

# ERFARINGSRAPPORT

Samarbeid om de som trenger  
det mest på Lister – fra individ til  
system

August 2021



# Innhold

1. Beskrivelse av prosjektet og pasientforløp
2. Erfaringer
3. Fremtidig organisering



# Innledning

Prosjektet «Samarbeid om de som trenger det mest» retter seg mot den delen av befolkningen som har høyest forbruk av helstjenester. Prosjektet er et samarbeid mellom NVP og KOM, og partene er Sørlandet Sykehus avdeling Flekkefjord, og alle tilknyttede kommuner. Prosjektet startet opp i 2019 og har fått tildelt midler fra Sørlandet sykehus for 2019, 2020 og 2021.

Målet med prosjektet er å prøve ut nye samarbeidsformer for å gi bedre koordinerte tjenester til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser med høyt forbruk av helsetjenester. Oppsummert har prosjektet følgende målsetninger:

- Bedre kvalitet i helsetjenesten
- Bedre samordning og koordinering av helsetjenesten
- Bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi
- Redusert vekst i forbruk av helsetjenester

Målet med piloteringen er å høste erfaringer ved bruk av tverrfaglige hjemmebesøk for å kunne justere på pasientforløpet og tjenesten før den skal ut i drift.

Denne rapporten beskriver hvordan piloteringen foregikk og presenterer de ulike erfaringene som pasienter, ansatte på sykehuset og i de kommunale tjenestene opplevde å tilby og motta tjenesten. Intervjuer er gjennomført med pasienter, samt de involverte aktørene i forløpet.



# 1

## PASIENTFORLØPET FOR PASIENTER MED KRONISKE, SAMMENSATTE SYKDOMMER

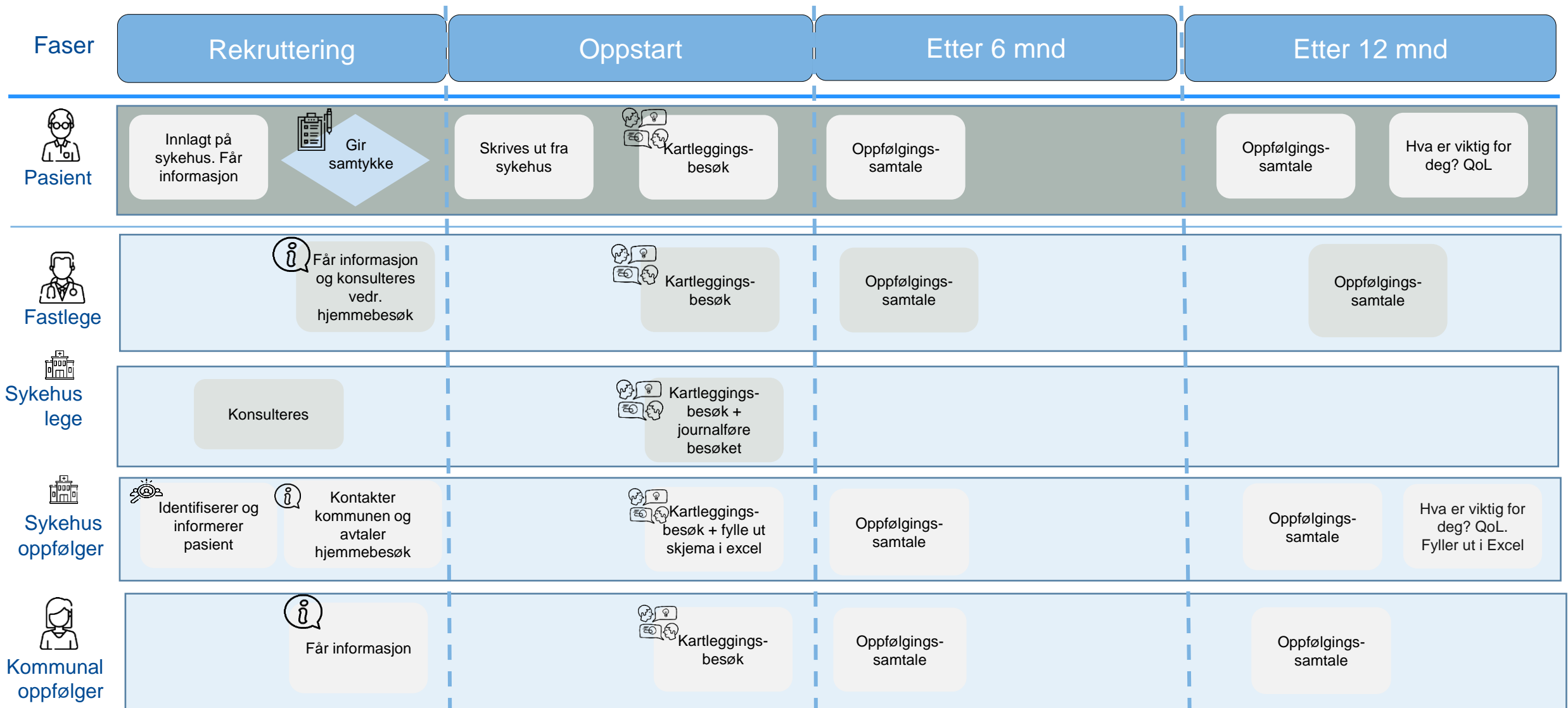
En beskrivelse av tjenesten, pasientforløpet, inklusjonskriterier og inkluderte pasienter i prosjektet.



# Prosjekt «de som trenger det mest»

- I prosjekt «de som trenger det mest» blir det utført hjemmebesøk hos pasienter kort tid etter utskrivelse fra sykehus. Pasientgruppen som mottar hjemmebesøk har kroniske lidelser og har hatt hyppige sykehusinnleggelse det siste året.
- Deltagere ved hjemmebesøket er:
  - Pasient
  - Lege og sykepleier fra spesialisthelsetjenesten
  - Forvaltningsenhet/fagleder fra kommunehelsetjenesten
  - Fastlege
  - Pårørende om ønskelig
- Formålet med hjemmebesøket er å kunne gi pasienten et mer skreddersydd behandlingsprogram og dermed skape bedre kvalitet i helsetjenesten og øke pasienttilfredsheten. Det er i tillegg ønskelig å skape bedre samordning og koordinering av helsetjenesten ved å inkludere kommunehelsetjenesten i hjemmebesøket.
- 25 pasienter har vært inkludert i forløpet siden oppstart i 2019. Per august 2021 er det 15 aktive pasienter som fremdeles er med i prosjektet.





# Pasientene som inkluderes i piloten har oppfylt følgende inklusjonskriterer

## Inklusjonskriterier

- 2-3 sykehusinnleggelseser det siste året
- Kronisk sykdom
- Behersker norsk

# En kort beskrivelse av 2 pasienter som har deltatt i prosjektet

## Pasient 1

- Alder og kjønn: kvinne, 54 år
- Diagnose: KOLS og benskjørhet
- Første hjemmebesøk: 2019

## Pasient 2

- Alder og kjønn: kvinne, 76 år
- Diagnose: KOLS
- Første hjemmebesøk: 2019





# 2

## ERFARINGER FRA PROSJEKTET

En beskrivelse av erfaringene til pasienter og involverte aktører i pasientforløpet innhentet gjennom innsiktsintervjuer.

## 2.1 Erfaringer fra pasienter inkludert i forløpet



# Brukercase: «Kari»

## Pasienthistorikk



- «Kari» er 54 år og har KOLS og beinskjørhet.
- På grunn av beinbrudd hadde «Kari» behov for fysioterapi og fikk tilbud om å delta i prosjektet via sykehuset.
- «Kari» fikk trening med fysio hjemme, og antibiotika ved eventuelle KOLS-forverring.
- «Kari» har ikke vært innlagt på sykehus etter første hjemmebesøk.

## Gevinster

- Opplever bedre samarbeid mellom sykehus og kommunen
- Betyggende å vite hvem hun skal ringe når hun ikke har fast hjemmesykepleie
- Overbevist om at hjemmebesøkene har gjort at hun har unngått sykehusinnleggelser

“

«Alle vet om situasjonen, jeg kan ringe hvem som helst og de vet om meg. De er bare en telefon unna.»

- «Kari»

# «Kari» har mottatt mange viktige tilbud og tjenester etter å ha mottatt hjemmebesøk

## Sentrale funn

- Jeg har kun positive erfaringer med hjemmebesøket. Jeg fikk kort tid etter besøket tilbud om trening med fysioterapeut i eget hjem og satt opp trappeheis. Jeg visste ikke at dette var mulig å få.
- Videre har fastlegen skrevet ut antibiotika som jeg kan ha liggende hjemme. Dette gjør at jeg selv kan igangsette antibiotikabehandling når jeg opplever forverrelser.
- Jeg har blitt utrolig mye bedre dette året etter at jeg har mottatt de ulike tilbudene. Hadde jeg ikke mottatt hjemmebesøk så hadde jeg nok bare blitt værende hjemme og sikkert blitt lagt inn igjen på sykehuset.
- Jeg har ikke opplevd det som problematisk å slippe folk inn i hjemmet mitt, det har bare vært positivt.
- Jeg føler det er mer samarbeid mellom sykehus og kommune nå, og at begge parter vet om min tilstand og har riktig informasjon om mine behov.
- Det tok litt lang tid fra jeg ble skrevet ut til jeg mottok det første hjemmebesøket. Det burde komme ganske raskt etter utskrivelse.

«Jeg er overbevist om at jeg har sluppet reinnleggelser på grunn av alle tilbudene jeg har mottatt etter hjemmebesøket.»

- «Kari»

«Det er bedre at fastlege er med på video enn at fastlege ikke er med i det hele tatt.»

- «Kari»

## Behov

- Gjennomføring av hjemmebesøk kort tid etter utskrivelse. Det er bra å motta hjemmebesøket tidlig slik at tiltak og tjenester kan igangsettes så fort som mulig.
- Det er viktig å ha med fastlege på hjemmebesøket. Det er fastlegen jeg kontakter når jeg bor hjemme, og det er viktig at fastlege får innsikt i hvordan jeg har det slik at jeg kan få best mulig behandling.



# Brukercase: «Lisa»

## Pasienthistorikk



- «Lisa» er 76 år og har KOLS.
- «Lisa» ble i 2019 spurt om å bli med i prosjektet og motta hjemmebesøk.

“

«Jeg føler at jeg kan kontakte de når jeg har behov. Jeg kan ringe både kommunen og sykehuset, og jeg vet hvem på sykehuset jeg kan kontakte.»

- Lisa

“

«Alle hadde virkelig satt seg inn i min situasjon. Ved det siste besøket var det en ny lege, men hun visste alt om tilstanden min. Jeg ble imponert.»

- Lisa

# «Lisa» har fått bedre psykisk helse etter tjenester innført etter gjennomført hjemmebesøk

## Sentrale funn

- Jeg opplevde hjemmebesøket som positivt. Det ble raskt igangsatt tiltak og jeg fikk installert en trappeheis, trygghetsalarm og tilbud om å motta besøk fra fysioterapeut 1 gang i måneden. Det var fint at fastlegen var med slik at vi fikk gått gjennom ulike ting.
- Jeg var imponert over at så mange fra helsetjenesten tok seg tid til å komme hjem på besøk for å høre på mine behov. Jeg følte at alle hadde satt seg godt inn i min situasjon.
- Jeg var ganske dårlig etter utskrivelsen, derfor var det egentlig fint at det tok litt tid før jeg mottok det første hjemmebesøket. Jeg hadde ikke vært i form til å ta imot dem rett etter utskrivelse.
- Jeg føler at jeg vet hvem jeg kan kontakte på sykehuset og i kommunen om jeg skulle oppleve forverring eller ha noen spørsmål.
- At jeg har fått installert trappeheisen har ført til at jeg har kommet meg mer ut og at jeg ikke er så isolert lenger. Det har bedret min psykiske helse.
- Jeg tror det blir vanskelig å gjennomføre møter med fastlege på video. Jeg kan ingenting om data.

«Jeg hadde ikke kommet på at jeg kunne fått trappeheis uten det hjemmebesøket.»

- «Lisa»

«Jeg var ganske dårlig etter utskrivelse fra sykehus. Derfor passet det bra at jeg mottok hjemmebesøket en stund etter utskrivelse fra sykehus.»

- «Lisa»

## Behov

- Det er viktig å se an pasienten sin helsetilstand i forhold til når hjemmebesøk blir gjennomført. For Lisa sin del var det fint at hjemmebesøket ikke ble gjennomført rett etter utskrivelse da hun var i dårlig form og ikke hadde hatt mulighet til å ta imot noen på besøk.
- For Lisa sin del vil det ikke bli mulig å gjennomføre møter med fastlege dersom hun selv skal ha ansvar for oppkobling, det har hun ikke nok kunnskap til å gjennomføre.

## 2.1 Erfaringer fra personell involvert i forløpet



# Enhetsleder, Flekkefjord sykehus

## Sentrale funn

- Utifra tilbakemeldingene, inntrykk av at det er forskjellig oppfatning av tilbudet. Trenger man å komme hjem til pasienten? Frykter at man «mister» viktige pasienter på grunn av høy terskel for å slippe andre inn i hjemmet.
- Tenker at hyppigheten for hjemmebesøkene er ok, men dersom pasienten tenker det er for sjelden eller for ofte så må man kanskje justere.
- For å kunne koordinere hjemmebesøkene bør datoene legges inn i turnusen til sykehuspersonell, med faste datoer langt frem i tid. Blokke ut tidspunkt i kalenderen.
- Det er viktig at fastlegen er med på besøkene. At han/hun er med digitalt kan kanskje være like bra. Man har blitt mer vant til digitale løsninger, og dette kan være et godt alternativ.
- Viktig å ha noen å kontakte, og å vite hvem som skal kontaktes når.

**«Noen åpner hjemmene sine lett for andre, mens for andre var det det som var utfordringen.»**

- Enhetsleder Flekkefjord sykehus

**«Det er et stort forbedringspotensiale i å forankre det i avdelingene. Dette er et ledelsesansvar.»**

- Enhetsleder Flekkefjord sykehus

## Behov

- Forankring i avdelingene. Ledelsen ved sykehuset og nedover i avdelingene må ta ansvar for dette.
- Holde oppe fokuset, eller «starte på nytt» nå etter covid-19. Prosjektet har blitt satt på vent på grunn av pandemien, og trenger å bli gjenopptatt skikkelig.



# Farmasøyt

## Sentrale funn

- Det er relevant at farmasøyt er med i prosjektet for å bidra med gjennomgang av legemidler. Har ikke vært med på hjemmebesøk, men har i forkant av besøkene gått gjennom legemiddellisten og kommet med innspill på det. I dette prosjektet har det medført en del avmedisinering for noen pasienter
- Mange i målgruppen har lange legemiddellister. Oppgavene til farmasøyten har vært viktig for å avlaste legene som har det travelt.
- Farmasøyt gjennomgår legemiddellisten og tar opp legemiddelrelaterte spørsmål som lege og sykepleier kan ta videre med pasienten. På hjemmebesøk har man god tid og er i en rolig setting til å ta dette opp med pasienten og snakke gjennom behandlingen. Det er det ofte ikke tid til ved en sykehusinnleggelse.

«Blir det det samme når man ser pasienten digitalt? Hva skjer med relasjonen? Får man det samme inntrykket?»

- Farmasøyt

«Det kan tenkes at man får en helt annen ro til å snakke med pasientene, enn man har på en travelt sykehusavdeling»

- Farmasøyt

## Behov

- Ved endring av legemidler er 6 måneder mellom besøkene ganske lang tid med tanke på effekter og bivirkninger. Trenger kanskje ikke et besøk for å kartlegge dette. Tilstrekkelig med en telefonsamtale? Kanskje til fastlegen eller noen andre i teamet.
- Å ha en kontaktperson, for eksempel sykepleier, så kan farmasøyt konsulteres ved behov.
- Forhåpentligvis settes det av mer tid til prosjektlederne fremover.
- Mer strukturert involvering av farmasøyt. Kan være en viktig avlastning for legene. Farmasøyten kan ta en gjennomgang av legemiddellistene før legene og sykepleierne kan se over og diskutere det videre sammen med pasienten.

# Kommunalsjef helse – og omsorg

## Sentrale funn

- Hjemmebesøkene gir god innsikt i hvordan pasienten har det i hjemmet. Ofte klarer de seg bedre hjemme i kjente omgivelser enn når de er på sykehuset. Man møter dem på deres premisser og på besøk hos dem.
- God løsning at fastlegene er med over video. Det er takster til dette, og også for hjemmebesøk.
- Trenger gjerne 6 måneder mellom besøkene for å kunne si noe om tryggheten, livskvaliteten (COPM og QoL).
- Covid-19 har gjort at prosjektet har ligget stille siste tiden.

«Det er viktig å få frem hva gevinsten er, og for *hvem*»

- Kommunalsjef

«Skal man lykkes må man ta seg tid, engasjere og involvere»

- Kommunalsjef

## Behov

- For å koordinere hjemmebesøkene må man bli enige om et tidspunkt i god tid. Hvem skal ha ansvar for å booke besøket?
- Pasienten må være premissleverandør
- Viktig å satse på en pilot, og få gode historier og erfaringer.

# Sykehuslege

## Sentrale funn

- Essensen er at man drar på hjemmebesøk og får kartlagt personer i sitt eget miljø. Det er veldig viktig.
- Under corona har man ikke kunne dra hjem til like mange pasienter, noe som har gjort det vanskeligere å få gjennomført prosjektet. Selve prosjektet er jo faktisk å ha hjemmebesøk.
- Dersom man hadde fått det til med den hyppigheten som er planlagt, hadde det vært bra. Men det har vært vanskelig å gjennomføre i praksis. Blir kanskje bedre når prosjektlederne ikke også har jobb i klinikken.
- Man får et inntrykk av hvordan de bor, med trapper eller andre ting. Samtalen i seg selv handler om hvordan de har det, og det blir lagt mye vekt på hva som er viktig for *deg* og hvilke utfordringer man har i hverdagen.

«Jeg har fått inntrykk av at de setter pris på det og at de blir hørt og sett og tatt vare på.»

- Lege ved SSHF Flekkefjord

«Det er en drømmesituasjon om fastlegen også kunne vært fysisk til stede»

- Lege ved SSHF Flekkefjord

## Behov

- Viktig at en person som ikke er i klinikken administrerer og koordinerer hjemmebesøkene. Man må være ute i god tid for å planlegge det, og få låst av dette tidspunktet. Video kan også være et viktig tiltak og alternativ til at ikke fastlegen/sykehuslegen deltar i det hele tatt.
- Mulig å få til kartleggingssamtale på sykehuset før pasienten skrives ut? Der man får gått gjennom medisiner før de skrives ut. Dette er selvsagt vanskelig å sette av tid til, og at samme lege skal være med på dette (plutselig har legen fri dagen etter vakt osv.)
- Til nå har det blitt jobbet mye på bakkenivå. Fremover kanskje behov for å se på tall og statistikk for nytteeffekt.



# Prosjektmedarbeider

## Sentrale funn

- Å se omgivelsene i huset er viktig. Utifra det kommer det naturlig mange spørsmål og oppfatninger. Ofte er spørsmål og informasjon om medisiner og hjelpemidler hovedfokus i hjemmebesøkene. Derfor viktig at farmasøyt er involvert.
- Spørsmål dukker ofte opp etter utskrivelse, og da er hjemmebesøkene viktige for å kunne svare på slike.
- Det første besøket er viktig. Tidspunktene deretter virker hensiktsmessige. Man får se om tilbudene har hatt effekt over tid.
- Med tanke på videokonsultasjon som alternativ, kan det være en ulempe å ikke komme hjem til pasienten. For den eldre generasjonen kan det være unaturlig og vanskelig å åpne seg om problemene sine over video. Viktig at det er noen der fysisk.

«Hjemmebesøkene er viktig for å svare på spørsmål som dukker opp etter utskrivelse fra sykehus»

- Prosjektmedarbeider

«Det er viktig å se pasientene utenfor den akutte og sårbare tiden på sykehuset»

- Prosjektmedarbeider

## Behov

- Blir viktig å ta et skritt tilbake og ta en vurdering utifra funnene i denne rapporten. Hva har vært bra og hva kan justeres?
- Alle parter og aktører må involveres og få en rolle.
- Det bør være et større team som kan jobbe med det, og ikke bare én person i 20% stilling. Da får man mer tid til å jobbe grundigere med alle ledd i prosessene.
- Kan disse hjemmebesøkene bli en integrert del av digital hjemmeoppfølging?

# Sykepleier medisinsk avdeling

## Sentrale funn

- Det er et viktig poeng å få til første hjemmebesøk så fort som mulig etter utskrivelse fra sykehus.
- Har inntrykk av at det er færre innleggelses for de som har vært med i prosjektet, men vet ikke om det bare er noe man føler. Har ikke statistikk på dette ennå.
- Ett tilfelle nylig hvor sykehuslegen hadde gjort endringer i medisinene til pasienten, men som ikke hadde blitt fanget opp av fastlegen og derfor ikke iverksatt. Pasienten mente at fastlegen ikke var enig i endringene og derfor ikke ville gjøre endringene. Problematisk og unødvendig belastning for pasienten. Usikkert om både fastlege og sykehuslege var tilstede på hjemmebesøket.
- Dersom pasienten har hjemmesykepleie (som de ofte har), kan kanskje hjemmesykepleien melde fra om de trenger nytt hjemmebesøk?

**«Stort fokus i starten av prosjektet, men har dabbet av. Nyansatte har ikke hørt om det»**

- Sykepleier medisinsk avdeling

**«Hjemmebesøkene er en god arena for å fange opp andre ting enn når det er innlagt på sykehus»**

- Sykepleier medisinsk avdeling

## Behov

- Kan kanskje ikke forvente at alle parter skal være med på hjemmebesøket. Kan fastlegen være med over Skype i deler av hjemmebesøket? Da trenger ikke han/hun å bruke tid på hjelpemiddelgjennomgangen for eksempel. Mer effektiv bruk av tid.
- Viktig at sykepleier fra prosjektet, hjemmesykepleie og forvaltning er tilstede som et minimum, mens legene evt kan være med over video. Alternativet er at det ikke blir gjennomført, eller evt lenge etter utskrivelse.
- Flere ressurspersoner slik at man kan fange opp pasienter ved flere avdelinger. Kanskje en ressursperson ved hver avdeling som har ansvar for å dele informasjon om tilbudet til andre ansatte?

# Forvaltning Kvinesdal

## Sentrale funn

- Forvaltningens rolle har vært å informere om hvilke tjenester kommunen har og hvordan man løser de ulike problemstillinger. Og å være behjelpelig med søknad i etterkant.
- Det er en viktig verdi i at spesialisthelsetjenester er initiativtaker og at de som kommer derfra ser hjemmesituasjonen som en del av ressursene og også utfordringene til den enkelte pasient.
- Det har mye å si om pasientene bor sammen med pårørende. Gjør de ikke det, har de ofte større behov for oppfølging.
- Tilbakemelding fra pasientene om at de føler seg sett og ivaretatt når personer fra sykehuset kom hjem til de.

«Man får mye «gratis» informasjon ved å være i hjemmet til pasienten»

- Forvaltning

«Kunnskap om egen kronisk sykdom er viktig for pasientens livskvalitet»

- Forvaltning

## Behov

- Det er viktig at fastlegen er tilstede på hjemmebesøkene. Litt av hensikten med prosjektet.
- Kan være viktig med informasjon om hensikten med prosjektet. Sliter med å få med fastlegene. Gevinstcaser? Gi informasjon om gevinstene og lønnsomheten over tid.
- Kan personer med falltendens få hjemmebesøk? Forebygge fall i hjemmet? Kan redusere innleggelse for denne gruppen.

# Forvaltning Flekkefjord

## Sentrale funn

- Det har vært vanskelig å komme langt i prosessen fordi pasientene er skrøpelige og mange har hatt sykdomsforverrelser og død i løpet av perioden.
- De fleste tilfelle ender med opplegg for trening. Pasientene får bedre innsikt i hvordan de kan trene selv. Mange pasienter har fått svar på det de lurte på og har hindret angst og uro som er en stor utfordring for denne pasientgruppen.
- Man fanger opp pasienter som kanskje ikke enda har hatt behov for hjemmesykepleie. Setter det i et forebyggende og helsefremmende perspektiv.
- Usikker på om utbyttet for pasienten blir det samme om fastlegen eller sykehuslegen møter dem over video. Pasientene setter stor pris på besøkene. Det er kanskje den investeringen i tid som må til for å forebygge innleggelse.

«Viktig at fastlegen deltar for å få en felles forståelse. Har ofte mer kjennskap til pasienten, og kan følge opp videre»

- Forvaltningen

«Litt av hensikten fra starten var å komme *hjem* til pasienten og jobbe videre utifra det besøket»

- Forvaltningen

## Behov

- Kan man møte pasienten på sykehuset før utskrivelse? Kunne vært en måte å komme i gang på, men samtidig er det lite tid og man mister verdien i å se pasienten i hjemmet sitt.
- Viktig å jobbe videre med rekruttering. Få med flere fra sykehuset.
- Det blir brukt forskjellige systemer for journalføring, og en utfordring er at kommunen ikke kan se hva sykehuset har journalført fra besøket og motsatt.
- Kan være en idé å avtale neste besøk ved første besøk for å planlegge fremover i tid, og gjøre det mer forutsigbart for alle parter.

# Fastlege

## Sentrale funn

- Har vært involvert i hjemmebesøk for tre pasienter som alle hadde KOLS som hoveddiagnose. To av disse pasientene ble etter hvert innlagt på institusjon. Dette førte til færre innleggelses fordi pasientene opplevde trygghet i å bli fulgt tett opp, samtidig som man kunne starte behandling av lungebetennelser fort. Dette hadde ikke sammenheng med prosjektet.
- Hjemmebesøkene har gitt en trygghet, men tror ikke det er tilstrekkelig til å hindre innleggelses.
- Tenker det er viktig at fastlegene er tilstede ved første og/eller andre besøk, men ikke alle.
- Fastlegen *kan* delta via video – har blitt vant til det etter pandemien. *Men* fastlegene er pliktige til å gjøre sykebesøk dersom det trengs, og det er viktig for å få et helhetsinntrykk av pasienten og situasjonen. Det er imidlertid en avveining man må ta, og ved lang reisevei kan det kanskje være mest hensiktsmessig med video. Det må vurderes i hvert tilfelle.

«Det må avklares tidlig hvem som tar regningen for hjemmebesøket. Viktig for å få med alle aktørene»

- Fastlege

«Videokonsultasjon kan være et greit alternativ dersom det er lang reisevei, men dersom det er i nærheten bør fastlegen tilstrebe å møte opp fysisk»

- Fastlege

## Behov

- Det må avklares tidlig hvem som skal ta regningen for besøkene. Er det et sykebesøk eller tverrfaglig møte? Har ikke selv lagt inn dette, og vet ikke hvordan det skal gjøres. Spesielt for fastlegen bør dette komme tydelig frem ved planlegging av besøkene.
- Den enkleste løsningen på koordineringsutfordringene er kanskje å ringe legekantoret og få booket det inn i timeboken. Bør gjøres i god tid.



# Oppsummeringen av funnene trekker frem.....

## Positive erfaringer

- Inntrykk av at tiltaket har effekt. Personell involvert får inntrykk av at hjemmebesøket skaper færre innleggelse og bedre livskvalitet for pasienten.
- Pasientene får informasjon og tilbud om kommunale tjenester de ikke hadde fått vite om hadde det ikke vært for hjemmebesøket.
- Det er en hensiktsmessig gruppe av aktører som er involvert i hjemmebesøkene.
- Pasienter kommer med positive tilbakemeldinger og er fornøyd med initiativet.
- Ved å komme hjem til pasienten får man et annet syn på deres ressurser, og man møter dem på deres premisser.
- Mange er positive til bruk av video dersom alternativet er at fastlege ikke møter opp, men ser også utfordringer ved det.

## Utfordringer

- Å koordinere hjemmebesøkene kommer frem som den største utfordringen.
- Hjemmebesøkene skjer for lenge etter pasienten har kommet hjem fra sykehus, som gjør det vanskelig å følge opp.
- Pandemien har gjort det særlig utfordrende å gjennomføre hjemmebesøk.
- Rekruttering på sykehuset kunne blitt bedre. Det bør bli større fokus på prosjektet på alle relevante sengeposter.
- Prosjektet har behov for en ny start etter pandemien. Få opp fokuset på prosjektet og jobbe med forankring.
- Video kan skape en uønsket mellommenneskelig distanse, og man får ikke samme inntrykk av situasjonen som ved fysiske hjemmebesøk. Det bør være minst én fysisk tilstede under hjemmebesøket.
- Hvem tar regningen for besøkene? Er det et sykebesøk eller en tverrfaglig samtale? Dette må avklares i god tid før besøkene



# 3 FREMTIDIG ORGANISERING

# Sykehuset må enes om felles mål og strategi for hjemmebesøk

- Involverte aktører fra sykehuset ser nytten og potensialet ved å utføre hjemmebesøk hos pasienter – men tjenesten må forankres i større grad på relevante avdelinger på sykehuset for å få inkludert flere pasienter.
- Det er behov for å jobbe med gevinstkartlegging hvor man synliggjør de opplevde gevinstene for pasienter samt samfunnsøkonomiske gevinster som oppstår ved å utføre hjemmebesøk. Det er behov for å innhente tall og statistikk på brukergruppen, slik at en kan vurdere nytten ut i fra kvantitative gevinster i tillegg til de kvalitative.
- Ved å fremvise gevinster vil man klare å skape økt forankring til tjenesten, noe som vil gjøre det lettere å inkludere pasienter og gjennomføre hjemmebesøk.
- For å få økt inklusjon og forankring foreslås det at det utnevnes en ressursperson per relevante avdeling på sykehuset som har ansvar for å spre informasjon og kunnskap om tjenesten.



# Det må lages et bedre system for koordinering av hjemmebesøk

- Det må tenkes nytt i forbindelse med koordineringen av hjemmebesøkene – et forslag er at prosjektleder huker av gitte tidspunkter fremover i tid i kalenderen til sykehuspersonell, fastlege og forvaltning. På denne måten er gitte tidspunkt dedikert til utførelse av hjemmebesøk.
- Involveringen av fastleger ved hjemmebesøket må være tydeligere og mer forankret. Erfaringer fra prosjektet viser at det er utfordrende å få med fastlege i hjemmebesøk. Her må alternative løsninger som bruk av video vurderes slik at man sikrer deltagelse fra fastlege. Det må også tidlig avklares hvem som tar regningen for hjemmebesøket.
- Det er en utfordring at ansvarlig aktør for koordinering av hjemmebesøket bare har avsatt 20% til å gjennomføre dette arbeidet. Koordineringen slik den er organisert i dag tar mye tid, og hovedfokuset hos prosjektleder burde være på å forankre og jobbe med inklusjon av pasienter. Et forslag er at en aktør som ikke jobber i avdeling på sykehus har ansvar for koordineringen.
- Å få med fastlegen i hjemmebesøket fremstår som den største utfordringen. Det er ønskelig at fastlegen kan få deltagelse via video som et alternativ til fysisk deltagelse under hjemmebesøket. Fastlege er i utgangspunktet positiv til video, men mener det må vurderes ved hvert enkelt hjemmebesøk. Reisevei og digital kompetanse er faktorer som kan og bør påvirke om man velger å gjøre det fysisk eller over video.

# Behovet for flere hjemmebesøk vil variere fra pasient til pasient

- Det første hjemmebesøket fremtrer som det viktigste besøket – og pasientene som er intervjuet har ulike preferanser på om det er ønskelig eller nødvendig med flere hjemmebesøk.
- Gjennomføringen av hjemmebesøk er tidkrevende for flere aktører. Det anbefales at antall hjemmebesøk avklares etter hver enkelte pasient sitt behov og ikke etter en fastsatt «mal».
- Pasientene rapporterer at de opplever det som positivt å ha en kontaktperson som de kan kontakte etter det første hjemmebesøket. Et alternativ til flere hjemmebesøk er at pasienten har mulighet til å oppsøke og kontakte relevant aktør, eller at pasient gjennomfører telefonsamtaler/videosamtaler med fastlege eller annet helsepersonell ved behov.