

Samskapende tjenstedesign i praksis

Erfaringer fra prosjektet *Intravenøs antibiotikabehandling i hjemmesykehus*

Lillian Karlsen, FoUI-medarbeider

Oslo 05.06.19



Helseinnovasjonssenteret



Kort om hjemmesykehus

- Begrepet springer ut fra konseptet Hospital at home, som er utviklet ved John Hopkins, US
- ***Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Behandling og oppfølging kan bestå av regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell samt telemedisinske løsninger for avstandsoppfølging. Samtidig foreligger det en plan for rask sykehusinnleggelse ved behov. Tilbudet kan være tilknyttet kommunehelsetjenesten, sykehuset eller en kombinasjon av disse. Hjemmesykehus kan være aktuelt for flere ulike sykdoms- og behandlingsgrupper (Folkehelseinstituttet, Metodevarsel, 2017)***
- Hjemmesykehus er i Norge særlig tatt i bruk for barn, men metoden testes og implementeres nå i økende grad for voksne pasienter med ulike diagnoser

Intravenøs antibiotikabehandling i hjemmesykehus

- ✓ 4- årig innovasjonsprosjekt 2017-2021
- ✓ Innovasjonsmidler fra Helse Midt- Norge
- ✓ Samarbeidspartnere: Helseinnovasjonssenteret, Sykehuset i Kristiansund, Kristiansund kommune, Sykehusapotekene Midt- Norge og SINTEF
- ✓ Formålet er å **utvikle, teste og evaluere** et nytt pasientforløp hvor pasienter med behov for langvarig antibiotikabehandling får behandling og oppfølging i eget hjem
- ✓ Ny modell for **samhandling** mellom første- og andrelinjetjeneste (sykehuslege, Regionalt responsenter, kommunalt ambulant responsteam)
- ✓ Bruk av **teknologi** for trygghet og avstandsoppfølging

Hvem er pasientene?

Hvordan er pasientforløpet?

- Pasienter med utvalgte infeksjonsdiagnoser - innlagt ved medisinsk - eller kirurgisk avd. og som har behov for IV AB > 2 uker ; de skal også oppfylle gitte inklusjonskriterier
- PICC-line kateter eller veneflon (PVK) legges inn og elektronisk infusjonspumpe, Cadd Solis, programmeres og kobles til. AB beh. startes mens pasienten er innlagt.
- Opplæringsprogram startes. Pasienten kan skifte AB pose hjemme selv/daglig
- Sykehuslege har medisinskfaglig ansvar for behandlingen hjemme- individuell behandlingsplan- VR poliklinikk
- Regionalt responscenter og kommunalt responsteam (RT) har ansvar for sykepleiefaglig oppfølging for pasienter i hjemmesykehus- RT bidrar med opplæring/støtte, kontrollmålinger, blodprøver mm og rykker ut ved behov
- RT «null-brukere» i sykehuset EPJ, dokumenterer i sanntid
- Sykehusapoteket tilbereder AB og RT leverer medisiner til hjemmet
- Pasientene har åpen innleggelse

Hva ønsker vi å oppnå- nytteverdi



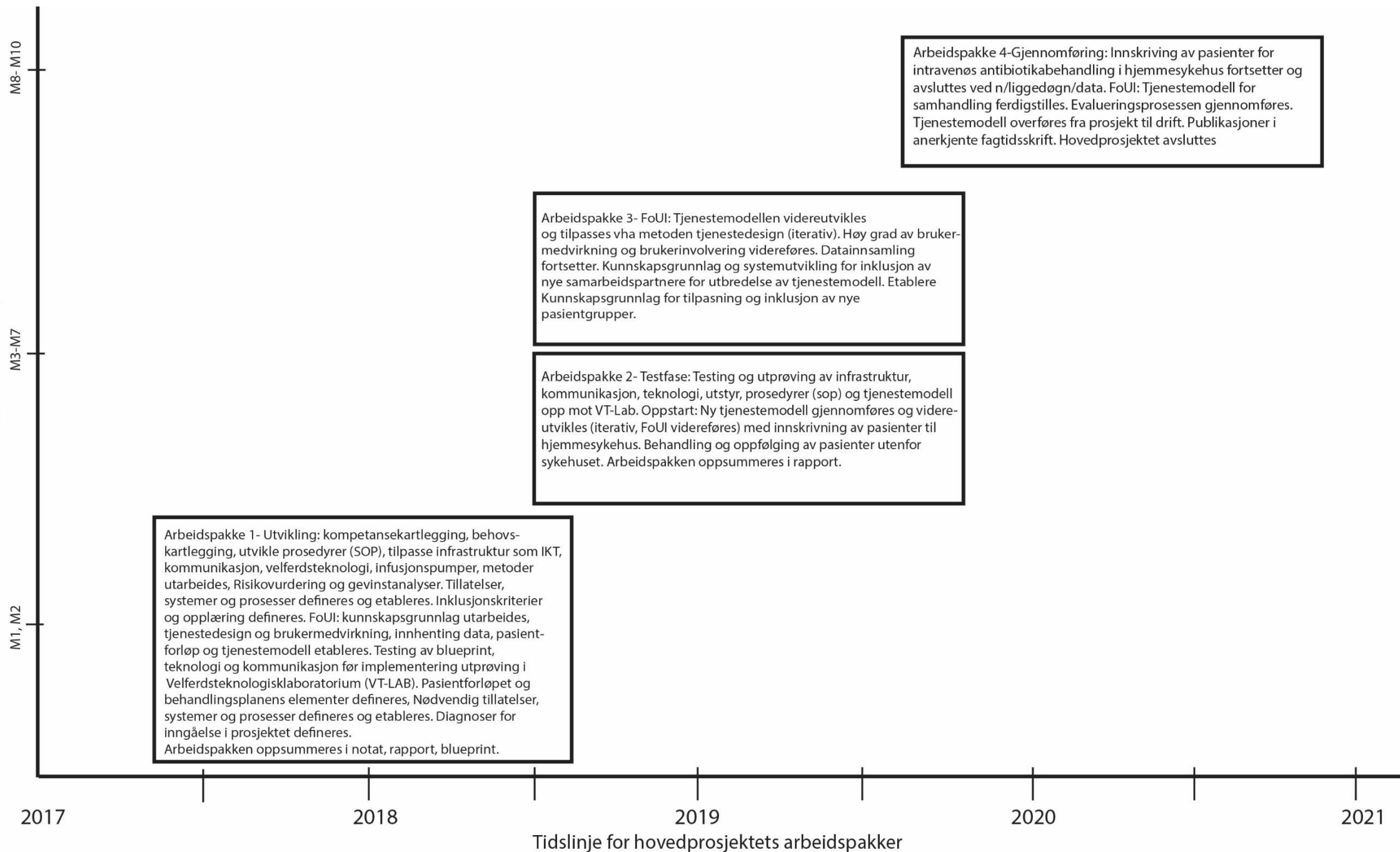
Nytte for bruker

- ✓ Økt egenmestring
 - ✓ Økt frihet
 - ✓ Økt livskvalitet
- ✓ Redusert risiko for sekundær-infeksjoner
- ✓ Raskere rehabilitering



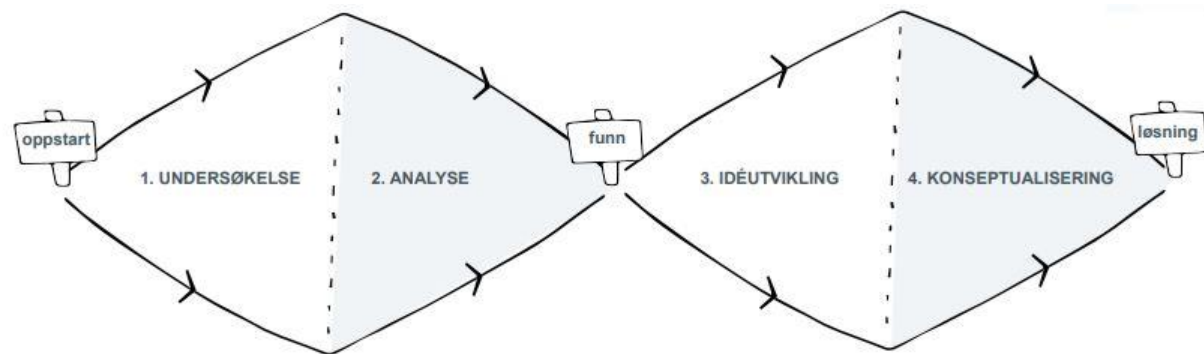
Nytte for helsetjenestene og samfunn

- ✓ Redusere antall liggedøgn på sykehus
 - ✓ Øke kapasiteten
 - ✓ Bedre ressursutnyttelse
- ✓ Økt kunnskap- og kompetansedeling mellom nivåene
- ✓ Økt bruk av teknologi for mestring og avstandsoppfølging



Hvorfor tjenstedesign?

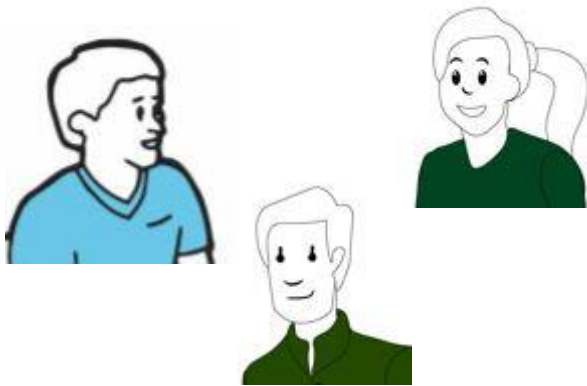
- ✓ Organisering av det nye pasientforløpet er **kompleks**, på tvers av instanser og ulike fagområder- designet må ivareta mange ulike hensyn
- ✓ Dette innebærer et stort behov for kunnskap om både pasienters, pårørendes og ansattes behov, felles problemforståelse, engasjement og felles entusiasme



Den doble diamant (AHO, Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo og KS FoU. *Tiden inne for tjenstedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser.* Oslo: KS, Design for offentlige tjenester, Designit, EGGs, Halogen og Livework; 2015.

Undersøkellesfasen

- Aktørkartlegging
- Innsiktsarbeid
- Semi-strukturerte intervju og samtalegrupper



Illustrasjon: SINTEF

- personer >18 år som har mottatt intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet (n=3)
- personer >18 år som har mottatt tradisjonell behandling på sykehus (n=4)
- pårørende (n=4)
- fagpersoner som er involvert i å levere den nye tjenesten fra både spesialist- og primærhelsetjeneste (n=9)

Det samskapende teamet

Brukere og pårørende

Tjenestedesignere fra SINTEF

EPJ-ansvarlig kommune

Sykepleier fra kommunens responsteam

Forsker og
forskningsassistent

Sykepleier fra sykehus

Overlege fra sykehus

Klinisk farmasøyt Sykehusapotekene

Leder Regionalt responscenter

Smittevern-ansvarlig sykehus

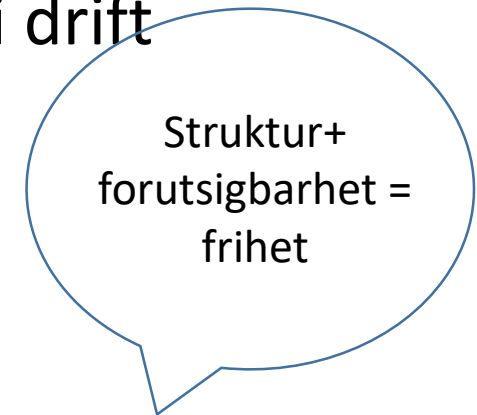
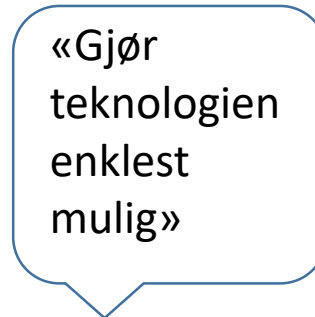
Innovasjonsrådgiver

EPJ- ansvarlig sykehus

IT-ansvarlig
kommune

Analysefase

- Data ➡ Funn
- Benyttet notater, bilder og lydopptak fra intervjuene/ samtalene til å analysere og strukturere data
- Identifiserte de mest sentrale behov for at det nye tjenesteforløpet skal bli et trygt, sikkert og attraktivt tilbud for brukerne av tjenesten samtidig som den blir gjennomførbar og bærekraftig i drift



KONTINUITET ER VIKTIG FOR AT BRUKEREN SKAL OPPLEVE TRYGGHET

BESKRIVELSE AV FUNN

Kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av brukerne er et sentralt tema for brukere og pårørende som ble intervjuet. Kontinuitet er et mangetydig og flerdimensjonalt begrep som kan defineres som en uavbrutt sammenheng.

To aspekter ved kontinuitet identifiseres:

- Organisatorisk aspekt (nivå/organisasjonsform- påvirker forutsetninger for kontinuitet)
- Relasjonelt aspekt (hyppighet og kvalitet i omsorgen-forholdet til helsepersonell)

For brukerne er det viktig at de ikke trenger å forholde seg til så mange forskjellige

Pårørende har erfart at de stadig må gjenta pasientens sykehistorie til nye ansatte, og det oppleves som skremmende

Faginformantene ved sykehus er opptatt av at organiseringen er tydelig på hvem som til enhver tid har ansvaret

VIKTIG Å TA MED VIDERE

Behov:

- Få personer å forholde seg til
- Responsteam fremfor hjemmesykepleie
- God samhandling mellom sykehus og responsteam
- Klar ansvarfordeling
- Åpen innleggelse

GJØR TEKNOLOGIEN ENKLEST MULIG

BESKRIVELSE AV FUNN

Både faginformanter og pasienter er lite opptatt av velferdsteknologiske løsninger og vil aller helst forholde seg til telefon som verktøy, alternativt sin egen iPad.

Mange smarte velferdsteknologiske løsninger finnes og mulighetene er uendelige. Teknologien må møte brukernes og tjenestens behov for at den skal bli tatt i bruk. Der har vi fortsatt et stykke igjen. "Varme hender" skal ikke erstattes. Samtidig opplever noen de "varme hendene" som "klamme", og vil heller ha hjelp av teknologi hvis det gjøres på rett måte.

Samtlige informanter har liten eller ingen erfaring med bruk av velferdsteknologiske løsninger, men har store forventninger til hvilke gevinster dette kan gi

Samtlige brukere er meget positive til å benytte velferdsteknologi, men er opptatt av at teknologien skal være brukervennlig og lett å forstå

Informantene fremhever Skype som et verktøy de vil være komfortable med å bruke. Både for veiledning og bistand, men også for å føle trygghet

VIKTIG Å TA MED VIDERE

Behov:

- Teknologien må være brukervennlig/ lett å forstå
- Brukerens individuelle behov må styre valg av teknologiske løsninger
- Telefon, nettbrett, Skype for business, trygghetsalarm

GOD OPPLÆRING OG KOMPETANSE

BESKRIVELSE AV FUNN

- Pasientopplæring gjør pasientene kompetente slik at de kan oppdage komplikasjoner og/eller forverring av sykdom
- Pasientopplæring fremmer pasientsikkerhet og behandlingskvaliteten
- Pasientopplæring effektiviserer behandlingen
- Pasientopplæring bidrar til selvstendighet og egenmestring
- Opplæringen følges opp av responsteam helt til pasienten/ pårørende viser at han/ hun er trygg og håndterer situasjonen selv

Pårørende føler det som et enormt ansvar

Ansatte ved sykehuset ser utfordringer med compliance- «Overfører vi for mye ansvar til pasientene?»

Brukerne er opptatt av at nivået på det medisinsklaglige tilbudet må være tilsvarende det nivået som gis på sykehus

VIKTIG Å TA MED VIDERE

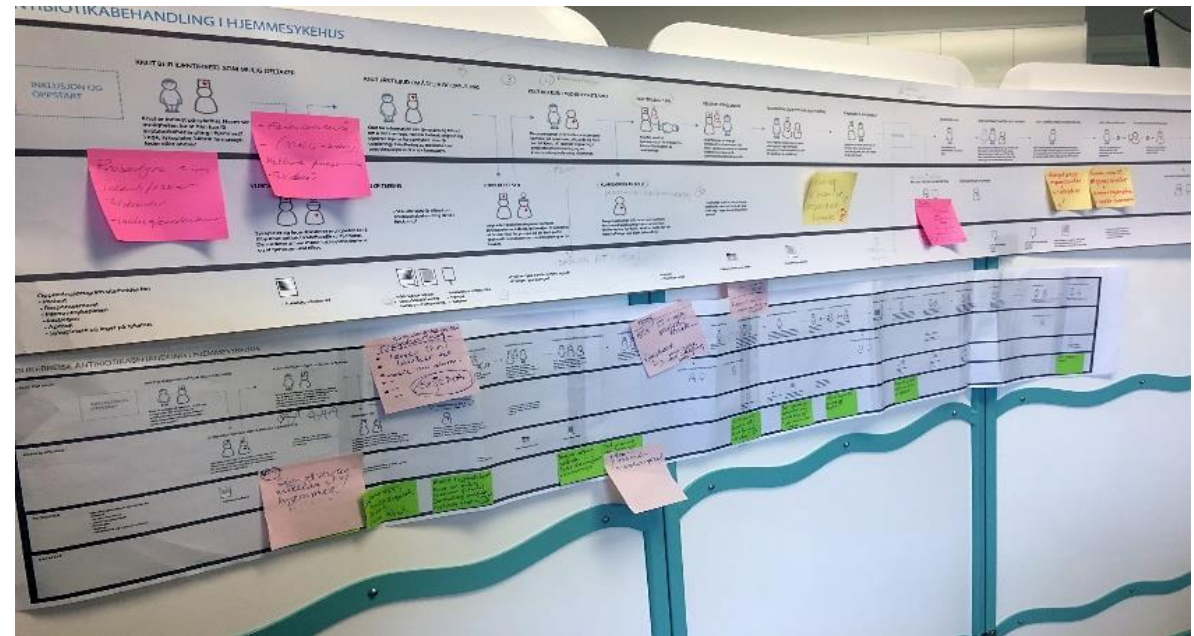
Behov:

- Sykepleiere i responsteamet må ha samme kompetansenivå som på sykehus- hospitering og overføring av kompetanse
- Pasientopplæring bør skje i samarbeid med responsteamet
- Pårørendestøtte- avklaring av roller

Identvikling



WORKSHOP

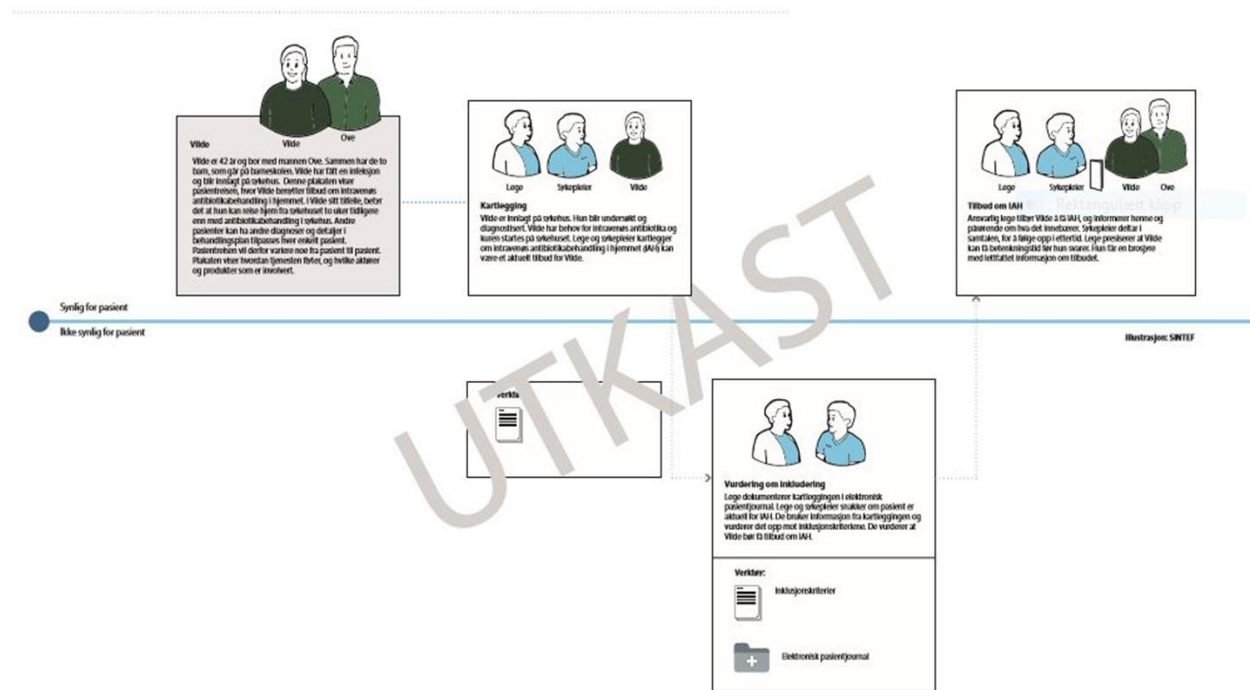


Konseptualisering- blueprint

Prosessbeskrivelse som definerer:

- pasientes handlinger fra inklusjon til avslutning av tjenesten
- pasientes kontaktpunkt med helsetjenesten
- helsetjenestens handlinger både synlig og ikke synlig for pasient
- hvilke verktøy/tekniske hjelpemidler/prosedyrer som behøves både for pasient og helsepersonell langs hele reisen

Intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet (IAH)



Test, evaluer og juster

- Tabletop-test/ prototypetest
- Test av pumper
- Test av dokumentasjonsflyt og kommunikasjonsløsninger
- Test velferdsteknologisk laboratorium
- Brukertest



Oppsummering av prosjektgruppens erfaringer

- **Det samskapende teamet!** Bred følelse av eierskap og felles forståelse av brukerbehovene. Komplementære ferdigheter- teamet utfyller hverandre- samlet kompetanse har vært nødvendig for at tjenesten blir gjennomførbar og bærekraftig i normal drift og innenfor rammevilkårene
- **Ydmyke** ift til innsikten vi har fått fra brukere og pårørende- nye perspektiv som bidrar til stadig justering av konseptet. Holdningsendringer- langsiktig arbeid
- Fra b**L**t til **B**lt
- Visualisering i form av **Blueprint** trekkes frem som en suksessfaktor for gode arbeidsprosesser i forprosjekt, og har bidratt til at vi klarer å holde oversikt over alle detaljer samtidig samtidig som vi tenker helhetlig
- Jo forttere vi får **testet**, jo forttere avdekker vi feil eller mangler som vi må forbedre
- Samskaping er krevende og ressurskrevende, OG en forutsetning for å lykkes med å utvikle de gode løsninger!

Takk for meg!

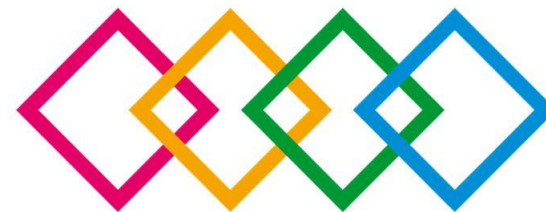
Lillian Karlsen

<https://www.helseinnovasjonsenteret.no/kontakt-oss>

Tlf. 47502637

post@helseinn.no

Øvre Enggate 8B, 6509 Kristiansund



Helseinnovasjonsenteret