



Eksempler på funnark

Innomed 2021

Om dokumentet

- Dette dokumentet inneholder eksempler på ulike funnark fra prosjekter som har mottatt prosessveiledning fra InnoMed.
- Funnark benyttes til å oppsummere sentrale funn fra intervjuer og observasjon.
- Dersom du trenger veiledning på hvordan utforme funnark, kan du laste ned [«Analyseverktøy»](#) fra KS sine nettsider.

EKSEMPLER PÅ FUNNARK – 1/3

FRA INNFORING AV VIDEOLOSNING PÅ AKUTMOTTAKET PÅ DIAKONHJEMMET SYKEHUS

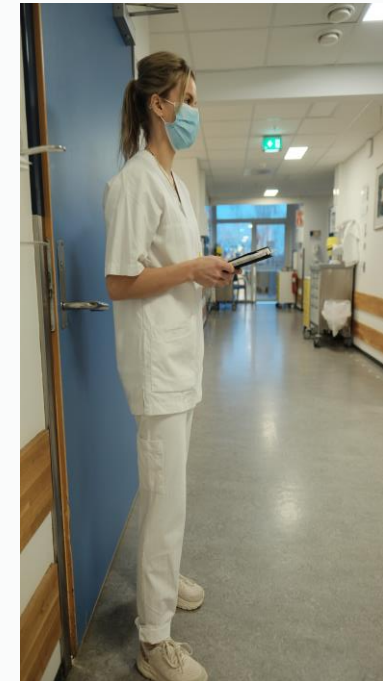
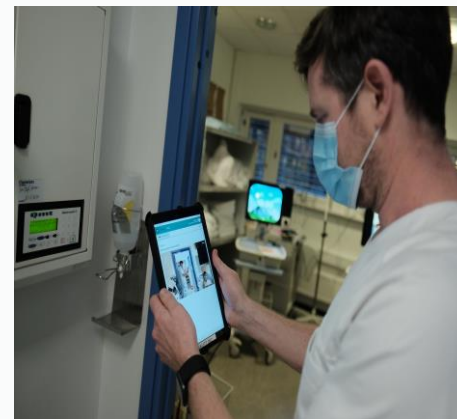
[Les mer om prosjektet her.](#)

Kort om innsiktsarbeidet

I de neste slidene presenteres funnene fra de ulike delene av innsiktsarbeidet.

Innsiktsarbeidet ble gjennomført i tre ulike stadier av prosjektet:

- **1)** Innledende innsiktsarbeid før utprøving av video
- **2)** Innsiktsarbeid i startfasen av utprøvingen av video
- **3)** Innsiktsarbeid på slutten av utprøvingen av video



Innledende innsiktsarbeid

Smittevernutstyr kommer ofte i veien for omsorgsfull helsehjelp

Sentrale funn

- Smittevernutstyr utgjør alltid en fysisk barriere mellom helsepersonell og pasient som vanskeliggjør omsorgsfull kommunikasjon
- Smittevern og dårlig tilrettelagte lokaler gjør det vanskelig for helsepersonell å tilrettelegge for trygghet og etablering av tillit før skifte til smittevern
- Pasientopplevelsen kan bedres ved at helsepersonellet får presentert seg uten maske.
- Pasienter med nedsatt hørsel, syn, kognitiv funksjon har behov for forsterket kommunikasjon

«Det kan gå timevis fra en pasient kommer inn i mottaket til de ser et normalt ansikt»

- Sykepleier

Behov

- Det er behov for mulighet til å yte mer effektiv helsehjelp til tross for smitteverntiltak
- Det er behov for at helsepersonellet får presentert seg til uavklarte pasienter uten at de har på seg smittevernutstyr
- Det er behov for å ivareta særlig sårbare pasienter med nedsatt hørsel, syn eller kognitiv funksjon

Ressurskrevende smittevernregime fører til mindre dialog med uavklarte pasienter

Sentrale funn

- Flere av de ansatte i akuttmottaket har vært sykmeldt på grunn av den store påkjenningen det er med skifting inn og ut av smittevernutstyr
- Personal har færre besøk inne hos uavklarte pasienter nå enn tidligere
- LIS1 får ikke opplæring i smittevern, og kunne vært mer effektive

«Vi går bare inn til pasient dersom det er høyst nødvendig»

- Sykepleier

Behov

- Det er behov for å lette arbeidsbyrden for flere av personalgruppene i akuttmottaket
- LIS1 har behov for mer opplæring i smittevern, evt. via digital kommunikasjon.

Proessen med å få avklart pasient i akuttmottak er tidkrevende og det er mange unødvendige ventefaser

Sentrale funn

- Uavklarte smittepasienter må ofte vente opptil 3,5 time på prøvesvar
- Pasienter som det ikke haster med er de som må vente lengst
- Pasienter som mest sannsynlig skal hjemsendes må vente
- Kirurger som opererer bidrar i kun begrenset grad til avklaring av pasienter i akuttmottaket
- Vaktskifter er "nedetid" morgen (08-09) og ettermiddag (1530-1630), særlig vaktskiftet på medisin medfører ofte forsinkelser i pasientflyt

«Vi opplever ofte at vi må gå flere runder inn til pasienten for å ta etterrevirete prøver»

- *Bioingeniør*

«Kirurgiske pasienter blir ofte liggende å vente i akuttmottaket mens kirurgen opererer»

- *Teknisk assistent*

Behov/mulig løsning

- Det er behov for at pasienter kan kontakte helsepersonell via en digital kanal og uten at helsepersonellet må skifte til smittevernutstyr.
- Det er behov for at pasientflyten opprettholdes også under vaktskiftene, særlig på medisin
- Det er behov for bedre kommunikasjon mellom vakthavende kirurg og LIS1

Flere av personalgruppene er overbelastet i dag, og kan ikke ta på seg ekstra oppgaver

Sentrale funn

- Triageteamet må koordinere seg i stor grad, noe som er krevende
- LIS1-legene får problemer med å ta unna pasienter når ikke bakvakten er tilgjengelig
- Leger finner ikke utstyr på rommene, og må kontakte støttepersonell for hjelp
- Både triageteam og pasientansvarlig sykepleier må purre på leger for å få fortgang i pasientflyten
- Medisinstudenter får ofte mangelfull oppfølging og fører til forsinkelser i pasientflyt
- Koordinatorrollen er overbelastet med dagens system, og kan ikke påta seg ekstraoppgaver

«Koordinator har nok å gjøre med de arbeidsoppgaver som foreligger allerede »

- Sykepleier

Behov

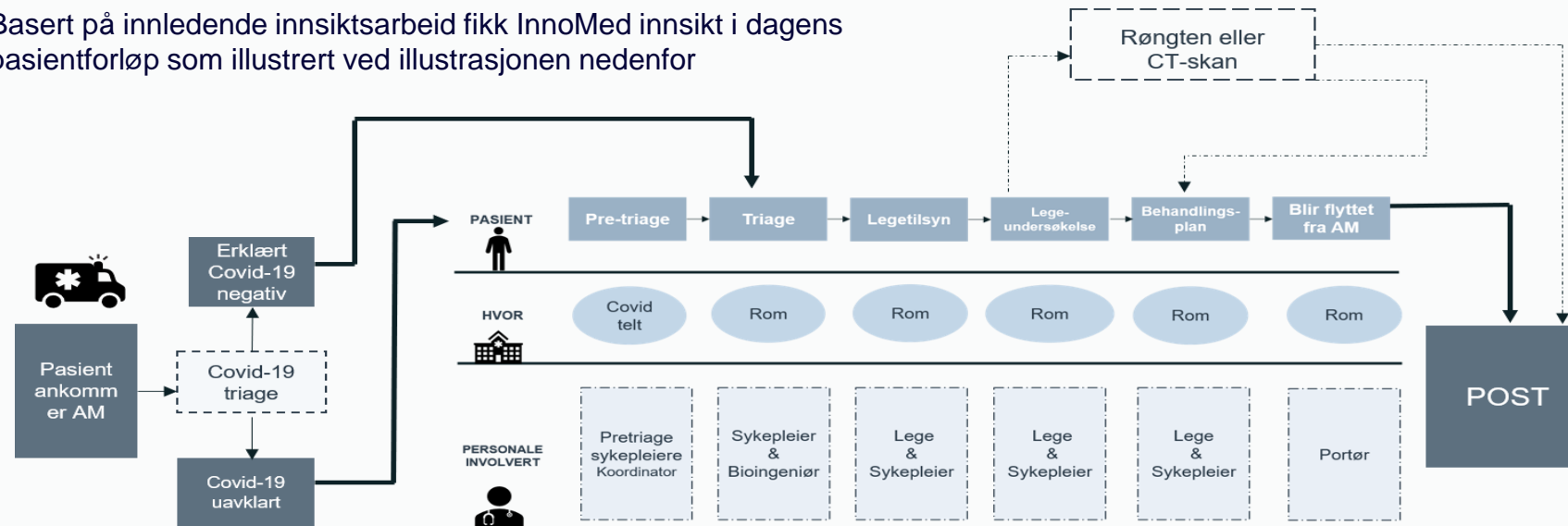
- Det er behov for at flere av personalgruppene kan søke avlastning/veiledning via teknologiske løsninger
- Kameraløsning i triage-teltet kan bidra til effektivisering av roller, slik at den som har triage kan få bedre oversikt
- Digital mottaksløsning på gang utenfor blå dør bør effektiviseres slik at koordinators rolle lettes

Oppsummering av innledende innsikt

Hovedfunn

- Bruk av smittevernutstyr kommer ofte i veien for omsorgsfull helsehjelp
- Ressurskrevende smittevernregimer fører til mer sjelden dialog med uavklarte pasienter
- Prosessen med å få avklart pasient i akuttmottak er tidkrevende og det er mange unødvendige ventefaser
- Flere av personalgruppene er overbelastet i dag, og kan ikke ta på seg ekstra oppgaver

Basert på innledende innsiktsarbeid fikk InnoMed innsikt i dagens pasientforløp som illustrert ved illustrasjonen nedenfor



Innsiktsarbeid under utprøving

Video blir ikke brukt om den ikke er «fast» installert på et pasientrom

Sentrale funn

- Det er travelt på avdelingen, video oppleves som en ny løsning som det ikke faller naturlig å ta i bruk enda.
- Det kan oppleves tidskrevende å måtte hente KOMP-enheten på lageret og sette den inn på et pasientrom hver gang den skal brukes.
- Det går tid til å lete etter Ipad eller telefon, da er det enklere å bare droppe å bruke video.

«Det er ofte så hektisk at vi ikke kommer på at vi kan bruke video i det hele tatt»

- Sykepleier

Behov

- Det er behov for å forankre bruk av videoløsning i enda større grad på avdelingen.
- Det oppfordres at alle ansatte på avdelingen tester ut løsningen for å skaffe forståelse for hvor enkel løsningen er å ta i bruk.
- Det er behov for å installere KOMP-enhet fast på pasientrom slik at personale slipper bytte ved hvert pasientskifte.

Når man først tar video i bruk, så er det enkelt å bruke løsningen og det er få tekniske problemer

Sentrale funn

- Når ansatte først har tatt i bruk videoløsningen, så er responsen at løsningen er enkel å ta i bruk.
- Det er få tekniske problemer ved bruken av videoløsningen.
- Av og til må man skrive inn passordet to ganger, men dette har ikke ført til store komplikasjoner.
- Det er noen fra avdelingen som har blitt utnevnt som superbrukere av løsningen. Disse tar ansvar for å vise og lære opp andre personale i å ta i bruk videoløsningen.
- Telefon fungerer best ved bruk – Ipad er for stor å ha i lommen.

«Det er overraskende hvor enkelt det er å ta i bruk videoløsningen»

- Sykepleier

Behov

- Det er per nå ikke behov for å gjennomføre store endringer ved løsningen.
- Det er behov for å gå over til å kun bruke telefon og ikke Ipad.
- Et fremtidig behov kan være å se på muligheten for å unngå å måtte skrive inn passord på Ipad eller telefon ved bruk.

Oppsummering av innsikt fra utprøving

Hovedfunn

- Video blir ikke brukt om KOMP-skjermen ikke står «fast» installert på et pasientrom.
- Når man først tar video i bruk, så er det enkelt å bruke løsningen og det er få tekniske problemer.
- De pasientene som har fått brukt video har hatt positive opplevelser ved løsningen.
- Bruk av video fremkommer ikke som en naturlig del av arbeidsrutinene på avdelingen per nå.



Innsiktsarbeid under sluttfasen av utprøving

Bekymring om at video ikke fungerer for eldre pasienter stemmer ikke sikkert

Sentrale funn

- Tilbakemeldinger fra pasienter som har brukt video er gode. Pasienter oppgir å føle seg tryggere og at de får se hele ansiktet til sykepleier, noe som oppleves omsorgsfullt.
- En hypotese før oppstart var at video grunnet lav teknologisk ferdighet ikke egner seg for eldre pasienter. Det er ikke mulig å fastslå basert på utprøvingen at bruk av video ikke fungerer for eldre pasienter.
- Blant brukerne var det for eksempel en pasient på over 80 år som var veldig motivert for å prøve ut video. Pasienten hadde fra før KOMP-enhet hjemme, og var vant til å kommunisere med familie gjennom video.

«Vi ble overrasket over at eldre pasienter var motiverte for å bruke video »

Sykepleier

Behov

- Video bør vurderes for alle pasientgrupper, uavhengig av alder.
- Ved fortsatt bruk av video er det rimelig å forvente at pasienter vil føle en mer «personlig» behandling da de får mulighet til å se mimikk og ansiktsuttrykk til sykepleier som snakker med dem.
- Det er behov for mer kunnskap om hvordan ulike pasient- og aldersgrupper forholder seg til bruk av videoløsninger.

Bruken av video fører til at man «orker» å stille de viktige spørsmålene

Sentrale funn

- Tilbakemelding fra lege i AKU var at video gjorde det lettere å stille siste kontroll-spørsmål til pasient da man unngikk å måtte ikle seg smittevernsutstyr på ny.
- En urolig smitteisolert pasient ble åpenbart trygget av mulighet for hyppig kontakt med personale via video.
- Ved å bruke video kan man stille pasienten spørsmål i tilfeller der man er usikker eller ikke husker sentrale pasientopplysninger.

«Video gjør at man slipper å bruke tid på å kle på seg smittevernsutstyr, og vi får større mulighet til å stille pasienten de viktige spørsmålene»

- Sykepleier

Behov

- Fortsatt bruk av video medfører at det fristilles tid for personalet – og at man på sikt kan få bedre oppfølging av pasienter når smittevernsutstyr ikke er nødvendig.
- Det er reelt behov for video som supplement til personlige konsultasjoner for å trygge pasienten i behandlingen samtidig som man avlaster personalet.

Oppsummering av innsikt i sluttfasen

Hovedfunn

- Det har blitt enklere å ta i bruk video etter at KOMP-enheten ble fast montert på pasientrom.
- Bruk av video effektiviserer pasientforløpet ved at man kan stille spørsmål for å avklare pasient videre til post uten å ikle seg smittevernutstyr.
- Erfaringen sålangt tilsier ikke at man kan avskrive alle utsatte pasientgrupper for bruk av video.
- De eldre pasientene som har testet løsningen har håndtert video svært bra.



EKSEMPLER PÅ FUNNARK – 2/3

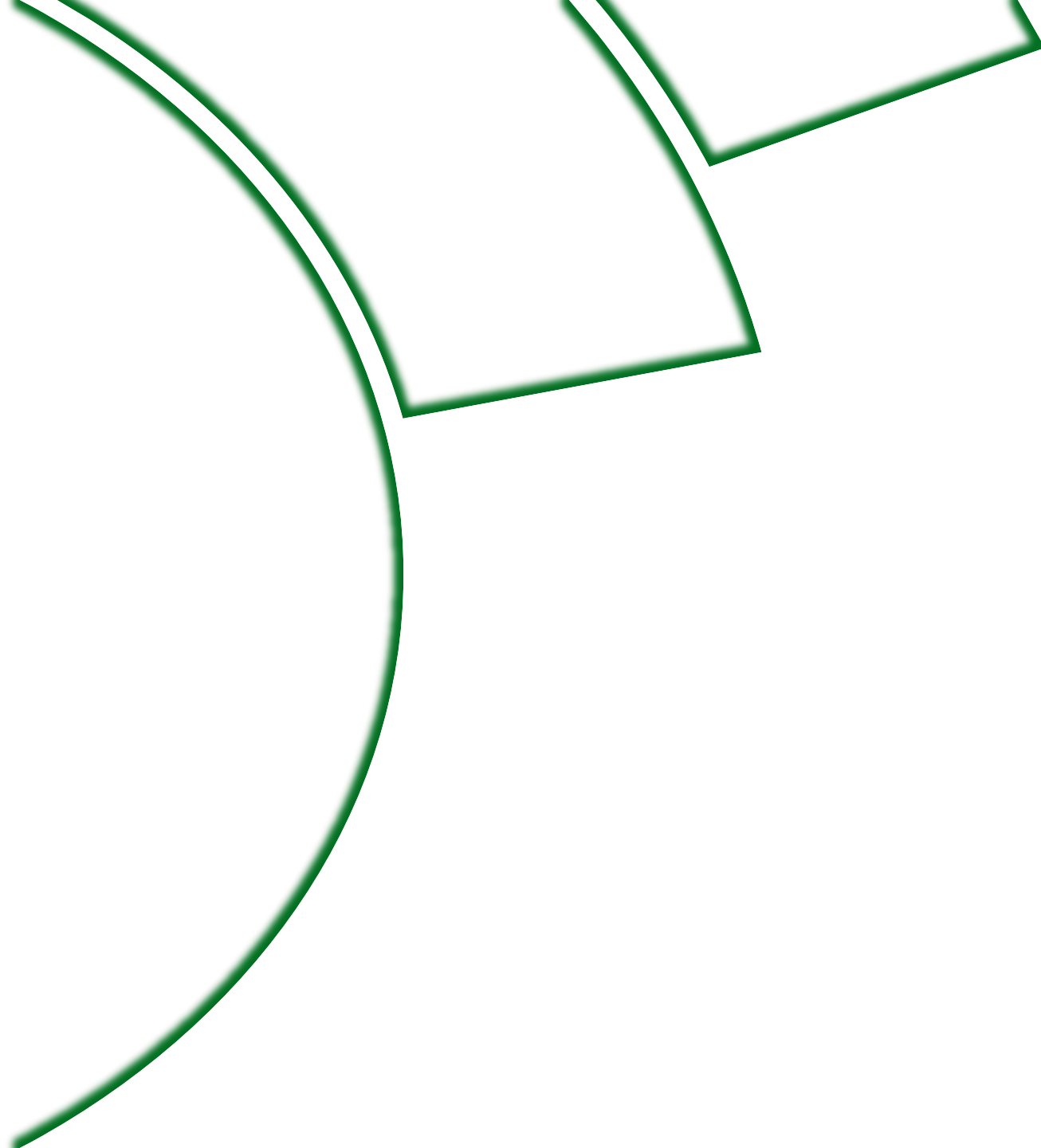
FRA DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING AV KOLS-PASIENTER PÅ AGDER

[Les mer om prosjektet her.](#)

2

ERFARINGER FRA SYKEHUSPILOTEN

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



Brukercase: «Lisa» føler seg tryggere etter tilbud om digital hjemmeoppfølging

Pasienthistorikk



- «Lisa» er 73 år og har KOLS grad 4.
- «Lisa» startet opp med digital hjemmeoppfølging fra sykehuset i januar 2020. Hun skal etterhvert overføres til TMS.

“

«Jeg føler meg tryggere og mer sikker på egen sykdom etter at jeg ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging»

- Lisa

“

«Nå klarer jeg enda bedre å styre min egen sykdom, ved at jeg sjekker målingene og vet når jeg må ta det med ro»

- Lisa

Brukercase: «Knut» har fått det bedre etter at han ble fulgt opp av sykehuset

Pasienthistorikk



- «Knut» er 67 år og har KOLS grad 4.
- Han har mottatt digital hjemmeoppfølging fra sykehuset fra mai 2020 til oktober 2020.
- Han hadde 3 innleggelser på sykehus i 2019, men ingen i 2020.
- I oktober 2020 ble han overført til TMS i Farsund, før han i desember 2020 ble flyttet over til regional TMS i Arendal.

Gevinster

- Opplever bedre kontroll, økt trygghet og mindre uro tilknyttet egen sykdom
- Er overbevist om at han har sluppet innleggelser på sykehus i 2020 pga oppfølgingen
- Har raskere oppdaget forverrelser i egen tilstand

“

«Jeg synes at det var en stor overgang å få oppfølging fra TMS. De følger opp på en annen måte enn jeg er vant til fra sykehuset og jeg skulle ønske at jeg ble bedre informert om at oppfølgingen var annerledes»

- «Knut»

Oppfølgere fra sykehuset er positive til digital hjemmeoppfølging, men mener at det kreves økt forankring av tjenesten på sykehuset

Sentrale funn

- Pasienter som mottar oppfølging gir uttrykk for opplevelse av trygghet og større innsikt i hvordan de forholder seg ved tegn til forverring og hvilke tiltak de kan sette igang.
- Mange pasienter kvier seg for det teknologiske og mange pasienter ble ikke inkludert grunnet mangel på bankID.
- Det har vært krevende å inkludere nok pasienter i piloten – pasientforløpet er ikke godt nok forankret på sykehuset i tillegg har Covid-19 pandemien ført til at færre pasienter er innlagt på sykehuset
- I Agder jobbes det i et regions perspektiv – det er en utfordring når kommunene har ulike involvering og ulike avtaler for digital hjemmeoppfølging.
- Noen pasienter er ikke klar for DHO før de har fått «roet» seg hjemme etter en sykehusinnleggelse.
- Når man har en god dialog med pasient og kommune i forkant av overføring av pasient, sitter alle parter igjen med en bedre opplevelse av denne prosessen.
- Egenbehandling som en del av oppfølgingen er viktig, og det er viktig at egenbehandlingsplanen utarbeides i samarbeid med sykehus og TMS.
- Fastlegen er vanskelig å komme i kontakt med og få i tale.

«Når pasientene opplever økt trygghet og mestring gjennom digital hjemmeoppfølging, føles det meningsfylt å gi oppfølging»

- Sykepleier ved SSHF Kristiansand

«Den detaljerte oppskriften på hva pasientene skal gjøre ved ny forverring får de ikke rutinemessig ved utskrivelse»

- Sykepleier ved SSHF Kristiansand

Behov

- Tjenesten må forankres i større grad på sykehusets lungeavdeling – det er behov for å i større grad involvere og informere om tjenesten for å sikre at flere pasienter mottar tilbud om digital oppfølging.
- Det må på plass en bedre dialog mellom TMS, sykehus og bruker i forhold til tidspunkt for overflytting mellom tjenestene.
- Det er behov for at alle kommuner og sykehus har et avtalt samarbeid – en felles forvaltning rundt DHO og team for sårbare grupper i forverring av sykdom.
- En kulturendring må på plass for at flere skal tenke «mer oppfølging fra sykehus hjemme i samarbeid med kommune».

Lungeavdelingen ser nytteverdien av digital hjemmeoppfølging, men er usikker på hvordan det best kan integreres som en naturlig del av tjenesten

Sentrale funn

- Ansatte ved sykehusets lungeavdeling er positive til digital hjemmeoppfølging, og ser nytteverdien av å tilby pasienter denne behandlingen.
- Sykehuset har møtt på flere hindringer ved implementeringen av digital hjemmeoppfølging. Blant disse er:
 - pasienter uten bank ID
 - det skjer mye med pasienten under en innleggelse og ikke minst før utskriving, noe som fører til at prioriteringen for å inkludere og lære opp pasienter nedprioriteres
 - mangel på forankring hos alle ansatte på avdelingen.
- Avdelingen har et stort ønske om å få inkludert og tilbudt digital hjemmeoppfølging til enda flere pasienter enn i dag, men er usikre på om veien gjennom lungeavdelingen er den riktige veien å gå.

«Det er en positiv tilnærming til DHO på avdelingen, og vi skulle ønske vi fikk inkludert enda flere pasienter»

- Enhetsleder lungeavdelingen, SSHF Kristiansand

«Vi har dessverre møtt på en del hindringer. Det er mye som skjer under innleggelsen, noe som gjør at DHO kan gå i glemmeboken»

- Enhetsleder lungeavdelingen, SSHF Kristiansand

Behov

- Det er behov for mer arbeid rundt forankring på sykehuset sin avdeling. Dette kan gjøres ved å fortsette å ha digital hjemmeoppfølging på agendaen ved avdelingsmøter samt få nok erfaring med utprøvelsen for å vise enda tydeligere gevinster av oppfølgingen.
- Mulighet for å frikjøpe ressurser som kan fokusere fullt på digital hjemmeoppfølging. Det er behov for dette på avdelingen for å sikre å inkludere nok pasienter.
- Det er behov for å se på muligheten for at organiseringen av oppfølgingen kan skje i regi av poliklinikken.

Oppfølgere på TMS er særlig positive til at pasienter har en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan når oppfølgingen starter opp

Sentrale funn

- Overføringen av pasienter fra sykehus til TMS har gått sømløst for seg ved at TMS har mottatt relevant informasjon og data om pasienten sitt sykdomsbilde.
- Det er spesielt nyttig at sykehuset og TMS bruker samme system for oppfølging (OTH).
- TMS oppgir at det er en stor fordel at pasientene de får overført har en utarbeidet egenbehandlingsplan fra sykehuset. Utarbeidelse av egenbehandlingsplan i samarbeid med fastlegen har tidligere krevd mye tid og ressurser fra TMS.
- Møtet med oppfølger fra sykehus har vært viktig for TMS for å danne et bilde av pasienten sin tilstand og behov.
- Ved et tilfelle fikk ikke TMS god nok informasjon om hvilken type oppfølging pasienten tidligere hadde mottatt fra sykehuset. Dette skapte uro for pasienten som opplevde at oppfølgingen fra sykehuset var avvikende fra oppfølgingen fra TMS.

«Jeg opplevde overgangen av pasienten fra sykehuset til TMS som svært god. Vi fikk god informasjon og teknisk gikk det helt knirkefritt»

- Oppfølger på TMS i Farsund

«TMS sparer mye tid og ressurser på at pasient kommer med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan»

- Oppfølger på TMS i Arendal

Behov

- Det er behov for at man i første møte mellom oppfølger fra TMS, oppfølger fra sykehus og pasient går gjennom hvilken type oppfølging pasient har mottatt fra sykehuset og informerer om hvordan TMS skal gjennomføre oppfølgingen.
- Det er viktig å fortsette med å ha god dialog mellom oppfølger på sykehus og oppfølger på TMS ved overgangen til pasienten.
- Det er behov for at pasient kommer med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan.

Forvaltning vil måtte se flere brukercaser for å enklere kunne tildele tjenesten til brukere

Sentrale funn

- Kommunene i Agder er forskjellig med tanke på hvilke tjenester som krever vedtak eller ikke. I Arendal kreves det ikke vedtak fra forvaltning på at pasienter skal få tilbud om digital hjemmeoppfølging. Forvaltning holdes orientert og samarbeider med sentralen i de sakene det vurderes hensiktsmessig.
- Tjenestekontoret ser positivt på at sykehuset og TMS tar ansvar for å tildele digital hjemmeoppfølging til brukere. Det sparer tid og ressurser, og pasienten får rask tilgang til tjenesten.
- Det faktum at pasienten er ferdig kartlagt fra sykehuset gir grunnlag for forvaltning /TMS å vurdere videre tjenesteløp.
- Det er viktig at sykehuset ikke holder pasienten for lenge, men at de kanskje etter bare 2 uker blir overført til TMS. TMS har større kapasitet til å håndtere mange pasienter sammenlignet med sykehuset, og man ønsker en effektiv drift.

«Det er positivt at sykehuset og TMS tar mer ansvar for tildeling av tjenesten»

- Forvaltning

«I Arendal kreves det ikke vedtak for tildeling av denne tjenesten, derfor fatter ikke forvaltning vedtak, men holdes orientert»

- Forvaltning

Behov

- Det er nødvendig å fremskaffe enda flere brukercaser og synliggjøring av gevinster. Dette må til for å få til økt forankring og forståelse av tjenesten hos forvaltning.
- Det er behov for at flere av tjenestekontorene går bort fra at man trenger vedtak for å tildele digital hjemmeoppfølging fra TMS.

Oppsummeringen av funnene trekker frem positive erfaringer samt utfordringer tilknyttet piloten

Positive erfaringer

- Ansatte ved sykehusets lungeavdeling, forvaltning, TMS og brukere er generelt positive til digital hjemmeoppfølging fra sykehus med overgang til TMS. Ved å tilby denne tjenesten direkte fra sykehuset kan man raskere tilby pasienter oppfølging.
- Pasienter som får tilbud om oppfølgingen er positive til tjenesten og føler økt trygghet og mestring av egen sykdom.
- Informasjonsutveksling mellom sykehus, kommune, fastlege og TMS er essensielt for å få til et smidig pasientforløp og har i piloten fungert godt.
- Det er særlig positivt at pasienter blir overført til TMS med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan. Dette effektiviserer tjenesten og gjør at pasient raskere blir koblet opp på digital hjemmeoppfølging.
- Det er særlig positivt at oppfølgere fra sykehus bruker samme teknologisk verktøy (OTH) som oppfølgere på TMS. Dette bryter ned siloer.

Utfordringer

- Piloten har ikke en lang nok varighet eller nok inkluderte pasienter til å synliggjøre gevinster som f.eks reduksjon i sykehusinnleggelser.
- Det er tilknyttet utfordringer til inkludering av pasienter på lungeavdelingen, både pga lav forankring av tjenesten blant de ansatte på avdelingen, men også fordi innlagte pasienter kan være utsatt for mye påvirkning og stress på avdelingen som ikke gjør dem egnet til å inkluderes når de er innlagt.
- Det er behov for å prøve ut tjenesten i enda større grad og over lenger tid for å kunne samle inn nok data som bedre kan kartlegge gevinster.
- Utdeling av utstyr og transport i forbindelse med møter med pasienter er ikke driftet på en effektiv måte i piloten.

EKSEMPLER PÅ FUNNARK – 3/3

FRA TVERRFAGLIG OPPFØLING AV KRONISK SYKE PASIENTER PÅ LISTER

[Les mer om prosjektet her.](#)



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-forverringar.
- «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 han ikke har fast hjemmesykepleie
- Overbevist om at hjemmebesøkene har gjort at hun har unngått sykehusinnleggelse

“

«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

- Gjennomførelse 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 innleggelse 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.

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.

«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

Oppsummeringen av funnene trekker frem.....

Positive erfaringer

- Inntrykk av at tiltaket har effekt. Personell involvert får inntrykk av at hjemmebesøket skaper færre innleggelses 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