kombineras med ytterligare insatser för att uppnå förändrat beteende och arbetssätt.

### **Dialoger har lett till ökad förståelse mellan yrkesgrupper**

Ämnen som upplevts som konkreta i eHälsalyftet har skapat en efterföljande dialog hos vissa arbetsgrupper. Dessa dialoger har öppnat upp för ökad förståelse mellan yrkesgrupper. Tema 1 har lyfts upp som ett sådant exempel där diskussioner om journalföring efter seminariet lett till ökad förståelse mellan yrkesgrupper som jobbar direkt eller indirekt med journalföring.

### **Ökad förståelse för eHälsa leder till ökat självförtroende för den allmänna digitaliseringen**

En del av medarbetarna som intervjuats efter eHälsalyftets olika teman uppger att seminarierna bidrar till att skapa ökat självförtroende för den allmänna digitaliseringen som hälso- och sjukvården genomgår. Medarbetare som nämner detta menar att det även på sikt medför ett personligt ökat självförtroende som kan leda till ett ändrat arbetssätt när arbetsuppgifterna för medarbetaren får en ökad digital karaktär.

#### **7.1.4. Nivå 4: Resultat**

Projektet eHälsalyftet engagerar de medarbetare som intervjuats och bör ses som grunden för ett fortsatt lärande inom e-hälsa. Projektet har skapat grundläggande förståelse för e-hälsa och dess möjlighet för deltagande organisationer.

Ett av de tydligaste resultaten av projektet är etableringen av nätverksmodellen med dialogseminarier som arbetssätt för kompetensutveckling inom de deltagande organisationerna. Många intervjuade medarbetare uppger att närheten till utvecklingsledaren skapar förankring i organisationen och möjliggör bättre anpassning av material.

## **7.2. Utvecklingsledare**

Som underlag för utvärderingen har intervjuer med utvecklingsledare genomförts. En sammanställning från intervjuerna återges nedan utifrån Kirkpatrick's modell.

### **7.2.1. Nivå 1: Reaktion**

Intervjuer med utvecklingsledare visar både på de möjligheter som uppkommit tack vare nätverksmodellen för de organisationer som inte tillämpat modellen tidigare men också på de utmaningar som kan funnits. Utvecklingsledarna beskriver samma känsla som medarbetarna när de kommer till de teman som upplevts som bäst. De teman som varit konkreta har varit de som varit enklast att lära ut, när ämnet ligger nära utvecklingsledarens egen roll och arbetsuppgifter är det lättare att förmedla innehållet som presenteras.

### **Bra möjlighet till kompetensutveckling**

Flertalet utvecklingsledare uppger att de sett sin uppgift inom eHälsalyftet som kompetensutvecklande. Rollen har för flera inneburit en bra plattform för att fördjupa sin pedagogiska förmåga och för att föreläsa inför en större mängd kollegor.

## **Medarbetare kan se utvecklingsledarna som ambassadörer för eHälsalyftet**

En del utvecklingsledare uppger att de i dialogen efter genomförda seminarium upplevts som ambassadörer för eHälsalyftet, vad som presenterats och hur det genomförts. Det kan bli missvisande då utvecklingsledare, utöver att i viss mån anpassa innehållet, inte kan bestämma över eller ta ansvar för temats innehåll, vad som presenteras eller hur mycket tid som seminarierna tagit i anspråk.

### **7.2.2. Nivå 2: Lärande**

Nästan samtliga respondenter som varit utvecklingsledare inom ramen för eHälsalyftet uppger att dialoger efter seminariet uppkommit. Dialogerna som uppstått handlar ofta om de problem som olika yrkeskategorier har med de system som diskuterats under seminarierna. FVM är också ett diskussionsämne som nämnts samt en allmän diskussion gällande vad e-hälsa konkret kommer att innebära för den egna avdelningen eller arbetsgruppen.

### **Ökad egen förståelse och hos medarbetare i stort**

En stor majoritet av tillfrågade utvecklingsledare uppger att de själva lärt sig mer om e-hälsa genom eHälsalyftet och att deras egen förståelse har hjälpt dem att lära andra mer om ämnet. De uppger också att de tror att medarbetare fått en bättre förståelse även om de själva kanske inte ser eHälsalyftets seminarium som anledningen till att kunskapen om ämnet ökat. Diskussioner som uppkommit till följd av seminarierna uppges bidra mest till det långsiktiga lärandet.

### **7.2.3. Nivå 3: Beteende**

Få utvecklingsledare uppger att de ser konkreta beteendeförändringar som en följd av eHälsalyftets seminarier. Respondenterna uppger likt de tillfrågade medarbetarna att eHälsalyftet kan ses som en god grund för ytterligare kompetensutveckling.

En del tillfrågade utvecklingsledare uppger att de själva ändrat arbetsätt efter eHälsalyftets första tema men tror det är för tidigt att utvärdera om de kan se ett ändrat beteende med anledning av de senare temans innehåll.

### **7.2.4. Nivå 4: Resultat**

Nätverksmodellen med dialogseminarier som arbetsätt för kompetensutveckling har resulterat i bättre förankring i organisationerna som deltagit. eHälsalyftet har skapat förutsättningar för fortsatt arbete med e-hälsa där utvecklingsledarna kan användas för fortsatt kompetensutveckling inom ämnet i kommande projekt lokalt eller centralt.

## 7.3. Processhandledare

Som underlag för utvärderingen har intervjuer med processhandledare genomförts. En sammanställning från intervjuerna återges nedan:

### 7.3.1. Nivå 1: Reaktion

Arbetet som processhandledare är tidskrävande och mycket tid har för respondenterna gått till att nå en hög deltagandegrad. Processhandledarna som intervjuats beskriver en stimulerande uppgift som engagerar och inspirerar men som också kan upplevas som otacksam av vissa tillfrågade. Processhandledarna uppger att det är viktigt med förankring hos chefer för att kunna lägga den tid som krävs. Det finns också en upplevelse av att de som inte haft engagerade chefer, som tror på vad e-hälsa kan bidra med till organisationen, inte fått de verktyg som krävs för att kunna skapa en hög deltagandegrad och en god förankring av projektet i organisationen.

Generellt har det funnits en stor tilltro till eHälsalyftet och vad e-hälsa kan bidra med i organisationerna. De teman som uppges som mest givande har varit de konkreta temana 1 och 3.

#### Bättre förankring vid förlängning av projektet

En del tillfrågade processhandledare uppger att tema 4 inte var förankrat tillräckligt. Detta kan ha varit ett skäl till att deltagandegraden blivit sämre i tema 4 än tema 3. Processhandledare uppger också att de själva stundtals haft svårt att motivera det fjärde tema internt då tema 3 såldes in som det sista temat inom ramen för eHälsalyftet.

### 7.3.2. Nivå 2: Lärande

Nätverksmodellen med dialogseminarier möjliggör en hög grad av anpassning till organisationens behov vilket uppges som bidragande till ökat lärande. Processhandledarna som intervjuats uppger att det finns ett stort intresse för e-hälsa och vad e-hälsa kan erbjuda organisationen både från den lokala ledningen men också från medarbetarna. Likt övriga aktörer har det varit tydligt för processhandledarna att eHälsalyftet bidrar till ett lärande som på sikt skapat förutsättningar för förståelse av och arbetssätt med e-hälsa.

### 7.3.3. Nivå 3: Beteende

Processhandledare som intervjuats uppger att de ser positiva effekter med projektet. Effekterna är inte primärt ändrat beteende kopplat till e-hälsa utan ändrat sätt att se på lärande tack vare nätverksmodellen. Nätverksmodellen med dialogseminarier ger ändrat beteende genom långsiktig dialog och kan på sikt vara en bidragande faktor till att faktiskt beteende kopplat till det eHälsalyftet tagit upp sker.

### 7.3.4. Nivå 4: Resultat

Ändrat arbetssätt när det kommer till lärande skapar bättre förutsättningar för lärande. e-hälsa har genom eHälsalyftet lyfts upp och är som begrepp känt för medarbetarna. Det är också mer tydligt för

organisationerna att det krävs långtgående satsningar i form av fortsatta seminarier tillsammans med andra insatser för att skapa ökad förståelse för e-hälsa och hur det förändrar organisationen på sikt.

## **7.4. Intervjuer avseende styrning och ledning av projektet**

### **7.4.1. Styrgruppen**

Samtliga deltagare i styrgruppen har intervjuats och de beskriver att arbetet styrgruppen i stort har fungerat väl med regelbundna styrgruppsmöten. Innehållet har i huvudsak berört de olika temana, planering inför, godkännande av material samt uppföljning av genomförandet.

#### **Effektmål**

Det upplevs som svårt att bedöma exakt vilka effekter och resultat projektet bidragit till. Utöver eHälsalyftet är det mycket annat som hänt i RS däribland utveckling av och satsningar på 1177. Dessutom har omvärlden kopplat till digitalisering och e-hälsa utvecklas parallellt med projektet. Det är därför svårt att avgöra vilka effekter som specifikt har orsakats av eHälsalyftet. Det finns inte heller ändamålsenliga mätinstrument för att följa upp kvalitativa resultat och effektmålsuppfyllnad utan styrgruppen får göra kvalitativa bedömningar av måluppfyllelsen.

Styrgruppsdeltagarna vars organisationer har genomfört temana beskriver unisont att de upplever att projektet bidragit till en ökad medvetenhet och beredskap gällande e-hälsa och att inte minst det första temat hade mycket god timing. Det finns en stark upplevelse av att arbetet som helhet bidragit till en förflyttning avseende användandet av de digitala verktyg som bland annat 1177 erbjuder men också att det varit en mycket viktig förberedelse inför ett mer gemensamt arbetssätt i och med arbetet med framtidens vårdinformationsmiljö.

#### **Medfinansiering och projektets ekonomi**

Den fråga som styrgruppsrepresentanterna har upplevt det svårt att få grepp om, och förståelse kring, är ekonomin i projektet och det åtagande som den egna organisationen gjort vad gäller tid samt risken för återbetalningsskyldighet.

Kravet på medfinansiering och konsekvenserna av det minskande deltagarantalet bedöms av flera som otydligt redovisade och att valmöjligheter samt effekter inte presenterats på ett sätt som gett styrgruppsmedlemmarna full insikt och fullgoda beslutsalternativ. Konsekvenserna av att Karolinska påbörjade sitt deltagande senare och i minskad omfattning borde ha belysts i ett tidigare skede där även ekonomisk konsekvens av att avsluta deltagandet kunde ha varit tydligare enligt respondenterna.

Styrgruppsmedlemmarna hade önskat att det ekonomiska ansvar och åtagande som det minskade deltagarantalet inneburit (framförallt gällande gemensamma kostnader) tydliggjorts i ett tidigare skede.

Det har varit hög personalomsättning i projektet, både i projektledningen och i styrgruppen, vilket har lett till viss ineffektivitet, men trots detta så har arbetet kunnat fortlöpa. För styrgruppens del har det dock inneburit ett tapp i kontinuitet och i vissa situationer har information som givits i början av projektet antingen behövt upprepas eller inte funnits med i den fortsatta diskussionen.





## Projektledningen

Projektledningen upplevs kompetenta och förberedda inför möten. De möten som har upplevts som bäst har haft en tydlig agenda och en tydlig struktur, ofta drivna av projektägaren som ordförande för mötet. Det framförs önskemål om ökad tydlighet kring spelregler och ett mer strukturerat arbetssätt från projektledningen kring hur statistik etcetera ska redovisas, då det upplevs ha förändrats under projektets gång. Projektledningens ökade styrning och uppföljning av antalet planerade och genomförda seminarier upplevs positivt.

Respondenterna säger själva att det är viktigt att deltagarna i styrgruppen tar sitt ansvar så att projektledningen kan fokusera på att driva projektet. Projektledaren ska vara föredragande och styrgruppen ska fatta beslut. Dessa roller måste särskiljas och vara tydliga så att alla vet vad som förväntas av dem. Styrgruppen har i detta projekt fått material presenterat för sig för godkännande och beslut snarare än varit initiativtagare till inriktningen i projektet.

Det fjärde temat upplevs både ha förstärkt den långsiktiga påverkan av projektet, men beskrivs även som en utmaning att skapa motivation i de egna organisationerna gällande deltagande både på medarbetarnivå och chefsnivå då det initialt skulle omfatta tre teman.

Det lyfts även frågetecken avseende representanternas roll kopplat till de deltagande organisationernas IT-enheter. eHälsalyftet, poängterar flera, avser verksamhetsutveckling snarare än IT-utveckling och verksamhetsrepresentanter skulle potentiellt sätt kunnat utgöra styrgruppsmedlemmar med större verksamhetsförankring och mandat.

I tidigare intervjuer fångade utvärderarna att styrgruppen fört fram utmaningen med att bedriva ett kompetensutvecklingsprojekt, främst då digital spetskunskap saknas i både projektledning och styrgrupp. Flera respondenter hade gärna sett mer kunskap i de olika grupperna om e-hälsa och digitalisering, samt hur förändringsarbete går till vid teknisk utveckling. Projektledningen tog till sig denna återkoppling och jobbade igenom frågeställningarna med styrgruppen och slutsatsen var att det inte behövdes någon förändring av bemanningen.

## Verksamhetslogik och nätverksmodellen med dialogseminarier

Bilden av att de deltagande organisationernas olika verksamhetslogiker kraftigt har påverkat möjligheten att genomföra projektet blir mycket enhällig i intervjuerna. Verksamheter som kan planera sina vårdflöden, där möjligheten finns att planerat styra patientbesöken, har haft bättre förutsättningar att följa metodiken med trettimmars seminarier i blandade grupper än verksamheter där patientverksamhet bedrivs dygnet runt och där personalen går omlott i scheman. För dessa verksamheter har det varit utmanande att frigöra tiden för seminarierna och allt eftersom projektet har gått har även vissa justeringar gjorts i antalet timmar som dialogseminarierna pågått vilket påverkat genomförandet och möjligheten att skapa dialogmöten. Detta har gällt både akutsjukhusen och verksamheter inom SLSO.

Nätverksmodellen med dialogseminarier var etablerad som modell för kompetensutveckling inom SLSO efter Kompetenslyftet eHälsa i primärvården. För de andra verksamheterna har modellen varit ny. Den bedöms fungera mycket bra då den just skapar möjlighet till dialog och tvärprofessionella samtal. Verksamheter med andra begrepp för medarbetare i andra roller och med andra modeller för verksamhets-

och kompetensutveckling uttrycker dock att nätverksmodellen med dialogmöten inte är självklar som kompetensutvecklingsmodell i deras organisationer. Möjligheten till andra upplägg/genomföranden efterfrågas som alternativ till modellen med trettimmars dialogseminarier, då den har uppfattats näst intill tvingande åtminstone initialt i genomförandet av projektet.

### **Konsekvenser vid förseningar**

I styrgruppen är frågan om Karolinskas deltagande (förseningar och minskade omfattning) något som följt styrgruppsarbetet över hela projektiden. Konsekvenserna avseende medfinansiering har varit en fråga som påverkat styrgruppen och dess arbete mycket. Projektledningen har presenterat förslag och scenarier i styrgruppen. Styrgruppen ser dock att konsekvenserna och alternativen tidigare skulle ha tagits upp och tydliggjorts än mer. För att projektets finansiering skulle balanseras har de deltagande organisationerna, som primärt bidrar med medfinansiering i form av medarbetartid, i slutet även behövt bidra monetärt då de minskade volymerna lett till att finansieringen av gemensamma projektkostnader inte har täckts så som planerat av de generade deltagarvolymerna. Unisont påpekar styrgruppen att eventuella sådana konsekvenser tidigt måste tydliggöras så att de deltagande organisationerna kan ta ställning till om det är en risk de är beredda att ta i framtida projekt.

RS har skickat in en ny ansökan till Svenska ESF-rådet avseende kompetensutvecklingsinsatser kopplade till införandet av framtidens vårdinformationsmiljö (FVM). Flera respondenter berör sannolikheten för förseningar i projektet kopplat till en möjlig överprövning av upphandlad systemlösning. De lyfter risken att RS då ska vara uppbundna mot Svenska ESF-rådet att genomföra en viss volym deltagartimmar/dialogseminarier medan själva grunden till genomförandet, införandet av FVM, försenats och att det då inte finns något system att införa.

Möjligheten för en organisation att kliva av (och att konsekvenserna av det valet är tydliga) betonas också. Tidsspannet mellan ansökan och genomförandet är flera år och det är svårt att bedöma förutsättningar för genomförande så långt i förväg. Höjd måste tas för oväntade och avgörande förändringar som innebär att en organisation måste förändra sitt åtagande och deltagande.

Flera lyfter fram att svårigheten att få bemanningen/personalresurserna att räcka till för vårduppdraget har ökat markant under projektperioden. Det innebär att det var en än större utmaning att frigöra resurser för dialogseminarier i slutet av projektet än det var initialt.

### **7.4.2. Projektägare**

SLSO har erfarenhet av att arbeta med projekt i samarbete med Svenska ESF-rådet sedan tidigare. SLSO genomförde ESF-projektet "Kompetenslyftet eHälsa i primärvården" 2011–2013. Kompetenslyftet eHälsa utökades under projektiden till alla vårdområden inom SLSO, (psykiatri, geriatrik och habilitering). Totalt blev målgruppen ca 10 000 medarbetare i Kompetenslyftet eHälsa.

Initiativet för projektansökan för eHälsalyftet togs av SLSO men skrevs utifrån deltagande även för akutsjukhusen i RS. Totalt har 17 425 unika medarbetare deltagit i eHälsalyftets Dialogseminariemodell med dess fyra teman.

Nätverksmodellen med lokala dialogseminarier har fungerat väl för att skapa delaktighet och engagemang kring ämnet e-hälsa. Det är dock mycket viktigt att en verksamhetsledning är engagerad och visar att kompetensutvecklingsinsatsen är viktig. En utmaning har varit att ha tre timmars seminarier enligt ursprunglig plan kopplat till svårigheter att få loss resurser från vårdproduktionen för att delta i dialogseminariet. Denna svårighet har ökat och lett till sjunkande deltagarantal under projektets gång, något som även påverkat de ekonomiska förutsättningarna för projektet. Projektägarens slutsats är att konsekvensen av Karolinskas minskade deltagande kunde ha hanterats med en tidigare revidering av budgeten. Budgetrevidering har gjorts vid två tillfällen i projektet dels till följd av alla deltagande organisationers minskade deltagande samt Karolinska sjukhusets minskade deltagande jämfört med ursprunglig plan.

Styrgruppen har haft en viss omsättning på deltagare och deltagarna har i första hand fungerat som representanter för sina respektive organisationer. De har haft stor förståelse och stort engagemang i frågorna, uttryckt att dialogseminariemodellen och dess innehåll är bra men att det är en utmaning med att hålla tretimmars dialogseminarier i akutverksamhet. Temana har fungerat bra och styrgruppen är nöjd med innehållet.

Projektägaren ser många positiva effekter av projektet, bland annat att tema 1 underlättat införandet av journal på nätet och att tema 3 med innehåll om FVM troligen har ökat känslan av delaktighet kring programmet. Effektmålen är svårare att följa upp då konkreta möjligheter att mäta exempelvis användande av system saknas. Det är mjukare faktorer som exempelvis ökad förståelse som kan ses som en effekt av projektet. En kultur- och beteendeförändring tar tid att genomföra.

Projektägaren uppfattar att arbetssättet med nätverksmodell med dialogseminarier kommer att fortleva som kompetensutvecklingsmodell, inte minst inom SLSO där den används sedan 2011, men troligen även i flera av de andra deltagande organisationerna.

En lärdom är att det är viktigt med hög grad av konkret material och lokala anpassningar, vilket tas med in i det pärlbandsprojekt<sup>2</sup> som organisationerna planerar inför implementeringen av FVM och som beskrivs i den nya ESF-ansökan. I det projektet har dialogseminarierna kortats ned men utökats till antalet istället. Där betonas också betydelsen av den nätverksmodell som utgörs av alla de 600 utvecklingsledarna och processhandledarna i deltagande organisationer. De bildar ett nätverk av superusers i en "train the trainer"-modell över organisationsgränserna. I nästa projekt finns även en egen målgrupp med dialogseminarier för chefer och ledare. Projektmodellen kommer vara starkt kopplat till FVM-programmet och dess styrgrupp kommer vara de så kallade FVM-sponsorerna (ansvariga för införandet av FVM i respektive organisation).

---

<sup>2</sup> Pärlbandsprojekt – projekt som utgör en del i en långsiktig utvecklingsstrategi som pärlor på en tråd. Effekter uppnås då projektägare återkommer med en idé som bygger vidare på en tidigare satsning där resultaten tagits tillvara och utvecklats.

### 7.4.3. Projektledningen

#### Projektledningen

Projektledningen för eHälsalyftet, som fysiskt har funnits placerad inom SLSO, har till stor del bytts ut under projektets gång och projektet har exempelvis haft fyra olika projektledare. En person i den nuvarande projektledningen, kommunikátören, har varit med från början. Samtliga betonar att de har fått en bra introduktion av sin föregångare.

Projektledningen har lagt mycket tid på att träffa deltagande organisationer för att skapa förutsättningar för deras deltagande i projektet. Den har även lett den arbetsgrupp av processhandledare och experter som tagit fram projektets olika temainnehåll. Projektledningens tid har ägnats åt att driva projektet framåt och den har till exempel haft möten med projektets olika intressenter samt planerat och genomfört olika kommunikationsinsatser.

Projektledningen anser att administration och rapportering till ESF tagit avsevärd tid. Under senare hälften av projektet har projektledningen behövt hantera effekterna av att det planerade deltagarantalet blivit lägre jämfört med ansökan samt de effekter det fått på projektets finansiering. Bland annat har det inneburit att två budgetrevideringar samt ändringsansökningar till ESF har genomförts.

Utmaningar för projektledningen har varit att färre antal deltagartimmar har producerats jämfört med den ursprungliga ansökan och den reviderade budgeten. Ur projektledningens perspektiv hade det varit önskvärt med ett än större ägandeskap från de deltagande organisationerna och dess styrgruppsmedlemmar, för att säkerställa att antalet genomförda seminarier och utbildningstimmar nått de mål som satts upp.

#### Finansieringsmodellens påverkan på projektledningen

Projektledningen upplever att det varit utmanande att förklara effekterna av det minskade antalet deltagartimmar och hur detta påverkar projektets ekonomi och medfinansieringen. Svenska ESF-rådets modell där ESF delfinansierar projektet med 47% och där de deltagande organisationerna medfinansierar 53% av projektet genom att ha deltagare på dialogseminarier har inneburit såväl en praktisk ekonomisk verklighet som en pedagogisk utmaning. Projektledningen såg sig tvungna att minska kostnaderna och beslutade därför i samband med en budgetrevidering och i samråd med ESF-rådet att minska ner antalet tjänster i projektledningen. Det innebar att rollen som biträdande projektledare togs bort. Likaså avslutades utvärderingen av KI/CES efter tema 1.

Projektledningen har upplevt en utmaning i att kunna prognostisera och följa upp de deltagande verksamheternas antal seminarier och deltagare vilket utgör grunden för ett av projektets projekt mål och åtagandet gentemot Svenska ESF-rådet. Verksamheterna har självständigt planerat och genomfört sina seminarier och först i samband med rapportering av tid för deltagarna har projektledningen kunnat se när och hur många seminarier respektive medarbetare deltagit i för respektive tema. För att ha bättre översikt samt bidra till att de deltagande verksamheterna har högre grad av medvetenhet avseende hur de ligger till i förhållande till sina deltagarprognoser, har projektledningen under slutet av tema 3 och tema 4 begärt in planering för seminarier och antalet deltagare. De har dessutom skickat ut uppföljning veckovis

till de deltagande verksamheterna. Detta är något som projektledningen i efterhand själva bedömer borde ha skett redan från start.

En svårighet för ekonomistyrningen av projektet har varit att det initialt inte lades som upp som ett projekt utan att det istället haft årlig uppföljning. Det har medfört utmaningar i att ha kontinuitet och helhetssyn i projektets ekonomiska flöden utan mycken handpåläggning och extra uppföljning.

Svenska ESF-rådets krav på signerade närvarolistor för rapportering av tid för deltagarna har även inneburit en omfattande administration för både utvecklingsledare och projektets administratör. Det har varit mycket manuellt arbete, rapportering och avstämningsarbete. Projektledningen hade gärna sett möjligheter till en säker men enklare administrativ hantering av närvarobekräftelse för deltagare. Administrationen har varit tungrodd samtidigt som manuell posthantering av blanketter inneburit ett osäkerhetsmoment och misstanke finns om att rapporten kan ha försvunnit på vägen.

### **Nätverksmodellen med dialogseminarier**

Projektledningen har bidragit till lokala anpassningar, vilket genomförts för att säkerställa relevansens för projektets målgrupper. Projektledningen har kvalitetssäkrat och godkänt anpassat innehåll som processhandledare skickat in inför dialogseminarierna. Detta har möjliggjort lokala anpassningar som fortfarande håller sig inom projektets ramar samt att till exempel horisontella principer applicerats även på de lokala anpassningarna.

Under projektets gång har projektledningen genom projektgruppen aktivt arbetat med att förbättra och utveckla materialet utifrån återkopplingar från deltagarna i olika roller och utvärderarna, bland annat för att bättre stödja de horisontella principerna samt göra materialet mer tillgängligt.

I arbetet med styrgruppen har projektledningen presenterat temainnehåll och rapporterat hur projektet framskridit samt aktivt lyft frågorna kring deltagande organisationers åtagande utifrån ursprunglig ansökan. På styrgruppsmötena har det diskuterats hur man på olika sätt skulle kunna öka deltagandet i de olika verksamheterna eftersom det har varit svårt för de deltagande organisationerna att få loss medarbetarna från det ordinarie arbetet i tre timmar. En viktig uppgift har även varit att hantera och få beslut kopplade till det avvikande deltagarantalet och de ekonomiska konsekvenser detta inneburit.

En viktig arbetsuppgift för såväl projektledning som styrgrupp har varit att förankra de olika temana och eHälsalyftet i ledningar och chefsled hos de deltagande organisationerna samt att kommunicera och säkerställa kännedom om projektet. Projektledningen har även bidragit med aktivt stöd till processhandledare och utvecklingsledare genom att ibland åka ut och introducera eller assistera nya processhandledare och utvecklingsledare, men även genomföra dialogseminarier med syfte att underlätta och bidra till att fler seminarier genomförs. Enligt nätverksmodellen är det utvecklingsledare med stöd av processhandledare som genomför dialogseminarierna, men projektledningen har bedömt att denna förändring varit av nytta för projektet för att möjliggöra dialogseminarier och därigenom säkerställa deltagartimmar.

#### **7.4.4. Svenska ESF-rådet**

Enligt svenska ESF-rådets representant är eHälsalyftet det största projekt som Svenska ESF-rådet har haft i Socialfonden. Respondenten ser Nätverksmodellen med dialogseminarier som styrkan i projektet och den är intressant då den kan användas till annat än kompetensutveckling. En viktig poäng är att kompetensutveckling på plats i vardagen skapar förutsättningar så att dialogen kan fortsätta på arbetsplatsen. Respondenten ser det som effektivare och mer kostnadseffektiv utveckling än traditionella utbildningsinsatser förlagda utanför arbetsplatsen.

Vikten av att styrgruppen har bestått av ledande personer från de deltagande organisationerna, personer med mandat i sina respektive hemorganisationer, och har varit personer som har haft beslutsmandat betonas. Projektägaren beskrivs som eldsjälens drivkraft i eHälsalyftet men som inför den nya ansökan kopplat till FVM säkerställt breddat ägandeskap i form av en skrivargrupp vilket respondenten ser som mycket positivt.

Projektets olika projektledare har haft olika styrkor och ESF:s representant betonar vikten av att en projektledare är utbildad i projekt- och förändringslogik samt behärskar projektledningsmetodik och styrning. Projektet har (utifrån hur det beviljades) ovanligt hög medfinansieringsgrad och det har även varit stort fokus på deltagande och att räkna timmar upplever ESF-rådet. Vikten av att lyfta blicken och prata mer om mål och effekter samt ha en proaktiv styrning är något som även betonas inför kommande projekt. Respondenten upplever också att den strategiska styrningen av innehållet i de olika temana kan utvecklas så att temats riktning sätts av styrgrupp och projektledning och att det konkreta innehållet sedan generas av arbetsgrupper där möjlighet till lokal anpassning sker.



## 8. Uppfyllelse av projektmål

I detta kapitel redovisas projektets måluppfyllelse av eHälsalyftets projektmål beskrivna i kapitel 5. Resultaten baseras på de kvantitativa och kvalitativa data som beskrivits i kapitel 7–9. Enligt den ursprungliga målsättningen i eHälsalyftet skulle minst hälften av RSs medarbetare (ca 21 500) inom SLL produktion av sjukvård skulle delta i tre dialogseminarier á tre (3) timmar. Detta reviderades senare till 20 855.

Vid projektstart	Budgeterat antal	Utfall	per 2019-06-26
Deltagare per tema	20 855	Antal deltagare totalt under 4 teman	34 438
<i>Varav Karolinska</i>	<i>9 138</i>	Varav unika medarbetare som deltagit i 1 – 4 dialogseminarier	17 425
Rensat för Karolinska	11 717	Varav kvinnor	14 099
		Varav män	3 326
Deltagartimmar per dialogseminarieperiod tema 1-3	35 153	Antal utbildningstimmar sedan starten	92 563
<i>Varav Karolinska</i>	-		
Tre teman, deltagartimmar	105 459		
		Antal dialogseminarier sedan starten	3 625

eHälsalyftet redovisar vid projektstängning att det har genomförts totalt **3625 dialogseminarier** sedan starten vilka totalt renderat i **92 563 utbildningstimmar**. **Antalet deltagare** totalt under de 4 temana har varit **34 438**. En medarbetare kan räknas som deltagare vid flera tillfällen och antalet **unika medarbetare** som deltagit i 1–4 dialogseminarier är **17 425**.

Projektet har inte riktigt uppnått de volymer som ambitionen var initialt vilket förklaras med överlag lägre deltagarantal per tema samt att ursprungskalkylen inkluderade Karolinska planerade deltagande, vilket också utgjorde en stor andel av antalet planerade deltagare och timmar. Antalet deltagare totalt för de fyra tema ligger dock i linje med de ursprungliga planerade antalet deltagare om än för tre teman. Projektet har haft 17 425 unika deltagare av totalt 34 438 vilket betyder att medarbetare deltagit i genomsnitt i 2 dialogseminarium.

### 8.1. Projektmål 1

- 1) Minst hälften av deltagande organisationers medarbetare från respektive yrkeskategori ska delta i tre dialogseminarier. De deltagande medarbetarna ska följa den ålders- och könsfördelning som finns inom organisationerna.
  - a. Samlas in genom statistik från projektet efter varje avslutat tema.

a. **RESULTAT** Yrkeskategori

<b>Södersjukhuset</b> <i>Minst 50 procent av yrkeskategori</i>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 1</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 2</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 3</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 4</b>
Läkare				
Paramedicinsk personal	✓	✓		
Sjuksköterska	✓			
Undersköterska				
Vårdadministratör	✓			
Övrig				
<b>S:t Erik</b> <i>Minst 50 procent av yrkeskategori</i>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 1</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 2</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 3</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 4</b>
Läkare	✓	✓	✓	
Paramedicinsk personal	✓	✓	✓	✓
Sjuksköterska	✓	✓	✓	✓
Undersköterska	✓	✓	✓	
Vårdadministratör	✓	✓	✓	✓
Övrig	✓	✓	✓	✓
<b>SLSO</b> <i>Minst 50 procent av yrkeskategori</i>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 1</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 2</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 3</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 4</b>
Läkare				
Paramedicinsk personal				
Sjuksköterska				
Undersköterska	✓	✓	✓	✓
Vårdadministratör				
Övrig				
<b>Danderyds sjukhus</b> <i>Minst 50 procent av yrkeskategori</i>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 1</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 2</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 3</b>	<b>Måluppfyllelse</b> <b>Tema 4</b>
Läkare				
Paramedicinsk personal				
Sjuksköterska				
Undersköterska	✓	✓	✓	✓
Vårdadministratör				
Övrig				

## b. RESULTAT åldersfördelning

Den del av projekt målet som rör åldersfördelningen och hur den förhåller sig till den åldersmässiga fördelningen i deltagande organisationer. Målet mäts som max 5 procentenheter differens mot åldersfördelningen för (respektive) organisations anställda.

Åldersfördelning*	Måluppfyllelse Tema 1	Måluppfyllelse Tema 2	Måluppfyllelse Tema 3	Måluppfyllelse Tema 4
<b>Södersjukhuset</b>	I huvudsak. Dock är åldersgruppen 30–39 år relativt sett underrepresenterad.	I huvudsak. Dock är ålderskategorin 40–49 år överrepresenterad.	✓	I huvudsak. Dock är ålderskategorin 40–49 år överrepresenterad.
<b>S:t Eriks</b>	I huvudsak. Dock är åldersgruppen 30–39 år relativt sett underrepresenterad.	I huvudsak. Dock är åldersgruppen 30–39 år relativt sett underrepresenterad.	✓	I huvudsak. Dock är ålderskategorin 40–49 år överrepresenterad.
<b>SLSO</b>	✓	✓	I huvudsak. Dock är åldersgruppen <30 år relativt sett överrepresenterad.	✓
<b>Danderyds sjukhus</b>	I huvudsak. Dock är åldersgruppen 30–39 år relativt sett underrepresenterad.	I huvudsak. Dock är åldersgruppen 30–39 år mycket underrepresenterad samtidigt som åldersgruppen >60 år är mycket överrepresenterad	I huvudsak. Dock är ålderskategorin 40–49 år överrepresenterad.	✓

\*Målet mäts som max 5 procentenheter differens mot åldersfördelningen för organisationens anställda

## c. RESULTAT Könfördelning

Den del av projekt målet som definierar att könsfördelningen bland deltagarna ska följa den som finns i organisationen är i huvudsak uppnådd.

Statistiken visar på en viss överteckning av andelen kvinnor i förhållandet till antal anställda. Sett till en jämförbar felmarginal med övriga mål på 5 procent, är det i princip en lika stor andel män som kvinnor som deltagit på seminariet.

Könfördelning	Måluppfyllelse Tema 1	Måluppfyllelse Tema 2	Måluppfyllelse Tema 3	Måluppfyllelse Tema 4
<b>Södersjukhuset</b>	✓	Den relativa skillnaden är 5% vilket kan anses som högt.	✓	✓
<b>S:t Eriks</b>	Andelsmässigt färre män än kvinnor har deltagit	Andelsmässigt färre män än kvinnor har deltagit	✓	Andelsmässigt färre män än kvinnor har deltagit
<b>SLSO</b>	✓	Andelsmässigt färre män än kvinnor har deltagit	✓	Andelsmässigt färre män än kvinnor har deltagit
<b>Danderyds sjukhus</b>	✓	✓	✓	✓

## 8.2. Projektmål 2

- 2) En tydlig majoritet (95%) av dialogseminarierna ska vara tvärprofessionella (minst 2 yrkeskategorier\* ska delta)
- Samlas in genom statistik från projektet efter varje avslutat tema.

\*Yrkeskategorier: Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinsk personal, vårdadministratörer

**RESULTAT:** 3625 dialogseminarier har genomförts, av dessa har 94 procent varit tvärprofessionella, och 6 procent har genomförts med enbart en yrkesprofession definierat efter yrkeskategorierna. Målet är nästan uppnått. Värt att notera är att delar av yrkeskategorierna är relativt breda, inom paramedicinsk personal ryms yrken såsom till exempel arbetsterapeut, logoped, psykolog, dietist och sjukgymnast. Det gör därmed att den reella graden av tvärprofessionalitet med största sannolikhet är högre gentemot det som redovisas i denna rapport.

<b>Tvärprofessionalitet</b>	<b>Tema 1</b> <i>Andel av totalt</i>	<b>Tema 2</b> <i>Andel av totalt</i>	<b>Tema 3</b> <i>Andel av totalt</i>	<b>Tema 4</b> <i>Andel av totalt</i>
Seminarier med <b>minst 2</b> yrkeskategorier	94%	94%	98%	94%
Seminarier med enbart en yrkeskategori	6%	6%	2%	6%

## 8.3. Projektmål 3

- 3) Medarbetarna ska uppleva att deras kompetens avseende eHälsa har ökat efter genomförda teman, samt ha en överlag positiv bild av genomförandeprocessen.
- Samlas in genom enkät och tar hänsyn till ålder, kön och eHälsokompetens
  - Mäts genom deltagande observationer och intervjuer

**RESULTAT:** Genomgående visar enkätsvar och den information som framkommit i intervjuer att den generella förståelsen för e-hälsa som begrepp och verktyg har ökat tack vare eHälsalyftet. Vid intervjuer framkommer att medarbetares ökade kompetens varierar kraftigt mellan olika temans innehåll, vilken deltagande organisation och avdelning medarbetaren arbetar vid är också en faktor. De som upplever den största kompetensökningen är de medarbetare som finner eHälsalyftets innehåll anpassad till sin egen verksamhet med förslag och exempel som går att applicera på den egna verksamheten. Generellt upplevs genomförandeprocessen som positiv. Aspekter som lyfts upp som negativa i viss mån är tidsåtgången som av vissa medarbetare bedöms som för lång i förhållande till innehållet. eHälsalyftets tre timmar långa seminarium ställs mot klinisk tid vilket ibland gör det svårt att prioritera eHälsalyftet för medarbetarna.

Målet kan därmed ses som delvis uppnått.

## 8.4. Projektmål 4

- 4) Nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska lägga grunden för att medarbetarna kan arbeta på ett mer resurseffektivt sätt kopplat till eHälsa.
- Mäts genom intervjuer med utvecklingsledare och processhandledare
  - Mäts genom deltagande observationer

**RESULTAT:** Modellen och innehållet i temat ger *förutsättningar och lägger grunden* för att medarbetarna ska kunna arbeta på ett mer resurseffektivt sätt kopplat till e-hälsa. Vid den löpande dialogen lyfts konkreta exempel som journalföring upp som positivt såväl som FVM. En del av de intervjuade medarbetarna nämner att det kan vara svårt att koppla eHälsalyftets innehåll till förändrat arbetssätt som leder till resurseffektivitet.

Det är för tidigt att avgöra om de senare teman inom ramen för eHälsalyftet lett till en generell förändring i arbetssätt som leder till att medarbetare arbetar mer resurseffektivt kopplat till e-hälsa. Medarbetare nämner i intervjuer i projektet slutfas att tidigare teman lett till insikter vilket bedöms kunna skapa förutsättningar i linje med projektmålet.

Målet kan därmed ses som delvis uppnått.

## 8.5. Projektmål 5

- 5) Nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska öka kompetensöverföring inom och mellan olika yrkesgrupper och skapa en ökad förståelse för olika yrkesgruppers användande av e-hälsa och vilka konsekvenser som det får för organisationen.
- a. Mäts genom intervjuer och deltagande observationer

**RESULTAT:** Dialogseminarierna har inneburit en ökad möjlighet för deltagarna till kompetensöverföring både inom och mellan yrkesgrupper. Nätverksmodellen lyfts av många upp som ett mycket uppskattat sätt för lärande som möjliggör dialog över yrkesgrupper. Förståelsen kommer i första hand genom en ökad förståelse för den specifika yrkesgruppens utmaningar med e-hälsoverktyg där diskussion om eventuella lösningar blir ett naturligt inslag i den efterföljande diskussionen.

Målet kan därmed ses som uppnått.

## 9. Effekter av eHälsalyftet

I avsnitten om projektmål har utvärderarna kunnat konstatera att eHälsalyftet, med något undantag, inte riktigt uppnått de målnivåer som satts för projektets kvantitativa mål. Utvärderarna konstaterar dock att projektet, trots utmaningar i form av över temana vikande deltagarantal, har producerat ett avsevärt antal dialogseminarier och utbildningstimmar för att skapa förutsättningar för kompetensutveckling i enlighet med eHälsalyftets syfte.

### 9.1. Medarbetares eHälsakompetens

Enligt projektets mål ska medarbetarna uppleva att deras kompetens avseende e-hälsa har ökat efter genomförda teman, samt de ska ha en överlag positiv bild av genomförandeprocessen. Utvärderingen har visat att när det gäller kompetens avseende e-hälsa så finns det en signifikant ökning av kännedomen och att deltagarna känner sig trygga efter deltagande i dialogseminarier. Individerna upplever även ökat självförtroende avseende e-hälsa och kompetensutvecklingsinsatsen uppges ha omfattat så stor andel av medarbetarna att kunskap förmedlas på hemmaplan så att kunskaperna spridits även till medarbetare som inte deltagit i själva dialogseminarierna.

### 9.2. Resurseffektivt arbetssätt

Nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska enligt projektets mål lägga grunden för att medarbetarna kan arbeta på ett mer resurseffektivt sätt kopplat till e-hälsa. Trots hinder såsom befintliga system och att möjligheter till uppkoppling mot internet kan variera uttrycks en stor tilltro till att tjänster inom e-hälsa generellt bidrar till öka effektivitet och att eHälsalyftet specifikt lagt grunden till ett mer resurseffektivt arbetssätt.

Intervjuerna visar på att dialogseminarierna inspirerat och bidragit till att lokala möjligheter till förändringar identifierats och genomförts. Vikten av att ha förankrat och lagt grunden till ett mer enhetligt arbetssätt inför införandet av FVM lyfts som en viktig effekt av projektet. Chefer som intervjuas förstärker den bilden och menar att eHälsalyftet förstärkts av och förstärkt utvecklingen inom RS med 1177:s tjänster såsom lanseringen av journalen på nätet men även den allmänna samhällsflyttningen gällande e-tjänster.

### 9.3. Grad av ökad kompetensöverföring

Målet att nätverksmodellen tillsammans med dialogseminarier ska öka kompetensöverföring inom och mellan yrkesgrupper och skapa ökad förståelse för hur andra yrkesgrupper använder e-hälsa. Medarbetarna ger uttryck för att de redan innan eHälsalyftet upplevt att de hade en god bild av kollegornas kompetens men att dialogseminarierna ökar kompetensen ytterligare och att förståelsen för hur andra arbetar varit berikande. Den tvärfunktionella kompetensutvecklingen har upplevts som mycket positiv men även bland medarbetare av samma yrkesgrupp har en dialogseminarierna bidragit med en dialog om arbetssätt och kompetensöverföring har skett.

## 9.4. Projektets arbete mot effektmålen

De långsiktiga effektmålen med projektet är att:

1. Alla medarbetare ska ha erforderlig kompetens i att arbeta med ett strukturerat resurseffektivt arbetssätt kopplat till eHälsa på ett patientsäkert sätt.
2. Medarbetarna, genom sin kompetens inom eHälsa, ska ha en hög anställningsbarhet.

Effektmålen är inte mätbara, ska uppnås på sikt efter projektperioden, och det finns av förklarliga skäl inte något utgångsläge att göra bedömningen utifrån. Bedömning av måluppfyllelse görs därför utifrån ett kvalitativt perspektiv. Det finns en hög samstämmighet bland respondenterna om att det har skett attitydförändring men också ett förändrat arbetssätt kopplat till e-hälsa under projektperioden. Vad som är hänförligt specifikt till projektet och vad som beror på en allmän samhällsförändring/utveckling avseende användande av e-tjänster hos såväl medarbetare som patienter, andra initiativ i RS såsom utvecklingen av 1177:s tjänster och journalen på nätet är svårt att urskilja. Under intervjuerna finns det en hög samstämmighet om att projektens tema, om än med något varierande styrka, bidragit till uppfyllande av effektmålen.

1. Avseende effektmålet *Alla medarbetare ska ha erforderlig kompetens i att arbeta med ett strukturerat resurseffektivt arbetssätt kopplat till eHälsa på ett patientsäkert sätt*. Här delas bedömningen i två delar:
  - a. *Alla medarbetare ska ha erforderlig (eHälsa) kompetens...* De insatser som görs i projektet har en tydlig koppling gentemot och bidrar till effektmålen, i och med att medarbetarna får ökad kompetens och förståelse inom e-hälsa genom deltagande vid dialogseminarierna. Tvärprofessionalitet har bidragit till nya arbetssätt och förståelse inom och mellan yrkesgrupper om arbetssätt bland annat kopplat till eHälsa.
  - b. *...ett strukturerat resurseffektivt arbetssätt kopplat till e-hälsa på ett patientsäkert sätt* Här bedöms projektet ha skapat ökad medvetenhet, användande och acceptans av e-hälsatjänster under projektperioden. Temana har inspirerat till nya arbetssätt med e-hälsa som stöd och förbättringar har identifierats på lokal nivå som har koppling inte minst till det första temat med journalen på nätet och annan utveckling i 1177. I tema 3 har filmerna om hur man kan använda 1177 till bland annat digitala återbesök skapat nya idéer till hur patientbesök kan genomföras i flera verksamheter. Projektet upplevs även ha bidragit till en ökad förberedelse, förankring och förståelse av gemensamma arbetssätt inför FVM.
2. Huruvida effektmålet *ökad anställningsbarhet* är nått eller ej anges av många som mer svårbedömt men det råder hög samstämmighet om att e-hälsa är en nödvändig och efterfrågad kompetens på arbetsmarknaden som förstärker anställningsbarheten.

För att effektmål ska ha förutsättningar att nås krävs tid. Den långa projektperioden bedöms ha gett tid för förändring. Flera respondenter beskriver att just kontinuiteten och att det varit flera tillfällen (dialogseminarier med olika teman) till utveckling, har bidragit till en röd tråd i förändringsarbetet.

Breddeltagandet bedöms ha skapat kännedom även hos de medarbetare som inte har deltagit i dialogseminarier. De som deltagit har utgjort en tillräckligt stor kritisk massa för att kunna förklara såväl

e-hälsatjänster som FVM för sina kollegor vilket därmed bedöms av respondenterna ha positiv påverkan på effektmålen. Ett gemensamt budskap om e-hälsa till de ingående organisationernas medarbetare torde ge genomslag och utgör ett kraftfullt redskap för kollektiv kompetenshöjning och förändring.

För att effektmålen ska fortsätta uppnås är det viktigt att styrgrupp och mottagande organisationer tar tillvara det som framkommit i dialogseminarier samt initierade utvecklingsidéer i verksamheterna. Organisationerna bör i sina strategiska planer ta med hur de ska använda medarbetarnas nya kunskaper och idéer så att de kan börja arbeta på ett mer resurseffektivt sätt samt fortsätta utveckla sina verksamheter kopplat till e-hälsa.



## 10. Analys av utmaningar

Utöver presentation av projekt- och effektmålsuppfyllelse beskrivs och analyseras i detta kapitel projektet ur ett helhetsperspektiv och slutsatser dras om särskilda utmaningar och goda erfarenheter i eHälsalyftet.

### 10.1. Projektets arbetsätt i förhållande till ESF-ansökan

Projektet har i stor del arbetat i enlighet med ESF-ansökan. Grundmodellen nätverksmodell med dialogseminarier, med utsedda processhandledare och utvecklingsledare har följts. Projektets ambition är att det ska vara verksamhetsdrivet och att utvecklingsledarna har hållit i dialogseminarier utifrån givna teman, med syfte att skapa en gemensam kompetens i e-hälsa som utvecklas i projektet. Deltagare från SLL produktion har deltagit i seminarierna.

Ett antal variationer mot ursprunglig ansökan har noterats. De har i huvudsak sitt ursprung i projektets utmaning att nå projektmålet avseende antal deltagare/deltagartimmar i eHälsalyftet. En dialog har kontinuerligt hållits med Svenska ESF-rådet avseende godkännande av avgörande förändringar så som:

- Förlängning av projekttiden med ett halvår till 2019-06-30
- Utökning av antalet teman från tre (3) till fyra (4)
- Förändring av projektmål 1

Utöver detta har noterats att vissa justeringar har gjorts bland annat genom att projektledningen har deltagit i genomförande av seminarier, att seminarier har genomförts som varit kortare än tre timmar och att seminarier har genomförts med större grupper än ursprungligt planerat enligt nätverksmodellen.

Det som skiljer sig mest från ursprunglig ansökan är organisationernas medverkan. Södertälje sjukhus beslutade tidigt att inte medverka i genomförandet. På grund av interna faktorer valde Karolinska universitetssjukhuset att skjuta fram sin medverkan och minska omfattningen genom att enbart delta under ett tema, med 3 150 medarbetare. Det sistnämnda har i hög grad påverkat att antalet deltagartimmar som genomförts inte nått upp till den volym som angavs i ansökan. Inte heller den reviderade prognosen har uppfyllts och samtliga deltagande organisationer, med undantag för S:t Eriks, har ej nått sina volymer. Dessa förändringar har påverkat medfinansieringen och projektets budget samt inneburit svårigheter att täcka gemensamma kostnader i projektet.

De förseningar som uppstod i projektet i och med ovissheten kring organisationernas deltagande medförde att teman löpt parallellt istället för att hinna avslutas innan nästa tema påbörjas.

I nätverksmodellen ingår en struktur av nätverksgrupper med processhandledarnätverk och utvecklingsledarnätverk. Dessa har använts i olika stor utsträckning inom de deltagande organisationerna. Anledningen till att de inte har nyttjats fullt ut uppges vara att tiden behövt prioriteras till kliniskt arbete och att det delvis varit oklart i vilken utsträckning nätverksgrupperna skulle träffas. Det förefaller som att vanan att arbeta i nätverksmodellen också har påverkat användandet av nätverksgrupperna.

### **10.1.1. Oförutsägbara förändringar i verksamheternas förutsättningar**

Tiden från det att RS:s ansökan lämnades in till Svenska ESF-rådet till dess att projektet senare teman skulle genomföras har omfattat flera år. Under denna tid har sjukvården i RS befunnits sig i ett omvälvande omställningsarbete, förändrade uppdrag och omstrukturering av vård. Detta har skapat oförutsägbara förändringar, vilket har kommit att påverka förutsättningarna för genomförande av projektet.

Den för projektet största enskilt påverkande händelsen är öppnandet av nya Karolinska sjukhuset och de effekter det fått på projektets möjligheter till genomförande av dialogseminarier där. För projektledningens räkning har det inneburit en omfattande arbetsuppgift att hantera och planera om utifrån förändrade förutsättningar. För Karolinskas del innebar det att medarbetarna inte tagit del av eHälsalyftet på det sätt som ursprungligen planerats och som avsågs i ansökan.

En annan förändring som påverkat möjligheten att genomföra dialogseminarier är att bemannings-situationen inom vården har försvårats under projektperioden. Flera respondenter vittnar om att det har blivit svårare att, oavsett verksamhetslogik, frigöra tid för kompetensutveckling och möten då vårdproduktionen måste fungera och behöver prioriteras.

En slutsats som kan dras är att det i projekt av så omfattande och komplex karaktär, med lång projekttid, behöver finnas utrymme att diskutera vilka förutsättningar som förändrats och vilka åtgärder som behöver vidtas för att möjliggöra uppfyllande eller behov av revidering av projektmålen under projektets gång. Detta bör göras genom en löpande risk- och konsekvensbedömning samt hanteras av styrgruppen.

### **10.1.2. Konsekvenser av medfinansiering**

eHälsalyftet är ett det största projekt som Svenska ESF-rådet beviljat delfinansiering till och det har också en hög grad av medfinansiering. Då medfinansieringen från RS:s sida bestått av deltagartimmar har det lägre antalet deltagartimmar som projektet genererat inneburit att finansieringen i absoluta tal har blivit lägre. Gemensamma kostnader, så kallade overheadkostnader, för bland annat projektledning som varit beroende av deltagarvolymerna, har därmed inte blivit täckta som beräknat. Projektet har sedan tema 1 genomförts arbetat hårt med budgetförändringen och konsekvenser av det lägre deltagarantalet och skalat ned och minskat projektets omfång.

Projektledning och projektägare har lagt mycket tid och energi på att på olika sätt hantera konsekvenser av det vikande antalet deltagartimmar. Ett projekt med färre timmar har krävt mer projektledning än ett som följt ursprungsbudgeten. Den första budgetrevidering genomfördes och de deltagande organisationerna fick göra nya åtaganden avseende deltagartimmar. Mot slutet av projektet behövde ytterligare en budgetrevidering ske. Målet att nå åtaget antalet deltagartimmar, och därmed möjliggöra så mycket kompetensutveckling och finansiering så nära ursprungsansökan som möjligt, har varit prioriterat och en ambition genom hela projektet.

Det är värt att reflektera över, och har efterfrågats av flera av de deltagande organisationerna, om hur projektet hade utvecklats om hanteringen av det avvikande antalet deltagartimmar hanterats annorlunda. Som nu blev fallet förlängdes projektperioden och ytterligare ett tema tillfördes. Konsekvensen av detta, vilket framkommer i intervjuerna, är att det fjärde temat har upplevts som betydligt mindre förankrat och har upplevts mer som ett krav än en möjlighet, då budskapet tidigare har varit tre teman under projektet.

Det kan också noteras att det finns en skillnad i upplevelsen kring denna situation mellan projektägaren och övriga styrgruppen.

Det har visat sig i att deltagandet blivit lägre än beräknat, vilket medfört att de deltagande organisationerna, i slutet av projektet, i viss mån har behövt bidra med finansiella medel för att täcka resterande gemensamma kostnader. De ingående organisationerna upplever att de inte har varit medvetna om att en sådan finansiell situation skulle kunna inträffa utan har gått in i projektet med åtagandet att bidra med deltagartimmar. Konsekvenserna av att det åtagandet inte uppfylldes upplevs ej ha varit tillräckligt tydligt för de deltagande organisationerna. En sådan medvetenhet och tydlighet har efterfrågats i samband med utvärderingen av projektet. Även här noteras att projektägaren har en annan bild än styrgruppen i övrigt.

Så väl förlängning som utökandet av antalet teman är en förändring jämfört med den ursprungliga ansökan och projektmålen. Utvärderarnas bedömning är att projektledning och -ägare skulle tagit konsekvenserna av de prognoser som visade ett minskat antal deltagartimmar och reviderat budgeten tidigare. Likaså borde alternativet att i ett tidigare skede betala sin andel av de gemensamma kostnaderna tydligare ha erbjudits som alternativ till att fortsätta sträva mot att nå målet för deltagartimmar.

Utvärderarna noterar den skillnad i upplevelsen av situationen kring hanteringen av deltagarantalet som finns mellan styrgruppen och projektägaren. Detta understryker ytterligare hur centralt det är med väl fungerande kommunikation i en styrgrupp och väl förankrade och dokumenterade beslut.

## **10.2. Nätverksmodellen med dialogseminarier**

Nätverksmodellen med dialogseminarier har varit uppskattad som metod bland de som arbetat i projektet och de som har deltagit i seminarierna. Modellen har väl främjat syftet att skapa dialog och lärande även mellan yrkeskategorier. Den bygger på kompetensutveckling i form av att medarbetare leds av medarbetare (utvecklingsledare) i dialogseminarier. Modellen var etablerad inom SLSO sedan det tidigare projektet Kompetenslyftet eHälsa i primärvården och har nu även använts på S:t Eriks, SÖS och Danderyds sjukhus där modellen överlag är uppskattad. Det finns en hög grad av samstämmighet kring att modellen skapar förutsättningar för delaktighet och dialog inom och mellan yrkesgrupper.

Ur varje seminarium har genererats, förutom det kollegiala lärandet, idéer som verksamheten ska omhänderta, värdera och utveckla vidare. Om det blir någon effekt av detta arbete avgörs av på vilket sätt verksamhetens chefer intresserar sig för satsningen och resultatet samt på vilket sätt de avsätter tid för ytterligare utvecklingsarbete och att ta idéerna vidare. Här verkar de verksamheter som har i frågan engagerade chefer/ledningar och/eller redan har etablerade processer för att fånga idéer och arbeta kontinuerligt med verksamhetsutveckling haft bättre förutsättningar att omhänderta resultatet än andra.

### **10.2.1. Olika verksamhetslogiker**

Att genomföra kompetensutvecklingsinsatserna enligt ansökan med tre timmars dialogseminarier har visat sig fungera olika väl beroende på vilken verksamhetslogik/er en organisation har. Det framträder en mycket tydlig skillnad i svårighetsgrad mellan verksamheternas olika möjligheter att påverka patientflöden och frigöra gemensam tid i medarbetarnas scheman. För verksamheter som på olika sätt kan styra sitt

patientflöde och därigenom schemalägga medarbetarna till gemensamma utvecklingsaktiviteter tycks modellen ha fungerat väl.

För verksamheter med produktion och patientflöden dygnet runt har utmaningarna varit mycket större i att skapa utrymme för och schemalägga tre timmars seminarier med överlappande scheman med samtliga yrkesgrupper. Behov av möjlighet till alternativa upplägg mer anpassade till dygnet-runt verksamheters förutsättningar har efterlysts och det är sannolikt att flera av organisationerna hade haft lättare att nå sina deltagartimmar med möjlighet till alternativa upplägg tidigt i projektet. Det kan noteras att projektledningen poängterar att möjligheten har funnits redan från början men att respondenterna inte har samma upplevelse.

Mot slutet av projektet har projektledningen betonat möjligheten till kortare seminarier än mer. Något som kan befaras i viss mån ha skett på bekostnad av dialogmomentet i modellen och ett alternativt upplägg som är en förändring jämfört med den ursprungliga ansökan. Projektledningen har i en strävan att öka möjligheten till kompetensutveckling, öka antalet deltagartimmar och anpassa till verksamheternas förutsättningar också godkänt att i viss mån korta ned seminarielängden, vilket har efterfrågats av många, och därigenom skapa alternativa upplägg.

Flera av de verksamheter som har uppnått sitt deltagarantal har använt ordinarie mötes- eller utvecklingsfora för att genomföra sina dialogseminarier, såsom enhetsmöten, utvecklingstid eller planeringsdagar. Även här tycks förutsättningar för sådana gemensamma inplanerade möten variera mycket beroende av verksamhetens logik. Utvärderarna ser dock att det är en framgångsrik väg att skapa utrymme för kompetensutvecklingsinsatser när redan inplanerade mötestillfällen används.

Möjligheten att, utan att avvika allt för mycket från projektets pedagogiska idé att genom dialog och tvärprofessionalitet skapa delaktighet och kunskap kring ett gemensamt material om eHälsa, borde ha kunnat realiseras än mer verksamhetsanpassat.

### **10.2.2. Förankring i de genomförande verksamheterna**

Nätverksmodellen med tre timmars dialogseminarier har, i enlighet med ansökan om finansiering, varit vald metodik för kompetensutveckling för genomförandet av eHälsalyftet. Detta har sannolikt påverkat genomförandegraden i en del av de deltagande organisationerna. Modellen kan krocka med verksamhetens egen modell och roller för informationsspridning, delaktighet och kompetensutveckling med sina definierade upplägg och roller. Trots att projektledningen tidigt uppmuntrat bland annat styrgruppen till anpassningar för att bättre möta verksamheternas behov, verkar den möjligheten inte riktigt ha använts eller nått ut i verksamheterna. Flera uppger att den upplevt hårda styrningen till projektmetodiken varit ett hinder för dem att integrera satsningen i sitt sätt att kompetensutveckla medarbetarna.

Det bör vara rimligt att anta att uppnå önskad effekt av ett projekt borde ha företräde framför att till fullo följa den beslutade projektmetodiken. Genom att ännu tydligare uppmuntra till alternativa sätt i upplägget som bättre passar verksamheternas logik, men fortfarande säkerställa att andemeningen med gemensamt material, dialog och tvärprofessionalitet tas tillvara, hade kanske fler deltagartimmar och större förankring i de ingående verksamheternas ledning varit möjlig.

## 10.3. Projektstyrning av ett komplext projekt

Styrningen av ett stort projekt, som sträcker sig över flera år, med flera huvudmän och tiotusentals deltagare är en komplex uppgift. I eHälsalyftet har styrgruppen, med sina respektive verksamhetsförankringar, utgjort en viktig brygga mellan helhet i projektet och de ingående organisationerna. Projektet har drivits av projektledningen där processhandledare och utvecklingsledare i sina respektive organisationer genomfört seminarier och därmed arbetat med att bidra till projektmålen. Projektledningen har lett den projektgrupp som arbetat med att utveckla innehållet i de av styrgruppen godkända temana för de fyra dialogseminarieomgångarna.

Detta har inneburit att uppgiften att styra, leda och följa upp projektet mot projektmålen stundtals varit utanför projektledningens kontroll och projektledningen har haft svårt att ha översikt över planerade aktiviteter och prognos på måluppfyllelse. De deltagande organisationerna har vid ett par tillfällen fått lämna prognoser för sitt planerade deltagande men planering och genomförande av dialogseminarier och allokering av deltagare har gjorts lokalt och utan projektledningens inblandning och kontroll. Först när seminarierna har genomförts har projektledning med hjälp av rapporterat deltagarantal kunnat följa upp hur projektets framdrift ser ut. Då antalet deltagartimmar varit sjunkande och lägre än de uppsatta finansierings- och projektmålen, har antalet deltagare/deltagartimmar varit en uppgift som upptagit projektledningen. Bland annat har styrgruppen använts som forum för att diskutera och åtgärda detta.

Projektledningen har försökt att hitta vägar för att kunna påverka planerade aktiviteter. Detta har inneburit att de deltagande verksamheterna har fått lämna prognoser tätare och projektledningen har veckovis återkopplat utfall i förhållande till prognos till dessa. Detta har gett bättre överblick och kontroll både för projektledningen men även för de deltagande verksamheterna och är ett arbetssätt som hade behövt anammas från start i projektet.

Det är av yttersta vikt att en projektledning och styrgrupp har sådan överblick över planerade och genomförda aktiviteter så att proaktiv styrning och uppföljning möjliggörs i tid.

### 10.3.1. Ägandeskap i respektive organisation

eHälsalyftet är ett kompetensutvecklingsinitiativ som handlar om utveckling av kunskap, förhållnings- och arbetssätt avseende att arbeta enhetligare och med stöd av digitala lösningar gemensamt i SLL produktion. För att ett sådant förändringsprojekt ska få full genomslagskraft i den enskilda organisationen, är det helt avgörande att deltagande organisationers ledning och chefer ser nyttan med satsningen och prioriterar utvecklingsarbetet samt strukturerat tar hand om resultatet. Det kan noteras att det finns markanta skillnader i de deltagande organisationernas ledningsengagemang, men även inom organisationerna har olika verksamheters ledningar prioriterat och tagit tillvara eHälsalyftet på olika sätt.

eHälsalyftet har en konstruktion med många deltagande huvudmän, där ingen organisation eller projektledning har beslutanderätt över någon, vilket medför en ytterligare utmaning ur ett projektlednings- och styrningsperspektiv. Beslut om att fler än SLSO skulle ingå i satsningen skedde i direktörgruppen för SLL produktion och projektägarskapet förlades till initiativtagaren SLSO. Med ambitionen att skapa ägandeskap och drivkraft i respektive organisation tillsattes projektet styrgrupp med representanter från respektive deltagande organisation. Utvärderingen visar dock att det trots denna

åtgärd funnits behov av att skapa än större ägandeskap i respektive organisations inte minst från verksamheten för att nå projektmålen.

En aspekt av ägarskapet kan ses i att projektägarskapet och -ledning har funnits i SLSO och i huvudsak bemannats av resurser från den organisationen. Det har inneburit en hög grad av kunskap om SLSO:s verksamheters förutsättningar medan kunskapen om exempelvis akutsjukhusens förutsättningar och behov varit underrepresenterad i förhållande till de antalet deltagartimmar som dessa verksamheter skulle bidra med. Trots att styrgruppen har bestått av representanter från de deltagande organisationerna, kan denna obalans i sammansättningen av projektgruppen antas ha påverkat projektets förmåga att nå projektmålen.

### **10.3.2. Omsättning av deltagare**

En naturlig konsekvens av ett projekt som sträcker sig över flera år är viss rörlighet i bemanningen. I eHälsalyftet har sådan rörlighet funnits med på samtliga nivåer. Styrgrupp, projektledning, utvärderare, processhandledare, utvecklingsledare och inte minst de medarbetare som deltagit i seminarierna har skiftat över tid. Överlag tycks utmaningen ha hanterats väl med oftast strukturerade överlämningar men det är troligt att projektet stundtals förlorat i kontinuitet och styrfart när deltagare i ledande roller i hög grad ersatts av andra personer.

I samband med projektstarten genomfördes utbildning i nätverksmodellen och dialogseminarieteknik. Nyttillkomna deltagare i dessa roller har fått lära sig av kollegor och projektledningen har stöttat och bistått vid identifierade behov. Då pedagogiken i modellen är ny för flera organisationers processhand- och utvecklingsledare, torde en än kontinuerligare metodsäkring kunnat säkra och stötta i processen ytterligare, vilket skulle ha främjat projektets måluppfyllelse.

## **10.4. Horisontella principer**

Bedömningen är att efterlevnad av de horisontella principerna haft en positiv trend under projektet. Statistiken indikerar att det finns en jämställd representation av kvinnor/män bland deltagarna, utifrån hur fördelningen i stort ser ut bland medarbetarna. Under projektets gång har materialet förbättrats bland annat genom att presentationsmaterial och bilder gjorts mer jämställt och tillgängligt. Dialogseminarierna som metod möjliggör att många kommer till tals och främjar jämställdhet och ickediskriminering.

Projektledningen framhåller att de genomgående i projektet har lagt vikt vid och ständigt arbetat med att betona och arbeta med ESF-rådets horisontella principer. Detta genom att kontinuerligt arbeta med dessa frågor både vid möten och vid dialogseminarierna. Exempelvis ha en jämställd representation vid urval av bilder, att inte ge könsstereotypa exempel, att använda färger och figurer som är anpassade utifrån tillgänglighet och att transkribera ljudklipp och filmer för att göra materialet mer tillgängligt. Projektet har även lagt till en berättarröst på filmmaterialet för att ytterligare tillgänglighetsanpassa det. Initialt var män överrepresenterade i exempelvis filmer och ljudklipp som visades under dialogseminarierna, vilket justerades i senare teman. Utvecklingsledarna har förberetts genom att få en checklista/lathund inför att de ska hålla dialogseminarier där jämställdhet är ett genomgående tema. Enligt projektledningen har alla processhandledare och utvecklingsledare informerats om de horisontella principerna inför varje tema.

Tillgänglighetsaspekten har varit bristande i vissa fall då exempelvis diagram varit svåra att utläsa med för mycket information eller för liten text på bilderna. Detta har dock förbättrats under projektets gång. Lokalerna har inte alltid varit optimalt tillgänglighetsanpassade eller ändamålsenliga avseende teknik och möjligheten att skapa bra dialog. Projektledningen upplever dock att lokalfrågan varit utanför projektets kontrollspann då lokalerna som använts tillhandahållits av de deltagande organisationerna.



## 11. Lärande till framtida projekt

I det sista kapitlet presenteras ett antal sammanfattande förslag och idéer som Ekan Management som utvärderare fångat upp och rekommenderar att RS tar hänsyn till inför fortsatt arbete och kommande projektsatsningar i syfte att fortsätta utvecklas och nå effektmålen.

### 11.1. Dialog skapar engagemang och delaktighet

Kompetensutveckling med delaktighet och dialog är mycket uppskattat av medarbetarna. Det blir en högre grad av engagemang. Även de deltagare som inte deltagit i själva aktiviteten blir delaktiga genom att ett tillräckligt stort antal av deras kollegor deltar och tar med sig tankar, exempel och förhållningssätt till arbetsplatsen och fortsätter dialogen där.

### 11.2. Gemensamma budskap och långsiktighet ger resultat

Enhetliga och kraftfulla exempel med gemensamt budskap till många medarbetare inom olika organisationer ger kraftfull förankring av budskap om till exempel en kommande förändring av arbetssätt eller trender. Uthållighet och budskap som förstärks i en kommunikativ kedja ger även stort genomslag och innebär att känslan av "dagslända" undviks, vilket enligt forskning är en av grundpelarna i långsiktigt förändringsarbete<sup>3</sup>. Projekt som sträcker sig över tid skapar förändringsförutsättningar. Budskap över tid skapar röd tråd och ökad förståelse.

### 11.3. Verksamhetsanpassa metod och genomförande

Enhetligheten till trots bör möjligheten till anpassning till deltagande verksameters verksamhetslogik, så att andemeningen med vald modell (exempelvis nätverksmodellens strävan efter dialog och samtal mellan yrkeskategorier), möjliggörs även om organisationen har ett annat etablerat tillvägagångssätt för sin kompetensutveckling. Det är viktigt att arbeta mot effektmålet och betona snarare önskade effekter såsom gemensamt budskap, dialog, delaktighet och tvärprofessionalitet än att hålla fast vid ett visst metodgenomförande.

Det är även viktigt att planera genomförandet utifrån verksamhetens förutsättningar exempelvis avseende längd och frekvens av möten och att ta till vara de naturliga och redan inplanerade mötestillfällena som finns i organisationen.

### 11.4. Medarbetare som utvecklar medarbetare

Det finns en stor trovärdighet i att medarbetare och inte chefer för fram förändringsbudskap. Att använda "train the trainer" metoden som exempelvis nätverksmodellen representerar är ett sätt att bygga

---

<sup>3</sup> Kotter John P. (preface), *Leading Change*, 2012, Harvard Business Review Press



engagemang, kunskap och trovärdighet i en organisation. Förmågor som lever kvar långt efter det att projektet avslutats.

## **11.5. Verksamhetsanpassa material och innehåll**

Verksamhetsanpassat material och exempel inom en gemensam ram ger större effekt än ett helt generiskt material som ska passa alla. Att arbeta med att skapa förutsättningar till ett verksamhetsanpassat innehåll avseende nomenklatur, roller, system, patientexempel och arbetssätt är en framgångsfaktor för att nå ett material som skapar intresse och engagemang.

## **11.6. Starkt stöd i ledning och bland chefer**

Ledning och chefers engagemang och prioritering är helt avgörande för vilken prioritet och intresse ett förändringsarbete får i en organisation. Ledningen och organisationens chefer måste gå i framkant för förändringsarbetet och visa i både i ord och handling att det är en prioriterad utvecklingsinsats som är viktig för verksamhetens utveckling och som ska genomföras.

## **11.7. Projektledning och -ägarskap**

Komplexa projekt kräver projektledning med hög kompetens inom projektmetodik, styrning och uppföljning. Projektledningen behöver ha arbetssätt, processer och systemstöd som ger översikt av ekonomi, planerade och genomförda projektaktiviteter. Detta för att möjliggöra proaktiv styrning och uppföljning.

Projektledningen bör ha en bred verksamhetsförankring och gärna representera olika verksamheter och organisationer för ökad förmåga att förstå projektets organisatoriska utmaningar men även för att bredda och sprida ägandeskapet till fler av de ingående organisationerna.

## **11.8. Projektstyrning och administration**

Att skapa goda förutsättningar för en proaktiv projekt- och ekonomistyrning så att projektledningen sitter i förarsätet för planering, genomförande av aktiviteter och uppföljning bör vara prioriterat för projektägaren och den organisation projektet befinner sig i. Såväl ekonomi som resurser/tid bör ingå i projektkalkylen och redovisning, styrning samt uppföljning. Detta är särskilt viktigt i projekt med flera huvudmän och/eller projekt som medfinansieras av tredje part.

Avseende projekt som Svenska ESF-rådet medfinansierar som har stort och distribuerat deltagarantal bör rapporteringsrutinerna om möjlig göras så administrativt enkla som är möjligt, med säkerställd kvalitet i redovisningen, något som inte minst SLSO efterlyser inför kommande projekt.

## **11.9. Styrgrupp som tar ansvar för sin del och helheten**

För att projektet ska få genomslagskraft i organisationerna är det viktigt att styrgruppsmedlemmarna tar sin roll och agerar ambassadörer i verksamheten, och tar tillfällen i akt att berätta om projektet. De är betydelsefulla i arbetet med att sprida projektets resultat och att övertyga chefer och ledning att detta är viktigt och något som ska prioriteras hos medarbetare. Styrgruppsmedlemmarna är också viktiga för att

motivera förändringar i arbetssätt kopplat till e-hälsa inom organisationerna så att medarbetarna har möjlighet att använda sina nya kunskaper, för att effektmålen ska kunna nås på sikt.

Projektledning med aktuell överblick över planerade och genomförda aktiviteter, för att möjliggöra proaktiv styrning och uppföljning, är en nödvändighet för att styrgruppen ska kunna ta sitt ansvar och bidra till projektstyrningen.

Det är också avgörande med hög grad av ägandeskap, prioritering i styrgrupp och deltagande organisationers ledningar. Breddad projektledning med representanter från alla deltagande organisationerna kan vara ett sätt att uppnå detta.

### **11.10. Rätt kompetens i projektets grupperingar**

För att material och innehåll i projekt för kompetensutveckling ska bli så bra och informativt som möjligt måste de som arbetar med att ta fram materialet få så bra förutsättningar som möjligt. Projektgruppens, och eventuella arbetsgruppers, gemensamma kompetensprofil bör förutom kompetens inom projekt- och förändringsledning även omfatta pedagogisk- och kommunikativ kompetens. Utöver det måste verksamhetskompetens finnas representerad och expertkompetens behövs i sakfrågan. Likväl bör motsvarande kompetens finnas representerad i styrgruppen för att säkerställa kompetent stöd till projektägaren och tydlig styrning av projektet.

### **11.11. Tydlighet kring förutsättningar och dialog om förändringar**

I omfattande, komplexa projekt, med många huvudmän och lång projekttid är vikten av tydlig styrning och spelregler för de ingående aktörerna avgörande för ett gott projektresultat. Därutöver behöver det finnas utrymme att diskutera och hantera förändrade förutsättningar och vilka åtgärder som behöver vidtas för att möjliggöra uppfyllelse av projektmålen. Projektledningen bör genomföra en löpande risk- och konsekvensbedömning och -hantering tillsammans med styrgruppen.

Initialt åtagande och ansvar bör tydliggöras för de ingående organisationerna; såväl ekonomiska som resursmässiga i form av tid och medarbetare. Tydliga avtal med beskriven omfattning av resurser, tid och eventuellt finansiering klargör och underlättar. Konsekvenser och handlingsalternativ som finns kring ett deltagande och konsekvenser av eventuella förändringar jämfört med dessa överenskommelser ska vara tydliga och överenskomna.

## **12. Bilaga 1 - Tema 4**

Under genomförande av slututvärderingen har tema 4 pågått parallellt. Som en del av eHälsalyftets slutrapport avseende utvärderingen redovisas därför tema 4 särskilt genom detta kapitel. Temats måluppfyllelse redovisas tillsammans med övriga teman i kapitlet Uppfyllelse av projektmål som redogör för projektets kvantitativa och kvalitativa projektmål.

Nedan redovisas resultatet från enkäterna som skickats ut till processhandledare och utvecklingsledare tillsammans med de riktade intervjuer som genomförts för utvärdering av tema 4.

### **12.1. Tema som delvis saknade förankring i organisationen**

Vid intervjuer som syftade till att utvärdera tema 4 framkommer att flera utvecklings- och processhandledare upplevde att tema 4 inte var lika förankrat i organisationen som tidigare teman. eHälsalyftet var tänkt att innehålla tre teman vilket gjorde att organisationen inte räknade med att ett extra seminarium skulle tillkomma. Bristen av förankring betonades särskilt av utvecklingsledare som upplevde att de fick förklara varför eHälsalyftet förlängdes både uppåt i organisationen och till de medarbetare som deltog vid tema 4 dialogseminarium. De som i intervjuer nämner detta som ett hinder ser en lösning i att kommande projekt kommunicerar till samtliga projektmedlemmar med god marginal innan ett nytt tema startas.

### **12.2. Lägre deltagarantal än prognosticerats**

Under tema 4 har projektet deltagarantal fortsatt vara lägre än vad projektet räknat med. Detta trots att projektledningen har vidtagit ett antal åtgärder för att möjliggöra ett ökat antal deltagartimmar. Exempel på åtgärder för detta har varit kortare dialogseminarier, fler deltagare ur övriga yrkeskategorier samt mer aktiv styrning och uppföljning av antalet genomförda deltagartimmar.

### **12.3. Upplevdes som nära in på tidigare genomförda teman**

En del processhandledare och utvecklingsledare upplevde att tiden mellan tema 3 och tema 4 var för kort och hade gärna sätt ett längre uppehåll mellan de två sista temana inom projektet. De som upplever detta menar att det var svårt att få med sig organisationen på ett nytt tema då eHälsalyftet kan upplevas ta mycket tid i anspråk från den kliniska tiden. Vissa av utvecklingsledarna hänvisade till tema 3 som det sista temat vilket skapade svårigheter att engagera vissa i organisationen för ett ytterligare tema.

### **12.4. UL och PHL upplever att de får tillräckligt med stöd i sitt arbete**

Intervjuerna för tema 4 visade på en stor trygghet i nätverksmodellen och förmågan att söka stöd inom modellen. De flesta som intervjuades menade att de har god stöttning från både organisation och projektet samt att de mellan varandra har ett nätverk för att kunna diskutera frågor kopplat till projektet. Flera intervjuade lyfter fram den stöttning de fått från projektet kopplat till kommunikationsfrågor med att ta fram anpassat material samt få presentationen förklarad på ett pedagogiskt sätt.