





# Nära liv – nära vård i en digital vardag

Inspirationsbok för politiker samt offentliga och privata aktörer som har ambitionen att skapa ett jämlikt och resurseffektivt välfärdssystem i ett allt smartare samhälle



**Nära liv – nära vård i en digital vardag, 2018**

Ett samarbete mellan Sveriges Arbetsterapeuter och Kairos Future

© Sveriges Arbetsterapeuter

Layout: Pontus Wikholm

Illustrationer: Per José Karlén

Tryck: Exakta Print

ISBN: 978-91-87837-51-7

[www.arbetsterapeuterna.se](http://www.arbetsterapeuterna.se)

# Inledning

Vi vet alla att behovet av hälso- och sjukvård och omsorg ökar samtidigt som bristen på kompetens i välfärdens verksamheter blir alltmer påtaglig. Dessa utmaningar kräver förändring och nytänk. Nära vård, digitalisering och e-hälsa kommer bli betydande katalysatorer i det paradigmskifte som hälso- och sjukvården och omsorgen står inför. Som företrädare för en av välfärdens professioner anser Sveriges Arbetsterapeuter att det är viktigt att vi aktivt följer och deltar i denna utveckling. Det är viktigt att arbetsterapeuter, liksom övriga professioner inom området, ges möjlighet att använda digitaliseringens potential i sin professionsutövning, men vi anser också att det på allvar behövs en diskussion om hur vi ska få övergången mot en alltmer nära och digitaliserad hälso- och sjukvård att fungera i människors vardag. Här behöver många aktörer samverka – politiker, arbetsgivare, professioner, forskare, patient- och brukarorganisationer, det privata näringslivet och många fler.

Med denna inspirationsbok vill vi bidra till ett bredare helhetstänkande för nära vård, nära liv i en smartare vardag. En vardag, där man kan vara aktiv i såväl den verkliga som den virtuella världen med digitala tjänster utifrån det man vill och behöver göra. Det kan exempelvis vara att läsa nyheterna på nätet, ordna sina bankärenden via on-linetjänsten, näthandla, prata med sina vänner via sociala medier och via appar. Det innebär också att man kan sköta sin hälsa inklusive kommunikation och registrering av hälsodata via nätet. Ytterligare saker för att få vardagen att funka kan handla om att använda digitala redskap för att delta i och få insatser från den nära vården.

Boken är resultatet av ett projekt som Sveriges Arbetsterapeuter och Kairos Future har genomfört under första halvåret 2018. Kairos Future har parallellt bedrivit projekt kring liknande frågor tillsammans med läkemedelsdistributören Tamro och Hyresbostäder Norrköping. Mellan de olika projekten har samverkan och kunskapsöverföring skett vid ett flertal seminarier och workshops. I flera av dessa seminarier har ett antal mycket namnkunniga experter och forskare medverkat. De har representerat flera olika

områden, exempelvis gerontologi, boende – från arkitektur till tillgänglighet och att bygga hållbart – medicinsk etik och arbetsterapi.

Projektets insamlingsdel avslutades med två betydelsefulla öppna seminarier\* under Almedalsveckan 2018. En av avsikterna med dessa var att ge möjligheter till ytterligare kalibrering av den grundstruktur som skapats för denna bok. Vid dessa båda seminarier medverkade ytterligare ett tiotal experter på ledande nivå inom de områden som projektet har inkluderat, inklusive regeringens utredare för god och nära vård.

Jag vill till alla dem som varit medverkande i våra möten och seminarier framföra ett stort tack för värdefulla inspel och bra medskapande i positiv anda. Ett särskilt tack till Mats Olsson, konsult och Director Health & Healthcare vid Kairos Future, som har varit bokens huvudförfattare, till Carita Nygren, professionsstrateg vid Sveriges Arbetsterapeuter, som varit medförfattare och till Lars Sandman, professor vid Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet som varit gästskribent i avsnittet om etiska reflektioner. Jag vill också tacka Åsa Larsson Ranada, lektor i arbetsterapi vid Linköpings universitet, som bidragit med kritiska ögon i slutfasen av skrivandet.

Jag hoppas att denna bok ska bidra med inspiration och främja diskussioner bland politiker och beslutsfattare på såväl nationell som regional och kommunal nivå samt andra offentliga och privata aktörer som har ambitionen att vara medskapare i framtidens jämlika, resurseffektiva och smarta välfärdssamhälle.

Oktober 2018



**Ida Kåhlin**

Förbundsordförande Sveriges Arbetsterapeuter

\* Seminariet *Nära vård 2030*: [kairosfuture.com/se/info/almedalen/](http://kairosfuture.com/se/info/almedalen/)  
Seminariet *Nära liv, nära vård*: [arbetsterapeuterna.se/almedalen](http://arbetsterapeuterna.se/almedalen)

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Introduktion</b> .....	<b>13</b>
Utgångspunkt: Hemmet .....	15
Avgränsning: Äldreperspektivet .....	15
<b>Omvärld</b> .....	<b>17</b>
Tre kraftfulla skiften .....	17
<i>Energiskiftet</i> .....	17
<i>Demografi- och värderingsskiftet</i> .....	19
<i>Teknikskiftet</i> .....	21
Utmaningar .....	21
<i>Personella och ekonomiska resurser</i> .....	22
<i>Ändrat fokus i hälso- och sjukvård och omsorg</i> .....	23
<i>Framväxten av en ny generation organisationer</i> .....	24
Konklusion .....	25
<b>De grundläggande villkoren för ett bra liv som äldre</b> .....	<b>27</b>
Kalkylen talar för vård i hemmet .....	28
Ökade behov av att anpassa boendet .....	28
Slutförvaring eller meningsfull vardag? .....	30
<b>Den framtida kontexten för nära liv – nära vård</b> .....	<b>33</b>
Nära vård förutsätter nytänkande kring samhällskontraktet .....	34
Fyra hörnspelare, ett centrum och ett nav .....	35

<b>Boende .....</b>	<b>37</b>
Bor äldre i fel boenden? .....	37
<i>Flera faktorer bidrar till liten rörlighet och en flyttkedja med stora brister .....</i>	<i>38</i>
Tillgängliga bostäder krävs för hållbar samhällsutveckling .....	40
<i>Tillgänglighet och användbarhet .....</i>	<i>40</i>
Vanliga tillgänglighetsproblem i äldres boenden .....	42
<b>Distribution och service .....</b>	<b>47</b>
Livsnerven distribution behöver prioriteras i landets kommuner .....	47
Den sista metern .....	49
<i>Djävulen sitter i detaljerna .....</i>	<i>50</i>
<b>Arbetsliv .....</b>	<b>53</b>
Nära vård i hemmiljö – en utmaning för långsiktig hållbarhet .....	54
<i>Organisation .....</i>	<i>55</i>
<i>Arbetsätt .....</i>	<i>56</i>
<i>Fortbildning .....</i>	<i>59</i>
Konklusion kring arbetsmiljön för vård och omsorg i hemmet .....	60
Tekniken som räddaren i nöden? Unga förstår att teknik kräver människor .....	61
<b>Hälsa .....</b>	<b>65</b>
E som i engagemang .....	65
<i>Engagemang på olika nivåer .....</i>	<i>66</i>
Utbudet av digitala hälsolösningar exploderar .....	67
En infrastrukturell revolution, men haltande genomförande i digitaliseringen .....	68
E-hälsa och nära vård kräver el och megabyte .....	69



<b>Hemmet är centrum för vardagsaktiviteter i livets olika hälsokeden .....</b>	<b>72</b>
När blir fönstret mot omvärlden viktigt? .....	73
<b>Det handlar om att få vardagen att fungera i nätverkssamhället .....</b>	<b>75</b>
Vardagsaktiviteter PMA+D .....	75
Digitalitet .....	77
<i>Digitaliseringstrappan – modell för stöd till digital mognad .....</i>	<i>78</i>
<i>Vad blir grundläggande behov i en allt mer digitaliserad nära vård? .....</i>	<i>80</i>
Digitalitet och vardagsteknik i relation till åldrandet .....	81
<i>Tekniken är ibland trubbig och når inte fram till de äldre .....</i>	<i>84</i>
<b>Kontrolltorn på olika nivåer .....</b>	<b>87</b>
1. För den enskilda individen .....	87
2. För bostaden och fastigheten .....	88
3. För kommun, landsting/region och geografi bortom det .....	90
4. En vision för framtidens hälsohus .....	93
5. Samverkan på hög nivå för den fjärde industrirevolutionen .....	94
6. Samverkan på hög nivå för den fjärde industrirevolutionen krävs i en raplex värld .....	96
<b>Etiska reflektioner kring nära liv – nära vård .....</b>	<b>99</b>
<b>Efterord .....</b>	<b>106</b>
<b>Att få vardagen att fungera – fördjupning utifrån fallbeskrivningar .....</b>	<b>109</b>
Fallbeskrivning Bengt .....	110
Fallbeskrivning Birgit .....	112



Digitaliseringen är en av de drivkrafter som påverkar vår vardag inom alla områden. Allt fler digitala lösningar för vardagslivet tillkommer och det påverkar också hur samhället organiserar sin service.

## Sammanfattning

**I den här inspirationsboken** Nära liv – nära vård har vi utgått från hemmet och dess närmiljö eftersom det är där det nära livet levs. Ett hem som i framtiden i större utsträckning än idag kommer att vara utgångspunkten för den service som vi behöver under livets olika faser. Antingen med personell närvaro eller genom digitala inte raktiva lösningar. För den bredare bilden med nära liv – nära vård sätter vi in det i kontexten av ett alltmer smart nätverkssamhälle. Vi lyfter hemmet som centrum för service i en modell med fyra hörnspelare som har stor betydelse för livet i detta hem – Boende, Distribution/Service, Arbetsliv och Hälsa. Vi presenterar också ett analysverktyg för de aktiviteter som ska utföras i hemmet. Det finns ytterligare en komponent, navet, som går igen i alla dessa delar. Vi kallar navet för Kontrolltorn. En gestaltning för samordning, informationsdelning, mm för att få helheten att fungera. Denna beskrivningsmodell representerar ett perspektivskifte som vi tror är essentiellt för det sömlösa nätverkssamhället.

Det är tre kraftfulla skiften – Energi-skiftet, Demografi- och värderingsskiftet samt Teknikskiftet – som bidrar till genomgripande förändringar i företag, organisationer och samhällsinstitutioner. Personalförsörjningen är redan idag en svår utmaning i den offentliga sektorn. Till detta kan vi framöver lägga ändrat fokus i hälso- och sjukvård och omsorg och framväxten av en ny generation organisationer. Tillsammans utgör de en förändringskraft svår att få grepp på.

Med nära liv vill vi expandera tankarna bortom nära vård. Till ett längre liv med fler år av god hälsa. Så länge kalkylen talar för vård i hemmet istället för äldreboende är det vård och omsorg i det egna hemmet som i stor utsträckning gäller för den åldrande befolkningen. Den rådande kvarboendepincipen innebär då ökade behov att anpassa boendet. Skiljelinjen ligger mellan slutförvaring eller meningsfull vardag. Hur mycket och initierat satsar den enskilda kommunen? Hur ser förutsättningarna ut för den äldre att ta vara på digitaliseringen?

Arbetet med nära vård förutsätter ny-tänkande för tre generationsskiften: För medarbetarna. För medborgarna. För organisationen – från analog till digital verklighet. Till detta kan vi lägga en faktor som växer i betydelse, nämligen distribution och service – livsnerven i nära vård. Logistikaktörernas förmåga till partnerskap och att utveckla försörjningssystemet blir avgörande för den nära vårdens utveckling

Kanske kan tekniken bli räddaren i nöden. Utbudet av digitala hälsolösningar exploderar. För att få det att fungera krävs det att prylarna pratar med varandra, vilket de inte gör idag. Det krävs också att användarna får en möjlighet att förstå tekniken och vill använda den. En lyckad hälsointervention förutsätter att vi fullföljer den, vilket i sin tur kräver engagerade deltagare.

För en framgångsrik tillämpning av den digitala tekniken krävs en grundläggande analys av de förutsättningar personen har i kombination med den miljö hen lever eller arbetar i. Genom att beskriva person, miljö, aktivitet och digitalitet i analysunderlaget och anpassa lösningar-

na därefter ökar förutsättningarna för att få vardagen att fungera. Görandet ligger i skärningspunkten mellan Person, Miljö och Aktivitet. Görandet är själva utförandet av en aktivitet, det är det vi ser. Det sker alltid i interaktion med personens vilja, värderingar och förmåga, miljö och typ av aktivitet.

I det utvecklingsarbete som pågår får kontrolltorn och samordningslösningar för litet utrymme. Från dagens lösningar för hemtjänst- och hemvårdsarbetet till vad nära vård och alltmer av vård och omsorg i de äldres hem behöver är steget stort när det gäller utvecklingsinsatser. Kontrolltorn behöver skapas för samordning av data, personella resurser och distribution för en kostnadseffektiv, trygg och säker nära vård.

När man reflekterar över vilka etiska aspekter som behöver beaktas när det gäller nära liv och nära vård är en viktig utgångspunkt att etiken kan både stödja och visa på utmaningar med en sådan utveckling. Etiska begrepp som autonomi, ansvar, integritet samt jämlikhet och rättvisa riskerar att utmanas med nära liv – nära vård.

## Introduktion

**Denna bok tar avstamp** i de stora förändringar som pågår i samhället utifrån den ökande användningen av digital teknik och artificiell intelligens samt de stora demografiska förändringar som sker med en allt större åldrande befolkning med ett ökande vård- och omsorgsbehov. Med nära liv vill vi expandera tankarna bortom nära vård, till ett liv med fler år av god hälsa och delaktighet under hela livet, trots ökande funktionsnedsättningar och multisjuklighet.

Digitaliseringen är en av de drivkrafter som påverkar vår vardag inom alla områden. Allt fler digitala lösningar för vardagslivet tillkommer och det påverkar också hur samhället organiserar sin service. För att resurserna inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg ska räcka till i framtiden behövs ett större fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser samt att vården kommer närmare de personer som har behov av den. Nära vård innebär att personens behov sätts främst i en omstrukturerad hälso- och sjukvård och omsorg. Utöver

primärvården kan även mobila närvårdsteam, rehabilitering, habilitering samt kommunal vård och omsorg ingå. I princip kan all hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusvård inkluderas i en nära vård. Teknikutvecklingen medger att alltmer avancerad vård kan ges i hemmet. Rapportering av hälso-data (t.ex. insulinvärde) kan ske automatiskt och allt fler kontakter kan ske via nätet. Detta kräver att tjänster designas så att de enkelt kan användas även av äldre och personer med funktionsnedsättning och multisjuklighet.

Sverige har en e-hälsovision som siktar på 2025, men är den tillräcklig? Är det kanske så att vi måste tänka att allt mellan e-handel och e-hälsa ska behandlas? Sannolikt är det så. Att vi behöver helhetstänkande av det slaget. Det handlar om betydelsefulla saker för att få vardagen att fungera som man vill även när man blir äldre och får tilltagande funktionsnedsättningar och ökad sjuklighet. Det handlar om nära liv och nära vård och det handlar om hälsa.

Vi menar att hälsan är inbäddad i vardagen och det vi gör – hälsa är att, även på äldre dar, fortsätta vara aktiv och delaktig i samhället. Hälsa definierar vi enligt Socialstyrelsen som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada.

Viktigt för hälsan är också att vi upplever ett sammanhang och kan vara delaktiga. Hur viktigt är det då för hälsan att kunna beställa mat på nätet och få den hemlevererad enligt egna principer? Hur viktigt är det att få hjälp med lämpliga lösningar som gör att man kan utföra bankärenden, roa sig och göra allt det andra som har med livet att göra och som har alltmer av digital lösning? För hälsan krävs det att hela vardagen funkar, inte bara behandlingen och träningen för sjukdom och ohälsa.

Ökad digitalisering och förändring i hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemen innebär att kontexten för hemmet förändras i rask takt och kommer att variera över tid. Ett digitaliserat nät-



verkssamhälle med en fungerande god och nära vård ställer krav på nya tankar och principer för hur vi åstadkommer resursoptimering och samordning. Med individens behov i centrum ska logistik och distribution möjliggöra att allt ska fungera. Det kan gälla att få hem allt från mat och

kläder till läkemedel, medicinteknisk utrustning, hjälpmedel och förbrukningsartiklar för planerade hälso-, vård- och omsorgsaktiviteter, men också borttransportering av bland annat förpackningsmaterial. Digitala hjälpmedel och lösningar för trygghet, behandling, rehabilitering och kommunikation kommer att utgöra viktiga komponenter för att få hemmet med dess nya funktioner att fungera. Detsamma gäller digitalt stöd i vardagsaktiviteter.

Morgondagens vårdkrävande hemmiljöer kommer involvera långt fler aktörer och resurser än idag. En effek-

tiv och säker logistik blir allt viktigare för att få helheten att fungera. Kraven på tillgänglighetsanpassningar både för den boende och personal kommer öka markant. Nya typer av kontrolltorn blir centrala för koordination och samordning. För den som tidigt sätter sig in i det nya vårdlandskapet och söker potentiella partners för framtidens lösningar öppnas nya affärsmöjligheter.

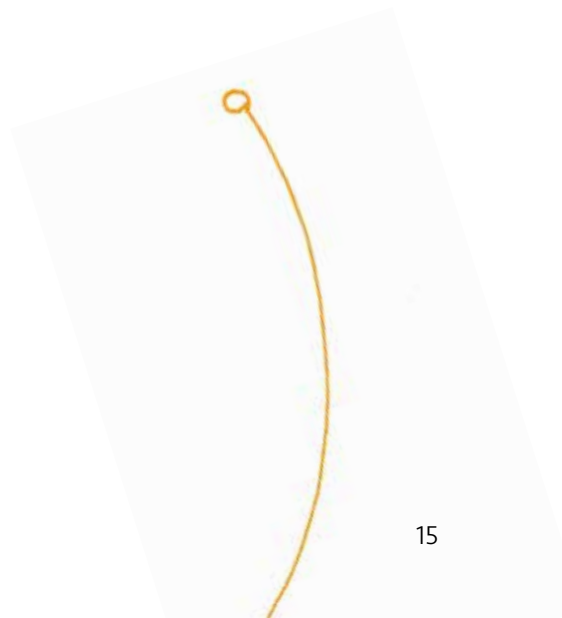
### **Utgångspunkt: Hemmet**

Vi har i projektet utgått från hemmet och dess närmiljö eftersom det är där det nära livet levs. Ett hem som i större utsträckning än idag kommer att vara utgångspunkten för den service som vi behöver under livets olika faser. Antingen med personell närvaro eller genom digitala interaktiva lösningar. Det innebär att hemmet också kommer att få större betydelse för andra aktörer än de personer som bor där. Vård och omsorg, handel, service och distribution kommer att ha ökade krav på att få tillgång till våra hem och privata livsutrymmen.

### **Avgränsning: Äldreperspektivet**

Utgångspunkten för denna inspirationsbok är hemmet som primär in-

stans för livets alla hälsofaser i det framtida hälso- och vårdlandskapet. För att göra projektet hanterbart är det äldreperspektivet som utgör den röda tråden. Lyckas man få vård, omsorg, ett gott omhändertagande, trygghet, tillgänglighet, mm att fungera för den åldrande befolkningen, så bör det finnas principer och kunskap för att klara även andra generationer med deras livssituationer och behov.





Hemmet som plattform får en  
än mer betydelsefull funktion  
i nätverkssamhället, inte minst  
inom hälsoområdet.



## Omvärld

**Övergången från industrisamhälle** till ett informations- och kunskapssamhälle genererar behov av omställning på många områden. Under ett antal år har vi redan sett stora förändringar som skett i spåren av några viktiga globala trender. De kallas ofta skiften eftersom de på genomgripande sätt förändrar samhället.

Löpande har vi kunnat ta del av väckningssignaler i spåren av dessa skiften inom olika branscher. Sönderfall och snabba förlopp i förändringsprocessen är numera vanliga inslag när digitalisering och ny teknologi katalyserar skeendet. Tittar vi framåt, så är det mycket sannolikt att samma skiften kommer att fortsätta påverka mycket i vår tillvaro. Det är stora omställningar på flera områden och det är av stor betydelse att agera i god tid.

### **Tre kraftfulla skiften**

Bland de drivkrafter, eller skiften, som förändrar det mesta i vår tillvaro är det särskilt tre som bör lyftas fram i detta sammanhang. Dessa har karaktären av brutala tsunamis som omformar allt i

sin väg. De bidrar till framtida genomgripande förändringar i företag, organisationer och samhällsinstitutioner. Avtrycken blir så djupa att inget därefter blir sig likt. Vi har börjat skönja kraften i dem allteftersom de blivit alltmer etablerade och synliga. Till de tre skiften som är särskilt viktiga att framhålla när det gäller nära liv i en smartare vardag hör Energiskiftet, Demografi- och värderingsskiftet samt Teknikskiftet.

### *Energiskiftet*

På flera håll i världen pågår en rad av initiativ för att göra om samhällen till moderna, framtidsinriktade och fossilfria versioner. Den norska oljefonden, världens största fond med 1,3 procent av världens aktier i portföljen, säljer av sina tillgångar i olja och gas. Andra investerare som Rockefeller foundation har redan lämnat oljan, nu lämnar oljeländerna. Saudiarabien ser ett slut på oljeepoken. De planerar att sätta det statliga oljebolaget på börsen och att släppa in kinesiska investerare. Man bygger en ny miljonstad på gränsen till Egypten. Där

ska det inte finnas något som bygger på traditionella lösningar. Och med en situation där solet redan är billigare än fossila bränslen i 30 av världens länder, bland annat Indien, samtidigt som allt fler städer planerar att förbjuda fossildrivna bilar inom en relativt snar framtid, kan vi förvänta oss brutala uppvaknanden framöver.

Kina är en bra illustration på det som sker. Där installeras en solcellsanläggning motsvarande storleken av en fotbollsplan varje timme sju dagar i veckan. Kina dubblade sin solelskapacitet 2017. Två tredjedelar av världens tillverkning av solcellspaneler sker i Kina. 2020 ska man ha en total kapacitet på 213 gigawatt från solelsproduktionen. Än så länge räcker dock den förnyelsebara energin i Kina enbart till 20 procent av det totala energibehovet men man ligger ändå före tidtabellen att reducera de klimatuppvärmande utsläppen. Enligt International Energy Agency kommer priset på installation av

solcellspaneler att vara halverat 2050 jämfört med dagens pris.



I Sverige bedöms den slutliga energianvändningen öka med 6 TWh till 383 TWh till 2019. Inom bostads- och servicesektorn ökar energianvändningen med drygt 3 TWh från 2016 till 2019 och bedöms uppgå till 146 TWh år 2019. Det är särskilt det ökade bostadsbygandet som bidrar till den ökade energianvändningen. Energianvändningen för inrikes transporter var 96 TWh 2016 och bedöms endast öka marginellt till 2019. Person- och godstransporterna liksom antalet laddbara fordon fortsätter att öka.

Förnybar energiproduktion, nya och utökade energilagringmöjligheter samt att hitta rätt i batteriernas värld blir viktiga delar i att utveckla framtidsberedskapen. Behoven av att kunna lagra energi i energisystemet kommer att öka i betydelse i takt med att andelen icke planerbar elproduktion ökar i energisystemet. Elsystemet måste ständigt vara i balans. Elproduktion och elbehov måste matchas oavbrutet. När elproduktionen inte kan styras och inte naturligt sammanfaller med behovet av el uppstår behovet av energilagring. Eller ellagring för att vara mer konkret. Genom att kunna lagra den överskottsel som produceras,

för senare användning kan energisystemet hållas i balans utan ständig matchning av produktion och konsumtion. Det finns idag ett flertal energilagringssätt varav batterilagring är ett. Batterier förväntas stå för ungefär hälften av de investeringar som görs fram till 2030 inom energilagringsektorn.

En stor och viktig fråga gäller hur energifrågan kommer att påverka byggandet av våra bostäder. Nya energibesparingslösningar, regleringar och kanske straffbeskattningar kommer definitivt att påverka utformningen av det man bygger. Sannolikt behöver man också räkna med retroaktiva delar i den processen.

#### *Demografi- och värderingsskiftet*

I många länder åldras befolkningen tämligen snabbt. En jämförelse 2015 med prognosen för 2050 visar en värld där andelen 60 år och äldre kommer att ligga över 30 procent i många länder i Europa, Kanada och Asien. Vi lever längre och blir sjuka och sköra i högre ålder än tidigare. Fler åldras med funktionsnedsättningar. Enligt Statistiska centralbyrån, 2018, har medellivslängden i Sverige ökat med ungefär 35 år mellan 1861 och

2017, och detta både för kvinnor (från 49 till 84 år) och män (från 45 till 81 år). Andelen som lever vidare till högre ålder har ökat radikalt de senaste 100 åren. Hälften av dem som föds idag förväntas leva till 93 års ålder. Den del av livet då man är äldre har alltså förlängts betydligt. Det gör det svårt att tala om de äldre som en homogen grupp.

Skiftet innebär att rekordgenerationen, pensionärer födda 1945–1954, i den mån det går flyttar till bostäder som passar äldrelevet. Eller anpassar det man redan har. Rekordgenerationen skiljer sig från tidigare pensionärsgrupper genom att de har de betydligt mer postmaterialistiska värderingar. Dessa värderingar innebär ett fokusskifte, från materiell trygghet och materiellt välstånd till att värdera individuell autonomi och individuella uttryck starkare. Postmaterialistiska värderingar har starka samband med ekonomiskt välstånd. I det sammanhanget är det logiskt att det är just rekordgenerationen som står för ett värderingsskifte. De växte upp efter andra världskriget i ett Sverige med mycket goda ekonomiska förutsättningar.

För rekordgenerationen innebär pensioneringen en ny tid och ett nytt liv i full frihet. Jämfört med tidigare generationer har de bättre utbildning, är friskare och aktiva längre upp i åren och har förhållandevis god ekonomi än tidigare pensionärsgrupper. De är många, de är vana att få som de vill och därför mer krävande. Detta innebär att värderingarna och principerna för hemmet förändras i resan mot Folkhemmet 3.0.

För många kan lösningen vara att bo tillsammans. Den egna bostaden i kombination med väl tilltagna gemensamma utrymmen blir en viktig princip när trygghet och anständiga former för äldrelivet ska skapas. De nya seniorerna är i viss omfattning medvetna om den process som pågår även om konturerna är oklara. När den nya sortens boende ska byggas på olika håll i landet brukar kölistan bli tämligen lång. I synnerhet när det gäller boendemiljöer där det inte enbart handlar om den egna bostaden utan också om gemensamma utrymmen och närmiljön i form av infrastruktur och utbud av olika slag.

Samtidigt checkar millenniegenerationen

in på arbetsplatserna. Millennials är födda tidigt 1980-tal till tidigt 2000-tal och kallas även internetgenerationen (från engelskans the Net Generation). De utgör den första generationen som från tidig ålder präglats av såväl internet som smarta mobiler och andra digitala prylar. Deras värderingar och preferenser har påverkats påtagligt av den digitala världen. Ständig uppkoppling, tillgång till information och intressegemenskaper utan begränsningar annat än den egna tiden är självklart. För millennials är karriären mindre viktig, man prioriterar arbete som ger ett bra och flexibelt liv utifrån intresse och gemenskaper. För internetgenerationen utgör inte digitaliseringen i sig någon stor fråga, de har ju växt upp med den. Det är något som bara är. Däremot har de många nya goda tankar kring hur vi ska förhålla oss till digitaliseringen, inte minst när det gäller omhändertagande av dem som har behov av vård och omsorg.

Kombinationen av dessa generationsväxlingar är i sig en kraftfull förändringsfaktor för välfärden. 2030 fyller de tidiga 90-talisterna 40 år och de äldsta 40-talisterna fyller 90 år. I OECD kom-

mer det 2030 att gå 2,5 arbetande per pensionär jämfört med 4 idag. Redan idag är den alternativa pensionsåldern 70,2 år för en person som är född 1985.

### *Teknikskiftet*

Att det är svårt att få ekvationen kring generationsskiftena och organiseringen av samhället från analog till digital verklighet att gå ihop, förstår vem som helst. Hoppet sätts i hög grad till teknisk utveckling, som ska avlasta, underlätta och utveckla. Till slut gör den nog det. Men vägen dit kan se ut på olika sätt, vilket skolan kan vittna om. En PISA-rapport från 2015 visade att ökad användning av IT i skolan också innebar sämre skolresultat. De tidigare årens omfattande IT-satsningar hade utmynnat i en förvärrad problematik istället för att lösa den. ”Viktigt att tänka till om skoldatorer”, konstaterade Skolverket i efterhand. Det är nog klokt att reflektera på samma sätt när det gäller digitaliseringen av vård och omsorg.

Digitalisering handlar också om värderingar och attityder. Många av framtidens äldre är till stora delar positiva till olika typer av teknik som de ser nyttan

av. Samtidigt kan andra ha motsatt uppfattning. På samma sätt finns det också olika syn på teknik bland beslutsfattare och personal. De studier som Kairos Future genomfört inom kommunal omsorg de senaste åren visar att chefer och politiker är betydligt mer entusiastiska än de som faktiskt ska jobba med tekniken, exempelvis undersköterskor och vårdbiträden. I skärningspunkten mellan pressande trender och teknikrevolutionen finns också nästa generations förmodade medarbetare. De unga må vara både digitala infödingar och i grunden mer positivt inställda till teknik än någon generation tidigare varit. Men däremot – eller kanske just därför – har de inte den rosenkindade entusiasmen som kan ses bland IT-profeter som till varje pris och tillvägagångssätt vill få in just sina digitala verktyg i verksamheterna.

### **Utmaningar**

Omvälvningarna i välfärden har redan börjat! Den långsiktigt ökande andelen äldre, i kombination med ökade förväntningar från medborgarna, medför snabbt ökande välfärdsbehov som inte längre matchas av ökningar av andelen personer i arbetsför ålder. Välfärdsmodellens

främsta utmaningar handlar ytterst om vilket innehåll den kan ha i relation till framtida arbetskraftsbrist, finansiering och teknisk utveckling.

Stat, landsting/regioner och kommuner har alla börjat arbetet med att utreda, analysera och planera i relation till de omvälvande skiften som påbörjats. För hälso- och sjukvård och omsorg innebär detta stora och samtidiga förändringar. Detta påverkar skeendet för framtida lösningar. I dessa skeenden behöver man också ta med aspekter kring den förändrade sammansättningen av människor som befolkar samhället. Digitaliseringen och generationsväxlingarna genererar nya utmaningar bland såväl yngre som äldre, inte minst bland dem med annat kulturellt ursprung när det gäller att ge respektive ta emot välfärdslösningar?

### *Personella och ekonomiska resurser*

Även om pensionsåldern på sikt höjs, kommer befolkningsandelen i arbetsför ålder att minska. Det är inte enbart i Sverige som den offentliga sektorn får jobba allt hårdare med rekryteringen bland unga nya medarbetare. Vi kan

sannolikt inte räkna med några talrika tillflöden av vård- och omsorgsmedarbetare från andra länder. Det är en rekryteringsutmaning av sällan skådat slag i många länder. Enligt SKL ska det fram till 2023 rekryteras 530 000 nya medarbetare i Sverige för att ersätta dem som går i pension. Det innebär 200 nya medarbetare med rätt kompetens varje dag! För omsorgens del kommer konkurrensen att rekrytera medarbetare inte bara att handla om omsorgsyrkenas beräknade brist, utan även att man inom ”konkurrerande” yrkesgrupper också förväntas kämpa allt hårdare för att kunna rekrytera den kompetens som krävs. Den väntade kompetensbristen innebär att det ökande åtagandet i kombination med ökande ekonomisk ansträngning, i exempelvis det kommunala uppdraget, ska genomföras av färre medarbetare.

Chefsekonom Annika Wallenskog använde tre talande rubriker i SKL:s Ekonomibloggen (18 maj 2018): ”Förstå allvaret – vi måste jobba på nya sätt; Vi kommer inte kunna locka samtliga nya på arbetsmarknaden; Nya arbetssätt krävs.” Vidare refererar hon till SKL:s senaste ekonomirapport (maj 2018) och

diskussionen kring den demografiska utvecklingen och de kommande årens brist på personal. Hon kommenterar att man ändrat beräkningsmetod jämfört med tidigare: ”Om kommuner, lands- ting och regioner skulle öka antalet an- ställda i den snabba takt de gjort hittills, skulle de behöva använda mer än hela nettoökningen av antalet sysselsatta på arbetsmarknaden fram till 2025.” Där- för har man valt att i sina kalkyler räkna på en personaltäthet på nuvarande nivå. Samtidigt säger man: ”Även detta sce- nario kan dock bli svårt att förverkliga, då det innebär att vi skulle behöva hela 60 procent av sysselsättningsökningen.” Vidare kommenterar hon den myck- et stora utmaningen som blir en direkt konsekvens av ovanstående: ”Hur ska vi leverera samma eller en högre grad av välfärd med samma, eller troligen till och med lägre, personaltäthet? Svaret ligger i nya arbetssätt”.

#### *Ändrat fokus i hälso- och sjukvård och omsorg*

För att resurserna ska räcka till måste fokus för hälso- och sjuk- vård och omsorg ändras. Även FN anser att det är ohållbart

att så stor del av världens resurser går till sjukhusdriven specialistvård och akut- sjukvård.

Nära vård kallar vi i Sverige det nya vårdlandskap som börja ta form. Nära vård innebär att arbetet inom hälso- och sjukvården ska ske i medborgarnas när- miljö så långt det är möjligt. Närheten kan vara geografisk eller digital men det ska också finnas relationell närhet vilket innebär en kontinuitet i kontakterna. Det ökar tryggheten, säkerheten och ger bättre förutsättningar för personcentre- ring. Den nära vården kommer också att innebära förändring av vårdens innehåll.

Man kommer att gå från ett rent sjuk- domsperspektiv till att stödja perso- ner att bibehålla sin hälsa genom hälso- främjande, preventiva och

rehabiliterande insat- ser. Man kan säga att vi ska gå från att vårda sjuka och sårade till hälsofrämjande arbe- te och förebyggande insatser genom att gå från platsbunden vård till digitala lösning-



ar. I princip ska all vård som inte kräver inläggning på sjukhus flytta ut till den nära vården. Utnyttjande av den nya tekniken i kombination med hälso- och sjukvård och omsorg närmre den som har behovet och ökad personcentrering framhålls ofta som viktiga framgångsfaktorer. Men det ställer också större krav på digitalt medskapande för olika grupper av invånare. Framtiden innebär helt nya krav på hälso- och sjukvårdens innehåll, organisation, samordning och samarbete mellan vårdgivare, verksamheter, medarbetare, personen som har behov och hens närstående.

*Framväxten av en ny generation organisationer*

Införande av nära vård kommer att medföra att rådande strukturer inom hälso- och sjukvård bryts upp. Exempelvis har det länge varit en viktig satsning att organisera och räkna vårdplatser på sjukhuset. Nu måste man bli bra på att hålla koll på och utveckla vårdplatser i boendemiljöer i nära samverkan med den nära vården. Organisationer och institutioner försvinner eller finns kvar på andra sätt och i nya versioner. Genom patientnära team samlas de

resurser som behövs. Multiprofessionella team, med person och närstående som självklara medlemmar, med interprofessionell kompetens kommer att vara viktiga delar för att välfärden ska klara framtiden.

Många landsting/regioner och några kommuner har redan påbörjat arbetet med hur man ska få till en nära och hållbar vård. Vi kommer att få se många nya former av vårdcentraler och hälsokus i framtiden. Med ökad digital kompetens hos både personal och personer, med eller utan behov av hjälp och stöd, kommer medskapandet i den digitala utvecklingen att öka. Ett problem i sammanhaget är dock att vi inte vet hur nettoresultatet ser ut efter att alla it-investeringar är gjorda. Vi vet inte vad det kostar att få detta att fungera. Och vi vet inte hur långt man kan gå i förhållande till hur vi åldras och vad som är rimligt och etiskt försvarbart att digitalisera, robotisera och automatisera i tjänsterna till de äldre. Men hur vi än gör, kommer detta att kräva en ny generation organisationer om de förändringar som påbörjats ska bli hållbara.



## Konklusion

Det kan vara svårt att få ett bra grepp på den förändringskraft som utgörs av summan av flera faktorer såsom:

- de tre stora skiftena
- en ny generation organisationer
- ändrat fokus mot hälsa i vård och omsorg
- en utflyttning av vården för digitalt medskapande
- nya förutsättningar för närservice och distribution
- andra viktiga trender

Dessa delar och mycket annat kommer att innebära påtagliga förändringar inom nära vård och omsorg. Hemmet som plattform får en än mer betydelsefull funktion i nätverkssamhället, inte minst inom hälsoområdet. Landsting/regioner, privata vårdgivare och kommuner får en viktig roll i denna omvandling för att åstadkomma resursekonomiska samarbets- och samordningslösningar.

Om detta ska bli framgångsrikt så krävs det medskapande för de personer som behöver tjänsterna och den personal som ska arbeta med dem. Tekniken inbjuder till det och ett ökat fokus på personcen-

trerad vård förutsätter det. I framtiden kan man mycket väl tala om ”Den smarta kommunen” för allt mellan e-handel och e-hälsa där möjligheter ska skapas för nära liv och nära vård.





Tekniken kan erbjuda alternativa lösningar som underlättar livet men den kan inte ersätta mänsklig kontakt.

## De grundläggande villkoren för ett bra liv som äldre

**Dagens äldre är en** mycket heterogen grupp och det kan vara stor skillnad beträffande hälsa och levnadsvillkor mellan en 69-åring och en 90-åring. Ändå diskuterar vi ofta om äldre som en homogen grupp. Verkligheten är att det bland äldre finns flera olika grupper som har helt olika krav och behov.

Många äldre vill bo kvar hemma så länge det är möjligt. När det blir svårt att klara sina vardagsaktiveter och upplevelsen av av ensamhet och otrygghet ökar, är det dock många äldre som vill flytta till en annan bostad, med större tillgänglighet och möjligheter till sociala möten och trygghet. Många äldre lever idag i ensamhet med stora geografiska avstånd till närstående. I takt med åldrandet minskar det sociala nätverket då jämnåriga vänner blir sjuka och avlider. Till otryggheten bidrar också att många har knappa ekonomiska resurser. Landets fattigpen-sionärer blir allt fler och ökningen kommer sannolikt att fortsätta. Enligt Pensionsmyndigheten lever nästan 800 000

personer helt eller delvis på garantipension eller äldreförsörjningsstöd idag.

Kvarboendepincipen är sedan länge en vägledande inriktning för äldrepolitiken som etablerades under tidigt 1990-tal. Den har resulterat i en nedläggningsvåg av alternativa boenden över landet. Sedan 1994 har det försvunnit närmare 40 000 platser i särskilt boende för äldre. Därutöver har vårdplatserna inom somatisk slutenvård reducerats med cirka 12 procent de senaste 10 åren och många geriatriska kliniker har ersatts med sängplatser på allmänna medicinavdelningar. Konsekvensen är att vi i tidningarna har sett många exempel på äldre som vill flytta till boende med trygghet och service, men som inte får. Det finns inga alternativ.

Därför finns det idag ett glapp mellan den äldres behov och önskemål i förhållande till kommunens möjligheter. Alla är överens om att den äldre ska kunna flytta till en särskild boende-

form om vårdbehoven är stora och omfattande eller om personen inte känner sig trygg och säker i sitt hem längre. De äldreboenden som finns får dock alltmer karaktären av hospice, för omhändertagande av sjuka och döende. En indikation på det är att medelboendetiden i särskilt boende nu är nere i enbart sex månader. I en sådan värld är det snarare mer av ASIH, avancerad sjukvård i hemmet, som blir aktuellt på ålderns höst. Allt fler äldre som beviljats plats i särskilt boende får inte något boende att flytta till annat än i livets slutskede. Enligt Inspektionen för vård och omsorg, IVO, drabbades nästan femtusen äldre personer av denna verklighet under 2016. Regeringens ändring av Socialtjänstlagen (SoL) om att kommunerna kan bygga en mellanboendeform, Trygghetsboende, är ett nytt sätt att möta behoven, men dessa finns än så länge inte i någon större utsträckning.

### **Kalkylen talar för vård i hemmet**

En viktig faktor som driver på utvecklingen för kvarboendepincipen handlar om pengar. Kostnaderna för äldreboenden utgör ungefär två tredjedelar av den totala kostnaden för kommunens äldre-

omsorg. Det betyder att kommunen kan reducera kostnaderna avsevärt genom att hålla igen på platserna i äldreboende. Genomsnittskostnaden för kommunen för en person med hemtjänst i det egna hemmet är ungefär 260 000 kr per år. En plats på ett äldreboende för samma person kostar ungefär 780 000 kr (2014). En skillnad motsvarande ungefär en halv miljon kronor. Alla förstår att detta innebär en delikat balans mellan olika bedömningar för den enskilda kommunen. Alldeles särskilt i takt med den ökande andelen äldre. Tyvärr haltar dock kostnadsjämförelsen. Kvarboende leder ofta till mer av ensamhet och exempelvis fallolyckor. Fler besök för den äldre på akuten av den anledningen kostar också pengar. För att inte tala om den vanliga konsekvensen av fallolyckorna – lårbensfrakturerna. Det är den vanligaste dödsorsaken bland äldre, med en snittkostnad på 700 000 kr. Men det noteras på andra kostnadsställen.

### **Ökade behov av att anpassa boendet**

Kvarboendepincipen innebär att de allra flesta bor kvar i vanliga bostäder i hög ålder trots sjukdom och funktionsned-

sättning. Möjligheter till bostadsanpassningsbidrag och mycket hemtjänst möjliggör delvis detta. Bostadsanpassningsbidraget är personligt och söks av en person som behöver ändra och bygga om i bostaden så att den blir tillgänglig och användbar i relation till de funktionsnedsättningar som personen har. Oftast krävs ett hembesök där en legitimerad arbetsterapeut gör en bedömning av vilka förändringar som krävs och skriver ett bostadsanpassningsintyg som underlag till beslut hos kommunen. Bostadsanpassningsbidrag ges inte för standardhöjande åtgärder och fastighetsägaren måste ge tillstånd för att genomföra de bostadsanpassningar som föreslås.

I dag handlar bostadsanpassningar om förändringar i hemmets fysiska miljö, till exempel att ta bort trösklar och badkar. Men det kan också vara anpassningar i entréer och närmiljö genom att bygga ramper och installera trapphiss. Framtida krav och tekniska möjligheter innebär många nya frågor. Hur ställer vi oss till bostadsanpassningsbidrag i relation till boendets och hemmets digitala miljö?



Vad kommer att vara standard i boendet? Kommer man att kunna få bostadsanpassning för digitala lösningar med rätt kapacitet för den digitaliserade vård man behöver? Eller för att kunna installera ett back-up system i form av exempelvis batterilager? Med alltmer avancerad vård i hemmen kommer kraven på den digitala miljön att öka.

Kostnaderna för bostadsanpassningar ökar stadigt och de kommer att fortsätta öka. Speciellt i relation till att andelen äldre med funktionsnedsättningar som bor i äldre bostäder ökar. Enligt Boverkets statistik var kommunernas kostnader för bostadsanpassningar 1 039 miljoner under 2015. I kostnaden ingår

både administration av ansökningar och kostnaden för åtgärder i hemmen. Antal beviljade bidrag (inklusive delvis beviljade bidrag) uppgick 2014 till 74 200.

### **Slutförvaring eller meningsfull vardag?**

Det behövs nya grepp för att samhället ska kunna möta de behov och individuella preferenser som äldre personer med och utan funktionsnedsättningar har. Ny teknik och smarta lösningar kan för många innebära bra bidrag till livskvalitet, trygghet och hälsa. Nya tjänster utvecklas inom dessa områden så att de i ökande utsträckning ska kunna tillhandahållas i den egna boendemiljön och i det egna hemmet. Men de bidrar till en meningsfull vardag endast om de kan stödja äldre personer att försätta göra de vardagsaktiviteter som hen tycker är viktiga och värdefulla. Även som gamla behöver vi kunna vara delaktiga i samhället.

Tekniken kan erbjuda alternativa lösningar som underlättar livet men den kan inte ersätta mänsklig kontakt. Även i framtiden kommer äldre personer att behöva personella insatser för att utveckla nya meningsfulla aktiviteter när det som personen tidigare klarade av i sin vardag inte längre fungerar. Många äldre kommer sannolikt även i framtiden ha svårt att hantera den digitala

tekniken och därmed riskera att uppleva ett digitalt utansförskap.

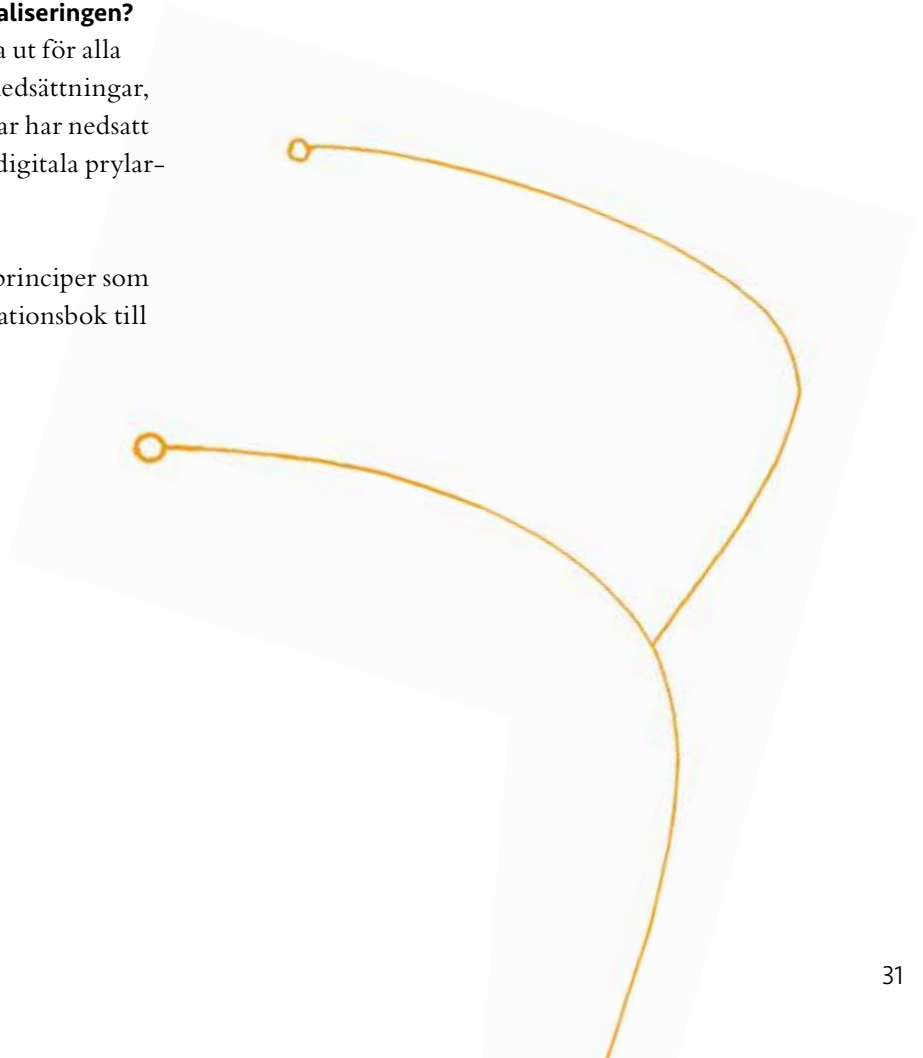
En stor fråga är vad som kommer att tillhandahållas genom offentlig finansiering och hur mycket som kommer att ske genom privat finansiering. Det blir viktigt att förebygga den ökade tudelning mellan grupper av människor som digitaliseringen kan bidra med. Och det kan även gälla att finansiera grundläggande saker för att det mest vitala ska fungera.

En ökad misstro mot systemet innebär en sviktande tro på den svenska modellen. Sverige hör till de länder som satsar mest resurser på äldreomsorg. Men det verkar ändå inte räcka till. Gång på gång går staten in med statsbidrag till kommunerna men oftast räcker det till knappt mer än någon procent av kommunens kostnader. Förutsättningarna skiljer sig mycket mellan landets 290 kommuner.

Digitaliseringen är en viktig faktor i kalkylen. Hanteras inte den utvecklingen rätt blir det också en kraftfull tudelare när det gäller fördelning och demokratiska aspekter. Två principer är avgörande i den utvecklingen:

- **Hur mycket satsar den enskilda kommunen?** Hur väl utvecklad är kommunens samverkan med andra aktörer i det nya ekosystemet för välfärdstjänster som ska byggas i nätverkssamhället?
- **Hur ser förutsättningarna ut för den äldre att ta vara på digitaliseringen?** Hur ser stödstrukturerna ut för alla dem som har funktionsnedsättningar, eller av andra anledningar har nedsatt förmåga, att hantera de digitala prylarna och hjälpmedlen?

Det är två av flera viktiga principer som återstoden av denna inspirationsbok till stor del handlar om.









## Den framtida kontexten för nära liv – nära vård

Det är angeläget att formulera den framtida kontexten för att få en rimlig möjlighet att bedöma utvecklingen för nära liv med nära vård i en smartare vardag. Denna kontext utgörs av ett framväxande samhälle där ny teknik, digitalisering, urbanisering, globalisering och demografisk förändring alltmer sätter villkoren för all verksamhet i såväl offentlig som privat sektor. Genom de prioriteringar som dagens och morgondagens skattefinansierade välfärdsinsatser ständigt kommer att utsättas för kommer vi också att hamna i diskussioner och lösningar som kan sammanfattas i cirklar som sluts. Dessa cirklar kan emellanåt handla om hur vi löste vissa frågor för hundra år sedan. Det kan då handla om allt möjligt mellan hur vi tar hand om varandra då man behöver stöd i en svår situation till preferenser för vårt boende och förutsättningar för trygghet. Att tillsammans kunna lösa vissa saker. Men det är viktigt att poängtera att det handlar om cirklar som sluts i en väsentligt annorlunda kontext.

I mångt och mycket handlar det om den framtida nära vården där alltmer avancerad vård och rehabilitering ska kunna tillhandahållas där individen befinner sig, exempelvis i sitt hem. Ökade satsningar på förebyggande insatser och öppen vård innebär att vårdtiderna på sjukhus ska minimeras och att man i slutenvården ska främja att en person med behov av insatser skrivs ut så snart som möjligt. Det innebär för den enskilde att hälso- och sjukvården flyttas till hemmet och att man behöver insatser från flera vård- och omsorgsgivare samtidigt. Det gäller oavsett om omsorg och hälso- och sjukvård ges i offentlig eller privat regi. Det i sin tur förutsätter en hög grad av samordning. Viktigt att komma ihåg: Det innebär också mer av gör-det-självt-hälsa för den enskilde.

I avsnittet Omvärld har ett antal saker formulerats som utgör drivkrafter och komponenter i det framtida nätverks-samhället. Där tydliggörs hemmets utökade funktion i nätverkssamhället liksom kommunens utökade roll som samordnare och fördelare. Flera samverkande drivkrafter spelar in för den nära vårdens utveckling. Framtiden handlar

om att främja en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för medborgarna. En sömlös hantering av hälso- och sjukvården och omsorgens insatser oavsett huvudmannaskap och driftsform bland vårdgivarna.

### **Nära vård förutsätter nytänkande kring samhällskontraktet**

Innebörden av generationsskiftet och tekniskskiftet och framväxten av den nära vården måste börja diskuteras och för eller senare hanteras. Den snabba utvecklingen innebär att invånarna måste få en bättre uppfattning om vad det innebär när alltmer av arbetet inom hälso- och sjukvård och omsorg förläggs till hemmet parallellt som den nya vård- och omsorgsorganisationen omvandlas. Det handlar om vad den nära vården och omsorgen ska innehålla och hur den organiseras. Det omfattar också det som vi alla måste gå igenom – förändringen från analogt till digitalt baserad verklighet. Systemen, organisationerna och arbets-sätten påverkas och kommer att leda till nya förhållningsätt både bland invånarna och bland den personal som arbetar inom sektorn. Ytterst handlar det om prioritering och en omfördelning av resurser

inom hälso- och sjukvård och omsorg. Det handlar också om att bli en attraktiv arbetsplats med en god arbetsmiljö där personal stannar och kan utvecklas.

Samtidigt måste dessa aspekter vägas mot den enskildes behov och upplevelsen av intrång i det privata livsutrymmet. Allt hänger ihop: Patientsäkerheten kan inte upprätthållas om inte arbetsförhållandena är goda och arbetsmiljön kan aldrig bli acceptabel om patientsäkerheten äventyras.

Här ställs allt på sin spets: Arbetet med nära vård förutsätter nytänkande för tre generationsskiften: För invånarna. För medarbetarna. För organisationen – från analog till digital verklighet. En organisation som också, med hjälp av medarbetarna eller andra personella och tekniska resurser, ska se till att alltmer av invånarnas gör-det-självt-hälsa fungerar.

### **Fyra hörnspelare, ett centrum och ett nav**

För den bredare bilden med nära liv – nära vård sätter vi in det i kontexten av ett alltmer smart nätverkssamhälle. I den här delen lyfter vi hemmet som cen-

trum för service i en modell med fyra hörnspelare som har stor betydelse för livet i detta hem, Boende, Distribution/Service, Arbetsliv och Hälsa. Vi presenterar också ett analysverktyg för de aktiviteter som ska utföras i hemmet. Det finns ytterligare en komponent, navet, som går igen i alla dessa delar. Vi kallar navet för Kontrolltorn. En gestaltning för samordning, informationsdelning, mm för att få helheten att fungera. Denna beskrivningsmodell representerar ett perspektivskifte som vi tror är essentiellt för det sömlösa nätverkssamhället.

Fördjupningarna i återstoden av inspirationsboken kretsar kring de ovan nämnda huvudkomponenterna, eller fyra hörnspelare, ett centrum och ett nav.



BOENDE



## Boende

**Man bör fråga sig** i vilken utsträckning som våra bostäder och hem klarar en funktion för nära liv – nära vård. Hur är det med tillgängligheten för den som bor och för den som tillhandahåller tjänster? Det är inte enbart vårdens professioner som behöver ha tillträde till bostaden. Det kan bli aktuellt med en hel del andra människor som behöver ha tillträde till personen. Och ju mer utbyggd e-handeln och nätverkssjukvården blir desto fler personer handlar det om. Väl utbyggd service blir då en faktor som ställs i relation till trygghet, säkerhet och fastighetens skalskydd. Samtidigt ställer det allt högre krav på samordning och informationsdelning mellan olika tjänsteleverantörer. Hur är den digitala uppkopplingen och dess kapacitet? Räcker ytan och dess disposition även till för de hjälpmedel och den utrustning som krävs för olika typer av vård- och rehabiliteringsinsatser. Frågorna gäller såväl det nya som det gamla bostadsbeståndet. Även om man i det nya beståndet slipper vissa tillgänglighetsproblem så finns det andra saker

som innebär svårigheter när det gäller nära vård.

Sverige har bostadsbrist. Boverkets prognoser angående behov av nya bostäder har under de senaste åren varierat mellan 500 000 och 700 000 fram till 2025. Frågan är hur stor del av detta behov som kommer att tillgodoses. En annan fråga gäller den allt dyrare marken som gör att det är en enda fråga som står i fokus: Hur många bostäder kan vi få plats med här? I kostnadsjakten uteblir den samhällsplanering som ska skapa plats för människors vardagsliv i relation till de funktioner och den yta som olika aktörer i det framväxande nätverkssamhället behöver.

### **Bor äldre i fel boenden?**

Nittiofem procent av alla som är 65 år och äldre bor i det ordinära bostadsbeståndet. Dessa bostäder motsvarar i nuläget i liten utsträckning de behov som finns inom gruppen. Enligt utredningen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer från 2017 (SOU 2017:21) bor en majoritet av de äldre i

bostäder med trappor som hindrar dem från att såväl förflytta sig inom bostaden som att komma ut och in i den. Exempelvis bor många äldre i trevåningshus utan hiss, som var den vanligaste hus-typen som byggdes under rekordåren 1965-1975. Utmaningarna för hemtjänsten och hemsjukvården växer oavbrutet.

”Fånge i sitt eget hem” är en relativt vanlig rubrik på tidningsartiklar som under åren skildrat konsekvenserna för många äldre. En av dessa som skildrats är Jenny, 82 år. Efter en stroke blev Jenny halvsidesförlamad. Hon blev isolerad i flera månader i en lägenhet på tredje våningen i ett hus utan hiss. En tvist med kommunen gjorde att hon överklagade till Förvaltningsrätten för att få någon ordning på sin situation. En process som kan vara nog så påfrestande för en person som har nog med bekymmer att hantera.

*Flera faktorer bidrar till liten rörlighet och en flyttkedja med stora brister*

Rörligheten påverkas av bristen på alternativa boenden för äldre. I Sverige finns det ungefär 10 000 trygghetsbostäder. Riksdagen beslutade 2018 om en förändring i Socialtjänstlagen som under-

lättar för kommunerna att införa denna boendeform. Sedan tidigare finns också ungefär 30 000 så kallade seniorbostäder. Samtidigt har platserna i särskilt boende minskat kraftigt under många år.

Bostadsanspassningsbidraget ger möjlighet för kvarboende i det egna hemmet, men utmaningarna ökar med en utbyggd nära vård i ett åldrande bostadsbestånd. Gränsen mellan standardförbättringar och bostadsanpassning kan vara hårfin. Redan i dag är det inte ovanligt att en person nekas bidrag då ansökan bedöms falla inom ramen för standardförbättring. Om en person exempelvis bor i en äldre villa där toalett och dusch endast finns på övervåningen eller i källaren, räknas ofta ett nytt badrum på bottenvåningen som standardförbättring. Många äldre har inte råd med denna standardförbättring även om man får rot-avdrag. Hur gör vi då när det inte finns några alternativ? En del mer omfattande bostadsanpassningar i flerfamiljshus stupar på att fastighetsägaren inte ger sin tillåtelse, eller att huset inte är påkopplat bredbandsnätet. En omfattande anpassning blir då inte hållbar i ett längre perspektiv. När trygghet och koll på vitala para-

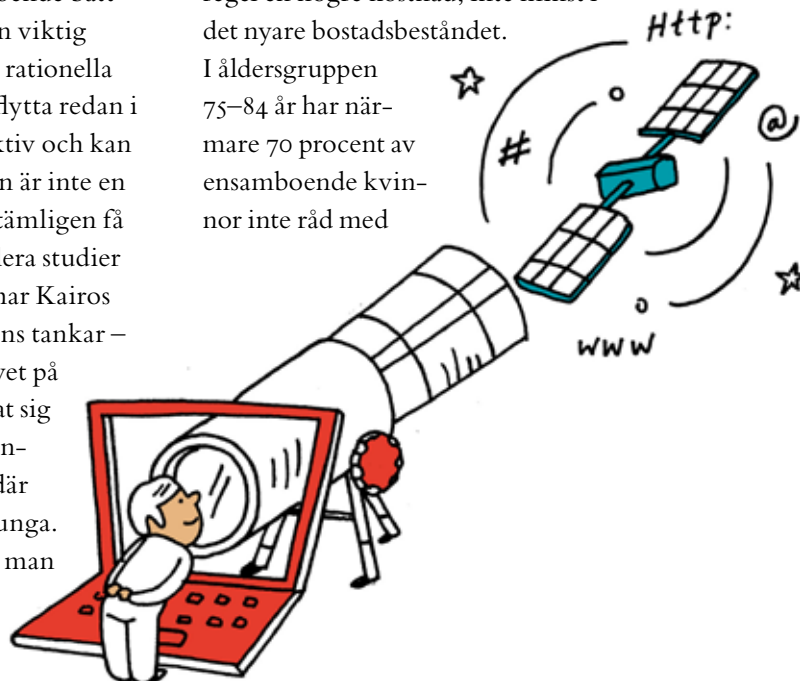
metrar ska hanteras av digitala assistenter behöver huset vara uppkopplat och den trådlösa uppkopplingen måste fungera även i entrén och boendets nära omgivning. Tillgängligheten samt möjligheten att installera ny teknik måste bli avsevärt bättre och det gäller särskilt det gamla bostadsbeståndet där en stor del av de äldre bor. Dagens bostadsbyggande måste bli bättre på att möta de utmaningar och möjligheter nätverkssamhället för med sig.

Att fler inte flyttar till ett boende bättre lämpat för äldre livet är en viktig fråga i sammanhanget. Det rationella valet skulle kunna vara att flytta redan i 60-årsåldern, när man är aktiv och kan ”bo in sig”. Men människan är inte en rationell varelse och det är tämligen få som tänker på det sättet. I flera studier bland rekordgenerationen har Kairos Future undersökt den sortens tankar – att förbereda sig för äldre livet på olika sätt. Det har dock visat sig vara frågor av mycket litet intresse i denna åldersgrupp där många anser sig vara evigt unga. En annan förklaring till att man inte är mer proaktiv utgörs

bland annat av flyttskatten. Det blir helt enkelt dyrare att flytta även om flytten går från en villa till en liten lägenhet. Flyttkedjan fungerar mycket dåligt i Sverige och bidrar till ytterligare en låsning utöver de som redan finns.

Nästan hälften av Sveriges äldre personer bor i större städer (>75 000 invånare), en fjärdedel i kommuner som är förorter till storstäderna eller på pendlingsavstånd till dem. Bara sex procent bor i glesbygdsområden. Boendet i tätorter medför i regel en högre kostnad, inte minst i det nyare bostadsbeståndet.

I åldersgruppen 75–84 år har närmare 70 procent av ensamboende kvinnor inte råd med



en nybyggd enrumslägenhet. I åldern 85 år och äldre är det 75 procent som inte har råd. I de båda statliga utredningarna hittills under 2000-talet (Äldreboendedelegationen och Utredningen om bostäder för äldre) har man lyft förslag om höjt bostadstillägg för pensionärer. Totalt sett bedöms behovet av nya lägenheter till 2030, för dem som är 65 år och äldre, att öka med ungefär 360 000. Tyvärr har endast ett fåtal kommuner gjort analyser av hur boendebehoven ser ut bland de äldre. Bostadsbristen för äldre kommer att bestå under lång tid.

### **Tillgängliga bostäder krävs för hållbar samhällsutveckling**

”Sverige har inte råd att bygga en enda ny bostad som inte fungerar för 80- eller 90-åringar.” Så skrev Susanne Iwarsson, arbetsterapeut och professor i gerontologi inom CASE vid Lunds universitet, i ett debattinlägg i Sydsvenskan i februari 2016. Det var riktat till den dåvarande bostadsministern som hade lagt ett förslag om slopade hisskrav för att få fram fler bostäder till asylsökande. Tillgängligheten i och till bostaden kommer att få allt större betydelse ur flera aspekter. För de äldre personer som har sitt hem där,

för alla dem som ska utföra hälso- och sjukvård, omsorg och annan service samt för samhällsekonomin. Det kommer att vara många olika behov och krav som skall tillfredsställas. Det går alltså inte att tala om tillgänglighet och användbarhet enbart utifrån hur miljön ska se ut. Det ska också finnas en personlig komponent.

Inom forskningen har man visat att det för äldre finns samband mellan olika aspekter av hälsa och olika aspekter i boendemiljön. En studie om äldres boendemiljö från 2007 som genomfördes under ledning av Susanne Iwarsson omfattade 2 000 personer mellan 80 och 89 år i fem länder. Studien visade bland annat att äldre personer som bodde i bostäder med låg grad av tillgänglighetsproblem, och som upplevde att deras hem var meningsfulla och användbara för att utföra vardagliga aktiviteter, var mer oberoende. De kunde i större utsträckning gå och handla, sköta sig själva och sina hushåll än de som hade en hög grad av tillgänglighetsproblem i bostaden.

#### *Tillgänglighet och användbarhet*

Sverige har ett flertal lagar och normer för tillgänglighet som reglerar byggan-



det av offentliga miljöer och bostäder. Plan- och bygglagen 2010:900 har ett flertal krav att uppfylla vid nybyggnation och reoveringar vad gäller tillgänglighet och användbarhet för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga. Oftast handlar det om krav i den fysiska miljöns utformning. I byggprocessen för bostäder använder man redan på ritningsstadiet bostadsanalyser. Det finns checklistor man följer för att kontrollera att miljöns utformning klarar normerna så att man inte bygger in miljöhinder. Det kan till exempel vara att samtliga sovrum i entréplan bör vara tillgängliga för en person i rullstol, att bostadens utformning ska underlätta anpassning, att det finns förvaringsutrymmen för vårdpersonal och plats för välfärdsteknologi. 2015 ändrades Diskrimineringslagen, 2008:567, till att bristande tillgänglighet kan räknas som en form av diskriminering. Lagen ställer krav på att en verksamhet ska genomföra skäliga åtgärder för att vara tillgänglig för en person med funktionsnedsättning. Betydelsen av den digitala miljön lyfts alltmer och den 23 september 2018 träder EU:s Webbtillgänglighetsdirektiv i kraft. En ny lag om tillgänglighet i offentlig service införs.

Det innebär att digital service som tillhandahålls av en offentlig aktör ska följa de tillgänglighetskrav som finns i föreskrifterna. Lagen omfattar statliga och kommunala myndigheter, beslutande församlingar i kommuner och landsting/regioner, offentligt styrda organ samt privata aktörer, yrkesmässig verksamhet inom förskola, skola, hälso- och sjukvård samt omsorg med offentlig finansiering.

Det finns några begrepp som handlar om relationen människa – miljö som ofta används i policydokument, plan- och bygglagstiftning utan någon tydlig definition som vi vill lyfta här. Det ena begreppet är tillgänglighet som ofta används utan någon klar åtskillnad mot begreppet miljöhinder. Ett annat begrepp som ofta används tillsammans med tillgänglighet är användbarhet. Forskningen visar att dessa två begrepp är närbesläktade men de omfattar skilda saker.

Susanne Iwarsson, med flera, forskar kring tillgänglighet och användbarhet i olika miljöer för äldre. De definierar tillgänglighet som mötet mellan personens funktionella kapacitet och miljöns krav/utformning. Tillgänglighet

omfattar alltså en miljökomponent och en personkomponent och är därmed ett relativt begrepp. När personens funktioner och miljöns utformning matchar varandra kan man säga att miljön är tillgänglig. Ett exempel på tillgänglig boendemiljö är när en person som har begränsad gångfunktion inte har några nivåskillnader som trösklar och trappor. För objektiv bedömning och analys av tillgänglighet har man utvecklat bedömningen Housing Enabler. Genom att mäta en persons funktionella begränsningar och miljöhinder var för sig, får man genom att relatera dessa till varandra ett mått för tillgänglighetsproblem i boendet. Sådana bedömningar kan även aggregeras upp på gruppnivå i syfte att ta reda på hur olika funktionsprofiler är relaterade till olika typer av miljöhinder.

Användbarhet innebär i sin tur människors egna värderingar av i vilken mån önskade aktiviteter kan utföras i en given miljö till exempel i det egna hemmet eller i någon annans hem. En god tillgänglighet ger inte per automatik en god användbarhet men ökar sannolikheten för att det blir så. Användbar-

het är svårare att mäta och aggregera till gruppnivå, men forskning pågår.

### **Vanliga tillgänglighetsproblem i äldres boenden**

I samband med regeringens utredning Bostäder att bo kvar i – Bygg för gemenskap i tillgänglighetsmätta boendemiljöer (SOU 2015:85) fick en forskargrupp inom CASE vid Lunds universitet i uppdrag att ta fram ett underlag om äldres tillgänglighetsproblem i boendet. I rapporten, Inventering av miljöhinder och tillgänglighetsproblem för äldre i bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden, har forskargruppen sammanställt sin forskning utifrån de fem miljöhinder som enligt Boverkets statistik är vanligast att åtgärda vid bostadsanpassning:

- Trappor enda förflyttningsvägen (hiss/ramp saknas)
- Trappsteg/trösklar/nivåskillnader mellan rum (bostaden i stort)
- Avsaknad av stödhandtag vid dusch/bad och/eller wc
- Duschplats med kanter/nivåskillnad
- Badkar i stället för duschplats

Dessa miljöhinder har sedan matchats med 4 vanliga funktionsprofiler för äldre, för att få fram graden av tillgänglighetsproblematik. Funktionsprofil 1 är den minst komplexa och omfattar begränsad rörlighet i en eller flera delar av kroppen. Funktionsprofil 4 är den mest komplexa och omfattar begränsad rörlighet i en eller flera delar av kroppen + begränsad förmåga att greppa och bära + beroende av förflyttningshjälpmedel + nedsatt syn.

Resultatet visar att om samtliga fem miljöhinder tas bort så minskar tillgänglighetsproblemen minst för de som har funktionsprofil 1 och mest för de som har funktionsprofil 4. Minskningen av tillgänglighetsproblematiken blir genomgående störst i bostäder som är byggda före 1965 och minst i bostäder byggda från 1980 och senare. Om alla äldre i flerbostadshus skulle få miljöhindret ”trappor enda förflyttningsvägen (hiss/ramp saknas)” åtgärdat skul-

le nästan 400 000 bostäder beröras. Av dessa är 49 procent byggda före 1960, 37 procent är byggda mellan 1961 och 1980 och 14 procent är byggda senare. Motsvarande siffror bland äldre som bor i småhus: Totalt 950 000 bostäder skulle beröras och av dessa är 34 procent byggda före 1960, 37 procent är byggda mellan 1961 och 1980 och 29 procent är byggda senare. Rapporten har många fler intressanta nedbrytningsnivåer och korstabuleringar samt detaljerad information om miljöhinder och funktionsprofiler som det inte finns utrymme för att återge i denna bok.

Ökad tillgänglighet för äldre personer i deras boende är en förutsättning för en hållbar framtid. Tillgängligheten i boendet är en viktig faktor för äldres hälsa och självständighet. I den framtida nära vården kommer tillgängligheten i en persons hem att få en större betydelse även för olika personalgruppers hälsa. Därför är det viktigt att vid nybyggnation och re-



noveringar ta till vara och tillämpa den kunskap som finns.

Att bygga nytt och rusta upp äldre hus är dyrt, men har vi råd att bortse från tillgänglighet ur ett större samhällsekonomiskt perspektiv? Ökat behov av omsorg och bostadsanpassningar kostar enorma summor varje år. Kostnaderna tas ur olika kassor och därför är det svårt att se helheten. Att vid nybyggnation och revoveringar i det gamla bostadsbeståndet eliminera de fem miljöhinder som oftast föranleder bostadsanpassning är inte genomgående dyrt. Att eliminera trösklar, sätta upp stödhandtag vid bad och dusch och anordna duschplats utan kanter kostar mycket mindre än investeringar för hissar och ersätta trappor vid entreér med sluttande plan. Det är genomgående lättare och billigare att bygga bort miljöhinder vid nybyggnation än vad det är vid upprustning/revovering. De byggnormer som vi har idag för den fysiska miljön räcker långt, men inte tillräckligt långt i framtiden. Det gäller särskilt när man börja tumma på reglerna och prioriterar kvantitet. Att eliminera



fysiska miljöhinder som påverkar äldres tillgänglighet i hemmet är en utmaning för många. Det kräver mer kunskap och eftertanke i ett långsiktigt perspektiv genom hela processen. Från det att samhällsplaneringen påbörjas och arkitekterna utformar bostaden och genom hela byggprocessen. Nätverkssamhällets krav kommer också att påverka tillgängligheten i våra boenden. Det kan handla om allt från var ledningar och kontakter för wifi ska sitta till hur varor ska levereras.

Allt från mat och blommor till sjukvårdsmaterial. Blir det stora skåp i entrén? Med eller utan kyla eller både och? Hur ska våra boendemiljöer utformas för att kunna möta nätverkssamhällets krav? Vilka normer ska vi ha?

När nätverkssamhället flyttar in i våra hem behöver vi betrakta tillgängligheten i hemmet utifrån olika perspektiv och kunna väga dessa mot varandra på ett medvetet sätt. Personerna som bor i hemmet har sina behov och krav utifrån hur de lever sina liv. Men hur förhåller sig dessa i relation till personalens behov och arbetsmiljö? Är hemmiljön även

användbar för de aktiviteter som personalen ska utföra? Detta är svåra frågor som inte har några generella eller enkla svar. En ökad personcentrering är en del av lösningen. I utvecklingsarbetet måste vi alla vara uppmärksamma på en balans mellan olika aspekter för de personer som bor i hemmet och för dem som svarar för vårdinsatser och leveranser.





SERVICE & DISTRIBUTION

## Distribution och service

**Livsnerven i nära vård** utgörs av en effektiv och säker logistik. Något som blir allt viktigare för att få helheten att fungera. Morgondagens vårdkrävande hemmiljöer kommer involvera långt fler aktörer och resurser än idag. Nya typer av kontrolltorn blir viktiga för att koordinera och samordna. Med individens behov och önskemål i centrum ska försörjning och logistik möjliggöra planerade hälso- och sjukvårdsaktiviteter där till exempel läkemedel, hjälpmedel, medicinteknisk utrustning och förbrukningsartiklar behöver vara tillgängliga. Logistikaktörernas förmåga till partnerskap och att utveckla försörjningssystemet blir avgörande för den nära vårdens utveckling och systemets hållbarhet.

### **Livsnerven distribution behöver prioriteras i landets kommuner**

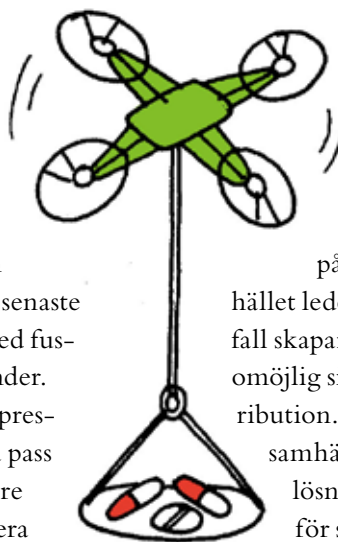
Den globala mobilitetsrevolutionen pågår. Uppkopplade fordon genererar mängder av data som används för att effektivisera transporter och service. Det ska bidra till bättre utnyttjande av den totala transportkapaciteten och en ökad

hållbarhet i trafiken. Trots åkeribranschens ständiga utvecklingsarbete finns det dock en kapacitetsbrist. Stort behov av samverkan för samlastning och distribution är en faktor. Kommunernas bristande förmåga att prioritera logistik- och distributionsfrågorna är en annan. Det saknas förslag och visioner för utvecklingen av godstrafiken och så länge det gör det bygger vi in nya flaskhalsar för distributionen. Allt medan e-handeln exploderar och nära vård expanderar med en alltmer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet. Underskottet på chaufförer är en tredje faktor.

Förutsättningarna för att uppnå tillräcklig kapacitet när det gäller antalet chaufförer är dock inte de bästa. Enligt åkeribranschens egen bedömning behövs det 50 000 lastbilsförare de kommande tio åren. Det finns företag i branschen som redan idag säljer av lastbilar för att det inte finns chaufförer att rekrytera. Ett annat exempel är inför julhelgen då näthandelsdistributionen konkurrerar extra mycket om de chaufförer som finns

vilket resulterar i uteblivna leveranser inom olika områden. Åkerinäringen sysselsätter över hundra tusen människor i Sverige. En bransch under press som de senaste åren alltmer konkurrerat med fuskanande åkerier från andra länder. Utländska åkerier som ofta pressar sina förare att köra långa pass utan att sova. Man håller nere priserna genom att kombinera usla löner med låg skattemoral.

Under 2017 e-handlade svenska konsumenter varor för 80 miljarder kronor om man beaktar handel från både inhemska och utländska aktörer. E-handeln har nått en nivå där den utgör den största tillväxtmotorn för detaljhandeln som helhet. Faktum är att i princip hela sällanköpsvaruhandeln tillväxt under 2017 skedde på nätet, vilket skall ställas mot en tillväxtandel på ungefär en fjärdedel bara två år tidigare. En majoritet av svenskarna e-handlar och utvecklingen bidrar till att sätta ytterligare press på distributionsapparaten när butikerna transformeras eller läggs ner. Samtidigt satsar man i



många städer och tätorter på hållbarhetsfrågor i form av gång-, cykel- och kollektivtrafik. Bristen på visioner för nätverkssamhället leder dock till att man i många fall skapar svårigheter, och ibland en omöjlig situation, för effektiv distribution. Detta och förtätningar av samhällsmiljön leder till trafiklösningar som innebär problem för såväl transporter som hemvårdspersonal att ta sig fram utan stora tidsförluster. Med effektiva trafik- och parkeringslösningar samt en kommunal samordning mellan hemtjänsten och godstransportörerna finns det stora effektiviseringsmöjligheter.

Behovet för kommunerna att prioritera logistik- och distributionsfrågorna handlar om att utveckla logistikfunktioner av olika storlek och karaktär. Det gäller hela skalan mellan e-handel och nära vård. Utanför de större orterna förläggs numera de stora logistikparkerna och de utgör en slags baser i den moderna distributionen. Så snart vi närmar oss staden och tätorten är det dock mycket begränsad tillgång på terminaler, hubbar



och centraler för omlastning, distribution eller hämtning. I jakten på kvadratmeter i tätorten, och med en samhällsutveckling med för smala perspektiv, finns vare sig nytänkande eller planering för logistikfunktioner eller samverkanslösningar mellan kommuner, landsting/regioner, samhällsutvecklarna, handeln och distributörerna. För att klara den ökande e-handeln och nära vård måste vi tänka nytt!

Distributionsmöjligheterna måste utvecklas ner på kvartersnivå. Eller egentligen ner till den sista metern. Den sista metern är den sista delen i länken till den aktuella bostaden och utgör en av de viktiga delarna i distributionskedjan. När vi diskuterar dessa frågor behöver vi också ta utgångspunkt i hur handel och distribution för konsumenten kommer att förändras framöver. Stora och snabba förändringar pågår kring detaljhandeln. Vilka butiker blir kvar och hur kommer deras roll att förändras? Allt mellan e-handel och e-hälsa åker med i diskussionen för hur vi ska lösa situationen för invånare och vårdtagare. Utvecklingen kring sista metern kommer att kräva nya kreativa lösningar. Det kan exempelvis

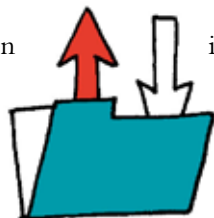
gälla lastfickor för lastfordon, lagerrum i fastigheter eller garage som byggts om till lokal distributionscentral.

### **Den sista metern**

Investeringar i ”den sista milen” och i ökande grad också det som kallas ”den sista metern” är en trend som pågått en tid. Utvecklingen drivs av den ökande e-handeln och utmaningarna att få en kostnadseffektivare logistik. Även inom hälsoområdet är e-handelsutvecklingen snabb och nätapoteket Apotea är ett tydligt exempel på detta. Apotea startade 2012. Redan under 2017 omsatte Apotea 1,5 miljarder kronor och man fortsätter den höga tillväxttakten med sikte på 2 miljarder 2018. Det nybyggda logistikcentret i Morgongåva invigdes mars 2018 och innebar en kraftigt ökad kapacitet. En månad senare skickade man över 30 000 paket på en enda dag. För att klara alla dessa leveranser till alla dem som gjort dessa beställningar har samarbetet utvecklats med flera transportörer, såväl gamla välkända som nyetablerade. Efter hand utvecklas också hos vissa av dessa transportörer möjligheter att följa paken i realtid på sin väg till den adress beställarna angett, med möjligheter att göra

leveransjusteringar om mottagaren vill det.

Konkurrensen mellan den fysiska butiken och e-handeln driver fram diverse nytänkande. Ett aktuellt exempel utgörs av den amerikanska detaljhandelsjätten Walmart som har öppnat en ny front i kriget om kunderna. I Arizona testar företaget, i ett pilotprojekt i samarbete med självkörande taxistartupen Waymo, att låta kunder som beställer online bli upphämtade med självkörande bil. I butiken har personal redan plockat ihop varorna och lastar in dem i bilen, som sedan för kunden hem igen. Räkna med att liknande lösningar kommer att tas fram även i Sverige inom en snar framtid. Affärsmo­dellerna utarbetas redan. Paketskåp i fastigheten eller där folk rör sig och bemannade utlämnings­ställen är ett par andra varianter för de lösningar som nu utvecklas. Fler alternativ är på väg. Nya typer av tjänsteplattformar med påtagligt inflytande från boendeaktörerna är en annan utvecklingsgren. Genom en sådan kan bättre länkar skapas mellan leverantörer, fastighetsägare och konsumenter. Ju bättre information



i den samordningen genom dessa plattformar – desto effektivare leveranser.

Såväl produkt- som tjänsteleveranser till hemmen ökar och framöver bidrar utbyggnaden av nära vård till ytterligare expansion. Detta kräver helhetssyn och samverkan för att undvika ineffektiva system. Ska vi klara omställningen krävs det en samordning av tjänster mellan olika branscher och aktörer. Den stora frågan blir då än en gång: Hur ser de kostnadseffektiva lösningarna ut som alla inblandade kan leva med? Och hur skapas lösningar som ger den önskade tryggheten? Det gäller såväl leveranser som returer.

### *Djävulen sitter i detaljerna*

Sista metern innebär inom hälsoområdet fler dimensioner än inom något annat område. Det finns inte utrymme för att göra detaljerade beskrivningar i denna rapport men en liten och förenklad utvecklingslista inom läkemedelsområdet får tjäna som illustration på några av många millimetrar med utvecklingsbehov i sista metern:

- Kylkedjan för de läkemedel som kräver det behöver formuleras för leverans till enskilda boenden.
- Principer för säker signering av läkemedel vid hemleverans behöver tas fram.
- En standard behöver formuleras beträffande funktionen hos de digitala låsen i medicinskåpen.
- Fastställande av principer för vem/ vilka som tillhandahåller medicinskåpen och enligt vilka principer det kan ske.
- Informationssystem som kan hantera leverans och signering enligt ovan.
- Informationssystem som stödjer uppföljning av förskrivna behandling samt följsamhet och som är kopplat till eventuell dosdispenseringsutrustning

Inom EU finns regleringar att utgå från i utvecklingsarbetet, som Good Manufacturing and Distribution Practices (GMP). Genom Läkemedelsverket finns också regelverk och standarder formulerade.





## Arbetsliv

**Arbete kan i dessa sammanhang** handla om såväl den som bor i det aktuella hemmet som den som tillhandahåller tjänster. I detta avsnitt kommer främst vi fokusera på hemmet som arbetsplats för hälso-, sjukvårds- och omsorgspersonal.

Enligt Socialstyrelsen var nästan 400 000 personer (391 870) någon gång under 2016 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Bland dem var 83 procent 65 år eller äldre. Över 40 procent av alla som fått kommunal hälso- och sjukvård har fått minst en åtgärd varje månad från samma kommun. Dessa personer är sannolikt i behov av kontinuerlig och regelbunden vård. Tre år tidigare, 2013, var motsvarande siffra 368 000 personer. En framskrivning av antalet personer som 2030 är mottagare av kommunal hälso- och sjukvård ger prognosen 481 000 personer. En ökning med cirka 22 procent mellan 2017–2030.

När hemmet blir andras arbetsplats får det konsekvenser för den som behöver insatserna men också för de andra per-

sonerna som bor där. Det är väl känt att både den person som behöver vård och omsorg och andra närstående som bor i hemmet upplever att det livsutrymme och självbestämmande som man haft i hemmet minskas rejält. Man känner att man behöver underordna sig personalen som kommer dit. Så här beskriver en observatör i ett utdrag från noteringarna i ett av de hem där Kairos Future följt hemtjänsten:

*”Hemma hos en brukare i Västerbotten fanns det många olika hjälpmedel från kommunen och landstinget. För den rätta funktionen på äldre da’r ökar mängden hjälpmedel dramatiskt och det är inte bara det personliga utrymmet som påverkas. Sakta ser brukare sina hem transformeras till en sjukvårdshubb – och mellan andningskompressorn och de utspridda dosetterna skymtar en tid innan hemmets invånare tvingades stajla om hela sin tillvaro. Vad vi fyller vårt hem med är starkt kopplat till identitet och social tillhörighet. Att introducera ny teknik ovanpå den utrustning som behövs för att överleva kan kanske i vissa fall vara att begära för mycket”.*

För att få acceptans för att allt fler vårdinsatser ska ske i det egna hemmet måste vägningen mellan hemmet som den privata livssfären och hemmet som en arbetsplats för andra ständigt diskuteras och beslutas med de berörda. Därför är det av största vikt att invånare med olika behov och personal blir medskapande i utvecklingen av den nya organisationen och de tjänster som finns där.

### **Nära vård i hemmiljö – en utmaning för långsiktig hållbarhet**

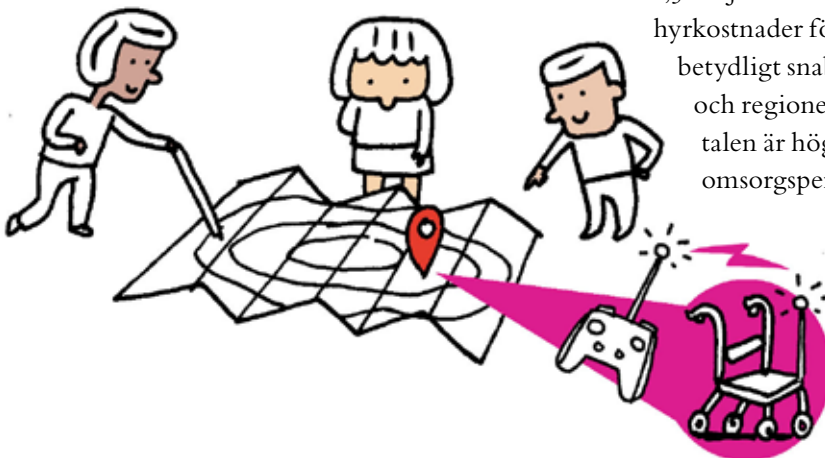
Kombinationen mellan generationsskiftet för organisation, invånare och medarbetare samt arbetsgivarens arbetsmiljöansvar och arbetslivslagstiftningen innebär en mycket stor utma-

ning för kommunerna. Redan idag finns det stora svårigheter att få till stånd de förändringar som behövs för att skapa en god arbetsmiljö. Organisering och ledarskap av arbetet måste förändras för att bättre passa med den utveckling mot den digitaliserade nära vård som påbörjats. Det behövs också en förändring att möta framtida krav på att arbeta mycket mer med hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande insatser. Personalen måste i större utsträckning arbeta i team och den interprofessionella kompetensen måste stärkas.

Vakanserna är vanliga i hemsjukvården och attraktionen till jobben allt tuffare att hantera. 2017 växte den kommunala bemanningsnotan med 17 procent till 2,5 miljarder kronor. Kommunernas

hyrkostnader för personal växer nu betydligt snabbare än landstingens och regionernas. Sjukskrivningstalen är höga bland vård- och omsorgspersonal. Av statistiken

framgår att de vanligaste diagnoserna bland kvinnor anställda i kommuner och



landsting är psykisk ohälsa och sjukdomar i muskuloskeletala systemet. De som drabbas av utmattningssyndrom är numera oftast yngre kvinnor. Men även män börjar öka i statistiken. De som sjukskrivs för utmattningssyndrom är borta längre och var fjärde blir sjukskriven igen. Sköterskor och undersköterskor tillhör de yrkesgrupper som idag löper störst risk att drabbas av långvarig sjukfrånvaro (2014 var det bland sjuksköterskor 35,0 fall per 1 000 sysselsatta och bland undersköterskor 37,9 fall per 1 000 sysselsatta).

En stor fråga är hur arbetsmiljön inom hemsjukvården kan förbättras med e-hälsolösningar, som appar till smarta mobiler? Förhoppningsvis kan e-hälsosystemen förbättra kunskapsstödet, ge bättre information och överföring av mätdata, minska stressen och ge bättre kontakter med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Målsättningen måste vara bättre arbetsmiljö och friskare personal inom hälso- och sjukvård och omsorg. Nedan lyfter vi några aspekter i arbetsmiljön som är speciellt viktiga och några aspekter har lyfts tidigare i den här boken.

### *Organisation*

Hur den framtida organisationen för hälso- och sjukvård och omsorg kommer att se ut, är svårt att spekulera om. Det finns inte utrymme att inom detta projektet att fördjupa området, men vi vill ändå påpeka att den framtida organisationen måste utvecklas med ett ”bottom up”-perspektiv. För att få vardagen att funka behöver både organisation och de smarta system som utvecklas utgå från den verklighet där vård- och omsorgsinsatserna faktiskt sker och de personer som finns där. Medskapande från dem det mest berör (invånare som behöver insatser och personal) måste finnas i den organisations- och tjänsteutveckling som pågår. Dagens organisationer präglas mycket av det omvända perspektivet, ”top down”, vilket sällan är det bästa. Det får negativa konsekvenser på hur man använder de resurser man har och leder till att arbetsvillkoren ibland blir mycket märkliga. Ett exempel är undersköterskor som besöker äldre som bor långt utanför stan som ska ha besök tre gånger per dag. Enkelresan kan ta 45 minuter men det finns inte en budget för att ta sig dit och tillbaka igen. Det finns kommuner där fortbildning

för all personal varit fryst i tre år. Det är vanligt att omsorgspersonalen arbetar i organisationer där tiden är minutsatt för varje insats. Det finns också kommuner där det ingår att hemtjänstpersonalen ska ansvara för besiktningen av den tjänstebil man använder. De strukturella problemen måste åtgärdas för att kunna komma vidare.

#### *Arbetsätt*

Kommunikationen mellan vårdnivåer, verksamheter och personal inom hälso- och sjukvård och omsorgspersonalen omgärdas av lagar och förordningar om säkerhet och sekretess. Det gör att den för många blir krånglig att hantera på ett bra sätt. Ofta är organisationen kring informationsöverföring präglad av otydliga ramar och samverkan tar mycket tid. Samtidigt har vi under de senaste åren fått flera lagar som ställer krav på samordning mellan olika vårdgivare. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612) trädde i kraft den 1 januari 2018. Syftet med lagen är en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg och reglerar hur fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (SIP)

ska tillämpas. Där anges också att det är landstingets/regionens öppna vård som ska vara dirigent för samverkan och säkra den fortsatta vården utanför sjukhuset.

Lagen har inneburit en ganska snabb förändring av arbetsformerna för informationsöverföring och samverkan. Man börjar lokalt i den nära verksamheten och provar sig fram till vad som passar bäst. Den digitala utvecklingen kommer att snabba upp processen. Nedan finns några goda exempel som har utvecklats lokalt i Sverige.

**Projektet Oskar** startade som ett samverkansprojekt mellan Oskarshamns sjukhus, Oskarshamns kommun, de tre hälsocentralerna i kommunen och samrehabiliteringen. Nu växer projektet till att omfatta även motsvarande instanser i fler kommuner och sjukhus.

Efter att en person skrivits in på sjukhus träffas de berörda vårdgivarna i ett virtuellt möte, om det förväntas att personen vid utskrivning kommer att ha behov av utökade insatser från primärvården eller kommunen. Videomötet börjar halvtio varje dag och tar ungefär fem mi-



nuter per patient. En vanlig dag handlar det om tio till femton personer. Tidigare kunde samma genomgång av en person ta cirka 4 timmar. Utöver den stora tidsvinsten innebär det en bättre kvalitet och trygghet för personen.

**I ett forskningsprojekt** kring SIP mellan Universitetssjukhuset Örebro (USÖ), akutkliniken, geriatrika kliniken, Örebro universitet och University of Leicester i Storbritannien genomförs ett forskningsprojekt kring omvårdnadsjournalen (ett journaltillägg). Av de cirka 17 000 som årligen besöker akutmottagningen USÖ utgörs cirka 30 procent av personer som är över 75 år. För att förbättra omhändertagandet och vården av de multishjuka äldre, ser man med stöd av omvårdnadsjournalen över hela vårdkedjan från personens boende till sjukhusvistelsen och planerar för en trygg och säker hemgång. Den extraresurs man har för detta har också kontakt med kommunen och mobila teamet på geriatrika kliniken vid behov. I omvårdnadsjournalen finns en checklista för bedömning av personens orienteringsförmåga, om personen klarar att gå/stå, genomföra toalettbesök och att hen kan

dricka. Man gör också en uppskattning av risken för trycksår, undernäring och fallolyckor. Även funktionsnedsättningar beträffande kommunikation, kognitiv svikt, nutrition och rörelseförmåga bedöms. Med den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus har man på samtliga vårdcentraler i Örebro också infört vårdsamordnare. De blir, om inget annat beslutas, den fasta vårdkontakten för dem som skrivs ut från sjukhuset.

De nationella kvalitetsregistren skulle kunna få en större roll än i dag och kan användas mycket mer för att dela information och resultat av olika insatser/åtgärder. SKL:s pågående utveckling av det nationella kunskapsstyrningssystemet med nationella kvalitetsuppföljningar arbetar med detta, men utgår främst från den nuvarande landstingsdrivna hälso- och sjukvårdens behov.

Därför vill vi i detta sammanhang peka på ett register som används till största delen i kommunerna. Det stödjer hälsofrämjande och förebyggande arbete och heter Senior alert. Till skillnad från många andra kvalitetsregister är det inte diagnosbaserat utan fokuserar på olika

områden som är viktiga för äldres hälsa, exempelvis fall och undernäring. Senior alert är ett vårdpreventivt register och möjliggör ett strukturerat och systematiskt arbetsätt. Det omfattar riskbedömningar, insatta åtgärder och uppföljning. Resultat kan tas ut på individ och grupp-nivå.

**Ett annat perspektiv** som vi lyft tidigare i boken är vikten av att arbeta i multiprofessionella team. Vi menar att teamarbete är viktigt utifrån att äldre ofta har komplexa behov och för att vård och omsorg verkligen ska bli personcentrerad. Om resurserna ska räcka till måste de insatser som görs vara riktade mot ett gemensamt mål, koordineras och göras av personer med ”rätt” kompetens i ”rätt” tid.

Det multiprofessionella teamet består förutom personen med behov och de närstående, av olika professioner som finns med vid målsättning, planering, genomförande och uppföljning av varje individs vård, omsorg och rehabilitering. De personer som hänvisas (remitteras) till ett multiprofessionellt team bör ha behov av insatser från flera olika

professioner. Hänvisningar kan komma till teamet både genom personen själv, annan personal eller från någon av teamets medlemmar. Ett teams insatser är personcentrerade, målinriktade och planerade. Teamarbete innebär inte att alla teammedlemmar träffar alla personer utan att olika teammedlemmar samarbetar på olika sätt runt olika personer beroende på behov.

För att det multiprofessionella teamet ska fungera krävs ett välfungerande ledarskap, men än mer betydelsefullt är att det finns en interprofessionell kompetens, det vill säga att professionerna lär om, av och med varandra. Forskning har visat att personal som arbetar i team med interprofessionellt förhållningssätt får en ökad förståelse för varandras kompetens, vilket leder till ett gemensamt lärande genom att åsikter omprövas och att samarbetet stärks. Väl fungerade team ser också mer till helheten och mindre på yrkesspecifika frågor, vilket främjar det personcentrerade förhållningssättet. Det viktigaste är dock att multiprofessionella team ger större nytta för den äldre personen. SBU:s utvärdering av rehabilitering efter operation vid höftfraktur visar

att multiprofessionella team ger bättre aktivitets- och funktionsförmåga samt förflyttningsförmåga än konventionell rehabilitering.

I de basteam som finns i dag ingår ofta läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omsorgspersonal och biståndshandläggare samt den person som behöver insatserna. Basteamen måste formars utifrån hur arbetet i den nära vården kommer att bedrivas. När mer specialiserad hälso- och sjukvård ska utföras i hemmet, krävs det att varje basteam har tillgång specialister från olika professioner som kan inkluderas i teamens arbete när personer har en komplex multisjuklighet eller diagnos som exempelvis stroke. Annars finns det risk för att teamet missar viktiga aspekter

som har betydelse för både diagnos och prognos. Övergången till en mer digitaliserad hälso- och sjukvård kommer troligen också innebära att nya kompetenser och professioner kommer att behövas i teamen.

#### *Fortbildning*

Arbetsmiljön handlar också om fortbildning för personalen. All fortbildning måste i ökad utsträckning ses som en nödvändig investering för framtiden istället för en ökad kostnad i ett kortare perspektiv. Fortbildning måste ges och följas upp kontinuerligt även om det är en stor utmaning för arbetsgivarna. All personal måste utifrån sina arbetsuppgifter få utbildning och handledning i att förstå och använda de digitala tjänster som används och hur de digitala informations-, kommunikations- och kunskapsstödsystemen fungerar samt handledning för att utveckla sina färdigheter i att använda dessa.



### **Konklusion kring arbetsmiljön för vård och omsorg i hemmet**

Det kommer även i framtiden att finnas svårigheter att anpassa arbetsplatserna för det arbete som skall utföras där. Inte minst i takt med att utbyggnad av nära vård sker och antalet vårdtagare i hemmen ökar påtagligt. Nya lösningar måste till för att det inte ska bli ytterligare försämringar med ökade sjuktal som följd.

Möjligheterna att anpassa hemmet i förhållande till personens vårdbehov med lämpliga möbler och utrustning måste få en högre prioritering i kommunerna. Dessutom behöver olika stöd utvecklas för att skapa användbara och attraktiva produkter som är funktionella för dem som arbetar i hemmet. En produktutveckling som också behöver ta hänsyn till att det är en hemmiljö de ska fungera i. Det handlar om att skapa produkter som smälter in i hemmiljön och som klarar kraven att vara både stödjande och trygga att jobba med.

Vi har tidigare poängterat att kommunerna behöver prioritera arbetet med att skapa förutsättningar för det hållbara arbetet i nära vård. I de etnografiska fält-

studier som Kairos Future genomfört sedan 2015 och följt hemtjänsten i ett antal kommuner, finns det några vanliga teman där mer borde satsas på utveckling än vad som sker.

### **Digitala resurser, system och utrustning**

Tillgången på tillräckligt bra bredbandskapacitet måste säkerställas över det geografiska området där den nära vården ska bedrivas.

- Lättillgängliga och användbara system för tjänster och informationsinhämtning och kommunikation för personalen.
- All personal måste ha tillgång till utrustning som smartphones, paddor och datorer som kan prata med varandra och som kan användas i den miljö där arbetet utförs.

### **Förvaring och avställningsytor**

- Förvaringsmöjligheter för sjukvårdsmaterial, mediciner och arbetshjälpmedel saknas ofta. Materialet förvaras på olika ställen där det stör minst. Men ofta blir det liggande på köksbordet. På något sätt ska det vara möjligt att hitta för nästa person som ska utföra en arbetsinsats i hemmet.

- En del insatser, exempelvis sårvård, kräver en hel del sårvårds- och förbrukningsmaterial. Ofta saknas rutiner, lämpliga arbetshjälpmedel och avställningsytor för detta vilket resulterar i att onödig tid går åt i hanteringen.

### **Läkemedel**

- Läkemedelshanteringen är omfattande i många hem. Många olika former av läkemedel hanteras, bland annat sorteras tabletter i dosetter och injektioner prepareras. I takt med att alltmer avancerade vårdinsatser utförs i hemmen blir det också aktuellt att hantera komplexa läkemedelsbehandlingar varav en del kräver kylförvaring.
- Språksvårigheter bland en del personal innebär en del risker i hanteringen.

### **Belysning**

- Belysningen i hemmet är ofta otillräcklig för det arbete som ska utföras där.

### **Personalens arbetsställningar**

- Åtskilliga moment i hemsjukvården innebär obekväma arbetsställningar. Det kan handla om allt mellan att sitta på golvet för att göra en insats till att

böja sig över personen i sin säng för att göra vissa saker.

### **Returhanteringen**

- I exempelvis sårvårdsarbete används mycket sjukvårds- och engångsmaterial som resulterar i avfall. I andra fall kan det handla om riskavfall i form av kanyler och riskklassade läkemedel. En hantering som ofta saknar rutiner och som personalen efter bästa förmåga försöker hantera.

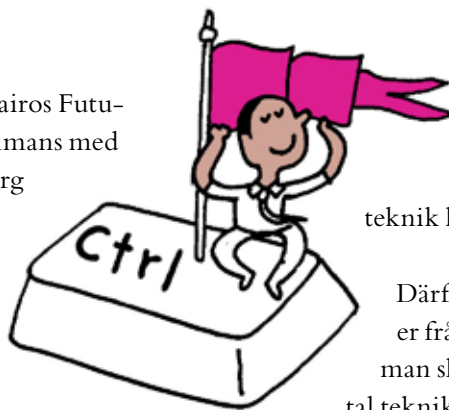
### **Tekniken som räddaren i nöden? Unga förstår att teknik kräver människor**

I SKL:s ekonomirapport 2017 kunde man exempelvis läsa: ”Kommunernas och landstingens arbete med att förändra och utveckla verksamheten måste intensifieras och i ännu större utsträckning inriktas på effektiviseringar med hjälp av ny teknik och nya arbetsätt.”

Att det är svårt att få ekvationen att gå ihop, förstår vem som helst. Hoppet sätts i hög grad till teknisk utveckling, som ska avlasta, underlätta och utveckla. En särskild plats har framtidens potentiella medarbetare inom omsorgen. Vintern

2018 genomförde Kairos Future ett projekt tillsammans med företaget Ung omsorg för att få in yngre människors syn på omsorgens framtid. Ungdomarna som deltog i både djupintervjuer och en större enkätundersökning arbetar deltid inom omsorgen. De är i regel födda kring millennieskiftet, alltså tonåringar eller i tidiga 20-årsåldern. Vi tror att den här gruppen har en hel del intressant att bidra med, som digitala infödingar i en ickedigital verklighet och med ett fräscht perspektiv på vård och omsorg.

Vi vet att det är en grundläggande generationsskillnad i inställningen till teknik mellan unga och äldre. Bland Ung omsorg-personalen säger 50 procent till och med att det skulle vara något som skulle kunna få dem att jobba inom omsorgen i framtiden om digital teknik användes på ett bättre sätt. Den rimliga slutsatsen är att de yngre har sett hur teknik används – eller inte används – inom vård och omsorg, och de är inte imponerade. Det



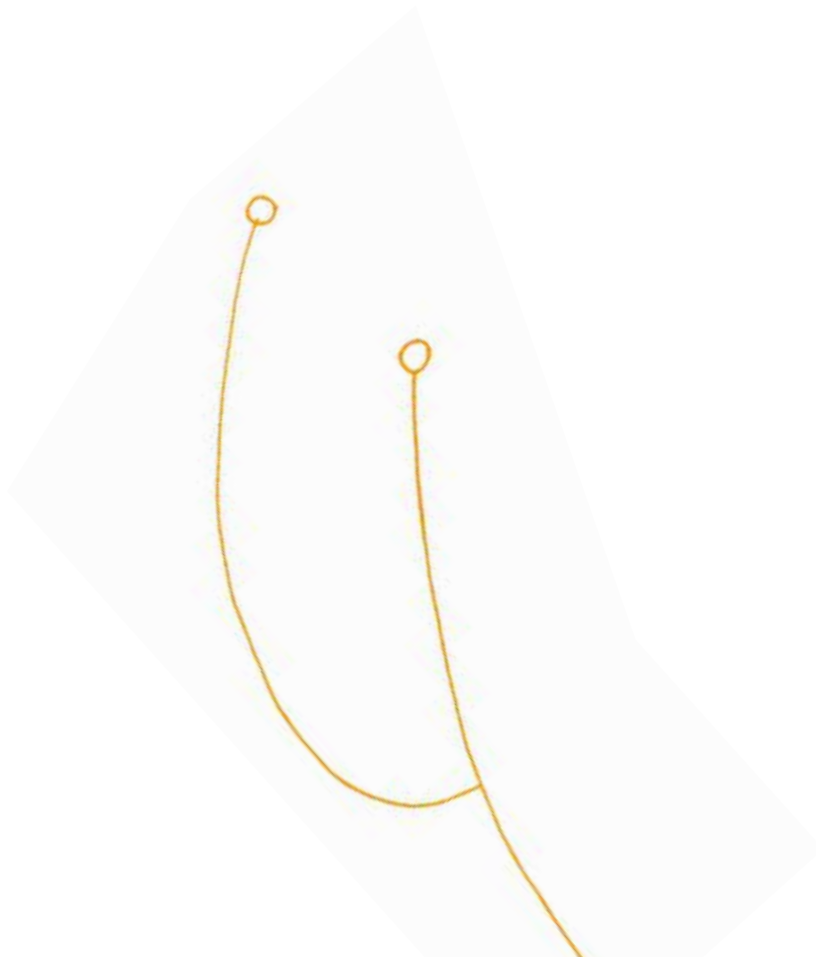
leder i sin tur till det mogna förhållningssättet: Unga förstår att teknik kräver människor.

Därför har vi i djupintervjuer frågat de unga på vilket sätt man skulle kunna använda digital teknik, i det här fallet i omsorgen, på ett sätt som skulle gagna omsorgstagaren. Ett bland många citat:

*”Att digitalisera saker kan frigöra tid och energi från människor som gör att de äldre kan få mer kontakt med människorna. Ifall det vore möjligt skulle det vara smidigt med en apparat som läser av tankar och sedan förmedlar dessa genom ljud eller skrift, vilket kan komma till användning för de äldre som inte längre har talförmåga”.*

Det som är gemensamt för alla idéerna som unga ger uttryck för i djupintervjuerna är att de alla rymmer insikten att teknik aldrig kan ersätta människor inom vård och omsorg, utan behöver fungera i samspel med människor. Paradoxalt nog har de unga ett betydligt mer moget förhållningssätt till teknik, de vet att det inte fungerar på det viset att man

kan slänga in en teknisk lösning, som ”löser allt” utan mänsklig inblandning. Den stora vinsten (med digital teknik) är när man inte ser den som ett mål, utan som ett medel och verktyg människorna inom vård och omsorg kan använda.





HÄLSA



## Hälsa

**Betydelsen av hälsofrämjande** och preventiva insatser har redan påpekats flera gånger i denna bok. Detta i kombination med digitala lösningar och gör-det-själv-hälsa är en väsentlig nyckel till hälsoframgångar i framtiden.

Teknikens intåg har genom sociala medier och interaktiva verktyg tagit ytterligare ett kliv in i våra liv och framtidens hälso- och sjukvårdsarbete är redan här. Nya visioner och strategier för innovationer inom e-hälsa formuleras på olika nivåer i samhället och möjligheterna är till synes oändliga. Samtidigt poängteras individens ansvar för hälsan och oundvikligen väcks därmed också frågan om delaktighet och engagemang – dvs vem som ska göra vad och vem som ska betala.

### **E som i engagemang**

Hur skapas engagemang? Trots det enorma utbud av hälsoinformation som finns idag är det uppenbart att många av oss inte lever så hälsosamt som vi skulle kunna göra. De flesta människor är

generellt sett tämligen medvetna om vad som är goda hälsovanor (t.ex. gällande kost, rökning, fysisk aktivitet, att följa läkarens ordination) men det räcker alltså inte för att vi ska anamma detta i vår livsstil. Det finns givetvis flera orsaker till detta, till exempel att vi prioriterar vår hälsa på olika sätt och att vi har olika uppfattning om vilka effekter våra levnadsvanor har för vår hälsostatus och vårt välbefinnande. Därmed är vi också olika benägna att förändra våra hälso-beteenden. En annan central orsak är lika enkel som komplex: det är svårt att förändra beteenden och vanor. Inom motionsfältet har till exempel forskning de senaste 30 åren stadigt visat att hälften av alla som börjar motionera slutar inom 3–6 månader, så kallad drop-out.

Därför är det viktigt att den som arbetar med hälsofrämjande insatser inser att det inte räcker att bara tillhandahålla information och/eller möjligheten att använda olika hjälpmedel, som exempelvis e-tjänster, utan att samtidigt även tillhandahålla professionellt utformade

stödfunktioner för att bidra till att initiera och upprätthålla hälsosamma vanor.

En lyckad hälsointervention förutsätter att vi fullföljer den, vilket i sin tur kräver engagerade deltagare. En viktig nyckel är alltså motivation och hur vi kan utforma interventioner och verktyg på ett sätt som främjar motivation och engagemang. För att lyckas med detta måste vi förstå beteenden och de psykologiska processer som ligger bakom beteendeförändring. Vi måste förstå de drivkrafter som motiverar och engagerar för att kunna utveckla och leda personer till insatser som funkar för dem.

#### *Engagemang på olika nivåer*

Deltagarens engagemang är emellertid inte tillräckligt, engagemang krävs på flera nivåer av olika aktörer – politiker, offentlig vård, arbetsgivare, näringsliv,

privat hälso- och sjukvård, m.fl. Frågan om delaktighet handlar alltså inte bara om medbestämmande utan också om möjliggörande, om kostnader och om vem som ska betala. Ska marknadens privata aktörer sörja för ett utbud av hälsorelaterade e-tjänster för den hushållskonsumenten att själv bekosta? Ska den offentliga vården utveckla och tillhandahålla sådana tjänster och erbjuda dem inom ramen för den gängse hälso- och sjukvården? Ska det vara tillgängligt för alla eller bara för den som har råd, är intresserad av och har tillgång till informationsteknik? Sådana frågor aktualiserar även frågan om ansvar och om vem som garanterar kvalitet och säkerhet för användaren. Hur säkerställer vi i möjligaste mån att interventionerna inte riskerar att inverka menligt på deltagarens hälsa eller att den digitalt lagrade personliga informationen inte hamnar i felaktiga händer? Ju djupare vi gräver i dessa resonemang desto fler frågor kommer i dagen och eftersom det oftast är bättre att förekomma än att förekommas vore det bra om vi adresserar dessa frågor tidigt, för att slippa behöva vara efterklokka. Det finns en stor utvecklingspotential och



oändliga möjligheter – frågan är bara vem som är engagerad?

### **Utbudet av digitala hälsolösningar exploderar**

Under några få år har utbudet av nät-tjänster, appar och andra applikationer inom hälsoområdet utvecklats i ett allt högre tempo. I det höga tempot har man på sina håll inte önskad uppmärksamhet kring säkerhet och integritet. Stöld och missbruk av data förekommer. Det är särskilt privata aktörer som gång på gång hamnar i rampljuset för att olyckliga saker händer.

Vem ska tillhandahålla information om utbudet, möjligheterna och vad det kan bidra med för hälsan har vi inte någon koll på än så länge. Inom kommuner och landsting försöker man hålla tempot uppe men de kommersiella aktörerna, ofta globala med stora resurser, leder utvecklingen. Frågan gäller som sagt inte enbart vem som är engagerad. Det handlar om vem som gör urvalet för det som ska subventioneras med offentliga medel. Det handlar också om hur apparna och tjänsterna samordnas med den offentliga sektorns egna digitala lösningar. Dessut-

om har vi viktiga frågor om ansvar, den ekonomiska fördelningen och vem som ska betala? Den nationella styrningen i frågor som dessa saknas till stor del. För att kunna satsa de begränsade offentliga resurserna effektivare behöver vi betydligt bättre utstakade mål och avgränsningar för utvecklingsarbetet. Varför inte fokusera på att verkligen skapa trygga och samverkansbefrämjande lösningar för att få den nära vården att fungera? Med de stora utmaningar som framöver finns på detta område är det inte rimligt att det ska bygga på några lokala initiativ som ska experimentera på området.

När det gäller nätläkarna så har de ju lyckats att dessutom komma med i sjukvårdens ersättningssystem. Den snabba expansionen på marknaden uppmärksammades dock av politiker och beslutsfattare som aktiverade regleringar och sänkta ersättningar samtidigt som man i den offentliga vården satte fart på egen utveckling av motsvarande. I ett försök att få någon ordning på gasa och bromsa i denna utveckling tillsatte regeringen i mars 2018 en utredning. Genom ett tilläggsdirektiv till utredningen ”Ordning och reda i vården” ska man utreda hur de

digitala vårdtjänsterna ska bidra till principen om vård efter behov.

Det ökande utbudet av smart vardagsteknik gör att många personer själva funderar på att köpa sådana applikationer och prylar för att lättare få vardagen att funka. Inom en nära framtid kan det komma att omfatta tämligen kapitalintensiva saker som exoskelett och intelligenta duschar. Många kommer själva köpa det de behöver och vill ha när de upplever behov av det. Den enskilde kommer på så sätt ta ett större eget ansvar för både gör-det-självt-hälsa, rehabilitering och prevention i relation till sitt tillstånd.

Konsumentprodukter och egeninköpta hjälpmedel kommer med stor sannolikhet i högre grad behöva lyftas in i rehabprocessen, men det kräver att professionerna har kunskap om dessa och att deras insatser inte begränsas av hjälpmedelslistor över förskrivningsbara produkter. Arbetsterapeuter arbetar sedan flera år med vardagsteknik som aktivitetsstöd i vardagen för personer med funktionsnedsättningar bl.a. med personer som har ADHD eller begynnande demens.

Kunskapen och vilka redskap och appar som man kan använda ökar ständigt. En del börjar användas och prövas inom forskningen men det är långt kvar tills det finns en samlad övergripande kunskap.

### **En infrastrukturell revolution, men haltande genomförande i digitaliseringen**

Det har under de senaste åren gjorts stora satsningar på digitaliseringsprojekt i kommuner och landsting/regioner. Ett problem har varit, och är, att de flesta av dessa stannar vid just att vara projekt. Sällan finns resurserna formulerade när det gäller fullskalig implementering och drift. En annan viktig del som hela tiden saknas gäller infrastrukturen och principerna för hur olika system ska samverka och hur genererad data ska lagras och delas mellan olika parter enligt generiska principer. I denna inspirationsbok finns ingen avsikt att försöka beskriva en del av dessa genomförda projekt eller en gestaltning av hur det skulle kunna se ut i framtiden. I återstoden av denna bok, och inte minst i det sista kapitlet med fallbeskrivningarna för Bengt och Birgit, finns dock en del exempel.

Det handlar om en infrastrukturell revolution med ett än så länge haltande genomförande där mycket återstår att göra beträffande lagar, samverkansprinciper, ersättningssystem, standardisering och begreppsapparat. En viktig fråga i det haltande genomförandet gäller vem som ska äga de data som genereras genom exempelvis den enskildes applikationer och realtidsmonitorering. Måhända är det så att framtiden kräver ett system där individen äger sina data och själv, eller genom ombud, tilldelar behörigheter för andra att nyttja dessa data.

Vad GDPR respektive så kallad blockkedjeteknik (tekniken bakom bitcoin) kan erbjuda i sammanhanget återstår också att formulera.

### **E-hälsa och nära vård kräver el och megabyte**

Beskrivningen av de fyra hörnplarna tydliggör att tillgången till el och megabyte är avgörande för utvecklingen i framtiden. En person kan genom användningen av e-hälsoprylar generera mer än 3 terabyte data. Det i sin tur innebär att Sveriges befolkning behöver en datalagringskapacitet för 30 miljo-

ner terabyte för hälsodata. För att kyla av hårddiskarna för den mängden data behövs 1 TWh el vilket motsvarar Sveriges elanvändning under tre dygn. Till detta kommer el för drift av systemen, distribution och tillgänglighet genom exempelvis internetmolnet, back-ups, speglingar, mm. För helåret 2016 använde Sverige totalt cirka 140 TWh el.

Till detta kommer el för produktion och laddning av batterier till elbilar. Lagar och regeländringar kommer med stor sannolikhet att katalysera omställningen från fossildriven till fossilfri fordonspark de kommande 15 åren vilket också ökar elbehovet. Om alla bilar i Sverige var elbilar skulle de behöva drygt 11 Terawattimmar (TWh) el per år – drygt 7 procent av Sveriges nuvarande elproduktion. Hemtjänsten, hemsjukvården, de mobila vårdteamen och distributörerna av läkemedel, hjälpmedel, mm kommer alla att påverkas av omställningen av fordonsparken. Vilka principer ska gälla för laddningen av exempelvis hemtjänstens bilar? Särskild plats inom kommunen och den logistik det skulle innebära med resor till och från för de anställda? Laddstolpe hemma hos personalen?

Möjlighet att ladda på vissa ställen under dagen?

Det ökade elbehovet ryms inom den del som Sverige idag exporterar till andra länder (15,6 TWh 2014) men av den delen skulle då inte särskilt mycket återstå. Så långt i kalkylen skulle det alltså inte finnas ett behov av att öka elproduktionen. Om vi å andra sidan ska avveckla kärnkraften till år 2040 behöver produktionen öka genom andra produktionsmetoder och/eller konsumtionen minska.

När vi pratar om digitaliseringen av vård och omsorg samt utvecklingen av nära vård handlar det ofta om förhoppningar att det ska bidra till att balansera utmaningen i den framtida bemanningen. Ambitionen är att skapa trygg, kvalitets-säkrad och personalreducerande intervention. Frågan är när vi kommer att prata om effektbalans i elnätet för skapa trygga förutsättningar för nära liv – nära vård.

I ett samhälle som vårt, där vi dessutom genomför en omställning av fordonsflottan, blir vi än mer elberoende och

ökar känsligheten ytterligare. Behovet av reservlösningar som batterilager ökar. För enskilda bostäder och fastigheter finns reservlösningar i form av batterilager redan idag. På vissa håll i världen har man växlat upp för att ha batterilagerkapacitet för större behov än så. I Hornsdale, 15 km norr om Jamestown i södra Australien, har man installerat ett batterilager som kan förse 30 000 hushåll med el. Anläggningen har också anslutits till en vindkraftverkspark i närheten. Med en kapacitet motsvarande 100 MW/129 MW är detta än så länge det största litium-jon-batteriet i världen.





## Hemmet är centrum för vardagsaktiviteter i livets olika hälsoskedan

**Mitt hem är min borg** är ett uttryck som mycket väl kan dammas av i dessa sammanhang. Hemmet är den plats där vi kan vara som allra mest privata, en plats där vi själva bestämmer, där vi kan göra vad vi vill, när vi vill och med vem vi vill. Hemmet är också en arena för sociala relationer, en plats för att kunna umgås med närstående, grannar och vänner. Hemmet är en plats att återvända till och koppla av i och som oftast känns trygg. Hemmet bär även på en djupare mening i våra liv och detta symboliseras ofta av de möbler och föremål som finns där. Det är faktorer som dessa som behöver finnas i åtanke då då den enskilde behöver nära vård och omsorg och hemmet transformeras till alltmer av arbetsplats för andra.

Det finns gott om förhoppningar att digitaliseringen ska bidra med nyttor för hälsa och trygghet i hemmet. Men digitaliseringen innebär också att det blir många fler faktorer att hålla reda på för att få helheten och vardagen att fungera.

Både för den enskilde och de personer som bor eller verkar i hemmet.

I nätverksamhället är det inte enbart vårdens professioner som behöver ha tillträde till hemmet. Med en mer utbyggd e-handel och nätverkssjukvård lär det inte bli mindre trafik. Det kan bli aktuellt med andra människor som behöver ha tillträde till hemmet och de personer som bor där. Det gäller vare sig det sker genom digital eller fysisk närvaro. Hemmet blir alltså i större utsträckning en arbetsplats för andra. Väl utbyggd service blir då en faktor som ställs i relation till det egna livsutrymmet, trygghet, säkerhet och fastighetens skalskydd. Samtidigt ställer det allt högre krav på samordning och informationsdelning mellan olika tjänsteleverantörer.





### **När blir fönstret mot omvärlden viktigt?**

Fönstret och dess betydelse är en viktig metafor i vår berättelse.

**För det första:** Fönstret blir i vår modell en metafor för åtkomst till liv, rörelse utanför hemmet och symboliserar också ett gränssnitt mot alla de personer som behöver ha tillträde för leveranser och service.

**För det andra:** Fönstret kan också användas för att förstå att det är många olika personer som behöver komma in i hemmet för att göra olika saker. Vad innebär det för de aktiviteter som de som redan bor där brukar göra? Får de plats? Vad innebär det för de personer som ska göra sina arbetsaktiviteter där? Går de att utföra? Kan jag göra som jag gör på mottagningen?





Digitaliseringen påverkar vad vi vill och bör göra, hur vi utför vardagsaktiviteter, vilka vi utför dem tillsammans med och när vi gör det.

## Det handlar om att få vardagen att fungera i nätverkssamhället

**I det här avsnittet** kommer vi att belysa komplexiteten i det faktum att allt fler personer från olika verksamheter/brancher/områden kommer att utföra sina arbetsuppgifter i någons hem. För överblick och insikt behövs ett övergripande perspektiv.

Det arbetsterapeutiska synsättet utgår från att människan formar och organiserar sitt liv genom aktivitet, det vill säga de vardagsaktiviteter som vi önskar eller behöver göra. Allt vi gör sker i interaktion med vår vilja och våra värderingar, förmågor och den omgivande miljön. Det påverkar när, var, hur och med vem vi utför aktiviteter. Vardagsaktiviteter skapar mening och struktur i vardagen och påverkar vår hälsa. Idag lider många äldre av aktivitetsbrist vilket påverkar deras hälsa negativt. Det motsatta – att ha alldeles för mycket aktivitet – är en vanlig orsak till ohälsa bland yngre.

Digitaliseringen påverkar och förändrar våra vardagsaktiviteter. Digitalitet är

ett begrepp som kan samla många av de frågor man har anledning att reflektera över. Digitalitet omfattar dels individens mognad (förmåga, vana och erfarenhet) i att använda digitala lösningar och dels om den digitala infrastrukturen i boendet och omgivningen.

Utifrån detta har vi utvecklat en modell för analys av de aktiviteter som ska utföras i relation till hemmiljön i nätverkssamhället. Vi kallar den Person-Miljö-Aktivitet + Digitalitet (PMA+D). Denna modell kan vara mycket användbar för alla (digitala) aktörer, då den kan användas för analys av olika personers eller olika gruppers aktivitet i samma miljö och relatera detta till tid.

### **Vardagsaktiviteter PMA+D**

PMA+D är en visualiseringsmodell som ska stödja samtal och utveckling för att få vardagen att funka för de personer som ska utföra aktiviteter i hemmet. Den utgår från en väl beforskad modell för att beskriva och analysera människans

görande/aktivitetsutförande i relation till person – miljö – aktivitet. Vi har förenklat modellen något och kopplat på dimensionen digitalitet.

Modellen beskrivs nedan på personnivå, men det går att aggregera upp för att visualisera på gruppnivå. Det är dock viktigt att tänka på att man inte generaliserar innehållet i modellens olika delar på för hög nivå så att beskrivningen i modellens delar blir för grov (t.ex. vård). Genom att använda modellen för flera grupper som kräver tillträde till hemmet, och kombinera den med en beskrivning av personer på gruppnivå, får man en visualisering av den komplexitet som hemmet har i det framtida nätverkssamhället.

**Görandet** ligger i figurens skärningspunkt mellan Person, Miljö och Aktivitet. Görandet är själva utförandet av en aktivitet, det är det vi ser. Det sker alltid i interaktion med personens vilja, värderingar och förmåga, miljö och typ av aktivitet. Detta innebär exempelvis att hur aktiviteten ”koka kaffe” görs är olika från person till person, beroende av vilken typ av kaffe vi gillar, vad vi har

för förmågor och miljön där man befinner sig.

**Personen** har olika värderingar om vad som är viktigt och meningsfullt att göra. En person har fysiska, kognitiva och känslomässiga funktioner som påverkar görandet. En persons förmågor är olika starka och varierar över tid. Under livet kan sjukdom och skada medföra att funktionsnedsättningar uppkommer som påverkar vårt görande.

**Miljön** är den kontext där vi gör våra vardagsaktiviteter. Vi befinner oss i den. Miljön har flera olika aspekter som interagerar och påverkar varandra. De utgörs av fysiska, digitala, sociokulturella och institutionella delar i miljön.

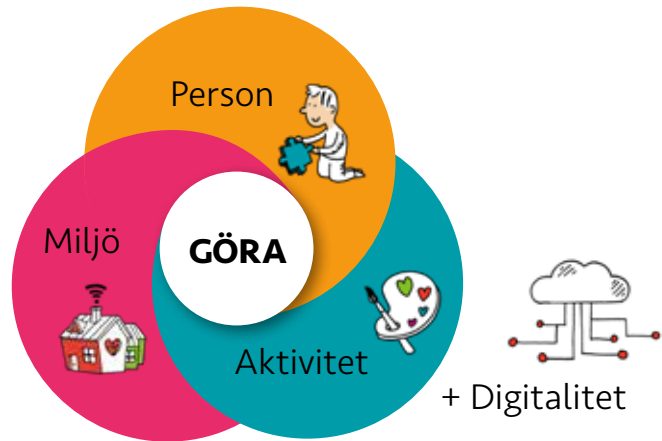
De vardagsaktiviteter vi utför påverkas alltid av miljön. Miljön kan underlätta och försvåra görandet, skapa miljöhinder. Exempel på hinder i den fysiska miljön är trappor som hindrar personer med barnvagn eller gånghjälpmedel att komma in eller ta sig ut. Exempel på digitala miljöhinder är när det är svårt förstå hur man ska navigera på en webbsida eller att det är för mycket information samtidigt

(exempelvis liten stil och flera fält med annan information och länkar). Ett annat exempel är hur aktiviteten *meditera* har olika innebörd i Sverige och Indien beroende på de olika sociokulturella miljöerna.

**Aktivitet** relaterar till olika typer av vardagsaktivitet och kan indelas i tre grupper:

- Personliga aktiviteter omfattar aktiviteter som syftar till att klara vardagens bestyr som exempelvis hygien och påklädning, förflytta sig och klara sig i samhället.
- Produktivitet omfattar aktiviteter som syftar till att försörja sig, ta hand om hemmet och familjen, tillhandahålla service till andra och utveckla sina egna förmågor.
- Fritid omfattar aktiviteter som utförs utan krav på produktivitet.

En del aktiviteter är rutinaktiviteter dvs sådant vi gör, ofta utan att tänka på att vi gör dem, exempelvis sätta på kaffebryggaren, duscha eller kolla om det hänt något på Facebook. Det gör att vi kan lägga energi och uppmärksamhet på annat under tiden. Förändringar hos person eller



*Modellen baseras på böckerna Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective (2002) och Aktivitet och relation – mål och medel inom psykosocial rehabilitering (2011).*

miljö kan medföra att personen måste utöka eller minska den aktivitetsrepertoar hen har. Digitalisering påverkar vilka aktiviteter vi utför och hur vi utför dem. Digitaliseringen skapar också nya principer för de aktiviteter som tas över av, eller överläts till, digitala enheter eller andra personer. Digitaliseringen medför också att nya aktiviteter uppstår.

### **Digitalitet**

Förändringarna som den nya tekniken medför är stora och genomgripande i våra vardagsliv. Vi anser att det behövs

en större medvetenhet om den mognad som krävs för att kunna använda tekniken och vilka nya behov den ger. Digitaliseringen påverkar vad vi vill och bör göra, hur vi utför vardagsaktiviteter, vilka vi utför dem tillsammans med och när vi gör det. Digitalitet påverkar alla komponenter i PMA och det sätt vi väljer att utföra en aktivitet. Den digitala mognaden påverkar hur vi kommer att kunna använda våra förmågor när vi utför aktiviteter. Energiförsörjning och wifi påverkar den fysiska och digitala miljön.

*Digitaliseringstrappan – modell för stöd till digital mognad*

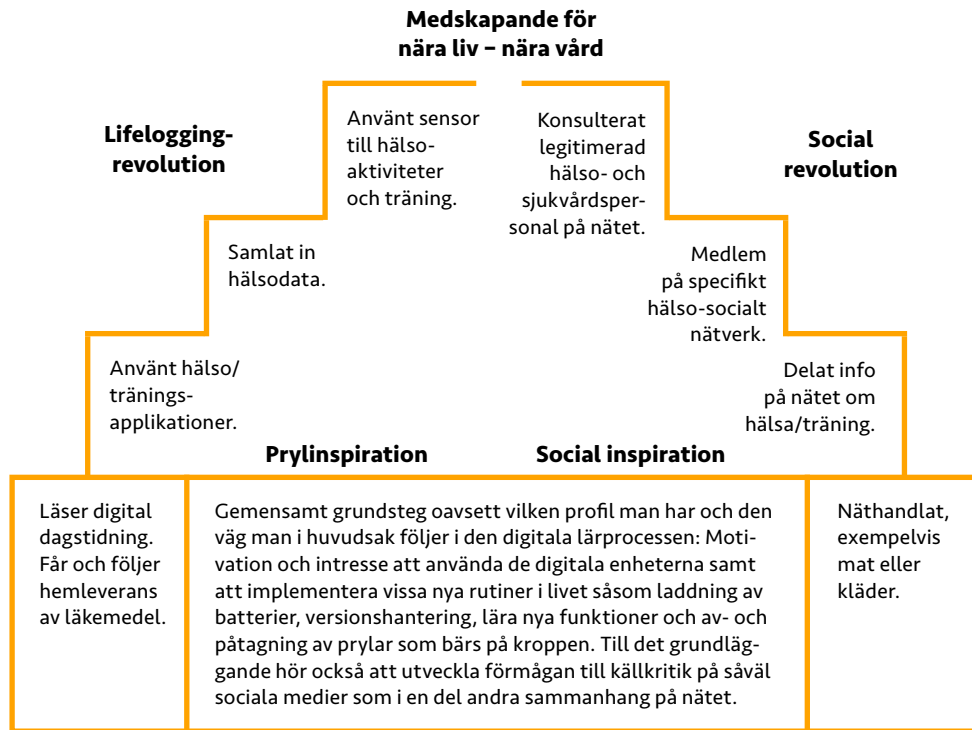
Digitaliseringstrappan är en illustration för den mognadsresa många följer när det gäller digital hälsa. Med trappornas hjälp kan vi placera in personer efter hur långt de har kommit i resan mot framtidens hälsokonsumtion enligt logiken kring teknikrevolutionerna och den framtida e-hälsan. Trappan knyter an till de tre teknikrevolutionerna: mobila revolutionen, sociala revolutionen och lifelogging-revolutionen. Den vänstra trappan motsvarar resan kring lifelogging-revolutionen och den högra

trappan motsvarar resan kring den sociala (samskapande) revolutionen.

Den mobila revolutionen driver konsumenten uppför båda trapporna, men bildar ingen egen trappa i modellen. Den har däremot fått ett par exempel längst ut till vänster och höger i det grundläggande steget. Där finns ett par exempel på sådant som är kopplat till nära liv. *Till vänster:* Läser digital dagstidning. Får och följer hemleverans av läkemedel. *Till höger:* Näthandlat, exempelvis mat eller kläder.

I mitten av samma formation finns ett gemensamt grundsteg oavsett vilken profil man har och den väg man i huvudsak följer i den digitala lärprocessen.

Motivation och intresse att använda de digitala enheterna samt att implementera vissa nya rutiner i livet såsom laddning av batterier, versionshantering, lära nya funktioner och på- och avtagning av prylar som bärs på kroppen. Till det grundläggande hör också att utveckla förmågan till källkritik på såväl sociala medier som i en del andra sammanhang på nätet.



*Digitaliseringsstrappan – modell för stöd till digital mognad.*

På respektive trappa finns olika steg, eller nivåer, som operationaliserats med frågor i medborgarundersökningar (Kairos Future 2010–2015). Högst upp finner vi de individer som ligger längst fram i hälsorevolutionen, som når upp till översta trappsteget på båda trapporna: En grupp av människor i vårt samhälle som via social och/eller pryl-inspira-

tion känner sig förtrogna med att använda digitala prylar och lösningar för hälsa, trygghet och/eller bekvämlighet. Man behöver inte ha uppnått ett trappsteg för att komma till ett högre steg – även om det i praktiken förhåller sig så bland de respondenter som deltog i undersökningarna.

Det handlar om att få vardagen att fungera i nätverkssamhället

*Vad blir grundläggande behov i en allt mer digitaliserad nära vård?*

Med digitaliseringen i allmänhet, och av välfärden i synnerhet, ser vi att digitalitet införlivas alltmer hos oss som personer. Allt fler av våra behov, och tillfredsställandet av dessa, påverkas av digitaliseringen och den omstrukturering av välfärden som sker. Man kan leka med tanken att Maslows behovspyramid kanske behöver kompletteras med några nya behov. Att nätverkssamhället med en digitaliserad hälso- och sjukvård och omsorg formar nya grundläggande behov i basen för behovspyramiden. Vi ser framför allt två:

- **Wifi.** För att kunna tillfredsställa behov kopplade till exempelvis nära liv – nära vård behövs stabil och säker uppkoppling till nätverkssamhället. Trådbunden som trådlös internetförbindelse är inte en självklarhet för alla. Cirka 20 procent av alla äldre mellan 65 och 85 år står idag utanför det digitala samhället och är vad man skulle kunna kalla cyberstumma.
- **Energiförsörjning.** Vi kommer att få ett ökat behov av stabil, säker och

stabil tillgång till elförsörjning i vår miljö. Batterier är en lösning som med digitaliseringen tar alltmer plats i diverse vardagsteknik. När livet, hälsan och tryggheten hänger på att batteriet är laddat inser man att grundsteget i behovspyramiden blir ett annat.

Men hur ser vi till att de batterier som måste ha laddning verkligen har det? Här finns det återigen kopplingar till digitaliseringstrappan. Hur är det med motivationen, engagemanget och rutinerna för de olika momenten i den digitala användningen? Hur säkerställer vi



*Maslows behovspyramid, kompletterad.*



att prylarna alltid är laddade? Frågor av det slaget blir särskilt angelägna då effekter av åldrandet gör sig gällande. Sannolikt har dessa så vital betydelse för det framtida livet att de behöver finnas med i kommande utgåvor av samhällsinformation till allmänheten.

### **Digitalitet och vardagsteknik i relation till åldrandet**

Vardagsteknik är ett begrepp som används för att beskriva alla de tekniska produkter eller system som används i vardagen. Tekniken kan vara enkel och basal men också komplicerad. I framtiden kommer den att bli allt smartare och våra hem kommer i stor utsträckning att innehålla maskiner och system som styrs med appar på digitala enheter. Till detta kommer alla digitala funktioner för tjänster av alla de slag. I dag är det oftast en smarttelefon i framtiden kan det vara via ett röststyrt system. Allt fler funktioner kommer att byggas in i olika apparater vilket medför ökade krav på kognitiv förmåga för att förstå hur de olika funktionerna ska hanteras, styras och koordineras. Vardagstekniken påverkar till stor del vårt görande och kan leda både till



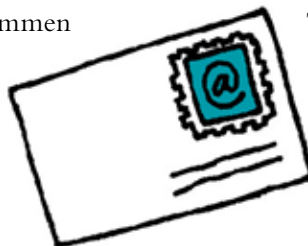
utanförskap och ökad delaktighet. Det gäller även äldre.

Både dagens äldre och rekordgenerationen har genomlevt flera stora tekniskiften och är därför vana vid att anpassa sig till hur ny teknik påverkar deras vardagsliv och miljön de vistas i. Arbetsterapeuter har utifrån sin forskning beskrivit hur äldre upplever och använder hjälpmedel, digital teknik och vardagsteknik i boken Vardagsteknik och äldre personer. Forskningen slår hål på myten att äldre är negativa till ny teknik. Många äldre har en övervägande positiv inställning till teknik och teknikanvändning. Men man har ofta en pragmatisk inställning – varför skaffa en ny modell när den jag har fungerar och löser problemet? Äldre använder teknik för att kunna vara så oberoende som möjligt och för att underlätta aktiviteter i vardagen, olika teknik för olika faser i livet. En del äldre köper själva ny teknik för att man är intresserad, men med stigande ålder blir det vanligare att ny teknik introduceras av andra. Det kan till exempel vara genom närstående som köper smarta saker för att de ska kunna utföra sitt arbete där.

En hel del vardagsteknik kommer in i hemmet när man behöver omsorg och sjukligheten ökar. Det kan exempelvis vara trygghetslarm och olika tekniska hjälpmedel. I framtiden kommer den nära vården att ställa krav på att det ska finnas mer vardagsteknik i hemmen utifrån personalens behov. Det blir nödvändigt för att man ska kunna utföra sitt arbete där.

Avtagande funktioner och för-  
mågor som nedsatt rörlighet,  
känsl, syn och kognition är en del av  
det normala åldrandets villkor som på-  
verkas av hälsan. Därför måste all intro-  
duktion av ny vardagsteknik vara per-  
soncentrerad och anpassas till personens  
behov och förutsättningar. Mycket av  
förståelsen av tekniken går via den egna  
kroppen, det praktiska görandet. Den  
apparat som vi styr vardagstekniken med  
blir i aktiviteten en förlängd del av krop-  
pen. Därför behöver man träna praktiskt  
tills man känner sig trygg i användandet.  
Det måste finnas tid för instruktion och  
träning tills den äldre personen förstår  
tekniken och använder den i sin vardag.  
Vid sjukdom som ger kognitiva nedsätt-

ningar över tid, till exempel vid demens,  
är det nödvändigt att ny stödjande var-  
dagsteknik tränas in så tidigt som möj-  
ligt. Det är viktigt att integrera tekniken  
innan funktionen sviktar ytterligare.



Teknik som ska använ-  
das sporadiskt bidrar inte  
till ökad trygghet om an-  
vändaren inte förstår att  
tekniken i det resteran-  
de hemmet, i form av

sensorer, kameror mm, verkar  
som ett skydds nät. Det ska bara funge-  
ra. Teknik som fyller ett behov och som  
ingår i den vardagliga rutinen används  
oftare och är ofta lättare att lära sig han-  
tera. Ett exempel på detta finns i följande  
utdrag ur noteringarna från ett av de  
hem där Kairos Future följt hemtjänsten:

*”Att förstå tekniken är en förutsättning och  
i fallet med ledljus förstod inte brukaren att  
lampan var i behov av en fungerande sensor,  
placerad på en strategisk plats. Frustrationen  
var påtaglig i mötet med brukaren. Hon vil-  
le helst att den tekniken skulle plockas bort  
omgående. Det finns litet utrymme för stru-  
lande teknik eller när funktionaliteten inte  
är uppenbar. Intuitiva koncept som i fallet*

*med ledljus kan potentiellt vara kontraproduktiva. Hjälpmedel i hemmet är ofta mycket konkreta: Rullator för att gå bättre, eller andningsapparater för att andas bättre. Orsak och verkan. Ett teknikdrivet hem som inte introduceras om och om igen av anhöriga eller hemtjänst riskerar därmed att passera förbi obemärkt, oanvänt och ouppskattat.”*

Den grundläggande frågan handlar om hur flexibiliteten behöver vara för att kunna hjälpa olika individer och olika behov att hantera digital teknik. Alla funktioner i vardagstekniken ska vara lätta att hantera trots begränsningar med kognitiva och fysiska funktioner. Den ska också gå att använda i vardagen, teknik som inte upplevs som enkel används inte av äldre. Detta ställer krav på aktörer som utvecklar tjänster och produkter.

Tekniken behöver därför utvecklas utifrån en större kunskap om hur åldrandet och sjukdom påverkar våra fysiska och kognitiva funktioner.

Äldre personer med god hälsa har till exempel svårigheter att svajpa på pekskärmar. Fastän man gör rätt så tar inte

skärmen kommandot trots många försök. Detta beror på att med åldrandet så förändras huden och blir torrare vilket skärmarna inte är gjorda för. Känslen avtar också ofta med åldern och bidrar till att det är svårare att bedöma hur hårt man trycker. Elastiska skärmar kan vara en lösning. Om skärmen för kommando är elastisk så att den buktar uppåt för varje system man vill gå in i så kan man känna att man sveper uppbuktningen åt rätt håll. Vid bristande kognitiv funktion fungerar till exempel inte intuitiva lösningar för hur man ska göra.

Det behövs lösningar som tar hänsyn till gruppens svårigheter och är anpassade till gruppens behov. När äldre upplever att de kommando man ger inte



tas emot skapar detta osäkerhet. Att inte ha trygghet om det ska funka eller ej leder till osäkerhet och att man slutar använda tekniken. Det bör därför gå att välja om man enbart ska använda synen, svajpa och toucha med ett finger eller speciellt hjälpmedel. För användbarhet bland äldre måste utvecklingsarbetet ägnas mer än hittills åt att skapa enkelhet och tydlighet. Med få kommandon, enkla symboler, anpassningsmöjligheter för symbolers storlek och färger samt valfrihet mellan röststyrning, ögonstyrning, röstkommando eller viss kroppsrörelse ska personen kunna hitta interaktionslösningar som fungerar.

Både äldre personers och personals ökade användning av digitala och tekniska lösningar innebär ofta att hemmet belamras med alltmer utrustning med tillhörande kontrollenheter. Det påverkar tillgängligheten och användbarheten. Den teknik som används ska kunna kontrolleras och styras av ett fåtal fjärrkontroller. Tekniken tar också upp plats i hemmet och kan på så sätt hindra



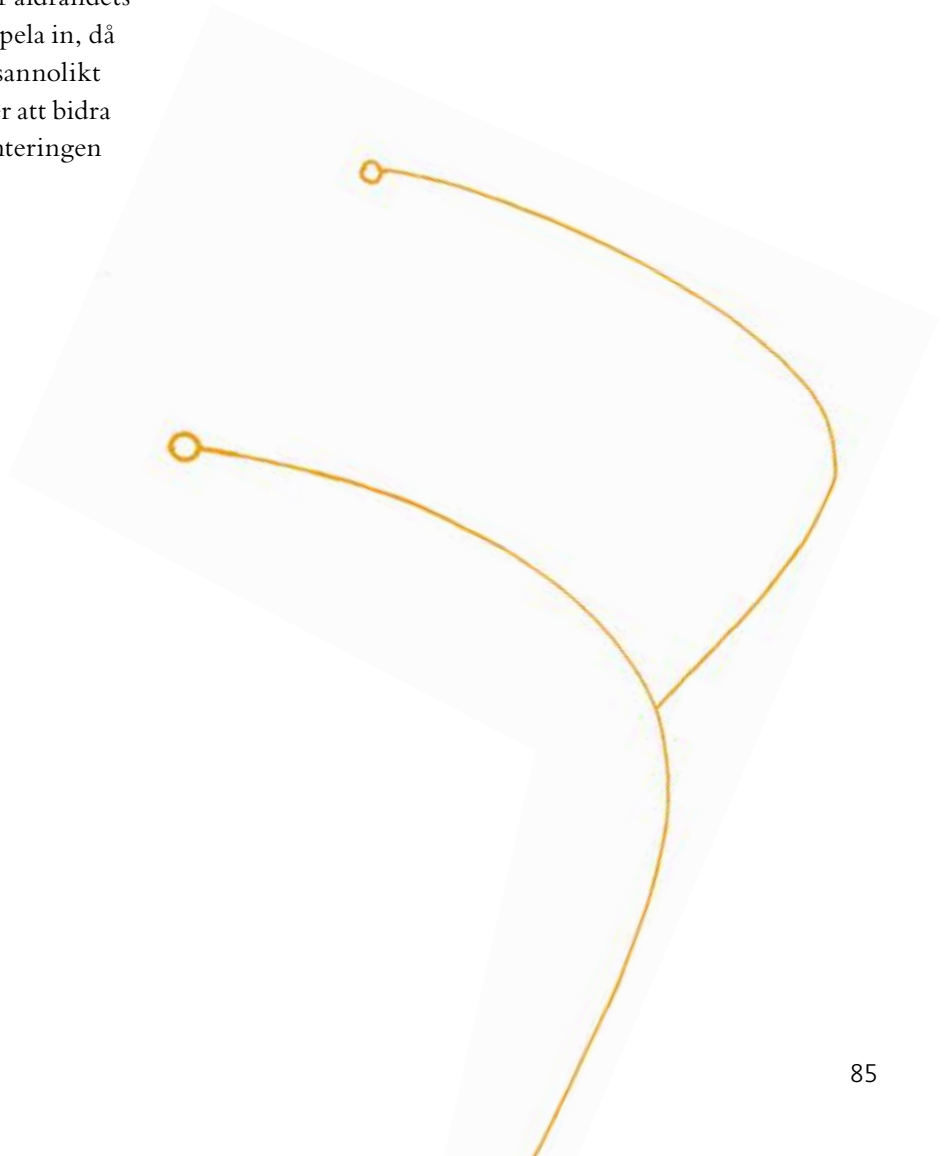
utförandet av andra aktiviteter.

Tekniken bör därför vara trådlös för att undvika en massa miljöhinder i form av elsladdar och kablar som kan öka risken för fallolyckor. Rutiner för laddning av tekniken behövs och ett säkert back-up-system måste finnas samt distanslarm för extra känsliga funktioner och apparatur.

*Tekniken är ibland trubbig och når inte fram till de äldre*

I de etnografiska fältstudierna som Kairos Future genomfört i ett antal kommuner sedan 2015, och som det redovisats ett par utdrag från tidigare i rapporten, finns en röd tråd. Det som många av de äldre i dagens hemtjänst inte förstår eller uppfattar handlar om vad tekniken syftar till eller hur den fungerar. De är ovana, oerfarna och analoga i profilen vilket gör dem till en speciellt svår grupp att nå fram till. Därtill följer nedsatt sensorisk förmåga och i vissa fall ett försämrat minne samt sjukdomar och krämpor som hör åldrandet till. Under överskådlig tid är det

denna kategori vi behöver ha i åtanke i utvecklingsarbetet. Efter hand fyller vi på med äldre med mer (digital) teknikkvana, men sannolikt kommer åldrandets sjukdomar och krämpor att spela in, då som nu. Dessutom kommer sannolikt teknikutvecklingen framöver att bidra med än fler utmaningar i hanteringen för de äldre.



”

I det utvecklingsarbete som pågår  
får kontrolltorn och samordnings-  
lösningar för litet utrymme.

## Kontrolltorn på olika nivåer

**Vi har tidigare i boken** beskrivit modellen med fyra hörnpelare (Boende, Distribution/Service, Arbetsliv och Hälsa) som har stor betydelse för livet i hemmet samt den femte komponenten, navet – kontrolltorn på olika nivåer.

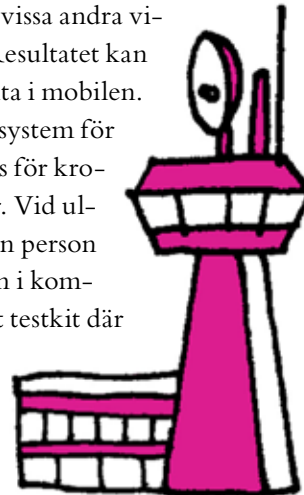
I det utvecklingsarbete som pågår får kontrolltorn och samordningslösningar för litet utrymme. Från dagens lösningar för hemtjänst och hemsjukvård till vad som behövs i nära vård och utökad vård och omsorg i de äldres hem är steget stort när det gäller utvecklingsinsatser. Planering och samordning sker idag dag för dag av personalen själva, dels för att verksamheten kräver det, dels för att man saknar strategiska perspektiv som rör transporter, distribution, samordning och informationsdelning.

Kontrolltorn behöver skapas för samordning av data, personella resurser och distribution för en kostnadseffektiv, trygg och säker nära vård. Deras betydelse får inte underskattas. På sikt bör det finnas kontrolltorn för olika nivåer,

från den enskilde individen till nationell nivå. Den nationella nivån måste också ha väl utbyggda kopplingar till en internationell nivå.

### 1. För den enskilda individen

För den enskilde finns den första generationens kontrolltorn redan idag. Det kan t.ex. röra sig om en smarttelefon och ett antal appar. För hälsofrämjande använder många individer appar för att exempelvis beskriva hur mycket man utövar aktivitet och rörelse och var det sker. Samtidigt mäter samma app, eller en annan, puls och vissa andra vitalparametrar. Resultatet kan man själv betrakta i mobilen. Det finns redan system för kontroll av status för kroniska sjukdomar. Vid ulcerös kolit kan en person använda mobilen i kombination med ett testkit där avföringsprov som tas hemma kan analyseras. Resul-



tatet av testet dokumenteras av personen med mobilen. Personen får en första statusindikation, och via teleoperatören skickas den till en analysenhet som är bemannad av specialist inom det medicinska området. Med återkopplingen från analysen får man reda på om den kroniska sjukdomen är under kontroll eller om tid behöver bokas för besök på kliniken.

För andra sjukdomar, exempelvis KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom), kan en person låta en tjänsteleverantör följa de hälsodata som genereras. I det fallet har personen alltså valt att låta någon annan följa sitt tillstånd regelbundet. När hälsovärdena avviker kan aktören ta kontakt och koppla in läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för justering av behandlingen.

En annan betydelsefull funktion är att jag i mobilen kan få information om att en läkemedelsleverans är på väg. Extra viktigt kan det vara i de fall då läkemedelsdistributören ska leverera så mycket som en lastpall med sådant som behövs för självdialys i hemmet.

Med den andra generationens kontrolltorn avsedda för den enskilde kommer vi att kunna få mer samlade bilder i en och samma vy eller applikation. Det förutsätter dock att vi kommit längre i den standardisering som krävs för bättre koordinering av olika system och data.

## **2. För bostaden och fastigheten**

Sista metern, dvs den sista delen i länken till den aktuella bostaden, är en del i distributionskedjan men långt ifrån den enda som förtjänar en diskussion kring livsnerven för att få den framtida allmer distribuerade vården att fungera. När vi diskuterar denna del behöver vi också ta utgångspunkt i hur handel och distribution för konsumenten kommer att förändras framöver. Stora och snabba förändringar pågår kring detaljhandeln. Vilka butiker blir kvar och hur kommer deras roll att förändras? Det är frågor som vi inte kan avhandla här men att stora förändringar kommer att ske kan vi vara säkra på. Detta kommer att påverka samhället och förändra den offentliga miljön och våra boendemiljöer med nära grannskap. Det är viktigt att det finns en samverkan på olika nivåer. Alla från ledare på hög nivå, till samhällsplanera-



re och företrädare för olika branschens yrkesgrupper. Det kan till exempel vara arkitekter, ingenjörer och arbetsterapeuter. Det politiska ledarskapet och medborgarna måste också kunna påverka.

Allt mellan e-handel, e-hälsa och nära vård åker med i diskussionen för hur vi ska lösa situationen för framtida leveranser och behovet av kontrolltorn för dessa. Digitala dörrlås underlättar för hemtjänsten och vårdpersonal att lättare komma in i bostaden där de ska utföra vård- och omsorgsinsatser. Bostadsföretag börjar utveckla nya former av concierge för det smarta boendet. En ny form av portvakt med en separat lokal i anslutning till fastigheten där leveranser av allt möjligt mellan e-handel och e-hälsa kan ske. Enkelt kan leveranser till vårdtagaren plockas upp där av hemtjänsten eller andra. Genom den lösningen finns också trygga och bekväma former för leveranser av diverse annat som vårdtagaren handlar på nätet när flera av butikerna bommat igen i samhället där hen bor.

Det kommer säkerligen att finnas flera olika lösningar för sista-metern-leveransen. De har dock gemensamt att

fastighetsägarna efter hand ansluter sig till digitala plattformar för tjänster, egna eller andras, samt bättre koll på hur trafiken är i och omkring fastigheten. Det kan de få genom den instrumentbräda som är kopplad till den digitala plattformen. På basis av informationen kan skalskyddet för fastigheten utvecklas eller debiteringar av vissa leverantörer ske.

Fastighetsägare som systematiskt utvärderar dessa data och utvecklar än bättre principer för den ökande hemleveransverksamheten kommer givetvis att sitta i guldläge. Alla leverantörer, inte minst läkemedelsdistributören, är naturligtvis angelägna om att komma rätt i första läget. Kan minuter, och i vissa fall sekunder, sparas samtidigt som trygga och säkra leveranser genomförs så är leverantörerna beredda att betala för det. Att träffa rätt i första läget genom att kunna få aktuell information från fastighetsägaren gäller också ambulansverksamheten som i den nära vården, och med ny teknik i ambulanserna, ska göra än mer insatser där människor befinner sig.

Våra möjligheter till kontroll över diverse saker i hemmet ökar ständigt

genom innovationer av olika slag. Smarta lås innebär, som sagt, utökade möjligheter för serviceinsatser i och till hemmet. Det kan även omfatta specifika samarbeten mellan matleverantören och låstillverkaren så att maten kan levereras innanför dörren. Luftkonditionering och värmesystem kan regleras från annan plats. Röststyrningsprylar får allt större spridning och kan ha stor betydelse även i hem för äldre. Åtkomst till information och nyheter underlättas genom röststyrningen liksom möjligheten att exempelvis beställa saker man behöver.

Listan över exempel kan göras mycket lång men än en gång vill vi påminna om att viktiga saker återstår att göra. I många fall är det fortfarande så att dessa prylar inte pratar med varandra. Kontrolltorn finns ofta för den enskilda lösningen men inte för den samlade bilden.

### **3. För kommun, landsting/region och geografi bortom det**

I en rapport publicerad hösten 2017, Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, redogör Myndigheten för vård- och

omsorgsanalys för situationen att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad. En bristande samordning som ofta bidrar till såväl en försämrad upplevelse som sämre vård och omsorg ur medicinsk eller social synvinkel. Att den bristande samordningen innebär att ansvaret vältras över på personen som behöver insatser eller närstående. För de mest sjuka äldre kanske det kan innebära samtidiga kontakter med 14 olika aktörer. Har man funktionsnedsättning tillkommer ytterligare ett antal andra samtidiga kontakter.

Sverige har i jämförelse med många andra länder svaga resultat i frågor som handlar om samordnad information kring exempelvis testresultat och journalanteckningar. Inom socialtjänsten visar intervjuer med verksamhetsföreträdare att samordningsbrister finns även inom detta område. Det finns lagkrav som rör samordning av vården och omsorgen. Under lång tid har det pågått flera initiativ för att bättre samordna vården och omsorgen. Fortfarande saknas det dock kunskap om vad som leder till mer av samordning ur personens perspektiv.

Rapporten Från medel till mål, liksom många andra, lyfter de bristande förutsättningarna att dela information som ett hinder för en samordnad vård och omsorg. Det finns två huvudsakliga skäl till att det är på detta sätt. 1. *Organisatoriska*: It-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa. 2. *Lagstiftningen*: Regleringar av hur informationen får delas och lämnas ut.

Båda dessa har förhindrat utvecklingen under så lång tid att de numera tycks vara helt givna och att man sällan försöker överbrygga denna typ av hinder i utvecklingsinitiativen. De tidigare beskrivna initiativen Oskar (Oskarshamn) och Samordnad individuell planering (Örebro) utgör dock exempel på ett par pragmatiska sätt att hantera hindren för att åstadkomma mer av samordning och helhetstänkande. Låt oss hoppas att dessa, och andra liknande initiativ, klarar sig från att bli stoppade på vägen.



Låt oss hoppas att framtidens vårdinformationssystem fullt ut kan hjälpa till med samordningen. Viss förhoppning kan man få vid läsningen av Upphandling av vårdstöd och vårdkontinuitetsstöd för Framtidens vårdinformationsmiljö SLL (dec 2017.) ”Beskrivning av framtida läge: 2.1 – Samverkan kring patient: Förmågan till samarbete mellan alla

de aktörer som är inblandade i patientens vård. Här innefattas bl.a. multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete samt att utbyta vårdinformation med tredje part t.ex. myndigheter. Patientens vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja där multidisciplinär och multiprofessionell samverkan enkelt sker över vård- och organisationsgränser, såväl mellan SLL, privata vårdgivare och kommuner. Verksamheten är samordnad, arbetar mer likartat och med en hög grad av standardisering. Alla aktörer som behöver samverka kring patienten har snabb och enkel tillgång till aktuell, överskådlig och korrekt information om patienten oavsett var i vårdkedjan informationen kommer ifrån. Det är

enkelt att ha dialog och informationsutbyte inom och över organisations- och huvudmannagränser.” Åtskilliga år återstår innan det kan vara implementerat och utvärderat.

Samordningen mellan kommun och landsting/region är en av de riktigt stora frågorna för att få den nära vården att fungera. I vissa fall har man kommit en bit på väg i detta arbete och i många fall finns det mycket kvar att göra. Vi har en utveckling på sjukhusen med allt färre vårdplatser per capita. I Läkarförbundets arbetsmiljöenkät 2018 är budskapet att vårdplatsreduceringen definitivt gått för långt. Sju av tio läkare har det senaste året, på grund av vårdplatsbrist, skickat hem personer som borde ha lagts in.



Vi har en ökande äldrepopulation som blir allt äldre samtidigt som vi inte har tillräcklig kapacitet med äldreboenden för dem. Fler och fler ska få vårdservice och sjukhusresurser till sina hem. I den världen blir distribution och logistik livsnerven för att få vardagen att funka för såväl individen som personalen. För läkemedelsleverantören och alla andra leverantörer, som tidigare enbart leve-

rerat till sjukhus och apotek, blir då frågan: Hur levererar vi sjukhusresurser till hemmet? Det kan gälla allt från sjukhussängar till läkemedel, hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

För den information liksom vårddata som behöver vara tillgänglig för dem som ska göra vårdinsatser i hemmet behöver vi även här kontrolltorn. Moderna vårdinformationssystem med den rätta funktionaliteten kan förhoppningsvis utvecklas för dessa behov, men det handlar inte enbart om informationen och delningen av den. En viktig faktor utgörs av mobiltäckningen. 2016 satte regeringen upp ett mål: ”År 2023 bör hela Sverige ha tillgång till stabila mobila tjänster av god kvalitet”. Det är ett mål med flera brasklappar. Med hela Sverige menas områden där människor normalt befinner sig. Det kommer sannolikt att finnas vissa mindre områden där det bedöms vara svårt att motivera utbyggnad. Ett förslag som legat på idébordet i flera år är så kallade samhällsmaster. Dessa ska då sambekostas av teleoperatörerna och den offentliga sektorn för att bidra med mobiltäckning i områden där det annars inte är lönsamt. I Norrbotten, Jämtland,

Västerbotten, Dalarna, Västerbotten och kanske även Gävleborg och Värmland kan det även framöver finnas områden där kommuner behöver engagera sig i byggandet av samhällsmaster.

En annan faktor som tillkommer utgörs av det faktum att kommuner i ökande utsträckning behöver samverka med varandra kring vissa resurser i den nära vården. Har man i dessa kommuner olika vårdinformationssystem så blir det avgörande att begreppsapparaten och standardiseringen håller hög kvalitet i samordningen.

Det finns gott om andra gränsöverskridande frågor att lösa för att få samordningen och dataflödena att fungera i nätverkssjukvården. Ofta är de på nationell nivå och i flera fall är de av internationell karaktär. För inspiration hur vissa ledande aktörer hanterar detta kan man exempelvis studera Johns Hopkins Hospital som öppnat ett Capacity Command Center. I deras fall är det cirka 24 experter i samma rum, med hjälp av smarta system, som samordnar och fördelar den medicinska kapaciteten. Med hjälp av prediktion försöker man

ligga steget före beträffande matchningen mellan behov och resurser.

#### **4. En vision för framtidens hälsohus**

2014 fick Kairos Future i uppdrag av Hemsö att formulera en vision för framtidens sjukhus. Ett sjukhus som Hemsö hade fått markanvisning från Järfälla kommun att uppföra. I analysarbetet omformulerades ganska omgående benämningen till Barkarby hälsohus istället för Barkarby sjukhus. En liten förändring kan det tyckas men redan vid det första seminariet för en större grupp politiker och tjänstemän visade det sig vara kontroversiellt. När nu planeringen för projektet går vidare är det sjukhusbenämningen man använder. I en del landsting, exempelvis Sörmland, har man en del liknande tankar för utvecklingen av vårdcentralerna. Sannolikt viktiga steg för mer av framtid när nära vård ska få mer kompletta tillämpningar. Med digitaliseringen och nära vård behöver den traditionella modellen revideras. En traditionell modell som varit centerad kring sjukhus som levererar diagnoser och behandlingsmodeller.

Tankarna kring hälsohus blir viktiga att utveckla för att få helheten att fungera. Under rubriker som exempelvis e som i engagemang har vi i denna bok antytt en förändring av samhällskontraktet. Vi behöver en nära vård där hälsofrämjande insatser, prevention och rehabilitering stärks. Den exponentiella tillväxten av digital och virtuell hälsa, utplaceringen av avancerad teknik djupare in i samhället och rörligheten för mer avancerad vård i öppenvårdsmiljön ger förhoppningar om framtiden. Om möjligheter att flytta från ett stort centraliserat hälsovårdssystem till en mindre, snabbare och mer kostnadseffektiv organisationsnivå där vården är mer tillgänglig, billigare, mer personlig och närmare hemmet.

Fjärrövervakning, kroppsnära digitala enheter, trådlösa kommunikationsenheter, vårdinformationssystem och AI-

stöd gör det mindre nödvändigt för patienter och läkare att alltid interagera inom fyra väggar på ett sjukhus eller klinik. I EU-sammanhang finns en målsättning att de allt längre liv vi lever ska innehålla ytter-



ligare två år med god hälsa. Prevention och tidig upptäckt av kronisk sjukdom är viktiga inslag i det åtgärdsprogrammet. Hälsoarenor med helhetssyn behöver:

- bistå människor med hälsoprevention och stöd till gör-det-själv-hälsa
- skapa länkar mellan sjukhus och andra aktörer på hälso- och sjukvårdsarenan
- utvecklas till mötesplatser som är sömlöst integrerade i samhället
- ta rollen som pålitlig aktör för råd hur man använder ny hälsoteknologi för att åstadkomma välbefinnande
- vara sammanhållande mellan olika aktörer som kan bidra med stöd till människor efter hand som demografin förändras

### **5. Samverkan på hög nivå för den fjärde industrirevolutionen**

För inte särskilt många år sedan var konceptet att bära en sofistikerad dator, kamera och telefon, allt packat i en enda pryl som passade i fickan, science fiction. Nu finns de smarta telefonerna överallt och de blir smartare hela tiden. Tänk dig när telefonen kommer att kunna diagnostisera de flesta av dina medicinska problem baserat på artificiell intelligens (AI) i molnet, vilket spa-

rar dig en resa till doktorn. En app som kan ge en diagnos och ett recept som ditt apotek kan skriva ut ditt läkemedel i en 3D-skrivare. Det är inte en långtgående fantasi – det är en del av den inte alltför avlägsna framtiden.

Många nya möjligheter följer med den fjärde industrirevolutionen (4IR), en period av snabb förändring som drivs av framsteg inom vetenskap och teknik. Men för många är begreppet smarta maskiner en källa till rädsla. Kommer smarta maskiner att ta över våra jobb och vårt samhälle? Japan och World Economic Forum (WEF) tror inte att det kommer att hända. De är engagerade i revolutionens effekter och producerar ett högteknologiskt, mänskligt centrerat samhälle där människor kommer att leva det långa livet med fler friska år med hjälp av den nya tekniken.

Den fjärde industrirevolutionen sammanfogar digitala, fysiska och biologiska system och ökar vår levnadsstandard. Den ursprungliga industrirevolutionen drevs av ångmaskinens upptäckt. Den andra och tredje industrirevolutionen drevs av elektricitet, vilket gav upphov

till massproduktion. Datorer och kommunikationsteknik bidrog med digitalisering som förlängde den fasen. Den fjärde industrirevolutionens främsta drivkrafter AI, stora data och sakernas internet (IoT), utgör kraftfulla teknologier som ofta är föremål för kontrovers och rädsla. Det är uppenbart att vi måste ta en proaktiv roll och forma revolutionen så att det leder till den typ av samhälle vi vill leva i.

Medan olika länder arbetar med dessa utmaningar kommer Japan att spela en ledande roll i global innovation med ett nytt WEF-centrum som syftar till att maximera potentialen för 4IR. En anledning till att sådana projekt har gått snabbt framåt i Japan är dess åldrande befolkning och krympande arbetskraft. Det åldrande samhället har en ökande förekomst av icke smittsamma sjukdomar (NCD), såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar. De japanska forskarna studerar vad 4IR kan bidra med beträffande friskare och mer självständiga liv.

Förhoppningarna är stora och forskarna överens: 5G och IoT (som utgör en

delmängd av 4IR) kommer att revolutionera samhället och många av dess samhällssektorer. För smartare energi-användning, mobilitet och transporter, hållbarhet och säkerhetslösningar. Miljardier av uppkopplade sensorer och digitala enheter kommer att kunna hjälpa till med många saker, inte minst inom nära vård. Med dessa formuleringar är vi också tillbaka till de tre drivkrafterna som beskrivs i rapportens inledning: Resurs-skiftet, Demografi- och värderings-skiftet, Teknikskiftet – tre kraftfulla drivkrafter och skiften för förändring.

### **6. Samverkan på hög nivå för den fjärde industrirevolutionen krävs i en raplex värld**

Såväl hastigheten som komplexiteten ökar med de tekniksprång som nu sker. Vi kallar det för det raplexa samhället, alltså samhällsförändringar som inte bara är komplexa utan också sker snabbare, rapid. Det raplexa samhället är en trend som vi måste förhålla oss till och organisatoriskt anpassa oss till, inte minst inom hälso- och sjukvården. Hastigheten, komplexiteten och de stora utvecklingskostnaderna gör att behovet av partnerskap, inte minst för utvecklingen

av de framtida kontrolltornen, ökar på såväl nationell som internationell nivå. En illustration som tydligt illustrerar det utgörs av WEF:s (World Economic Forum) centrum för den fjärde industrirevolutionen (4IR). Det är en nyetable-rad kontaktpunkt inom det internationella samfundet för dialog mellan olika aktörer och konkret samarbete.

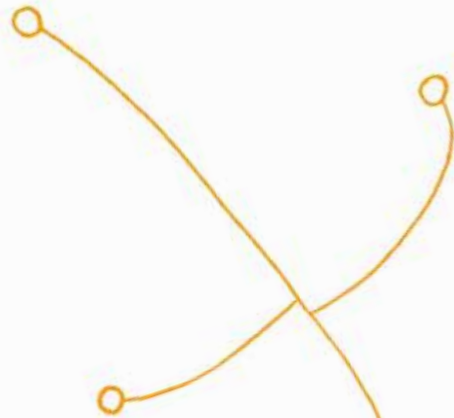
Projekten fördelas på åtta olika områden och på ett eller annat sätt kan samtliga kopplas till nära liv med nära vård. Listan nedan utgör definitivt en tankeställare kring framtida utvecklingsarbete.

1. Artificiell intelligens och maskinin-lärning
2. Sakernas internet (Internet of things, IoT) och uppkopplade prylar
3. Blockkedjan och distribuerade lagringslösningar
4. Självkörande fordon och urban mobilitet
5. Drönare och morgondagens luft-transporter
6. Precisionsmedicin
7. Digital handel och gränsöver-skridande dataflöden
8. Den fjärde industrirevolutionen



Japan kan utgöra modell för resten av världen. Med centret för den fjärde industrirevolutionen strävar man efter globalt samarbete för att forma principerna kring den nya tekniken. Tekniker som kan vara till stor fördel för mänskligheten. De kan i stor utsträckning lösa utmaningarna i de globala hållbara utvecklingsmålen. De skulle kunna vara av stor betydelse för att ta itu med utmaningarna i det åldrande samhället.

Japan kommer sannolikt att spela en ledande roll i global innovation med ett nytt WEF-centrum som ägnas åt att maximera potentialen för 4IR. Japans åldrande befolkning ligger före i den demografiska förändringen som efter hand kommer att påverka många industriländer.





Hur kan de lösningar som integreras inom nära liv och nära vård kompensera för ojämlika förutsättningar som människor i vårt samhälle har?

# Etiska reflektioner kring nära liv – nära vård

av Lars Sandman

**När man reflekterar** över vilka etiska aspekter som behöver beaktas när det gäller nära liv och nära vård är en viktig utgångspunkt att etiken kan både stödja och visa på utmaningar med en sådan utveckling. Likaså är det ofta svårt att komma fram till ett generellt svar på om samhällets utveckling i en viss riktning är bra eller dålig ur ett etiskt perspektiv. Snarare är det när vi analyserar specifika lösningar som vi kan landa i en sådan slutsats. Det innebär att de reflektioner som presenteras här ska ses som exempel på etiska frågeställningar som man behöver vara uppmärksam på och förhålla sig till när man tänker kring konceptet nära liv – nära vård. Dessa reflektioner har jag valt att samla under ett antal relevanta etiska begrepp: Autonomi, Ansvar, Integritet samt Jämlikhet och Rättvisa.

## **Autonomi**

Ett centralt etiskt begrepp i vårt samhälle är autonomi. När vi pratar om per-

soners autonomi handlar det både om möjligheten att bestämma över sitt liv utifrån sina egna önskemål och värderingar, men också att få vara självständig och klara sig själv utifrån sina egna förutsättningar. Rörelsen mot nära liv och nära vård har stora förutsättningar att öka eller stärka personers självbestämmande och självständighet. Hemmet ses ofta som en plats där jag är den som bestämmer och får agera utan att andra människor lägger sig i – och de människor som jag delar hemmet med är personer som jag på olika sätt valt att omge mig med och anpassa mig till. En rörelse mot nära liv och nära vård där hemmet är navet har alltså förutsättningar att stärka både självbestämmande och självständighet. Även den digitala utvecklingen i form av förbättrade beslutsstöd eller funktionella hjälpmedel har potential att öka både självbestämmande och självständighet. Detta naturligtvis under förutsättning att

människor, i detta fall primärt den äldre människan, vill leva och vårdas på detta sätt. Även detta är på många sätt tillgodosett i konceptet genom betoningen av individualiserade lösningar och ett personcentrerat förhållningssätt – alltså ett förhållningssätt som utgår från den enskilda individens önskemål och värderingar. Detta förutsätter dock en tillräcklig grad av kognitiva förmågor, vilket ger upphov till en första fråga:

- Hur hanterar vi den grupp av äldre personer som har nedsatt eller ingen beslutskompetens och som därmed i stor utsträckning saknar förmåga till självbestämmande och självständighet?

I normala fall är det så att mitt självbestämmande och min självständighet inte kan vara obegränsad utan måste avgränsas på olika sätt. Framförallt kan dessa begränsningar kopplas till andra människors intresse i form av välbefinnande eller självbestämmande/självständighet och till begränsade resurser. Detta ger upphov till följande viktiga frågor:



- Hur ska man avväga mellan den äldre personens självbestämmande och självständighet och andra människors intresse när det gäller sådant som hur hemmet ska utformas, vilka personer som ska ha tillträde till hemmet, vilken vård och vilka tjänster personen ska kunna ha tillgång till etc.?

Här är det viktigt att dels fokusera på de närstående som personen delar sitt hem med och de professionella grupper som ska verka i hemmet – men även andra intressen kan sätta upp begränsningar (fastighetsägare, långsiktig samhällelig hållbarhet etc.)

- Hur långt ska den äldre personens självbestämmande och självständighet tillgodoses med gemensamma medel och vad ska personen finansiera med egna medel?

Ytterligare en aspekt av ökad självständighet och därmed ökat oberoende är om det i sin tur kan öka känslan av ensamhet, exempelvis genom att professionell vård och omsorg som sker i mötet

mellan två personer kommer att minska. Återigen ger det upphov till en viktig fråga:

- I vilken utsträckning leder ökat självbestämmande och ökad självständighet till problematiska effekter i termer av exempelvis ensamhet, social isolering eller andra effekter?

### **Ansvar**

Ett begrepp som har nära kopplingar till autonomi är ansvar. Normalt finns det ett samband mellan dessa begrepp som innebär att ökat självbestämmande och ökad självständighet ger upphov till ökat ansvar. Inom svensk vård och omsorg så har det hittills varit fokus på professionellt ansvar hos de olika professionella grupper som bedriver vård och omsorg. Personens eget ansvar har däremot varit otydligt och problematiserats på olika sätt. Rörelsen i riktning mot nära liv och nära vård kan på flera sätt också ses som en rörelse i riktning mot ökat egenansvar för sin situation. Det hälsoförebyggande arbetet baseras normalt på ett stort inslag av eget ansvar för den berörda personen. Ökad självständighet innebär att personen själv ska ges förut-

sättningar att hantera sitt liv och sin vård i ökad utsträckning, vilket också kan medföra ett ökat egenansvar. Nya funktioner och lösningar (ofta digitala) som ska användas för vård och omsorg, men kanske även för andra syften, introduceras i personens hem. Personen kanske väljer att skaffa sig dessa på egen hand, de levereras kanske av en privat aktör, de genererar data och har funktioner som kan/ska användas av vård- och omsorgsgivare, och det uppstår underhållsbehov. Detta aktualiseras framförallt när det gäller den nära vården. Traditionellt har det funnits ett samlat professionellt ansvar för den vård som bedrivs i relation till en person både etiskt och juridiskt. I det nya landskapet nära vård kanske personen med hjärtbesvär har skaffat sig kläder av smarta textilier som registrerar data om hur personens hjärta fungerar på den privata marknaden, som sedan tankas in i en app på personens smartphone och sedan kan delas med den som personen väljer att dela dessa med. En sådan situation ger upphov till ett antal olika ansvarsfrågor. Har den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ett ansvar att ta del av dessa data, om de gör det, har de ett ansvar för att reagera

på data som pekar mot att personen har ett problem som behöver åtgärdas? Vilken aktör har i så fall ansvar för att den smarta textilen eller appen fungerar som den ska? Om den slutar fungera eller det uppstår något problem, vem har ansvar för att åtgärda detta? Om denna lösning på grund av något fel inte skickar nödvändiga signaler till personen eller vården och det därmed uppstår ett förvärrat hälsotillstånd (eftersom personen litar på lösningen istället för att kanske själv lita på sina fysiologiska signaler) – vem eller vilken aktör ska ta ansvar för detta etc. I ett sådant förändrat landskap kan det uppstå många nya frågor kring ansvar – både etiskt men också i förlängningen juridiskt – och vi måste vara beredda på ett antal ansvarsförskjutningar i relation till den nuvarande situationen där det ofta finns ett samlat professionellt ansvar för det som rör vård. Detta ger upphov till några viktiga frågeställningar:

- Vad är en rimlig avvägning mellan olika aktörers ansvar (inklusive personen själv) när det gäller olika aspekter av nära liv och nära vård?
- Om personens egna val och handlingar leder till att något går fel, kräver mer

resurser, innebär att personen eller någon annan skadas etc. – vem ska ta ansvar för eller ställas till svars för det?

### **Integritet**

Ytterligare ett centralt etiskt begrepp i relation till nära liv och nära vård är integritet. Två olika betydelser är värda att fokusera på, dels fysiska/rumslig integritet, dels informationsintegritet. Här är det viktigt att påminna sig att hur människor förhåller sig till sin integritet, i båda dessa bemärkelser, är individuellt. Likaså förefaller de flesta människor villiga att släppa på sin integritet om de därmed kan uppnå andra viktiga mål och värden.

Det är uppenbart att många av de lösningar som diskuteras ovan och som bidrar till personens ökade självständighet också kan uppfattas vara positiva ur ett integritetsperspektiv. Att jag kan klara mer på egen hand, eller med hjälp av icke-personliga tekniska lösningar, innebär minskad risk för problematiska intrång i min fysiska/rumsliga integritet. Samtidigt innebär rörelsen mot nära liv och nära vård att hemmet, som av många ses som den fysiska och rumsliga integri-

tetens högborg, förändras. Beroende på hur tekniska lösningar utformas kan de upplevas som att hemmet förändras till att bli en högteknologisk, och därmed kanske opersonlig miljö – något som kan upplevas som ett integritetsintrång. Att hemmet i än större utsträckning blir en arbetsplats för professionella grupper inom vård och omsorg kräver, som det beskrivs, att anpassningar sker till dessa professioners krav på en god arbetsmiljö – något som också kan upplevas som ett integritetsintrång. Framförallt baseras konceptet nära liv och nära vård på en ökad informationsinhämtning och informationsdelning mellan olika aktörer – inte minst när det gäller personers hälsa – något som många kan uppfatta som integritetskänsligt. I relation till den nuvarande situationen så kan det innebära att helt nya aktörer och professionella grupper kan behöva hantera integritetskänslig information som i dagsläget endast hanteras av specifika grupper under strikt ansvar. Återigen är det viktigt att ställa sig ett antal frågor:

- I vilken utsträckning upp-

levs de förändringar som hemmet genomgår som integritetskänsliga utifrån den berörda personens perspektiv?

- Hur kan det ökade informationsflödet hanteras ur ett integritetsperspektiv?
- Vilka avkall kan personen göra på sin integritet för att uppnå andra viktiga mål och värden?

### Jämlikhet och rättvisa

Sverige brukar lyftas fram som ett av de länder i världen som lägger störst vikt vid jämlikhet och där vi betonar rättvisa, i form av jämlikt utfall och inte endast jämlika möjligheter, i stor utsträckning. Detta gäller inte minst om vi pratar om offentligt finansierad vård och omsorg där svenskar förefaller ha svårt att acceptera skillnader ba-

serat på egna ekonomiska och andra resurser. I bokens inledande avsnitt beskrivs ju den resursutmaning samhället står inför och att inte minst det sätt vi organiserar och bedriver vård och omsorg behöver förändras för att



möta denna. Rörelsen mot nära liv och nära vård, framförallt med dess fokus på hälsofrämjande insatser och den effektivisering som ökad digitalisering kan innebära, kan ge oss bättre verktyg att hantera resursutmaningen. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att ett ökat fokus på den enskilda personen och hens önskemål och värderingar också kan leda till en ökad ojämlikhet. Vi har olika förväntningar och krav på livet, inte minst baserat på de socioekonomiska förutsättningar vi haft. Det ger upphov till frågor om var gränsen går mellan vad som ska tillgodoses gemensamt och vad personen ska bekosta själv. En annan jämlikhetsfråga i detta sammanhang är vilka förutsättningar olika grupper i samhället har att tillgodogöra sig och hantera denna förändrade miljö. En ökad digitalisering förutsätter en viss nivå av digital kompetens, något som i sin tur kan bero på utbildningsnivå och andra förutsättningar. Detsamma gäller förmågan och möjligheten att leva ett mer hälsosamt liv som också förefaller vara kopplat till socioekonomiska förutsättningar. Detta ger upphov till ett antal viktiga frågeställningar:

- I vilken utsträckning ska de olika aspekterna av nära liv och nära vård finansieras gemensamt och med en jämlikhets-/rättviseambition och i vilken utsträckning ska personerna själva finansiera dessa aspekter?
- Om rörelsen mot nära liv och nära vård ger upphov till delvis ökad ojämlikhet eller orättvisa i samhället, i vilken utsträckning kan det accepteras? Finns de alternativa lösningar som är bättre ur det perspektivet?
- Hur kan de lösningar som integreras inom nära liv och nära vård kompensera för ojämlika förutsättningar som människor i vårt samhälle har?

**Lars Sandman**  
professor vid Prioriteringscentrum  
vid Linköpings universitet







## Efterord

**Personcentrering är ett begrepp** som vi inte valt att fördjupa i denna bok. Det används av många och kan betyda allt och inget. Även om forskning pågår kring den personcentrerade vården, har begreppet fortfarande olika betydelse för olika professioner och organisationer. Invånare kan ibland tolka det som att vård ska ges helt på personens villkor. Menar vi allvar så måste en gemensam definition tas fram som kan användas i hela samhället. Det krävs en förankring bland invånarna och att de är införstådda med vad det betyder.

Medskapande är också ett begrepp som används på olika sätt. Ibland som att man ska vara mer delaktig i sin egen vård. Andra gånger menar vi att invånare/brukare ska involveras i utvecklingen av den nära vården och de nya digitala system och tjänster som ska finnas där

Anhörigas situation och betydelse är vi medvetna om men valt att inte fördjupa. Anhöriga är en grupp personer som lägger stor kraft och energi på att vårda och

stötta sina närstående sjuka i hemmet. En make eller maka med exempelvis demens innebär en livsomvälvande vardag för både den drabbade och individer runtomkring. Något som speglar hur vardagen begränsats på grund av makens sjukdom är citatet – ”det är som vanligt, fast smalare” – som indikerar stora begränsningar i levnadsutrymmet. Det är ett utrymme som saknas och längtas efter.

I samtal med många anhörigvårdare uttrycks ett gemensamt behov – att få kontakt med sin levnadspartner när det behövs. När vardagen blivit ”smal” är det än viktigare att behålla de delar som fortfarande skänker en känsla av frihet och självständighet.

Organisation och ledning har inte heller fått något större utrymme för det kräver en egen bok tillsammans med hur uppskalning och utveckling ska och kan ske. Vi har påtalat betydelsen av att involvera personen. För att få vardagen att funka behöver både organisation och de smar-

ta system som utvecklas utgå från den verklighet där vård- och omsorgsinsatserna faktiskt sker och de personer som finns där.

Resursöverföringen från sjukhusen till primärvården är en nyckelfaktor i omvandlingen som inte heller tas upp i boken. Den hänger i hög grad ihop med ledning och styrning. Här måste politiken ta ett stort ansvar för den konsensus som krävs för långsiktiga och stabila strukturer.

Avslutningsvis vill vi signalera behovet av en omfattande pedagogisk insats när det gäller vad omvandlingen av välfärdsystemet innebär. Sveriges invånare behöver få hjälp att tolka konsekvenserna av sådant som beskrivs i denna bok. Det är komplexa frågor och skeenden som är svåra att hantera i de nya mediasammanhangen.





I rehabilitering efter sin stroke fick Birgit använda ett exoskelett, det fungerade så bra att hon investerade i ett eget. Till exoskelettet finns en röststyrningsmodul, men Birgit vill veta om hon kan få ett ekonomiskt bidrag till den.

## Att få vardagen att fungera – fördjupning utifrån fallbeskrivningar

**En modell för utvecklingsarbetet** kan vara att utgå från en eller flera fallbeskrivningar beträffande verkliga eller uppbyggda personer och deras situation med nära liv – nära vård.

I denna del har vi samlat två fallbeskrivningar, Bengt och Birgit, som representerar två vanligt förekommande fall. De kan utgöra en inledande inspiration för att skapa egna fallbeskrivningar och/eller en startpunkt för diskussioner för skapande av framtida lösningar.

Först redovisas några frågor som det finns anledning att diskutera i utvecklingsarbetet. Givetvis finns det fler. Det gäller frågor hur vi de kommande åren kan och bör digitalisera vård, rehabilitering och omsorg i hemmiljön samt utveckla logistiken och distributionen och samverkansplattformar för hem och fastigheter för att möta den situation som Bengt och Birgit, och många med dem, har eller kommer att ha.

- Hur bygger vi ny kunskap kring life science när alltmer av den kvalificerade vården bedrivs i hemmen?
- Hur måste vi tänka och utveckla beträffande standardisering för att få helheten i boendemiljön att fungera?
- Hur kommer leveranserna i apoteksleden att förändras?
- Vilka preferenser kommer politiken att ha för en alltmer kvalificerad hemsjukvård?
- Vad innebär digitaliseringen av hem och fastigheter och hur kan den bidra till en effektiv distribution för allt mellan e-handel och e-hälsa?
- Hur behöver samordningen utvecklas mellan offentliga och privata aktörer för hållbara och resursekonomiska lösningar?
- Vad klarar det gamla och nya bostadsbeståndet av för att man ska kunna ge och ta emot god och nära vård i hemmet?
- Hur får vi till ett innovativt tänkande som gör det användbart för människor?

- För att klara av personcentreringen och demokratiska principer i nära vård kanske vi behöver ett nytt avdragsystem: ett maxat rut/rot-avdrag, utökat med såväl bab (bostadsanpassningsbidrag) och ett bot-bidrag för gör-det-själv-hälsa?
- Vilka etiska dilemman ser vi redan idag beträffande digitaliseringen av vård i hemmet?
- Vilka rimliga alternativ finns det beträffande distribution av läkemedel och medicintekniska prylar till alltmer vårdintensiva hemmiljöer?
- Hur behöver kommunerna säkerställa elförsörjningen för digitaliserad vård, trygghet och omsorg?
- Vilka nya roller/funktioner/kompetenser behöver god och nära vård i hemmet? Privata respektive offentliga?

### Fallbeskrivning Bengt



Bengt bor ensam i en tvårumslägenhet med åtta trappsteg upp till ytterdörren. Han har två vuxna barn som bor cirka 80 mil bort. Bengt har KOL – Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom, hjärtsvikt och en cancerassocierad venös tromboembolism, förträngning i blodkärlen. Sedan frun dog för ett år sedan har Bengt även gått in i en depression.

Bengt har förlorat sitt sociala umgänge sedan hans fru dog. Han känner sig osäker, otrygg och går sällan ut. En vän finns kvar som besöker honom sporadiskt, ungefär en gång i veckan. Bengt deltar inte heller i någon föreningsverksamhet eller andra aktiviteter tillsammans med andra utanför bostaden, trots återkommande inbjudningar till kommunens KOL-grupp som träffas varje vecka.

Bengt gör inte så mycket om dagarna. Han klarar sin personliga vård (P-ADL – Aktiviteter i Dagliga Livet) och enkla matlagning, men lagar mer sällan mat, utan äter istället något enkelt, ofta framför teven. Han får hjälp av hem-

tjänst med inköp en gång i veckan, samt städning var fjortonde dag. Han förflyttar sig med rollator och kan gå omkring en kilometer i sin egen takt, men stannar helst hemma eftersom han lätt blir orolig när han rör sig utomhus ensam. Bengts arbetsterapeut har därför lyft frågan om ett trygghetslarm med GPS, som i sin tur har kontakt med hemtjänsten, men Bengt förstår inte riktigt hur det fungerar och har därför sagt nej. Arbetsterapeuten har även rekommenderat inköp och installation av en bidé-toalett eftersom Bengt börjar få svårigheter att klara av de olika momenten vid toalettbesök. Den inbyggda bidén tvättar rent och blåser torrt utan att papper behöver användas.

Bengts olika sjukdomar gör att han är beroende av behandling och monitorering på flera olika sätt. Han har svårigheter att komma ihåg att ta sin medicin och att förnya receptet. Han vet inte vilka mediciner som skall tas för vad och hur och han har svårt att dela medicin i en dosett. Det händer också att han tappar piller på golvet och vet inte alltid vilket piller det var som försvann. Tidigare har Bengt fått hjälp av en sjuksköterska med läkemedlen men i och

med stora personalunderskott i vård och omsorg har Bengt fått en läkemedelsrobot som hanterar doseringen och påminnelser och det fungerar ganska bra.

En viktig del i Bengts KOL-behandling är även en övervakningstjänst som vården betalar. Basen i den tjänsten utgörs av en vårdoperatör som löpande har tillgång till KOL-data från Bengt via sensorer. Vårdoperatör stödjer honom på distans med uppföljning och videokommunikation. Vårdoperatören kan ta dagliga kontakter om så behövs och vid behov kopplas läkaren in för videokonsultation och exempelvis dosjustering. För den cancerassocierade venösa tromboembolismen får Bengt lågmolekylärt heparin i injektionsbehandling en gång per dag. Dessutom får han med vissa intervall ett nytt injektionsläkemedel som behöver hanteras på ett särskilt sätt i leveransen. Läkemedelsföretaget samarbetar med ett privat bolag med specialutbildade sjuksköterskor som svarar för medicinska behandlingar i hemmet av personer med ovanliga sjukdomar, och med en läkemedelsdistributör som levererar läkemedlet till överenskommen plats där

sköterskan hämtar upp det på väg hem till Bengt.

Bengts digitala kompetens är begränsad. Han har svårt att förstå sig på sin läkemedelsrobot, känner sig osäker inför videokommunikationen och otrygg på grund av det digitala dörrlås som nyligen installerats för att hemtjänst och hemsjukvård lättare ska kunna ta sig in i hans bostad. Han behöver utveckla sin digitala kompetens och han behöver inhämta viktiga grundläggande datakunskaper. Han skulle också behöva stöd i att köpa in en surfplatta och smarttelefon och lära sig använda den nya tekniken. Det är viktigt att han får testa och prova med stöd och support.

Med en förbättrad digital miljö och kompetens skulle Bengt kunna beställa mat via nätet för hemkörning. I en snar framtid kan han använda röststyrning för att göra beställningen. Kanske skulle Bengt också må bra av att ha en ”social robot” som stimulerar aktivitet och påminner honom om olika saker; ”har du laddat telefonen” och ”imorgon är det möte med KOL-gruppen”. Sociala robotar finns idag i form av fristående

enheter men efter hand kan vi räkna med allt bättre integreringar i andra enheter. I framtiden skulle en självkörande bil som beställs från kommunens bilpool via surfplattan eller mobilen underlätta för Bengts mobilitet och frihet.

### Fallbeskrivning Birgit



Birgit kan beskrivas som en person med funktionsnedsättningar p.g.a. normalt åldrande, vilket innefattar nedsatt hörsel, stelhet, smärta, minskad talgproduktion och känselnedsättning. Hon har även en tendens till smärta i handlederna. Birgit har även haft en stroke, men behandlingen av den var lyckosam. Birgit har svårt att gå längre sträckor, hon har en venös insufficiens, med bensvullnad och kroniskt inflammatoriskt ödem. Ödembehandlingen har sannolikt varit bristfällig och gett upphov till sårbildning. Hon behöver därför regelbundet hjälp med sårtvätt och omläggningar.

Birgit bor själv i en lägenhet med trappor, trösklar, tunga dörrar samt dålig belysning. Hon har ingen wifi utan endast ett mobilabonnemang. Birgit har en smarttelefon och en surfplatta. Hon



har goda kunskaper beträffande dessa och är mycket aktiv i sociala medier och informationssökning. Birgit kan utan problem sköta kommunikationen med anhöriga: hon ringer och skickar meddelanden via Messenger och hon gör flera gånger i veckan statusuppdateringar på Facebook med foton och text. Birgits barn och barnbarn bor på annan ort och då hon tidigare har haft lite problem med hjärtat är det tryggt för barnen veta att hon mår bra.

Birgit tycker om att läsa fysiska böcker, gärna på engelska, och beställer relativt ofta från nätet. Hon har dock ofta problem med leveransen. Distributörerna klagat på såväl möjlighet att parkera bilen som tillgång till portkod. Hennes frekventa inköp på nätet genererar en hel del förpackningsmaterial som hon har svårigheter att hantera och bli av med.

Birgit skulle vilja förenkla sin vardag ytterligare genom digitala hjälpmedel hon har förutsättningar för att använda. Men det har på senaste tiden blivit svårt för henne att hantera telefon och surfplatta och liknande pekskärmlös-

ningar på grund av torra fingertoppar och känselnedsättningen vilket har som följd att interaktion med pekskärmar försvåras avsevärt. Då det inte fungerar att svajpa eller träffa rätt på skärmen blir Birgit osäker. Hon har börjat bli osäker på om hon klarar tekniken eftersom den inte fungerar trots att hon gör rätt. På grund av att Birgit inte känner sig trygg i sin interaktion med den digitala tekniken känner hon sig inte självständig – en grundförutsättning för att kunna använda sig av e-hälsolösningar, kunna hålla igång intressen och bevara sociala kontakter. Birgit skulle vilja göra mer inköp på nätet och behöver en stabil trådlös uppkoppling för det. På grund av smärtan i handleden vill hon kunna hantera flera saker med röststyrning. Hon längtar också efter att självständigt sköta både inköpen och informationsinhämtningen via röststyrning.

För att få Birgits vardag att fungera är flera olika professionskategorier engagerade. Det är bland annat fysioterapeuten med rörelseträningen, undersköterskor från hemsjukvården och en sårvårdsspecialist. Arbetsterapeuten gör insatser löpande för att få vardagen att funka.

Birgit behöver arbetsterapeutiska insatser för att få exempelvis förflyttning, toalettbesök och köksarbete att fungera. Inte minst har det den senaste tiden handlat om att bidra med lösningar för att stimulera det sociala livet genom sociala medier där hon behöver hjälp med tekniken eftersom hon har problem med svajpningen. Arbetsterapeuten har också bidragit med lösningar för personalen som sköter sårvårdsarbetet. Insatsen utgörs bland annat av arbetshjälpmedel för att reducera påfrestningen på ryggen som lätt uppstår i hemmiljön då den optimala utrustningen inte finns där.

I rehabilitering efter sin stroke fick Birgit använda ett exoskelett, det fungerade så bra att hon investerade i ett eget exoskelett som hon gärna använder. Även till exoskelettet finns en röststyrningsmodul, men Birgit vill veta om hon kan få ett ekonomiskt bidrag till den. För att öva upp färdigheterna i den användningen vill hon köpa in ett promenadband och undrar även i det fallet om det går att få bidrag till inköpet.

Birgit är mycket inriktad på gör-det-självt-hälsa och vill mycket gärna ha så-

dana lösningar även om det skulle innebära att hon själv måste stå för finansieringen. För att underlätta arbetet med den personliga hygienen har Birgit tagit reda på att det finns intelligenta duschar. Men klarar hennes badrum en installation? Duschen kräver ett visst utrymme liksom det utrymme som krävs för att Birgit ska kunna röra sig med hjälpmedel fram till duschen. Om hon behöver assistans av personal så ska det finnas plats för det också. Birgit och arbetsterapeuten kommer dock fram till att det ska kunna fungera utan större omflyttning av befintlig utrustning i badrummet, då hennes badrum är relativt stort. En säker elanslutning behöver dock ordnas.







”Nära liv – nära vård visar hur komplex omsorgen av äldre kommer att bli med många aktörer inblandade. SPF Seniorerna Sörmlandsdistriktet arbetar med frågor om boende, välfärdsteknik och andra omsorgsfrågor för äldre inom ramen för vår Seniorplan. Inspirationsboken kommer att vara till stor nytta när vi informerar och förbereder våra medlemmar för ett allt längre kvarboende i det egna hemmet och allt vad detta medför.”

**Stig Nordqvist**, *ordförande SPF Seniorerna Sörmland*

”Det här är en viktig bok som tar upp frågor som är avgörande för att äldre ska få en tillgänglig vård av god kvalitet även i framtiden. Det finns mycket som kan bli bättre om vi använder teknikutvecklingen och digitaliseringen på rätt sätt. Det som är avgörande för det är att utvecklingen sker på de äldre patienterna och deras anhörigas villkor. Det är särskilt viktigt när vården ska utföras i hemmet. Ett hem måste få fortsätta att vara ett hem, både för den äldre själv och för anhöriga.”

**Christina Tallberg**, *ordförande, PRO*

