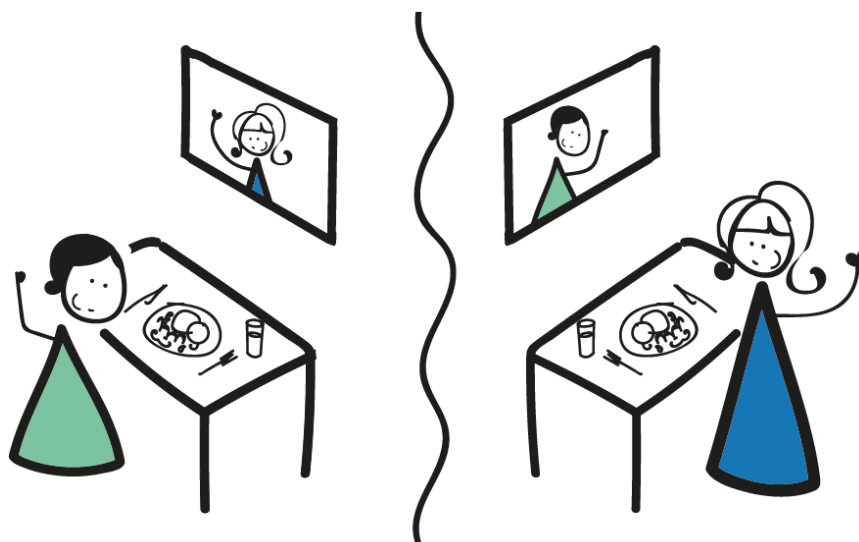




RAPPORT PÅ TJENESTEREISE: «HJEMMEBESØK PÅ VIDEO»



Bilde er illustrert av Harald Sævereid fra Halogen firma

	RAPPORT		Agder Living Lab Besøksadresse: Berge Gård Senter Tønnevoldsgate 19 4877 Grimstad
RAPPORT: HJEMMEBESØK PÅ VIDEO			Telefon: 93 49 08 77
			e-post: kathrine.melby.holmerud@grimstad.kommune.no
Forfatter: Kathrine Melby Holmerud			
Rapport nr: 03/2017/ALL	Dato: 09.02.18	Antall sider: 13	Prosjekt: ALL – 02/2016
Godkjent av Agder Living Lab's prosjektgruppe dato 14.12.17			
<u>Sammendrag:</u> Hjemmetjenesten skal ivareta pleie- og omsorgstjenester – nødvendig helsehjelp - til mange ulike brukere som bor hjemme. Hjemmetjenesten har vært gjennom en omorganisering. I denne forbindelse har et eksternt firma vært inne for å observere og komme med forslag/tiltak til hvordan tjenestene kan ytes på en bedre måte for alle brukerne. Brukerne her er pasientene, pårørende og hjemmetjenesten. Et av tiltakene de forslø i sin rapport er «hjemmebesøk på video». Hjemmebesøk på video har potensiale til å bedre kvaliteten på besøket, effektivisere tjenesten og være en fremtidsrettet tjeneste. Flere brukere kan i fremtiden forvente at kommunen kan tilby «hjemmebesøk på video» som en tjeneste. Vi har ikke testet et konkret produkt, men jobbet med tjenestereisen knyttet til hjemmebesøk på video utført av hjemmetjenesten/innsatsteam. Vi har plukket ut to bruksområder for test inne på eHelsesenteret ved UiA Grimstad og utviklet scenarier knyttet til: 1. Hjemmesykepleien følger opp ernæring og medikamenthåndtering hos en hjemmeboende 2. Innsatsteam veileder hjemmeboende pasient i medikamenthåndtering Pr i dag utfører hjemmetjenesten disse tilsynene ved fysisk å reise ut på besøk. På et slikt besøk får sykepleieren muligheten til å gjøre mange observasjoner; se og lukte. Underveis i arbeidsprosessen og utvikling av scenarioene ble det viktig å finne de rette spørsmålene for å avdekke og veie opp for at du ikke er fysisk tilstede i hjemmet til bruker. Spørsmålene skal være til hjelp slik at du får gjort de nødvendige observasjoner og vurderinger i løpet av den tiden som er satt av til hjemmebesøk på video.			
<u>Abstract:</u> The homecare service shall include the necessary health care to different users of the health care system. The users can be a patient, a dependent and health care service workers. The homecare service in Norway has been through reorganization that open to new opportunities, such as			

homecare services offered through video- and audio communication for nurse and patient. This new type of service has the potential to increase the quality of the health care provided, make the health care service more efficient and be a provident health care service. In the future, health care service users may expect that their municipality had the possibility for communication with nurses by using video- and audio communication.

We have not tested a system, rather worked and developed a «user journey» for how and why to use video- and audio communication in the health care service. We have selected to different use areas and tested them into «user journeys» within the eHealth laboratory at the University of Agder, Grimstad, Norway.

The first scenario included a nurse in the homecare service who makes a follow-up of a patient living at home with the use of video- and audio communication. The main goal for this follow-up was to closely monitor patient's nutrition and drug management twice a week. The second scenario presented a nurse in the municipality rehabilitation response team in charge of supervising a patient in drug management with use of video- and audio communication. Current homecare service provides the follow up and supervision by making a home visit to the patient. During the visit, a nurse has the possibility to observe in several different ways; for example by using their sight and sense of smell. During the development of the scenario it became important to find and formulate the kind of questions to allow nurses to remotely make professional observations with use of the videocommunication. The aim of the service was meant to be a help for the nurse to make the right and necessary observations and consideration for the health care level offered.

Innholdsfortegnelse

1. Oppsummering.....	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Behovskartlegging	5
3.1 Bakgrunn	5
3.2 Kartlegging av behov – trinn 1.....	5
4. Tjenestereise som er testet.....	6
5. Målgruppe	6
6. Juss og etikk.....	6
6.2 Vedtak.....	7
6.3 Etikk	7
7. Gevinstmål.....	8
8. Ros analyse	8
8.1 Datasikkerhet og personvern:	8
9. Fra praksissituasjon til testing i laboratorium??	9
10. Fra fysisk tilsyn til hjemmebesøk på video	10
11. Test i hjemmemiljø	12
12. Innovasjonsmuligheter / fremtidsperspektiver.....	12
13. Konklusjon	12
14. Referanser	13

1. Oppsummering

Hjemmetjenesten har vært gjennom en omorganisering. Hjemmetjenesten skal ivareta pleie- og omsorgstjenester – nødvendig helsehjelp - til mange ulike brukere som bor hjemme. I denne forbindelse har et eksternt firma vært inne for å observere og komme med forslag/tiltak til hvordan tjenestene kan ytes på en bedre måte for alle brukerne. Brukerne her er pasientene, pårørende og hjemmetjenesten. Et av tiltakene de foreslo i sin rapport er «hjemmebesøk på video». Hjemmebesøk på video har potensiale til å bedre kvaliteten på besøket, effektivisere tjenesten og være en fremtidsrettet tjeneste. Flere brukere kan i fremtiden forvente at kommunen kan tilby «hjemmebesøk på video» som en tjeneste.

Vi har ikke testet et konkret produkt, men jobbet med tjenestereisen knyttet til hjemmebesøk på video utført av hjemmetjenesten/innsatsteam. Vi har plukket ut to bruksområder for test inne på eHelsesenteret ved UiA Grimstad og utviklet scenarier knyttet til:

1. Hjemmesykepleien følger opp ernæring og medikamenthåndtering hos en hjemmeboende
2. Innsatsteam veileder hjemmeboende pasient i medikamenthåndtering

Pr i dag utfører hjemmetjenesten disse tilsynene ved fysisk å reise ut på besøk. På et slikt besøk får sykepleieren muligheten til å gjøre mange observasjoner; se og lukte. Underveis i arbeidsprosessen og utvikling av scenarioene ble det viktig å finne de rette spørsmålene for å avdekke og veie opp for at du ikke er fysisk tilstede i hjemmet til bruker. Spørsmålene skal være til hjelp slik at du får gjort de nødvendige observasjoner og vurderinger i løpet av den tiden som er satt av til hjemmebesøk på video.

2. Bakgrunn

Velferdsteknologi er et viktig nasjonalt og kommunalt satsingsområde for å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorg. En mer selvstendig og aktiv brukerrolle og prinsippet om å kunne bo hjemme lengst mulig vil medføre endringer både i hvordan man organiserer arbeidet og i hvordan ny teknologi tas i bruk. Velferdsteknologi kan styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, gi støtte til pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (NOU 2011:11).

Agder Living Lab (ALL) er en reell test- og forsøksarena hvor brukere og produsenter/leverandører sammen skaper innovasjon og utvikling. Living Lab metodikken er et forskningskonsept. Forskningskonseptet baseres på en systematisk tilnærming med brukeren i sentrum, som involverer både forsknings- og innovasjonsprosesser. Brukeren skal være en aktiv deltagende aktør. Dette perspektivet betyr at alle aktører og samarbeidspartnere sammen skal vurdere løsningene og produktenes brukervennlighet og nytte. Dette gjelder i hele prosessen fra tidlig utforskning og utvikling av en løsning til det ferdige produktet (Bjerkås, 2016).

Gjennom ALL ønsker vi derfor å skape interesse hos brukere av helsetjenesten, fremtidige brukere, pårørende og ansatte til å være med å utvikle og teste løsninger som kan gi bedre tjenester, økt selvstendighet, mestring og livsglede. ALL skal være en arena som har andre rammer enn kunstige test-arenaer og der brukererfaringer aktivt kan bidra til å kvalitetssikre, utvikle og forme leverandørenes løsninger (Bjerkås, 2016).

En tjenestereise er en steg-for-steg-beskrivelse av tjenesteforløpet, laget som en reise gjennom tjenesten sett fra brukerens perspektiv. Bruker er pasient, pårørende og ansatte. Her kartlegges alt som må til for å levere tjenesten, både det som er synlig for brukeren og det som er skjult (KS, 2015).

3. Behovskartlegging

3.1 Bakgrunn

Hjemmetjenesten har vært gjennom en omorganisering. Hjemmetjenesten skal ivareta pleie- og omsorgstjenester – nødvendig helsehjelp - til mange ulike brukere som bor hjemme. I denne forbindelse har et eksternt firma vært inne for å observere og komme med forslag/tiltak til hvordan tjenestene kan ytes på en bedre måte for alle brukerne. Brukerne her er pasientene, pårørende og hjemmetjenesten. Et av tiltakene de forslo i sin rapport er «hjemmebesøk på video».

Kommunen har mye omland og det blir mye kjøring for å nå alle brukerne.

Brukerne sitter mye alene og kunne tenkt seg mer besøk; hyppigere kontakt med familie og venner. Ved å ta i bruk «hjemmebesøk på video» (virtuelt hjemmebesøk) så kan den hjemmeboende også bruke løsningen til å kommunisere og ha kontakt med familie og venner.

Flere hjemmeboende har ernæringsutfordringer; de spiser feil, lite eller ingen ting. De vil kunne få hyppigere og tettere oppfølging via «hjemmebesøk på video».

Hjemmetjenesten har behov for å håndtere flere brukere med samme midler; her kan en spare kjøretid og på den måten utføre flere besøk vha. tjenesten «hjemmebesøk på video».

3.2 Kartlegging av behov – trinn 1

Tiltaket «hjemmebesøk på video» har vi jobbet med i ALL ved å utforske behovet ytterligere i en workshop. Deltakerne i denne workshopen bestod av:

- Representanter fra ledelsen
- Tjenesteutøvere på dag/kveld og natt
- Representant fra kommunens responscenter for trygghetsalarmer
- Representanter fra prosjektgruppen til ALL
- Forskere fra UiA
- Brukerrepresentant

På work-shopen kom vi fram til 4 ulike bruksområder der en slik tjeneste kan være aktuell. Bruksområdene vil kunne endre seg med erfaring og utvikling av produktet.

1. *Pasienten har en moderat kognitiv svikt.*

Pasienten har flere besøk i løpet av uken/dagen og noen av besøkene kan erstattes med hjemmebesøk på video.

Bor i utkanten av kommunen.

Har behov for oppfølging knyttet til behovet ernæring.

2. *Pasienten har behov for veiledning/support/trygging knyttet til egenmestring.*

Det kan være å sette subcutane injeksjoner som insulin/fragmin eller legemiddelhåndtering.

Trening; her trenger pasienten trygging/veiledning/påminnelse om å gjennomføre treningsøvelser knyttet til et hverdagsrehabiliteringsprogram.

3. *Pasienten har en moderat kognitiv svikt og har behov for oppfølging knyttet til behovet ernæring.*
Pasienten får en infeksjon og en forverring som viser seg ved ytterligere funksjonssvikt. Pasienten har flere besøk i løpet av uken/dagen og noen av besøkene kan erstattes med hjemmebesøk på video.
Bor i utkanten av kommunen.
4. *Natttjenesten vil også kunne bruke tiltaket som en integrert del av tjenesten. Tilsyn kan gjennomføres vha. kamera med toveiskommunikasjon. Dette behovet er ofte tilknyttet annen sensortechnologi.*

4. Tjenestereise som er testet

Vi har ikke testet et konkret produkt, men jobbet med tjenestereisen knyttet til hjemmebesøk på video utført av hjemmetjenesten/innsatsteam. Vi har plukket ut to bruksområder for test inne på eHelsesenteret ved UiA Grimstad og utviklet scenarier knyttet til:

a) Hjemmesykepleien følger opp ernæring og medikamenthåndtering hos en hjemmeboende

b) Innsatsteam veileder hjemmeboende pasient i medikamenthåndtering

Videre i rapporten vil vi vise til eksempler fra scenario a) hjemmesykepleien som følger opp ernæring og medikamenthåndtering hos en hjemmeboende. Scenario b) er utarbeidet og testet etter samme metode.

5. Målgruppe

Hjemmeboende som ikke har uttalt kognitiv svikt. Mottaker må kunne håndtere et nettbrett eller en smarttelefon. Sykepleier i hjemmetjenesten eller innsatsteam (hverdagsrehabiliteringsteam) følger opp hjelpebehov via «hjemmebesøk på video» istedenfor et fysisk besøk.

Vurdere om dette kan håndteres av en responsentertjeneste i fremtiden, eller om det må være den tjenesten som ivaretar bruker til vanlig som også bør håndtere «hjemmebesøk på video».

6. Juss og etikk

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, s. kap. 4)».

«Hjemmebesøk på video» er en teknologi som ikke anses som å være inngripende da pasienten i dette tilfelle aktivt kan velge å svare/ikke svare på oppkallet.

Vurdering av pasientens samtykkekompetanse gjøres av helsepersonell før igangsetting av helsehjelpstiltak; i forbindelse med den helhetlige kartleggingen; ved oppstart av tjenesten eller ved endring av situasjonen til den enkelte.

Pasienten har samtykkekompetanse:

- Pasienten har suveren rett til å takke nei til helsehjelpen som tilbys.
- Helsepersonell har informasjons og/eller undervisningsplikt slik at pasient som takker nei har forståelse for hva det takkes nei til.

Pasienten har svekket samtykkekompetanse:

- Informerer pårørende om nødvendig.
- Pårørende kan da på vegne av pasienten vurdere om dette er noe som pasienten ville sagt ja til og dermed samtykke til helsehjelpen som tilbys.
- Pasienter som har svekket samtykkekompetanse kan fortsatt ha kompetanse til å samtykke til enkelte tiltak som vurderes iverksatt – som her bruk av «hjemmebesøk på video».

Pasienten har ikke samtykkekompetanse: Denne pasientkategori vil ikke kunne nyttiggjøre seg dette aktuelle tiltak: «hjemmebesøk på video». Her må andre tiltak vurderes og iverksettes.

Bruk av «hjemmebesøk på video» som et tiltak for å kunne ivareta nødvendig helsehjelp må vurderes med respekt for integriteten til den enkelte og være i mest mulig overensstemmelse med selvbestemmelsesretten til pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Er det slik at det ikke er formålstjenlig for pasienten å iverksette tiltaket, stoppes prosessen og tiltaket iverksettes ikke.

Samtykkekompetanse skal vurderes og dokumenteres i pasientjournal jf. Helsepersonelloven kap. 8 Dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 2016). Lovgrunnlaget baserer seg på en faglig vurdering av hva som vil være forsvarlig helsehjelp, og som hovedregel være basert på brukerens samtykke og i henhold til bestemmelsene i § 3-3 skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016).

Kommunens rutiner for dokumentasjon følges og journalføres i fagsystemet jf. Helsepersonelloven kap. 8. Dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 2016).

6.2 Vedtak

«Hjemmebesøk på video» er et tiltak som tjenesten tilbyr for at den hjemmeboende skal få nødvendig helsehjelp og oppfølging. Det vil derfor være naturlig at dette inngår som en del av saksbehandlingen knyttet til den aktuelle pasient.

Før det fattes vedtak og «hjemmebesøk på video» iverksettes så identifiseres behovet i utøvende enhet eller hos bestiller-/tjenestekontor i forbindelse med datainnsamling jf. gode pasientforløp. Datainnsamling knyttet til oppstart, mottak fra sykehus/korttid/KØH eller ved halvårlig evaluering.

Vedtaket om at dette tiltaket er en del av den helsetjenesten som ytes fattes f.eks. hos bestiller-/tjenestekontoret på lik linje med andre vedtak om nødvendig helsehjelp.

6.3 Etikk

I refleksjonsmøte etter brukervennlighetstesten kom det frem at det er viktig å overveie og reflektere over hvordan «hjemmebesøk på video» kan innvirke i en persons liv. Har de ferdigheter til å håndtere valgt teknologi? Får brukere tid og ro til å delta i «hjemmebesøk på video», føler personen seg ivaretatt og trygg? Hvem skal ha de økonomiske utlegg til nettbrett, tilgang på internett? Pr i dag har ikke alle dette. Dette er sentrale spørsmål som kommunen bør ta stilling til.

Ansatte reflekterte og stilte seg spørsmål om; hvordan påvirker dette tjenestene? Hvem i tjenesten skal utføre «hjemmebesøk på video»? Hvordan er lokalene egnet til denne tjenesten – kan de sitte uten å bli forstyrret av sine kollegaer eller andre alarmer/telefoner? Opplever sykepleier at de får gjort sine observasjoner og nødvendig oppfølging med bruk av «hjemmebesøk på video»?

For å ivareta både personen og ansatte er vil det være viktig med god evaluering underveis. Evaluering kan gjøres i samtaler med personen og refleksjonsgruppe for ansatte i tjenesten.

7. Gevinstmål

Mulige gevinster og effekter som er identifisert:

1. Mer pasienttid
2. Hjelp til dem som trenger det
3. Hyppigere «besøk»; flere besøk hos bruker; tettere oppfølging
4. Flere besøk pr pleier
5. Mindre kjøring
6. Nyere generasjoner vil oppleve en slik tjeneste som naturlig og forvente et slikt tilbud

8. Ros analyse

Vurdere om tjenesten kan være et faglig forsvarlig tiltak ved bl.a. å kartlegge risikobildet til brukeren. Oppfølging og opplæring av bruker ift. følgende punkter knyttet til teknisk kompetanse:

- har bruker ressurser til å håndtere nettbrett
- nettilgang (stabilt etc)
- kan håndtere nettbrett; kan svare, kan gjøre enkel sjekk for feil på nettbrettet vha. veiledning fra sykepleier over telefon
- har strøm og kan sette nettbrettet til lading
- bruker er i nærheten av nettbrett til avtalt tid

Oppfølging og opplæring av ansatte som skal tilby tjenesten – «hjemmebesøk på video»:

- kompetanse hos personalet
 - o teknisk forståelse
 - o veiledningskompetanse
- tid til forberedelse
- tid til å gjennomføre besøket
- avslutning, oppfølging og dokumentasjon

Forutsetninger:

- lokale som egner seg til å gjennomføre «hjemmebesøk på video», stille rom uten forstyrrelser fra kollegaer
- utarbeide en beredskapsplan for hvordan tjenesten skal håndtere «nedetid» for nettverk og hjemmebesøk ikke kan håndteres

8.1 Datasikkerhet og personvern:

Når det velges et produkt for tjenesten «hjemmebesøk på video» er det flere viktige problemstillinger som bør avklares gjennom en datasikkerhetsmessig Risiko- og Sårbarhetsanalyse.

Produktet bør oppfylle de aktuelle krav gitt ved Normen (www.normen.no) og det vises spesielt til «Veileder i bruk av skytjenester til behandling av helse- og personopplysninger»¹

Det anbefales å utarbeide en Databehandleravtale mellom leverandør og kommunens IKT avdeling.

9. Fra praksissituasjon til testing i laboratorium??

Forberedelse før test i laboratoriet. Utarbeidelse av case til begge scenarier. Casene er basert på helhetlig kartlegging, sjekkliste 4 – PF (PasientForløp) 4 som vist på bildet jfr. rutiner ved gode pasientforløp.

PF 4. Evaluering/ revurdering 5 uker etter innleggelse og hver 6 mnd
Fakta Innen fem uker etter innleggelse kal sykepleier i samråd med primærkontakt sikre en helhetlig vurdering av brukeren. Sjekklisten er omfattende og omhandler blant annet pasientens funksjonsnivå, medisinsk oppfølgingsbehov, behov for tilpasning av bolig, brannforebyggende kartlegging, rehabiliteringspotensial og revurdering av tjenestenivå. Det er viktig at man tar utgangspunkt i de kartlegginger som tidligere er gjort i sjekkliste 0,1,2 og 3, og arbeidet med sjekkliste 4 bør starte umiddelbart etter utskrivelsen. Sjekklisten blir derfor et viktig verktøy i det daglige. Sjekkliste 4 skal gjentas minimum hver 6.mnd av primærkontakt for å sikre at alle brukere kartlegges systematisk. Dette er viktig for å fange opp endringer, og å kunne sette inn forebyggende og kompenserende tiltak på et tidlig tidspunkt. Sjekkliste 4 er også grunnlaget for kartlegging og utredning av demens, i samråd med demenskoordinator og fastlege. Primærkontakt har ansvar for å sikre at en er ofte nok hos sin primærbruker i det daglige slik at en har grunnlag nok til å fylle ut sjekkliste 4, samt å kunne følge opp behov og endringer i det daglige.
Prosedyre 1. Arbeidslisteskriver planlegger besøket og frigjør inntil 2 timer på arbeidslisten. Samtalen dokumenteres i journal 500. 2. Nye brukere: Saksbehandler i Bestillerenheten fyller ut sjekkliste 4 på alle nye brukere av hjemmetjenesten 3. Etter sykehusinnleggelse: Innen 5 uker etter sykehusinnleggelse skal sykepleier i samarbeid med primærkontakt sikre en helhetlig vurdering av brukeren. Samtalen planlegges på 3 dagers samtalen av sykepleier og det lages tiltak på besøket i Gericen eller skrives inn i svarteboka. 4. Revurdering/evaluering av alle brukere i hjemmetjenesten, minimum hver 6 mnd av primærkontakt og sykepleier

Utarbeidelse av begge scenarier ble gjort i tett samarbeid med ansatte i den tjenesten som er tenkt at skal utføre «hjemmebesøk på video». Begge scenarier er utviklet med den hensikt å gjenspeile en så reell situasjon som mulig. Ansatte i tjenestene har kvalitetssikret og kommet med innspill til viktige faktorer som må være kartlagt for at «hjemmebesøk på video» vil kunne gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. Gjennom denne kartlegging har vi identifisert 5 områder som det er viktig å ha god datasamling knyttet til for å kunne gjennomføre «hjemmebesøk på video». Disse 5 områdene er ringet inn på bildet; hjelpemidler, ressurser, risikoområder, hjelpebehov og medisinsliste.

¹ <https://ehelse.no/veileder-i-bruk-av-skytjenester-til-behandling-av-helse-og-personopplysninger>

Hanne Smarthus Hanne bor hjemme. Boligen er på en 4. etasje. Har trapp fra utgangsgelender. Hjelpemidler: stoler, dusjstol, barke og dosetteske til multidosen og doser.	Ressurser: Hanne kan forstå og evne å ta når informasjon går for fort. Klare å sette seg på rette og ordner bruker smarttlf. sine barn og barne før eller etter d. mat. Risikoområder: behandling med sine smerter i rygg.	Hjemmebesøk på video - tjeneste utført av hjemmetjenesten Individuell kartlegging av behov og behov for oppfølging - gode pasientforløp Vedtak om at iverksetting av tiltak Individuell prosedyre for den faglige oppfølging som skal gjøres på et slikt besøk SPL på kontor og pasient hjemme.
Medisinliste: Albyl F 75mg x 1 Metropolol depot 50mg x 1 Oxycontin 20mg x 2 Parasett 1g x 4 Oxynorm 5 mg ved behov x 4 Laktoluse 10ml x 2	Hjelpebehov: Medisin håndtering; Utlevering av multidose dusjbesøk. Utlevering av dosetteske pr uke sammen med dusj x1 pr uke. BT måling x pr uke, i forbindelse med 120/76. Oppfølging av ernæring. Hyppige måltider. Beriking av kosten. Ernæringsdrikker.	Hjemmebesøk på video: Det er avtalt at hjemmetjenesten har tilsyn tirsdag og torsdag vha. hjemmebesøk på video kl. 11.00 for å følge opp medisin håndteringen og ernæring. Hanne trenger noe tid til å stille seg og spise frokost. Hanne sitter oftest i stuen når hjemmetjenesten ringer, da hun hviler etter frokost. Det er satt av ca 20 min. til dette tilsynet. Hanne gir beskjed til hjemmetjenesten om det ikke skulle passe og de må endre tidspunktet.

For å kunne utføre «hjemmebesøk på video» og oppfølging har vi erfart at sykepleier må ha kjennskap til hvilke hjelpemidler bruker har som brukes i det daglige; særlig knyttet opp mot brukers risikoområder, som her var økt falltendens.

Kartlegging av brukers ressurser er avgjørende for at tiltaket «hjemmebesøk på video» vil kunne gjennomføres, vi som helsetjeneste må ha kjennskap til om bruker kan håndtere f.eks. nettbrett eller smarttelefon.

Den helhetlige kartlegging av brukers hjelpebehov vil kunne avdekke om noen av behovene kan avhjelpes ved tilsyn – «hjemmebesøk på video». I dette tilfelle var det oppfølging av ernæring og medisin håndtering. For å kunne følge opp medikament håndtering er sykepleier avhengig av en oppdatert medisinliste og vedtak på at det er hjemmetjenesten som har ansvar for dette.

«Hjemmebesøk på video» krever en konkret avtale om møtetid. Begge parter setter av en gitt tid, som i dette tilfelle var vurdert til 20 minutter.

10. Fra fysisk tilsyn til hjemmebesøk på video

Pr i dag utfører hjemmetjenesten disse tilsynene ved fysisk å reise ut på besøk. På et slikt besøk får sykepleieren muligheten til å gjøre mange observasjoner; se og lukte. Hvis sykepleieren lurer på om Hanne Smarthus har tilstrekkelig med mat i kjøleskapet kan hun spørre og selv gå ut og ta en titt inn i kjøleskapet. For at hjemmebesøk skal ivare ta alt som en vanligvis ville gjennomføre på et fysisk besøk krever det gode forberedelser i forkant. Forberedelsen er unik for den enkelte bruker og de behov som er identifisert i den helhetlige kartlegging og inneholder:

1. En forberedende fase
2. Utvikling av et sett med spørsmål
 - a. Åpne og lukkede spørsmål
 - b. Kontrollspørsmål
 - c. Instruks

- d. Informasjon
3. Observasjoner
4. Vurderinger
5. Utfordringer
6. Sjekkliste for om alt er fulgt opp
7. Avslutning på samtalen
8. Etterarbeid

Den forberedende fasen kan variere mye knyttet til hvor kompleks situasjonen til bruker er og om det er første besøk. Variasjonen kan handle om tid for den ansatte til å sette seg inn i alt knyttet til bruker, lese seg opp på gjeldende dokumenter i fagsystemet etc. Lage et oppsett på hva som er viktig å få kartlagt og fulgt opp i løpet av samtalen – lage sjekklisten for det som fulgt opp jfr. punkt 6. over.

Spørsmålene du forbereder til «hjemmebesøk på video» er viktig for å avdekke og veie opp for at du ikke er fysisk tilstede i hjemmet til bruker. Spørsmålene skal være til hjelp slik at du får gjort de nødvendige observasjoner og vurderinger i løpet av den tiden som er satt av til «hjemmebesøk på video».

Hilse på og presentere hvorfor vi snakker sammen på denne måten. Her er noen eksempler på innledende spørsmål:

- Når stod du opp i dag?
- Gikk det greit på badet?

Observer hvordan er Hanne kledd i dag, har hun fått stelt håret som hun pleier (hun har alltid gredd håret). Har Hanne fått på lepestiften og brillene sine.

- Fikk du lagd deg noe mat, hvor mye fikk du spist?
- Hva spiste du i dag?
- Hva skal du ha nå til lunch/middag?
- Hva har du drukket i dag?

Observer om det glass på bordet og om det noe væske i. Oppfølgingsspørsmål: hva har du for noe å drikke på i glasset i dag?

- Er det noe mat som kan serveres for at matlysten blir bedre, eller andre ting som kan gjøres?
- Hvor ofte spiser du?
- Hvordan er det med næringsdrikkene, er det greit å drikke de? Liker du de?

Informere om at det finnes andre typer.

Det kan være ulike utfordringer som en kan støte på underveis, noen kan håndteres umiddelbart og andre krever mer og vil være en del av etterarbeidet til sykepleieren.

I avslutningen av samtalen gjentas avtaler som er gjort enten det er sykepleier eller bruker selv som skal følge det opp. Åpne opp for at bruker kan komme frem med andre behov. Avtale nytt besøk med tydelig dato og klokkeslett.

Etterarbeidet til sykepleier kan innebære mange elementer; her er noen eksempler:

1. Dokumentasjon i fagsystemet
 - Evaluering av tiltaket – «hjemmebesøk på video»
 - Oppdatering av tiltaksplanen
 - Avslutning av tiltak/igangsetting av nye tiltak

2. Nødvendige beskjeder til dagsenter eller andre tjenester som følger opp bruker
3. Oppfølging med fastlegen
 - a. Anbefale bestilling av legetime
 - b. Medikamenthåndtering
 - c. Annet

11. Test i hjemmemiljø

Det har ikke vært aktuelt for denne tjenestereisen på nåværende tidspunkt.

12. Innovasjonsmuligheter / fremtidsperspektiver

Teste det i hjemmemiljø for å lage ny arbeidsprosess eller forbedre allerede eksisterende.

Teste med kjent produkt.

Integrasjon med EPJ.

Vise bilde på delt skjerm – f.eks. medisin liste, så både bruker og ansatte ser det samme.

Kan bruker ringe via hjemmebesøk – tidsrom. Utenom avtalt tid.

Potensiale: Innovasjon – lage nye arbeidsprosesser for tjenesten.

Utvikle maler for utforming av vedtak – utfordrer dette våre eksisterende lover for hvordan vi håndterer helsetjenester?

Kostnader; egenandel? Kommunale lovpålagte tjenester; hvordan håndteres dette i fremtiden.

Kan dette være en arena hvor flere tjenester møter med pasient/bruker som har oppfølging av f.eks. primærhelseteam, individuell plan, kommunehelsetjenesten i samarbeid med fastlege eller oppfølging av både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

13. Konklusjon

«Hjemmebesøk på video» har potensiale til å bedre kvaliteten på besøket og effektivisere tjenesten. Her er noen mulige gevinster og effekter som er identifisert:

1. Mer pasienttid
2. Hjelp til dem som trenger det
3. Hyppigere «besøk»; flere besøk hos bruker; tettere oppfølging
4. Flere besøk pr pleier
5. Mindre kjøring
6. Nyere generasjoner vi oppleve en slik tjeneste som naturlig og forvente dette tilbudet

For at kommunehelsetjenestene kan iverksette «hjemmebesøk på video» er det noen forutsetninger som må på plass.

- Gode kartleggingsrutiner
- Opplæring av bruker og ansatt
- Teknisk: internett og nettbrett tilgjengelig
- Fasiliteter for å håndtere denne tjenesten i kommunehelsetjenesten

14. Referanser

Bjerkås, S. (2016). *Prosjektplan Agder Living Lab*. Grimstad: Utviklingsenter for sykehjem og hjemmetjenester, Aust Agder.

Helsepersonelloven . (2016). *LOV-1999-07-02-64*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

KS. (2015, 06). *Tjenestereise*. Hentet fra <http://116piso5x8he66f41zkwjko7.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/06/Tjenestereise.pptx>.

NOU 2011:11. (u.d.). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2016). *LOV-1999-07-02-63*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.