

Inger Lene Brovold

”Helhetlig pasientforløp i eget hjem”

- En modell for framtiden?

(Integrated care pathway for home care recipients - A model for the future?)

KLH 3901 Master i klinisk Helsevitenskap

Trondheim, August 2013

NTNU

Norges Teknisk Naturvitenskapelige universitet

Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin



Abstract

Background: Discharge planning and follow-up in the patients' homes shows positive effects on readmission rates and unwanted incidents such as medication errors. The municipality of Trondheim has, in cooperation with NTNU, municipalities and hospitals in Central Norway, developed and implemented a common patient-centered care pathway, "Helhetlig pasientforløp i eget hjem" (HPH), to meet the needs of multi-morbid home care recipients.

Purpose: The purpose of this study is to explore the patients' satisfaction with home care services, and the experiences of nurses/aides in regards to the implementation and daily use of HPH. **Material and methods:** This qualitative study used in-depth interviews with patients, and semi-structured focus group interviews with nurses/aides in the home care service in the municipality of Trondheim. **Results:** The main finding is that *patients* are generally satisfied with home care services, but are critical to the number of nurses/aides visiting. *Nurses/aides* believe that the implementation of HPH has led to better observation, better documentation and quality assurance. They say that HPH ensures equal follow-up regardless of which home service unit the patient receives service from. At the same time the nurses/aides are critical to the time and resources needed to conduct HPH properly, and are afraid that HPH reduces time available directly to the patients. **Conclusion:** Patients are generally satisfied with home care services. HPH improves quality and ensures more equal follow-up, but is time consuming and might be at the expense of time available directly to the patients and thus cause difficult prioritization. **Relevance:** The findings of this study indicate that HPH is a tool that yields positive results. Further this study indicates that HPH should be recommended to other municipalities, as it gives a common basis that ensures health services of good quality.

Forord

Dette har vært en langvarig prosess, og det er mange som har bidratt underveis. Jeg vil gjerne få takke brukere og ansatte i hjemmetjenesten i Trondheim kommune. Videre vil jeg takke samboer, familie og venner for tips, gode råd, støtte og motivasjonshjelp underveis. Sist, og kanskje mest av alt, vil jeg takke mine to dyktige veiledere, Helge Garåsen og Tove Røsstad. Uten deres kunnskap og veiledning hadde denne oppgaven kanskje aldri sett dagens lys.

Innhold

1. Bakgrunn	s. 3
2. Introduksjon	s. 7
• Formål	s. 9
3. Materiale og metode	s. 10
3.1. Setting	s. 10
3.2. Design	s. 10
3.3. Deltagere	s. 11
3.4. Datainnsamling	s. 12
3.5. Analyse	s. 12
3.6. Etikk og sikkerhet	s. 13
4. Resultater	s. 14
4.1. Informanter	s. 14
4.2. Resultater fra intervju av brukere	s. 15
4.3. Resultater fra intervju av ansatte	s. 17
5. Diskusjon	s. 23
5.1. Resultatdiskusjon	s. 23
• Brukernes erfaring	s. 23
• Ansattes erfaring med HPH	s. 28
5.2. Konsekvenser og implikasjoner	s. 32
5.3. Metodediskusjon	s. 33
5.4. Konklusjon	s. 38
Referanseliste	s. 39
Vedlegg	s. 42

1. Bakgrunn

Helsevesenet i Norge er i stadig endring. Ressurser til helsesektoren er høyt prioritert og Norge er et av de landene i verden som bruker mest ressurser på helse i forhold til folketallet (3). Vi lever stadig lenger (4), dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er halvert (5), og Norge er nå blant de beste landene i verden når det gjelder overlevelse av en rekke kreftformer (6). Det er langt flere alvorlige sykdommer kan behandles med godt resultat nå enn for noen tiår siden (7). Vi forventer en betydelig økning i antall eldre i årene som kommer, og med høyere alder øker også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer. Tall fra Statistisk sentralbyrå (4) viser at det forventes at antallet eldre over 70 år doubles fra i dag og fram til 2040. Mange av disse vil ha behov for pleie og omsorg. Samtidig opprettholder flere eldre funksjonsevnen lenger, og stadig flere kan bo hjemme eller i omsorgsbolig med tjenester fra kommunen (7).

I tillegg til at andelen eldre i samfunnet øker, ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år (8-10). Denne veksten i yngre brukere krever en annen faglig kompetanse, for eksempel i forhold til rus og psykiatri (10, 11), og også et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet. Framtidens utfordringer er særlig knyttet til pasienter som har behov for langvarig oppfølging og tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten. Det er nødvendig med en langsiktig strategi *som sikrer bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging både fra spesialisthelsetjenesten og den lokale omsorgstjenesten* for å kunne møte disse pasientgruppene (12).

Samhandlingsreformen

For å møte framtidens utfordringer ble samhandlingsreformen (13) lansert i juni 2009 av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012.

Samhandlingsreformen innebærer en endring både i forhold til finansiering og oppgavefordeling. Gjennom samhandlingsreformen skal helsetjenestene flyttes nærmere der folk bor, og pasientene skal møte et helsevesen som har fokus på helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester. Kommunene skal bidra med medfinansiering for sykehusopphold, og når pasienter er utskrivningsklare skal kommunene fra første dag bidra økonomisk for

pasientene. Kommunene må derfor opprette tilbud slik at de raskt kan ta i mot utskrivningsklare pasienter. Med samhandlingsreformen er det blant annet et håp om at kommunene fokuserer mer på forebygging enn i dag og at oppfølging av personer med kroniske lidelser vil bli bedre (13).

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (14) står det at med *samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus*. Målet for samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre (13).

Lovverket

For å nå målene i samhandlingsreformen la regjeringen fram forslag om to nye lover: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Begge lovene trådte i kraft 1. januar 2012.

I *folkehelseloven* (15) samles kommunalt, fylkeskommunalt og statlig folkehelsearbeid i én lov, og loven tydeliggjør at kommunen har et helhetlig ansvar for innbyggernes helse.

Helse- og omsorgstjenesteloven (16) erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Loven stiller krav om helhetlige og koordinerte tjenester (§ 4-1), og pålegger kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler (§ 3-4 og § 6-1). I tillegg til å sikre bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak skal helse- og omsorgstjenesteloven også bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunene (§ 3-4). Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen lovfestes i helse- og omsorgstjenestelovens § 11-3 og § 11-4 ved blant annet kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter (16). Kommunene plikter også å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud (§ 3-5), men dette får kommunene gradvis tilført midler til og tilbudet er først lovpålagt fra 2016. Hensikten med disse økonomiske virkemidlene er å sørge for *bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp, kvalitativt gode og kostnadseffektive løsninger, og sikre finansiering av nye oppgaver for kommunene* (14).

Brudd i pasientforløp

Under arbeidet med samhandlingsreformen ble det i regi av Helse- og omsorgsdepartementet opprettet grupper som skulle se på pasientforløp for å avdekke og beskrive brudd i forløpet. Gruppene fant brudd i alle pasientforløpene, både innad i kommunehelsetjenesten, innad i spesialisthelsetjenesten, mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og aktører utenfor helsetjenesten (13, 14). I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (14) sorteres årsakene til bruddene blant annet slik:

- *manglende, utilstrekkelig eller uhensiktsmessig tjenestetilbud og svikt i oppfølgingen, for eksempel mangelfull bruk av individuell plan*
- *ulike finansieringsordninger for kommune- og spesialisthelsetjenesten som ikke støtter helhetlige forløp*
- *ulike lovverk i kommune- og spesialisthelsetjenesten og mangel på systemer støtter ikke pasientenes behov for helhet i pasientforløpet*
- *dårlig samhandling på grunn av uklar ansvars- og oppgavefordeling, svikt i informasjon og kommunikasjon.*

Dette viser at det er stort behov for tiltak fra myndighetenes side, men også at ansvaret for gode pasientforløp hviler på de som utøver tjenestene.

Samordnede tjenester

Rapporten ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) (17) kom i 2005, og strategien skal bidra til at pasienter/brukere får sosial- og helsetjenester av god kvalitet. I følge rapporten er god kvalitet at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet.

Ser man på et helhetlig pasientforløp er de ulike fragmentene i tjenestene satt sammen slik at de på en hensiktsmessig måte kan møte pasientens behov. Målet er at pasientene, uavhengig av hvem som har ansvar for de ulike delene av tjenestene, skal oppleve kvalitet og kontinuitet i behandlingen og tjenestene (14).

Både i primær- og spesialisthelsetjenesten møter pasientene/brukerne stadig nytt personell og mange opplever derfor lite kontinuitet i tjenestene. Dette igjen kan føre til utrygghet for pasienten/brukeren, feil i behandling og oppfølging, ineffektive tjenester og redusert

livskvalitet for pasienter/brukere og deres pårørende (14). Ved å arbeide for helhetlige og godt koordinerte pasientforløp kan en bidra til høy kvalitet, god bruk av ressurser, god service og stimulerende arbeidsmiljøer. Dette er viktig både for pasienten og for helsetjenesten (18).

Kommunenes ansvar

Kommunene i Norge skal i følge helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 (16) sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I tillegg skal kommunene sørge for at *helhetlige pasientforløp kan ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging* (14).

I helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 står det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud, og et verdig tjenestetilbud (16). I kommunene skal brukere som gjerne har flere ulike diagnoser få behandling og tjenester, og det er utfordrende å gi et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til mennesker med sammensatte problemer. For å kunne gi brukerne en god og helhetlig tjeneste må kommunene ha fokus på samhandling og ha en klar fordeling av myndighet, ansvar og oppgaver. (17).

Forkortelser som benyttes:

HPH: Helhetlig pasientforløp i eget hjem

2. Introduksjon

En tidligere studie fra Trondheim har vist at pasienter er sårbare i overgangssituasjoner, og det er spesielt rapportert svikt i forhold til medisiner og overføring av informasjon (19). Dette bekreftes av flere studier (20-24). En litteraturstudie (25) viser at individuelt tilpasset utskrivningsplanlegging og videre oppfølging i hjemmet er det som gir best resultat i forhold til å forhindre reinnleggelse. At systematisk oppfølging fra sykepleier/fastlege etter utskrivelse reduserer antall reinnleggelse bekreftes i flere studier (26, 27). I tillegg er pasienter og pårørende mer fornøyd etter utskrivningsplanlegging (28).

Helhetlig pasientforløp i eget hjem i Trondheim kommune

Trondheim kommune har vært en foregangskommune i forhold til samhandling og har blitt brukt som eksempel i samhandlingsreformen (13) blant annet med tanke på tilbud til pasienter med behov for utvidede tjenester ved utskrivelse fra sykehus.

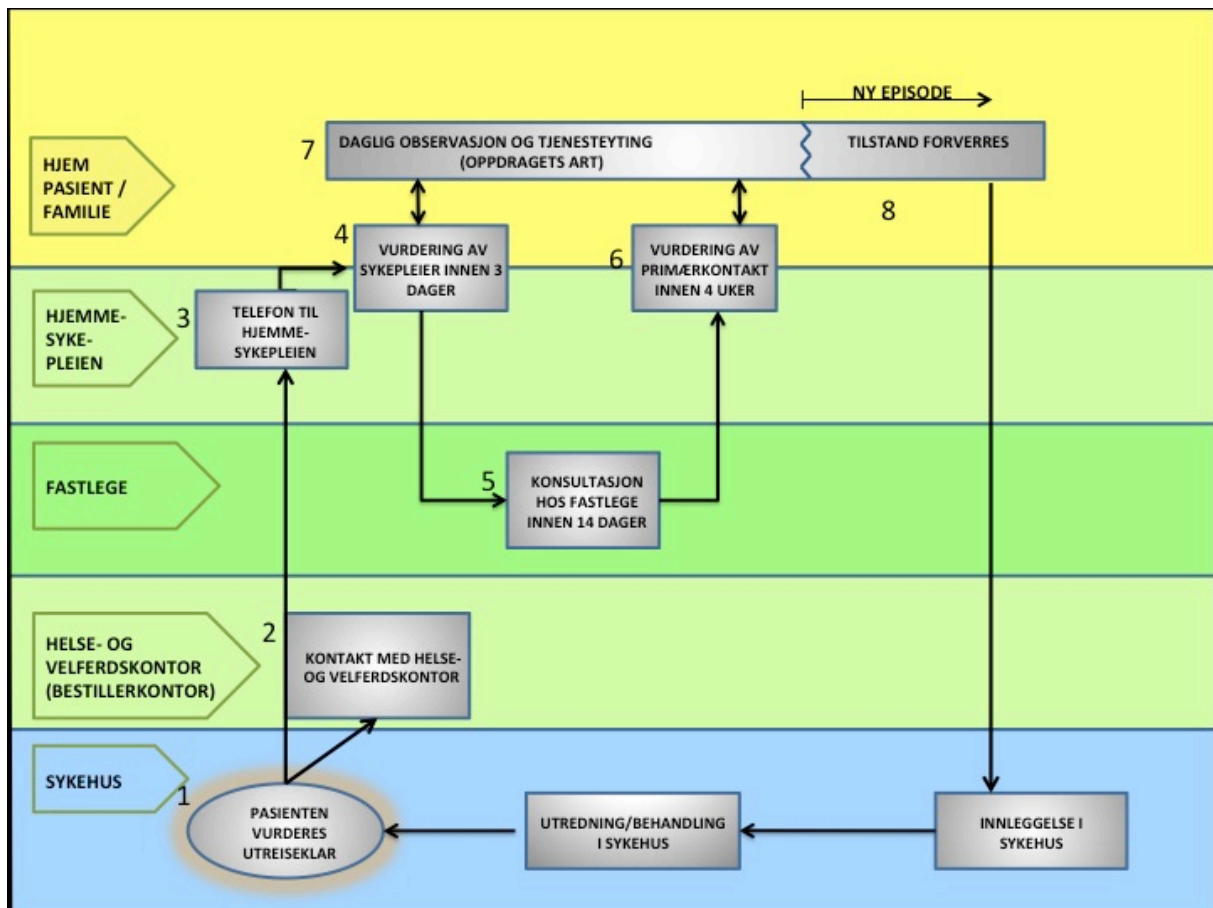
I 2009 innførte Trondheim kommune ”Helhetlig pasientforløp i eget hjem” (HPH) (tekstboks). HPH er et samarbeidsprosjekt mellom NTNU, Molde sykehus, St. Olavs Hospital inkludert Orkdal sykehus og kommunene Trondheim, Orkdal, Hitra, Sunndal, Fræna og Surnadal. Med HPH ble det innført strukturert pasientforløp for pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie).

Bakgrunnen for innføringen var et ønske om å gi en god og samordnet helsetjeneste til eldre brukere av hjemmetjenester ved å strukturere samarbeidet mellom sykehus og kommune, og internt i kommunen mellom hjemmetjenesten og fastlegene. I tillegg var det et ønske om å redusere behovet for hjelp fra primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom bruken av helhetlig pasientforløp med oppfølging av hjemmetjeneste og fastlege.

HPH er en del av prosjektet ”Samhandlingskjeden kronisk syke”. Prosjektet har som mål å gi kronisk syke et kvalitativt bedre helsetilbud ved å etablere en systematisk samhandlingskjede mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal bidra til at fagmiljøene enes om en kjede som tar utgangspunkt i beskrevet pasientforløp hvor overgangen mellom behandlingsnivåene blir satt i fokus (1). ”Samhandlingskjeden kronisk syke” er med som norsk bidrag i EU-prosjektet NEXES (2) som pågikk fra 2008 til 2012.

I sykehus har pasientforløp hovedsakelig fokus på én diagnose av gangen, med grunnlag i faglige retningslinjer som har dokumentert effekt (29). I HPH er målet å bidra til at pasienten

skal greie seg selv i størst mulig grad, og det må tas hensyn til at pasienten ofte har flere diagnoser. Under utviklingen av HPH kom man derfor frem til et pasientforløp som er felles for de fleste diagnoser og som beskriver informasjonsoverføring, kartlegging og tiltak på tidspunkter som ble vurdert som kritiske i pasientforløpet (Figur 1) (30).



Figur 1. Helhetlige pasientforløp for pasienter som skrives ut av sykehus til hjemmetjenester. Boksene representerer prosedyrer og sjekklister og pilene viser informasjonsflyten mellom de involverte partene. Det starter med at pasienten meldes utskrivningsklar og informasjonsutveksling (1 og 2). Hjemmetjenester etableres (3) og innen tre dager blir det gjennomført en nøye og strukturert vurdering av en sykepleier fra hjemmetjenesten i kommunen (4). Pasienten har en konsultasjon hos fastlegen 14 dager etter utskrivelsen (5), og en sykepleier eller hjelper fra hjemmetjenesten gjennomfører en utvidet vurdering i løpet av de første fire ukene (6). En daglig pleieplan blir kontinuerlig oppdatert (7) og hvis pasientens tilstand forverres har hjemmetjenesten en rutine for hva de skal observere, hvem de skal kontakte og hvilken informasjon de skal videreformidle (8).

HPH har sjekklister (vedlegg 5) som benyttes på spesifikke tidspunkt (figur 1) i pasientforløpet. Sjekklisterne er temabaserte, og tar for seg for eksempel hukommelse, ernæring, funksjonsnivå og lignende. Kartleggingen i forbindelse med sjekklister innebærer både samtaler og observasjoner, og dokumenteres i pasientens journal. Forhold som har betydning for daglig oppfølging og observasjon føres inn i ”oppdragets art” som er den

daglige oppfølgingsplan for hver enkelt pasient, og som de ansatte har med seg ut til bruker. HPH benyttes hos alle brukere av hjemmetjenesten/hjemmesykepleien i Trondheim kommune.

I forbindelse med innføringen og gjennomføringen av prosjektet ble det utført brukerundersøkelser (31), både i forkant av innføringen og to år etter innføringen. Undersøkelsene ble gjennomført for å se om det ble noen endring i brukertilfredsheten.

Det er gjort ulike studier på effekten av helhetlige pasientforløp for diagnosegrupper i spesialisthelsetjenesten (29, 32-34), men jeg kunne ikke finne studier som ser på nytten av helhetlige pasientforløp for brukere av hjemmetjeneste uavhengig av diagnose, og hvor det er brukt sjekklister på samme måte som i HPH.

Formål:

Denne studien har to formål:

1. Utforske brukernes erfaring med utskrivelsesprosessen fra sykehus og oppfølgingen fra hjemmetjenesten etter innføringen av HPH for å se om det kan være tegn på at HPH har hatt innvirkning på brukernes oppfatning av tjenestene
2. Utforske de ansattes erfaringer med sjekklister i HPH for å kartlegge hva de mener om utfordringer og gevinster i HPH

3. Materiale og metode

Dette er en kvalitativ studie hvor det er gjennomført intervjuer med brukere og ansatte i hjemmetjenesten i Trondheim kommune.

3.1 Setting

Studien ble gjennomført i Trondheim kommune høsten 2012. Trondheim kommunes Helse- og velferdstjenester er delt inn i fire bydeler, og hver bydel har tre hjemmetjenesteenheter. Hver hjemmetjenesteenhet har 45-80 ansatte og har ansvar for 176-268 brukere (tall fra Trondheim kommune juni 2013). Enhetene er ledet av en enhetsleder og fagleder(e) som har ansvar for den daglig-faglige oppfølgingen av brukerne og veiledning av personalet. Helse- og velferdskontoret i den enkelte bydel fatter vedtak om hvilken hjelp/tjenester bruker skal få. Kommunale tjenester i hjemmet omfatter følgende tjenester:

- Hjemmesykepleie inkludert praktisk bistand person (i Trondheim kalt hjemmetjenesten)
- Fysio-/ergoterapitjenester
- Matombringing
- Trygghetsalarmtjeneste
- Praktisk hjelp i hjemmet/rengjøringshjelp (i Trondheim kalt hjemmehjelpstjenesten og er organisatorisk en egen enhet).

I tillegg kan fastlege komme på hjemmebesøk ved behov.

Denne studien fokuserer på hjemmetjenesten, og tar for seg erfaringer gjort av brukere og ansatte.

3.2 Design

Det ble gjennomført dybdeintervjuer med brukere av hjemmetjenesten og semistrukturerte fokusgruppe-intervjuer med fagledere/sykepleiere/helsefagarbeidere ansatt i hjemmetjenesten.

Det ble utarbeidet to intervjuguider, en til intervjuene med brukerne (vedlegg nr. 1), og en til intervjuene med ansatte (vedlegg nr. 2).

Intervjuguide til intervju med brukere ble utarbeidet med bakgrunn i spørreundersøkelsene (31) som har blitt gjennomført i Trondheim kommune, og i samarbeid med fagveileder.

Intervjuguide til intervju med ansatte ble utarbeidet i samarbeid med fagveileder som har dyptgående kjennskap til HPH.

3.3 Deltagere

Aktuelle deltagere i studien var brukere av hjemmetjenesten i Trondheim kommune, samt fagledere, sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten.

Brukere til intervju ble rekruttert via ledere i hjemmetjenesten. Bakgrunnen for at det ble gjort på den måten er for å ivareta taushetsplikten og fordi hjemmetjenesten har kjennskap til brukerne, vet hvem som kan gi god informasjon, og kjenner til hvem som har vært utskrevet fra sykehus. Brukerne ble hentet fra ulike enheter og hadde ulikt omfang av tjenester. Det ble valgt å intervju brukere som har hatt hjemmetjeneste i flere år, men som i løpet av de to siste årene har blitt utskrevet fra sykehus. Dette er for å kunne si noe om hvordan de oppfatter tjenestene fra hjemmetjenesten sett i sammenheng med det nye programmet, HPH.

Inklusjonskriterier:

- Brukere som mottar hjemmesykepleie eller praktisk bistand person (hjemmetjeneste) i Trondheim kommune
- Brukere som har vært innlagt på sykehus de siste to årene
- Brukere med samtykkekompetanse, som er klare og orienterte, og som klarer å gi muntlig informasjon

Eksklusjonskriterier

- Kognitivt svekkede personer som ikke kan gjøre rede for sin tilstand/erfaringer
- Kognitivt svekkede personer som ikke kan gi et informert samtykke til deltagelse i studien

Ansatte til intervju ble rekruttert via forespørsel fra leder på vegne av forsker. Bakgrunnen for at de ansatte ble valgt ut på denne måten er at lederne kjenner sine ansatte og vet hvem som har mye erfaring med bruk av verktøyet og hvem som har evne til å kommunisere disse erfaringene på en god måte. Ansatte i hjemmetjenesten som ble rekruttert til intervju, ble valgt ut blant sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber ute hos brukerne i den daglige driften, og fagleder fra enheten. Det er disse gruppene som har førstehåndskunnskap om bruken av verktøyet og som kan si noe om hvordan verktøyet fungerer i det daglige arbeidet. De ansatte er hentet fra ulike enheter.

3.4 Datainnsamling

Det ble benyttet intervjuguide (vedlegg 1 og 2) og båndopptaker under intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført av masterstudent.

Dybdeintervjuene ble gjennomført hjemme hos brukeren med kun masterstudent og informant tilstede.

Semistrukturerte fokusgruppe-intervjuer av ansatte ble gjennomført på hjemmetjenestens kontorer, med masterstudent som moderator, og fire-fem gruppedeltakere.

3.5 Analyse

Intervjuene ble transkribert og analysert fortløpende, og det ble vurdert underveis hvor mange intervjuer som var nødvendig å gjennomføre for å få metning. Brukerintervjuer og ansattintervjuer ble analysert separat. Materialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Metoden er inspirert av Giorgi (35) og modifisert av Malterud (36).

Etter transkribering ble materialet lest gjennom for å få et helhetsinntrykk av alle intervjuene. Deretter ble det identifisert meningsbærende enheter som ble organisert i en tabell under sammenfallende tema.

Intervjuene, tabellen og analysen ble presentert for fagveileder underveis i prosessen.

3.6 Etikk og sikkerhet:

Denne studien er en del av prosjektet ” Samhandlingskjeden kronisk syke” (1). Det ble sendt melding til REK om studien i juni 2012, og studien er godkjent som en del av prosjektet.

Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om hvordan studien ville foregå, samt studiens formål. Alle deltagerne signerte samtykkeskjema (vedlegg 3 og 4) før gjennomføringen av intervju. Det ble ikke tatt opp temaer som sykdom/helse eller andre sensitive temaer. Alt materialet ble anonymisert og lagret på privat, passordbeskyttet PC.

4. Resultater

Her presenteres resultatene fra studien, og innledningsvis gis det en oversikt over informantene i punkt 4.1, før resultatene fra intervjuene med brukere og ansatte presenteres henholdsvis i punkt 4.2 og 4.3.

Etter første gjennomlesing av datamaterialet var det mange tema-grupper, men etter videre analyse ble det naturlig å sortere materialet fra intervjuene med brukerne inn i disse hovedtemaene:

Formøyd, mange ulike hjelpere, informasjon, brukermedvirkning og trygghet

Materialet fra intervjuene med ansatte ble sortert inn i disse hovedtemaene:

Kvalitetssikring, forpliktelse, arbeider strukturert, større krav til dokumentasjon, forståelse av sjekklister, ivareta bruker, samarbeid med sykehuset og HPH – en tidstyv?

4.1 Informanter

Data ble samlet inn i Trondheim kommune høsten 2012. Både brukere og ansatte var hentet fra forskjellige enheter i Trondheim kommune, og det er ulikt hvor lenge enhetene har brukt HPH.

Det ble gjort dybdeintervju med seks (sju) *brukere* av hjemmetjenesten i Trondheim kommune. I brukergruppen var det fire menn og tre kvinner, alle over 70 år. En bruker ble ekskludert fra resultatene på grunn av manglende evne til å gjøre rede for seg. Varigheten på intervjuene varierte fra 10 minutter til 49 minutter.

Det ble foretatt tre semistrukturerte fokusgruppe-intervjuer og ett dybdeintervju med *ansatte* i hjemmetjenesten i Trondheim kommune. Dybdeintervjuet ble gjennomført da den ansatte ikke hadde anledning til å delta på gruppeintervjuet, og forsker ønsket å ha med informasjonen fra den ansatte i studien. Det ble benyttet samme intervjuguide i dette dybdeintervjuet som i de semistrukturerte fokusgruppe-intervjuene. I fokusgruppene var det fire-fem deltakere per gruppe og i hver gruppe var to enheter representert med henholdsvis to eller tre ansatte. Hver gruppe besto av to sykepleiere, to helsefagarbeidere og en fagleder. Totalt ble 14 ansatte intervjuet, 12 kvinner og to menn. Varigheten på intervjuene varierte fra 33 minutter til 64 minutter.

4.2 Resultater fra intervju av brukere

Ingen av brukerne ble spurt direkte om sjekklistene som de ansatte i hjemmetjenesten bruker, og det var heller ingen av brukerne som nevnte sjekklistene.

Fornøyd

Brukerne var veldig samstemte i sin evaluering av oppfølgingen fra kommunen etter utskrivelse fra sykehus eller annet opphold. Brukerne ga uttrykk for at de var fornøyd med oppfølgingen de hadde fått, og de fortalte at oppfølgingen hadde vært som forventet.

Ja, den (oppfølgingen) har jo vært grei. Eller mer enn forventa kan en jo godt si. (NN2)

Mange ulike hjelpere

En bruker fortalte at han i blant måtte informere hjemmetjenesten om hva de skulle gjøre hos ham og at ikke alle kjente til (sår)prosedyrene, slik at han måtte vise og fortelle hvordan prosedyren skulle utføres. I denne sammenhengen trakk han fram at det var så mange ulike innom at kontinuiteten i sår-behandlingen falt bort.

Ja, det er jo klart at det blir jo ikke det samme når man får nye folk hver gang. Så vil de jo, de spør jo hva de skal gjøre, og det er ikke alltid at de vet det. Men de fleste vet det jo og så spør de jo selvfølgelig. Men det har jo blitt bedre etter hvert. Men i alle fall til å begynne med var det jo mange som var litt usikre på hva de skulle gjøre, og det var ikke alltid at de gjorde det akkurat etter boka. (NN2)

Brukerne uttrykte takknemlighet for hjelpen de får fra kommunen, og var i det store og hele fornøyd med tjenesten. Alle brukerne påpekte imidlertid at det er mange forskjellige som er innom fra hjemmetjenesten, og at det er uheldig, men de fortalte også at alle er hyggelige og gjør så godt de kan.

Det eneste jeg kan kanskje kritisere litt, det er at jeg syns det har vært så mange inne i bildet. Jeg har jo sikkert over 20 stykker som har vært pleiere hos meg. Skifta stadig vekk, og det er ikke så bra å skifte så mye. (NN2)

Jeg har jo god kontakt med alle som har vært her. Det må jo minst være 30. Og det er noen av dem som jeg har hatt mange ganger da, de går jo igjen. Men så er det nye til stadighet. (NN6)

Informasjon

Når det gjaldt informasjon i forbindelse med utskrivelse fortalte brukerne at de var fornøyd med informasjonen både de og pårørende fikk fra kommunen og sykehuset. De sa at de hadde inntrykk av at hjemmetjenesten fikk den informasjonen de trengte fra sykehuset og at de kommuniserte med fastlegen.

De holder seg underrettet damene nede her skjønner du. (NN3)

En bruker var misfornøyd på grunn av manglende informasjon fra kommunen og sykehuset i forbindelse med at han ble skrevet ut, og at han ikke ble tatt med på råd i forhold til hva som skulle skje etter utskrivelsen.

Brukermedvirkning

Brukerne sier at de tror de vil bli hørt dersom de ønsker å endre noe i tjenestene sine, men at de ikke har tenkt så mye på det eller ikke har noen spesielle ønsker. Samtidig sier en bruker at han gjerne skulle hatt hjelp til reiser utenfor hjemmet, slik som tannlege, sykehuskontroll eller lignende. En annen bruker ønsker mer hjelp til mobilisering, og kunne også ønske at hjemmetjenesten møtte henne hjemme når hun ble skrevet ut av sykehus.

Jo, det kunne jo være å fått litt hjelp til når man skulle på for eksempel til tannlege at, men ja, jeg har nå greid meg godt selv uten hjelp og for så vidt, men det kunne jo være ting som man kunne ønske hjelp til. Å få følge på sykehuset når man skulle på etterkontroller og så videre, men det har gått bra, så man skal ikke klage på det. Jeg har nå kommet fram. (NN2)

Trygghet

På spørsmål om brukerne opplevde at tjenesten hadde endret seg de siste årene, sier en bruker at hjemmetjenesten har blitt flinkere til å passe på og se når han/hun har behov for mer medisin. Dette gjør at han/hun føler seg tryggere. En annen sier at det er vanskelig å bedømme om tjenesten har endret seg siden det er så mange som er innom.

De har blitt mer til å passe på og flinkere til å se når jeg har behov for litt mer medisin. Det har mye å si. ... Jeg stoler på dem. (NN7)

4.3 Resultater fra intervju av ansatte

De ansatte framstår hovedsakelig som positive til HPH, men kommer også med forslag til forbedringer, og stiller seg kritisk til tiden som kreves for å gjennomføre HPH skikkelig.

Kvalitetssikring

De ansatte var i hovedsak positive til HPH. De kalte det et godt hjelpemiddel og arbeidsverktøy. Selv om de sier det er mye å forholde seg til og at det er mange spørsmål var de positive at alle stiller samme spørsmål uavhengig av hvilken enhet de jobber i. De sa at det er nok spørsmål til å ivareta en bruker.

Jeg tror at det sikrer (...) at alle får litt mer lik oppfølging. Helt likt blir det aldri uansett fordi vi er så forskjellige, men da er i hvert fall grunnlaget lagt for at hver enkelt bruker blir fulgt opp på samme måte. Uavhengig av hvem du har til primærkontakt. (Ansattgruppe1)

Klart jeg ser formålet med det, det er jo kvalitetssikring. Det er jo virkelig et godt hjelpemiddel, både for brukeren og oss. (Ansattgruppe 2)

De ansatte sier at de vet mer om brukeren nå etter at de begynte med HPH og at de blir bedre kjent med dem som de er primærkontakt for.

... min opplevelse er at om man følger HPH(...) i alle prosessene her, altså rundt en innleggelse, rundt en hjemkomst, (...) så sikrer vi pasienten, og vi kvalitetssikrer bedre enn vi har gjort før... (Fagleder)

En ansatt påpeker også at HPH gir dem en mulighet til følge med på om brukernes situasjon evalueres med jevne mellomrom.

Forpliktelse

Når det gjelder bruken av HPH kommer de ansatte med litt ulik tilbakemelding. En gruppe ansatte sier at de har inntrykk av at ikke alle på enheten bruker sjekklister. De andre gruppene sier at de har brukt sjekklister fra første dag og at de bruker dem slik de var ment. De sier at de tror alle bruker HPH.

Men kanskje jeg og (NN) gjør det vi skal som primærkontakt, men det er ikke sikkert alle gjør det. Det er ikke alle som føler like mye ansvar for jobben. Det er jeg ærlig og innrømmer jeg altså. Da blir ikke alle fulgt opp likt. (Ansattgruppe 1)

Arbeider strukturert

De ansatte forteller at de får mye informasjon ved hjelp av sjekklister. De sier at sjekklister er kjekke å ha og sørger for at de spør om det som er nødvendig å gå igjennom. Videre sier de at de jobber mye mer strukturert nå og fanger opp ting bedre enn før. De blir minnet om hvilke tiltak de skal sette i gang og hva de må følge med på. De sier de har blitt flinkere til å se endringer i brukernes helsetilstand og er mer på hugget i forhold til å ta tidlig kontakt med fastlege. De forteller at de tenker igjennom mer og kanskje er litt mer fokusert.

... 3-dagersen og, hvis den er oppe og går, så syns jeg den og er kjempebra, for der avgjøres det om vi føler at nå har vi satt inn for lite hjelp, eller vi har vurdert at det er for mye hjelp. (Fagleder)

Større krav til dokumentasjon

De ansatte uttrykker også at dokumentasjonen har blitt bedre etter innføringen av HPH. Noen ansatte sier at dokumentasjonen er mye mer oversiktlig å lese, mens andre sier det kan være vanskelig å finne den informasjonen de trenger. Flere etterlyser en oppsummering eller status.

Det blir jo dokumentert adskillig mye mer i Gericca etter at vi startet med HPH. Det er veldig mye mer journaler. Og ikke nødvendigvis like lett å finne den røde tråden, men stort sett så syns jeg det er lettere å finne tilbake det meste. Altså er det noe du leter etter, når skjedde ting, når ble han litt dårligere, så finner du det stort sett mye greiere nå enn tidligere. (Ansattgruppe 1)

De ansatte sier de er mer bevisst på hvor viktig det er å dokumentere og sier at det er fint å ha dokumentasjon å gå tilbake på dersom pasientens tilstand skulle endre seg. Noen ansatte syns dokumentasjonen er en utfordring og er redd for å skrive feil eller vurdere feil.

Ja, det dokumenteres mer, for vi merker jo alle at det har blitt et større krav til dokumentasjon, vil jeg nå tro. Annerledes, ja det blir jo mer struktur på det du skriver da. Hvis du tar en HPH 4 (Brå eller gradvis endring/tap av funksjon), (...) når spørsmålene står der, du må tenke litt mer over hva er det du skriver? Hva er det du mener med brukeren her? Og det ser jeg egentlig når de skriver en vanlig status og, så har de, mange av dem, tenkt over ting, selv om det ikke står i spørsmålene så (...) kommer det sånne svar der som viser at du har nå sett en HPH 4 før i hvert fall. (Fagleder)

Forståelse av sjekklister

De ansatte sier at noen av listene blir brukt mindre enn andre, eller ikke i det hele tatt. Alle gruppene ga uttrykk for at det er veldig mange spørsmål på enkelte lister og at det hender at de sløyfer noen spørsmål når de mener at spørsmålet ikke er relevant for brukeren. En ansatt stilte spørsmål ved om dette kunne være en feilkilde. I denne sammenhengen ble det også trukket fram at det kan ligge en utfordring både i å spørre enkelte spørsmål som kan være litt intime, eller å stille spørsmål til demente eller glemske brukere og vite om du kan stole på svaret eller ikke.

... de kan jo lure oss trill rundt, og da er pårørende veldig greie å ha, for at "det er ikke sånn". Brukeren sitter og forteller det ene og det andre og pårørende sitter og rister på hodet vet du. Og da skjønner du at, ok, greit. (Ansattgruppe 2)

En ansatt sier at det gjenstår mye på forståelsen av listene/spørsmålene, men at det er veldig nyttig og avdekker det de trenger.

Så det er veldig krevende å få folk til å forstå, altså få forståelsen i personalgruppa for hva som egentlig ligger i et spørsmål. Det blir ofte veldig tynne svar i forhold til dybden i spørsmålet. (Fagleder)

Som en respons på dette sier de ansatte at dette jobber de med på fagdager for å bli bedre på å svare på spørsmålene.

Flere ansatte sier at HPH fungerer veldig bra når en blir trygg på det, og at det går raskere å gå igjennom sjekklister når du har brukt dem noen ganger. En ansatt sier det er bra å ha fått ting punkt for punkt, men mener at HPH som verktøy er noe rigid og at det ikke er nødvendig å ha alle spørsmålene hvert halvår. I denne forbindelse trekker den ansatte fram utfordringen i de tilfellene hvor en bruker blir innlagt flere ganger over en kortere periode. Han/hun uttrykker at en telefonsamtale eller lignende vil da være mer nyttig enn gjentatte HPH-er.

... hvis en bruker blir innlagt flere ganger i den perioden, da starter det systemet å bli litt sånn, det fungerer ikke helt. (...) Fordi vi har enkelte som (...) blir innlagt på sykehuset 2 dager, kommer tilbake, så man har ikke kapasitet og ikke behov for å ta HPH hver gang når de kommer hjem, fordi egentlig forandrer ikke tilstanden seg vesentlig. (Ansattgruppe 3)

Ivareta bruker

En ansatt uttrykker at det kan være en utfordring å huske på å ivareta brukerne i etterkant av en HPH.

Så da er det mange som føler at de på en måte blir utlevert ikke sant, og ikke ønsker det. Og så (...) har jeg og opplevd folk som har det veldig greit (...) og så får de masse spørsmål, og så blir de sittende i etterkant og tenke igjennom ting som har blitt snakket om. For det er noe med at de åpner seg, for det er jo spørsmål om "Er du mye deprimert?" (...) Ikke sant? Og det er jo noen som åpner døren og begynner å prate, og så forsvinner vi. Så blir de sittende igjen. (Ansattgruppe 3)

Samarbeid med sykehuset

De ansatte forteller også at det har blitt noe mindre avvik i forhold til medisiner og utstyr ved hjemkomst fra sykehuset etter oppstarten av HPH. De sier at det sparer mye tid at de slipper å etterlyse medisiner og utstyr. De ansatte forteller også at dersom sykehuset har fulgt sjekklister i HPH skal de ha fått informasjon om hva kommunen trenger.

Hvis alle sykepleierne hadde vært flinke til å bruke "hjemkomst fra sykehuset", så ser jeg nå at vi har mye mindre avvik i forhold til medisiner og i forhold til hjelpemidler og hjelpa. Vi

har noen få, men det vil alltid være noen unntak, at folk kommer hjem annerledes enn hva vi har forventet, men det er mye mindre enn hva det var for et år siden. (Ansattgruppe 1)

Kommunikasjonen/samarbeidet med sykehuset trekkes allikevel fram som en utfordring. I dette ligger både det å kunne stole på det sykehuset sier når det ikke gjøres vurderingsbesøk, og at pasienter skrives ut uten forvarsel eller mangler nødvendige medisiner/resepter og utstyr. De ansatte sier at det kan mangle mye informasjon når pasientene kommer hjem, og i tilfeller som krever tett oppfølging velger de derfor vurderingsbesøk før utskrivelse.

Det er noe med å se brukeren. Jeg tenker at de på sykehuset som ikke har noen formening om hjemmesituasjonen, kan jo mene at brukeren klarer seg veldig bra, så kommer brukeren hjem til overfylt leilighet og så er det ikke så bra allikevel. Så der er det litt sånn utfordring for oss, (...) at vi må være sikker på at når vi har stilt spørsmål og det de svarer, det må vi stole på. (Ansattgruppe 1)

Så det er nå sjelden at vi får sendt hjem folk sånn helt på sparket, men det har jo skjedd da. (...) En annen ting er jo at det, kanskje etter samhandlingsreformen det da, jeg vet ikke, er mye dårligere brukere som kommer hjem. (Ansattgruppe 1)

HPH – en tidstyv?

Som en rød tråd i intervjuene med de ansatte finner vi at HPH krever mye tid.

Jeg synes det tar uhorvelig mye tid. Vi har jo stort sett kanskje 10-12 primærbrukere, som det er en del med og da. Og jeg synes det tar mye tid. Jeg tenker på for bare ett år, to år siden, så skrev vi vanlige statuser, brukerne fikk hjelp da og. De fikk den hjelpen de skulle da den gangen og. (Ansattgruppe 3)

Spesielt trekker de fram dokumentasjonen i etterkant av et brukerbesøk hvor man har gått igjennom en sjekklister. De sier at det ofte er satt av tid til selve besøket hos brukeren, men ikke til dokumentasjonen i etterkant eller til forberedelse i forkant av en HPH. De påpeker at det er viktig å kunne forberede seg godt, og at enkelte sjekklister bør man ikke gjøre med mindre man kjenner brukeren godt på forhånd.

De ansatte uttrykker at det er knapt med tid til HPH. Faglederne forteller at de må sette av nok tid til å veilede de ansatte og at dette innebærer strenge prioriteringer fra deres side.

Sykepleierne og helsefagarbeiderne kjenner også på presset i forhold til å få avsatt nok tid til HPH.

... å bruke nok tid på å hjelpe ansatte i det her, det synes jeg at tida mi er ikke tilstrekkelig for det. De betyr veldig lange dager for meg når en prioriterer så høyt. Men, ja, jeg tenker at den veiledningsjobben som ligger med så mange ansatte, så kunne jeg ha brukt egentlig hele tida på det, og det mener jeg helt alvorlig. Jeg kunne ha brukt (...) hele min stilling på det å bistå folk i, og opplæring rundt det her med alt som er inkludert i HPH, for det er en så stor jobb i seg selv. (Fagleder)

De ansatte ønsker mer tid til HPH og sier at det er viktig å ha det på huskelista for å få satt av tid til besøk og dokumentasjon. En ansatt sier også at det er en utfordring å få tatt tak i ting med en gang. Flere ansatte påpeker at det blir mer og mer papirarbeid og mindre og mindre brukertid. Samtidig sier de ansatte at de får tid til HPH når de ber om det, men at ofte må dokumentasjonen gjøres en annen dag enn selve besøket hos brukeren.

Nei, det er vel det at det var noe helt nytt da. Pluss at alle føler at de har ikke tida nesten til å gjøre den jobben de skal gjøre i utgangspunktet. Og så blir de pålagt å gjøre noe som er litt ekstra. For du må jo gjøre det i jobben, du får ikke noe mye tid. Og da blir det fort negative holdninger rundt omkring. (Ansattgruppe 1)

I perioder der vi har masse å gjøre så blir det et lite ork selv om det er en del av arbeidslista. For de føler de skulle gjort så mye annet inne hos brukeren. Så jeg tror for mange er det rett og slett et dilemma altså for de ser nok nytten av det, men de skulle så godt ønske at de var mer ute. (Fagleder)

De ansatte sier det er behov for å gå gjennom og vurdere tidspunkt og behov for enkelte spørsmål. De vil anbefale HPH videre til andre kommuner, men sier at verktøyet bør evalueres først.

5. Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Formålet med denne studien var å se på brukernes erfaring med tjenestene og de ansattes erfaringer med HPH. Informasjonen fra brukerintervjuene ble vurdert opp mot resultatene fra spørreundersøkelsen (31).

5.1.1 Brukernes erfaringer

Samspill mellom bruker og hjelper

Brukerne framstår hovedsakelig som positive i intervjuene. De forteller at de er fornøyd med tjenestene de får fra kommunen og er takknemlige for hjelpen de får.

En litteraturstudie (37) fant at en pasients selvrapporterte tilfredshet med tjenesten blant annet er en følge av tidligere erfaring med helsetjenesten, og i hvilken grad de føler at de får innvilget sine ønsker. Videre fant de at eldre grupper generelt rapporterer høyere grad av tilfredshet. Brukerne i vår studie er alle over 70 år. De uttrykker at de i all hovedsak er fornøyd med hjelpen og oppfølgingen de får, eller har fått, fra kommunen. Ut i fra tilbakemeldingene kan man si at tjenestene brukerne mottar er gode, men brukernes alder kan altså spille inn i forhold til tilbakemeldingene de gir. Den positive responsen i intervjuene stemmer overens med det som kom fram i brukerundersøkelsen som ble gjennomført i Trondheim kommune i 2009 og 2011 (31). I brukerundersøkelsen er 87% over 60 år og 60 % over 80 år.

Brukerne forteller også at de har god kontakt med pleierne, noe som ut i fra det litteraturstudien fant vil påvirke brukernes opplevelse av tjenestene i positiv retning (37). Litteraturstudien viste også at helsestatus og helseeffekt påvirker tilfredshet, og at alvorlig syke pasienter vil rapportere lavere tilfredshet, med mulig unntak hos grupper av enkelte kroniske sykdommer. I denne studien er det ikke samlet inn informasjon om brukerens helsetilstand, slik at det er usikkert hva dette har å si for resultatene.

Brukermedvirkning

Brukerne sier i intervjuene at de tror de har påvirkningskraft på tjenestene sine, men at de ikke har tenkt så mye på det. Samtidig nevner to brukere ting de kunne tenke seg å endre eller få mer hjelp til. Altså sier de at de har påvirkningskraft, men prøver ikke å endre det de ønsker mer hjelp til. Dette kan være et tegn på at de ikke helt forstår hva det vil si å ha påvirkningskraft på tjenestene eller at de ikke vet hvordan eller hva de kan påvirke. Det kan også være at de har prøvd å endre tjenestene uten å lykkes.

I følge en studie vil pasientens selvrapporterte tilfredshet med tjenesten blant annet avhenge av til hvilken grad de føler at de får innvilget sine ønsker (37). Brukerne i vår studie ble ikke spurt om de har forsøkt å endre tjenestene sine.

Ca 50 % svarer i spørreundersøkelsen (31) at de ansatte tar hensyn til ønsker og behov og er fleksible overfor brukerne når de trenger det. I en Sintef rapport (10) står det at sykepleierne ser at brukerne har behov for mer sosial kontakt, aktivisering og praktisk hjelp, men at det er mangel på ressurser for å få gjennomført dette. Dette stemmer overens med det brukerne etterlyser i intervjuene. Her er det også viktig å trekke inn det de ansatte sier i sine intervjuer om at det blir mer og mer administrative oppgaver og mindre og mindre brukertid. Her kan det se ut som at det ligger en konflikt i tjenesten mellom god utredning og dokumentasjon, og brukertid. Samtidig er dette også et spørsmål om ressurser i form av økonomi og personale, slik at muligheten for å kunne ivareta begge hensyn innenfor dagens rammer kan være begrenset.

Mange hjelpere

Alle brukerne sier at det er veldig mange ulike pleiere innom. Dette er en bekreftelse på det som kom fram i spørreundersøkelsene til kommunen (31) om at det er mange ulike hjelpere hos brukerne. Dette gjelder både Trondheim kommunes undersøkelse i 2009 og i 2011. Av de 499 (som har svart) som får hjelp to eller flere ganger pr. dag sier 98 brukere at de har hatt flere enn 15 forskjellige hjelpere innom de siste 14 dagene. I spørreundersøkelsen trekker brukerne dette fram som et forbedringspotensial. Likevel er brukerne i intervjuene hovedsakelig fornøyde og sier at alle er hyggelige og gjør så godt de kan. Ser vi dette i sammenheng med nevnte litteraturstudie (37) virker det rimelig å anta at forholdet til de ansatte i tjenesten spiller stor rolle for brukernes tilfredshet med tjenesten.

I en nylig publisert norsk studie av Gjevjon (38), hvor ledere i hjemmetjenesten ble intervjuet, fant de at lederne mente det kunne være både positive og negative sider ved å ha de samme som går hos brukerne hele tiden. På den ene siden vil det å ha kun noen få pleiere hos brukeren gjøre at de som er der, kjenner brukeren godt. De vet hva brukeren kan og trenger. Dette mener de sikrer kvalitet i pleien. På den annen side kan besøkene blir en rutine hvis en pleier går hos brukeren hver dag. Dermed kan de etter hvert overse viktig informasjon, tegn og symptomer. De sier at slik sett er det større sjanse for at ulike pleiere kan oppdage endringer i pasientens helsetilstand.

I spørreundersøkelsen (31) svarer 57% at de er helt enig i at de ansatte kjenner dem og deres situasjon godt nok til å utføre hjelpen de får. Samtidig uttrykte en bruker i intervjuet at det var problematisk å ha mange ulike pleiere fordi de forskjellige pleierne utførte prosedyrene forskjellig, og at han/hun i blant måtte veilede pleierne slik at prosedyren ble utført riktig. At det er mange ulike hjelpere i hjemmetjenesten er et erkjent problem og i HPH er det derfor utarbeidet en oppfølgingsplan som oppdateres daglig ("oppdragets art"), som er så detaljert at de ansatte ikke trenger spørre så mye. Man kan spørre seg om de ansatte her har brukt HPH verktøyet og vært tilstrekkelig detaljert i sin dokumentasjon av sår-prosedyren i pasientens oppfølgingsplan.

Ut i fra intervjuene kan det virke som at det kan være utfordrende å ha mange ulike pleiere i de situasjonene der hvor det for eksempel er komplekse prosedyrer, eller alvorlig sykdom som krever jevn oppfølging og hvor brukeren har behov for stabilitet i behandlingen. I andre situasjoner hvor det er brukere i mer stabil fase, og hvor behovet for kontinuitet kanskje ikke er like avgjørende, kan det å ha flere pleiere være positivt for oppfølgingen siden ulike øyne har evne til å se ulike ting (38).

Informasjon

I vår studie er det forskjell på hvor raskt brukerne har vært hos fastlegen etter utskrivelse fra sykehus, og brukerne uttrykker at de er fornøyde med tidspunkt for oppfølging fra fastlege. I HPH ligger det at brukeren skal til fastlegen i løpet av 14 dager etter utskrivelse dersom brukeren har fått en endring i medikamentene og/eller dersom sykehuset anbefaler det. Crow (37) fant i sin litteraturstudie gjennomgående bevis for at den viktigste faktoren som påvirker tilfredshet med helsetjenesten er forholdet mellom pasienten og legen, inkludert det å gi

informasjon. Det kan være at siden hjemmetjenesten er tilgjengelig og kan følge opp i forhold til medisiner, opplever ikke brukerne et behov for å besøke fastlege umiddelbart etter utskrivelse. Isteden kan brukerne få svar på det de lurer på fra hjemmetjenesten. Samtidig kan det være at brukerne ikke har blitt informert om at besøket hos legen er for å vurdere effekt av medisiner og eventuelle bivirkninger, og at konsultasjonen også er for å legge en videre plan for brukeren. Her kan det være at hjemmetjenesten må bli flinkere til å fortelle om hensikten for at brukeren skal raskt til lege etter utskrivelse.

En bruker som har hatt hjemmetjenester i flere år sier i sitt intervju at hjemmetjenesten har blitt flinkere til å se når han/hun har behov for mer medisiner, og at det skaper en trygghet for ham/henne. Dette kan både vise til at de har blitt bedre til å se når han/hun trenger en endring i medisinene, men også at de ser at det er nødvendig å bestille opp medisiner fordi bruker begynner å gå tom. Bruker ble ikke bedt om å utdype dette. Dersom det dreier seg om at hjemmetjenesten har blitt bedre til å se når han/hun trenger en endring i medisinene kan det tyde på at hjemmetjenesten har bedre kompetanse på å observere brukerne, og at dette kan ha bedret seg de siste årene. I følge Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) (12) skal kommunene legge til rette for gode samhandlingsrutiner mellom fastlegene og hjemmetjenesten, og det trekkes fram at hjemmetjenesten må ha nødvendig kompetanse slik at de kan observere og varsle allmennlegen ved behov.

Brukerne sier i intervjuene at hjemmetjenesten tilegner seg den kunnskapen de trenger, og holder seg underrettet. I spørreundersøkelsen (31) svarer 33,1 % ”helt enig” i at de opplever at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegen fungerer godt, mens 4,8% svarer at de er ”helt uenig”. 36,1% svarer ”vet ikke/ikke aktuelt”. Dette tyder på at brukerne er fornøyd med samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegen. At en så stor andel svarer ”vet ikke/ikke aktuelt” kan også tolkes i positiv retning siden ”vet ikke” kan tyde på at de ikke har merket seg med noe spesielt ved samarbeidet, verken i positiv eller negativ retning, og at det da ikke er noe å utsette på samarbeidet.

Når det gjelder å få informasjon fra kommunen eller sykehuset, både i det daglige og i forbindelse med utskrivelsen fra sykehuset, uttrykker brukerne at de er fornøyd. Samtidig bruker de fleste uttrykket ”tror” i den sammenhengen. Enten at de tror kommunen får den informasjonen de trenger, at de tror de selv eller pårørende får den informasjonen de trenger, eller at de tror at fastlegen får den informasjonen han/hun trenger. En litteraturstudie (39) fant at ofte manglet informasjon i overgangssituasjoner, og slik jeg ser det, viser brukernes

tilbakemelding noe usikkerhet i forhold til om informasjonen kommer fram. Dette støttes også av det de ansatte sier om at det ofte mangler viktig informasjon når pasienter skrives ut. Det kan virke som at det her finnes et forbedringspotensiale for å trygge brukerne slik at de vet at korrekt informasjon blir overført til rett instans ved overflytning.

Brukerne ble ikke spurt om de hadde lagt merke til at de ansatte brukte sjekklister og hva de eventuelt tenkte om det. Slik jeg ser det kunne et slikt spørsmål vært nyttig for å få vite hvordan brukerne opplever at de ansatte bruker HPH. Samtidig kan det at brukerne ikke selv trekker fram bruken av sjekklister, tyde på at HPH er en integrert del av oppfølgingen fra kommunen, og at ikke brukerne reagerer på det på noen måte.

5.1.2 Ansattes erfaring med HPH

Økt krav til dokumentasjon

De ansatte forteller i intervjuene at de får mye informasjon ved hjelp av HPH, og er positive til at alle enhetene nå stiller samme spørsmål til brukerne og går igjennom det som er nødvendig for å kunne ivareta brukerne på en god måte. Videre kommer det fram i studien at HPH gir en gevinst ved at det dokumenteres mer og bedre, og at det har blitt større krav til dokumentasjon. Også i spørreundersøkelsen (31) kommer det fram at de ansatte dokumenterer mer. Dette er viktig med tanke på at det nå er kortere liggetid på sykehus og det innebærer at pasientene som skrives ut har behov for tettere oppfølging og observasjon etter utskrivning enn det som var tilfelle for bare noen år tilbake (10). Etter innføringen av samhandlingsreformen er liggetiden kortet ned ytterligere (40). I denne sammenhengen er det da økt behov for kartlegging av helsetilstand og omsorgsbehov på grunn av at brukerne krever mer tilsyn og det er flere oppgaver som skal utføres hjemme hos brukeren. Dette igjen stiller krav til dokumentasjonen i overføringen mellom nivåene i helsetjenesten, men også i kommunen for å sørge for helhetlige tjenester (10).

I denne sammenhengen er det viktig å trekke fram det noen av de ansatte sier i forhold til at de er usikre på dokumenteringen. De forteller at de er redde for å skrive feil og for å vurdere feil. Samtidig sier også noen av de ansatte at selv om det dokumenteres mer er det i blant vanskelig å finne igjen den røde tråden i det som er skrevet, og at det kan være vanskelig å finne den informasjonen de leter etter.

Denne studien har ikke sett på datasystemene hvor dokumentasjonen foregår, og det kan være at utfordringene i forhold til å få oversikt over journalen ligger der. I tillegg kan tilbakemeldingene fra de ansatte tyde på at det er behov for mer fokus på gjennomgang av spørsmålene med de ansatte og hvordan man skal dokumentere i etterkant av besøkene. Dette bekreftes også av en fagleder som sier at det ofte er tynne svar i forhold til dybden i spørsmålet. De ansatte forteller i intervjuene at de jobber med dette på fagdager. Slik jeg ser det kan det være nyttig både for å sikre god og korrekt dokumentasjon, men også for at de ansatte skal bli tryggere på hva og hvordan de skal observere og vurdere i forhold til spørsmålene.

Informasjonsflyt

I vår studie forteller de ansatte at de etter oppstarten av HPH har blitt flinkere til å se endringer i brukerens tilstand og fanger opp ting bedre enn før. Videre sier de at de tar tidligere kontakt med fastlege. Dette er viktig med tanke på at liggetiden har blitt kortere og at pasientene som skrives ut fra sykehus, ofte krever tett oppfølging (10, 40). I den forbindelse er det også viktig at informasjonen fra sykehuset er utfyllende og kommer til rett tid. I vår studie kommer det fram at de ansatte i blant har problemer med å stole på det sykehuset sier, og at de ikke alltid er enige i sykehusets vurdering av pasientens hjemmesituasjon. Hellesø (41) trekker frem forskjellen i terminologi mellom sykepleiere i sykehus og sykepleiere i kommunen. Hun beskriver at informasjon som er nødvendig fra et akutt og medisinsk perspektiv ikke nødvendigvis er nyttig i et langtidsperspektiv. I følge Hellesø har ikke sykepleiere i kommunen og sykehus en felles forståelse for hva det vil si å være ”utskrivningsklar”. Coleman (21) trekker også fram at legen på sykehuset sender pasienten til en del av helsevesenet hvor han selv ikke praktiserer. Dermed vet han ikke fullt ut hvilke tjenester eller hvilken oppfølging det nye området kan gi, og det er risiko for at pasienten overføres for tidlig. Ut i fra de ansattes tilbakemeldinger virker det som om informasjonsoverføringen ved utskrivelse fortsatt er en utfordring.

I intervjuene forteller de ansatte at i tillegg til informasjonsoverføringen er det også utfordringer når det gjelder medisiner og utstyr. Dette er et erkjent problem og blant annet i Corbett (23) sin studie fant de avvik hos hele 94% av deltakerne i forhold til hvilke medisiner som var forordnet i epikrisen og hva pasientene faktisk tok når de kom hjem. Dette går igjen i flere studier (20-22, 24), og det er fare for alvorlige hendelser (21, 24) og reinnleggelse (20, 22) på bakgrunn av medisinfeil. Payne (39) fant i sin litteraturstudie en antydning til at sykepleiere i sykehus ikke vet hva slags informasjon sykepleierne i kommunen trenger. Videre fant de at nødvendig informasjon ofte mangler ved utskrivelse eller kommer for sent, og at sykepleierne i kommunen foretrekker å gjøre sin egen vurdering hos pasienten og at de ser på informasjonen fra sykehuset som mangelfull eller upålitelig. Dette stemmer godt overens med den tilbakemeldingen de ansatte gir i vår studie. Samtidig uttrykker de at HPH har gitt dem en felles plattform, og dersom de ansatte på sykehuset har fulgt en HPH-sjekkliste skal de vite hva hjemmetjenesten trenger.

Coleman (21) trekker frem faren for at alvorlige feil kan forekomme i de tilfellene hvor behandler ikke har tilgang til pasientens tidligere eller oppdaterte journal. Ser vi dette i sammenheng med kortere liggetid og at pasientene som skrives ut er dårligere og krever mer

oppfølging og observasjon (10), vil det være helt avgjørende at brukerne skrives ut med oppdaterte medisinlister, og at all nødvendig informasjon formidles på rett vis til de som skal ta over ansvaret for pasienten.

Vår studie viser at det i følge de ansatte har blitt noe mindre avvik i forhold til medisiner og utstyr etter innføringen av HPH, men at det fortsatt er mangler. Dermed er det fortsatt behov for fokus på dette. Kjernejournal (42) vil ha stor innflytelse når det gjelder informasjonsflyt, og Trondheim vil starte opp med dette allerede høsten 2013. Dette kan være med å bidra til enda færre avvik og alvorlige hendelser i forbindelse med skifte av omsorgsnivå, først og fremst i forhold til medikamenter.

Bruk av listene

De ansatte forteller at det er sjekklister de lar være å bruke, og spørsmål de ikke synes er relevante hos enkelte brukere og derfor lar være å stille. En av de ansatte spør seg om dette kan være en feilkilde. Hvis man i denne sammenheng trekker inn det Gjevjon (38) beskriver, at en ansatt som går jevnlig hos en bruker etter hvert kan overse symptomer og tegn fordi besøket har blitt en rutine, kan det være en grunn til å tro at det å utelate et spørsmål fordi en mener at det ikke er relevant kan være en feilkilde og føre til at viktig informasjon ikke blir fanget opp.

Samtidig sier en ansatt at det er unødvendig å gjennomføre tredagers samtale (vedlegg 5) hos pasienter med hyppige innleggelses fordi situasjonen forandrer seg svært lite mellom hver gang. De ansattes tilbakemeldinger kan tyde på at det kan være nødvendig med en evaluering av spørsmål og lister i samarbeid med de ansatte. Da kan de ansatte få uttrykke hva de er misfornøyd med, og de som er ansvarlig for HPH kan få utdype årsaken til valgte spørsmål eller lister.

De ansatte representerer ulike enheter i Trondheim kommune, og det er forskjell på hvor lenge det er siden HPH ble innført (fra høsten 2009 til høsten 2011) og dermed hvor lang erfaring de ansatte har med HPH. Under intervjuene gir de ansatte uttrykk for at bruken av HPHog sjekklisene går lettere jo lenger de har brukt verktøyet. Man kan på bakgrunn av dette anta at dersom alle enhetene hadde startet med HPH på samme tid ville tilbakemeldingene fra

enhetene være mer samstemte. Samtidig er implementeringen også avhengig av ledelsen på enheten, de ansattes holdninger med mer.

Tidkrevende

Tidsbruk var et tema som ble trukket fram gjentatte ganger i intervjuene. De ansatte ga uttrykk for at HPH var tidkrevende, og spesielt dokumentasjonen i forbindelse med fireukers evalueringen. De ansatte forteller at det er utfordrende å få satt av tid til å forberede seg i forkant av en HPH og at HPH stjeler mye av brukertiden. Spesielt helsefagarbeiderne trekker fram at de administrative oppgavene stjeler av tiden de egentlig skal ha med brukerne. Også brukerne i intervjuene og i brukerundersøkelsen (31) sier at kommunen har et forbedringspotensiale i forhold til tid, de sier at pleierne har det for travelt. Fagleder sier også at det skorter på tid til HPH og at det er tidkrevende å få satt av nok tid til å veilede og lære opp de ansatte i HPH. En rapport (10) viser at de ansatte i kommunen opplever at ressursbegrensning er det viktigste hinderet for å kunne gi optimal oppfølging av brukerne. Med tanke på det som kommer fram i studien om at enkelte brukere kan få etterreaksjoner på spørsmål etter at pleieren har gått, kan det også i noen situasjoner være nødvendig å sette av litt tid sammen med brukeren etter at HPH-sjekklisten er gjennomgått. Eventuelt kan det vurderes om det er sensitive spørsmål som bør fjernes fra sjekklistene.

Kvalitetssikring

De ansatte sier at de vet mer om brukeren nå etter oppstarten av HPH enn de gjorde tidligere og at de dermed kvalitetssikrer mer. Gjevjon (38) skriver at ved å kjenne pasienten godt sitter du med nøkkelen til god kvalitet i pleien. Videre skriver hun at de ansatte kjenner da pasientens bekymringer og begrensninger. I vår studie nevner de ansatte i forbindelse med bruk av sjekklistene hjemme hos brukerne at det er avgjørende å kjenne brukeren godt på forhånd for å gjennomføre enkelte lister. Hvis man ser dette i sammenheng med det Gjevjon (38) beskriver, og som er nevnt tidligere, er dette en fordel, men kan også være en ulempe ved at den ansatte kan overse informasjon fordi besøket kan være preget av rutine.

Et av poengene med HPH er også at sjekklister skal være særlig egnet for brukere man ikke kjenner på forhånd for å få oversikt over brukeren og behovet. Dermed er det grunn til å tro at ansatte som ikke kjenner brukeren godt, allikevel kan få gode resultater med HPH dersom de ansatte setter seg inn i brukerens journal og er nøyaktig og systematisk i måten de spør og observerer på.

En dansk studie (26) viste at pasienter som får oppfølging av lege og sykepleier en uke etter utskrivelse, etterfulgt av kontakt etter tre og åtte uker, har lavere risiko for reinnleggelse. Dette kan sammenlignes med den umiddelbare og jevnlige oppfølgingen som brukerne får etter innføringen av HPH hvor en systematisk går igjennom avtalte spørsmål og observasjoner. Denne studien har ikke sett på reinnleggelser, men det pågår PHD-arbeid (30) som blant annet ser på effekten av HPH.

5.2 Diskusjon av konsekvenser og implikasjoner

Malterud (36) spør om funnene i en studie har betydning for medisinsk teori og praksis. Kan man komme med en anbefaling på bakgrunn av det vi har funnet i denne studien?

Jeg mener studien gir grunnlag for anbefalinger videre. Vi kan ikke ut i fra denne studien si at HPH har effekt på målbare tall slik som reinnleggelse eller fall i hjemmet, men ut i fra både de ansatte og brukernes tilbakemeldinger mener jeg at HPH er et verktøy som gir positive resultater. Denne studien viser at HPH er et verktøy som bør anbefales videre, og som kan være med og sørge for god kvalitet i helsetjenesten.

5.3 Metodediskusjon

Forforståelse

Som sykepleier med bakgrunn hovedsakelig fra sykehus og minimal erfaring fra hjemmetjenesten hadde jeg ikke selv noen forestilling om hva innføringen av et prosjekt som HPH vil ha å si for hjemmetjenesten eller deres brukere. Jeg hadde ingen forkunnskaper om HPH før denne studien tok til, og har dermed ikke hatt noen tanker om hva tilbakemeldingene på HPH ville være. Imidlertid dukket det opp en del spørsmålsstillinger om hva jeg ville finne i det jeg startet arbeidet med å sette meg inn i HPH, i arbeidet med å utarbeide protokoll og å lage intervjuguider. Min forforståelse baserer seg nok på egen erfaring fra helsevesenet når det gjelder tidsbegrensninger og innføring av nye rutiner. I tillegg vil min erfaring fra samhandling med pasienter og pårørende påvirke forforståelsen. Jeg noterte ned hva jeg forventet å finne og har vært bevisst på dette i analysearbeidet for å kunne se aktivt etter ting som motbeviser dette (Tabell 1).

Bruker	Ansatt
<ul style="list-style-type: none">- Bedre oppfølging ved utskrivelse- Mangel på info i overgang- Uendret oppfatning av hjelp og oppfølging i det lange løp- Generelt fornøyd, men peker på samme forbedringspotensiale	<ul style="list-style-type: none">- Problemer med å få info fra sykehuset- Problemer med å få time hos fastlege- Problem med å få tid til å gjennomgå hele verktøyet hos hver bruker- Brukes ikke slavisk- Reflekterer mer rundt mottakssituasjon- Verktøyet innarbeides raskt slik at en ikke trenger å bruke det fysisk hver gang- Lettere å evaluere med et slikt verktøy- Lettere å hente inn konkret info fra sykehus/pasient- Føltes som ekstraarbeid ved oppstart- Fikk nok info ved start til å kunne bruke det riktig- Tidkrevende å dokumentere ut fra verktøyet

Tabell 1: Forforståelse av hva forsker forventet å få som resultat i intervjuene.

Styrker og svakheter

Da målet var å se på erfaringer med HPH valgte jeg en kvalitativ tilnærming. Den *kvalitative metoden* er en styrke ved studien da kvalitativ tilnærming er velegnet der hvor ønsket er å beskrive menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, og dynamiske prosesser som samhandling og utvikling, slik det er i denne studien (36).

Antall informanter i brukergruppen er nok noe lavt i forhold til det som er forventet for å kunne oppnå metning og variasjon, men samtidig kom det ikke fram nye aspekter i de siste intervjuene, og i kvalitativ forskning er det innholdet i intervjuene og ikke antallet intervjuer som danner grunnlaget for et rikt materiale (36). At det ikke kom fram nye aspekter i de siste intervjuene kan både være et tegn på at brukerne er ganske samstemte i sin opplevelse av hjemmetjenesten, det kan være at brukerne er valgt ut til å delta fordi de hovedsakelig er positive, eller det kan være at intervjuguiden ikke la til rette for mer varierte tilbakemeldinger. At det til slutt kun var seks informanter på brukersiden ser jeg på som en svakhet i studien.

Ofte bygger kvalitative studier på data fra 10-25 informanter (36) og *antall informanter i gruppen av ansatte* i denne studien bør derfor være tilstrekkelig får å oppnå metning og variasjon. De ansatte er forespurt av sin leder i hjemmetjenesten og er et strategisk utvalg da målet var å få informanter som er kjent med HPH og kan uttrykke denne erfaringen. Siden informantene er valgt ut av sin leder vil det være en risiko for at de ansatte som er forespurt i denne studien ikke er helt representative for den gjennomsnittlige sykepleier/helsefagarbeider i hjemmetjenesten i Trondheim kommune.

Siden flere ulike hjemmetjenesteenheter er representert, og det er ulikt hvor lenge enhetene har brukt HPH, er det forskjell på hvor lenge de ansatte har brukt HPH og hvor langt enhetene har kommet i innarbeidingen av HPH i hverdagen. Dette gir en bredde i materialet.

Denne studien ser kun på HPH fra kommunens perspektiv. Det er ikke sett på om sykehuset merker noen endring når de tar i mot/sender ut en pasient.

Datainnsamlingen skjedde over et kort tidsrom høsten 2012. Det ble valgt dybdeintervjuer av brukere da dette er velegnet for å lære noe om brukernes opplevelser. Hos de ansatte falt valget på fokusgruppeintervjuer da målet var å få vite noe om deres felles erfaringer, og de da hadde muligheten til å spille på hverandres utsagn (36).

Styrken ved at intervjuene ble gjennomført over kort tid er at det gir et bilde av hvordan HPH fungerer i hjemmetjenesten i de ulike enhetene etter ulik tid siden innføringen. Det optimale ville kanskje være å gjennomføre forventningsintervjuer før oppstart, intervjuer rett etter innføring, og etter ett til to år etter innføring for å få et mer helhetlig bilde av hvordan HPH fungerer.

Variasjonene i informantenes bakgrunn, erfaring og roller vurderes til å være en styrke i studien. Slike variasjoner gir et rikt materiale, og informanter med ulik bakgrunn kan være med å beskrive flere nyanser i temaet enn det et mer homogent utvalg ville gjort.

En svakhet ved studien kan være at *forsker* har gjennomført studien alene i alle ledd, kun med veiledning underveis. Samtidig kan dette også være en styrke da forsker har full oversikt over alt materiale og hele prosessen. Under intervjuene forsøkte forsker å ha en nøytral rolle og stille åpne spørsmål for å legge til rette for diskusjoner og refleksjoner. I gruppeintervjuene sørget jeg for at alle skulle få uttale seg, men var ellers bevisst på å unngå å påvirke deltakerne eller delta i diskusjonene. Samtidig ser jeg i etterkant at som uerfaren intervjuer, kom jeg i blant med egne meninger i intervjuene. Dette forsøkte jeg da å ta hensyn til i analysearbeidet for å se om det kunne ha påvirket svarene fra informantene.

Jeg har selv begrenset kjennskap til hjemmetjenesten, noe som kan føre til at jeg er mindre forutinntatt, men jeg kan også ha mindre evne til å oppfatte nyanser i intervjuene.

Intervjuguidene ble presentert for veileder, fagveileder og ledere i hjemmetjenesten for tilbakemeldinger før oppstart av studien.

I arbeidet med resultatanalysen kan det være gunstig å trekke inn en utenforstående, både for å ikke overse noe, og for å unngå og farge funnene på bakgrunn av sin egen forforståelse. Ulike forskere vil ofte tolke materialet forskjellig utfra sitt eget ståsted (36). I denne studien har fagveileder hatt tilgang til de anonymiserte, transkriberte intervjuene og gitt tilbakemeldinger på analyse av resultater, der både forsker og veileder identifiserte samme hovedtrekk.

Relevans og overførbarhet

Det er et krav til relevans i vitenskapelig forskning. Herunder ligger det at resultatet skal bidra med noe som er annerledes enn det vi allerede vet og at det skal være nyttig for noe eller noen. Relevans er i følge Malterud en av grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap (36).

Denne studien kompletterer et PHD-arbeid som evaluerer utvikling (30) implementering og effekt av HPH. Denne studien vil først og fremst ha relevans for videre arbeid med HPH i de kommunene hvor dette er innført, men kan også være med i vurderingen av om HPH kan være aktuelt for andre å innføre. Videre gir den kunnskap om standardisert pasientforløp i norsk primærhelsetjeneste. Kommunesektoren har nå under etablering et nasjonalt læringsnettverk hvor HPH er en modell, og denne studien kan være nyttig i det arbeidet.

Overførbarhet handler om ekstern validitet og i hvilke sammenhenger funnene kan gjøres gjeldende utover den kontekst der vi har kartlagt dem (36).

I studien er det benyttet et strategisk utvalg, det er gjennomført på et lite geografisk område, og temaet er et prosjekt som i dag kun er fullt ut implementert i to av de seks kommunene som var med fra starten. Nye kommuner er imidlertid i en oppstartsfase i forhold til HPH. Det er grunn til å tro at erfaringene gjort i Trondheim kommune også er tilsvarende for de andre kommunene som har innført HPH eller kan komme til å innføre HPH i fremtiden.

Validitet

I følge Malterud handler validitet om gyldighet, hva studien egentlig har funnet ut noe om, og hvilken rekkevidde resultatene har utover de omstendighetene der studien er gjort (36).

Validiteten ble vurdert fortløpende underveis i studien. Intervjuguiden ble revurdert flere ganger for å få best mulig formulering slik at grunnlaget var lagt for å samle inn et rikt materiale.

De ansatte i hjemmetjenesten er representert ved både menn og kvinner, de har ulik ansiennitet og ulike roller i hjemmetjenesten.

I brukerintervjuene deltok brukere av begge kjønn, med variert grad av tjenester og ulik lengde på tjenestene fra kommunen.

Intervjuer ble gjennomført til det ble oppnådd metning.

Med alle disse faktorene på plass skal grunnlaget være lagt for å oppnå et gyldig resultat.

Informantenes mulighet til å påvirke resultatet ved å holde tilbake informasjon eller velge hva de vil formidle og hvordan kan være en svakhet i en kvalitativ studie. Slik jeg ser det kan for eksempel brukerne være redd for å gi negative tilbakemeldinger på tjenestene av frykt for at det kan påvirke deres framtidige tjenester. For å unngå dette ble brukerne informert om at det kun var forsker som skulle ha tilgang til informasjonen de ga, og at intervjuet ikke ville påvirke deres tjenester fra kommunen. Resultatene i denne studien vurderes å være gyldige da informantene viste engasjement i intervjuene, ga både positive og negative tilbakemeldinger, og var veldig konkrete i sine formuleringer.

Resultatenes gyldighet ble kontrollert ved å gjentatte ganger gå tilbake til de transkriberte intervjuene under analysearbeidet og også under arbeidet med diskusjonsdelen for å vurdere om all relevant informasjon var tatt med.

Alternative metodiske tilnærminger

"I medisinsk forskning er det vanlig å mene at kvantitative metoder er den beste (og gjerne eneste) vei til vitenskapelig kunnskap", skriver Malterud (36). I denne studien ble imidlertid kvalitativ metode vurdert som mest hensiktsmessig da forsker ønsket å vite noe om hjemmetjenestens erfaringer med HPH og brukernes erfaringer med hjemmetjenesten. I tillegg er HPH et nytt prosjekt og det finnes lite forskning på standardisert pasientforløp i primærhelsetjenesten med bruk av tilsvarende verktøy som HPH. Når det gjelder brukerens erfaringer med hjemmetjenesten er det allerede gjennomført spørreundersøkelser (31) rundt dette, og forsker ønsket å få utdypet brukernes erfaring og sammenligne dette med spørreundersøkelsene med tanke på om HPH kan ha hatt en påvirkning på brukerens opplevelse av tjenestene.

For å svare på problemstillingen i studien ble kvalitativ metode vurdert som velegnet, og i etterkant virker dette fortsatt som et naturlig og riktig valg.

En kvantitativ metode med en spørreundersøkelse i forhold til de ansattes erfaring med HPH kunne sagt noe om andelen som er misfornøyde og andelen som bruker HPH etc. En kvantitativ metode ville imidlertid ikke få utdypet hva som man eventuelt er fornøyd eller misfornøyd med, hvor utfordringene ligger eller hvilke mangler som er ved HPH. Crow (37) fant i sin litteraturstudie at selv om kvalitative studier er mer ressurskrevende får du tilgang til mer dyptgående informasjon enn du vil klare å oppnå ved bruk av et spørreskjema.

Et alternativ i forhold til de ansattes erfaring kunne være å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse med spørreundersøkelse, og deretter følge opp med kvalitative intervjuer for å utdype funnene, men dette vil være for omfattende arbeide innenfor en master.

5.4 Konklusjon

Denne studien gir oss her et innblikk i erfaringene og meningene til et lite utvalg ansatte og brukere i Trondheim kommune.

Studien viser at brukerne er fornøyd med utskrivelsesprosessen og tjenestene sine fra Trondheim kommune. Selv om de har mange ulike hjelpere, er de fornøyd med kompetansen og vennligheten fra hjelperne. Ut fra denne studien er det vanskelig å si om dette har endret seg etter innføringen av HPH.

Videre viser studien at de ansatte er positive til HPH og at de mener HPH sikrer kvaliteten på tjenesten. Samtidig synliggjør studien også en kjent konflikt i helsetjenesten – det negative forholdet mellom oppgaver og ressurser. Det er tydelig at de ansatte ser fordelen med HPH og gjerne ønsker å benytte det videre i arbeidet, men de ser også hvor mye det krever av tid og ressurser, og de er redd for at HPH skal føre til at de mister tid brukt i direkte arbeid med brukerne.

Referanseliste

1. Knudsen M. Samhandlingskjede for kronisk syke/NEXES, 2009. <http://www.stolav.no/samhandlingskjeden> (03.07 2013)
2. Svagård I, Farshschian B, Wienhofen L et al. Towards standardised clinical pathways for the chronically ill - a project report. Trondheim: SINTEF, 2009
3. Organisation for economic co-operation and development. Health at a Glance 2009, OECD indicators. Paris: OECD, 2009
4. Brunborg H, Texmon I, Tønnesen M. Befolkningsframskrivninger 2012-2100: Resultater. Økonomiske analyser 2012; 4: 53-8.
5. Reikvam Å, Hagen TP. Endringer i dødelighet av hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Laegeforen 2011; 5: 468-70.
6. Verdecchia A, Guzzinati S, Francisci S et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. Eur J Cancer 2009; 45: 1042-66.
7. Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
8. Statistisk sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2012, førebelse tal. <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie> (28.07. 2013)
9. Romøren TI. Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg". Aldring og livsløp 2007; 1.
10. Kalseth B, Midttun L, Paulsen B et al. Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Sintef rapport 2004:145. Trondheim, 2004.
11. Brevik I. De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2. Oslo, 2010
12. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer.
13. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.
14. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).
15. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). nr 29 2011.
16. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). nr 30 2011.
17. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005
18. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3.
19. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O et al. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. BMC Health Services Research 2010; 10:1.
20. Moore C, Wisnivesky J, Williams S et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med 2003; 18: 646-51.
21. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med 2004; 141: 533-6.
22. Conroy S, Ferguson C, Woodard J et al. Interface geriatrics: evidence-based care for frail older people with medical crises. Br J Hosp Med 2010; 71: 98-101.

23. Corbett CF, Setter SM, Daratha KB et al. Nurse identified hospital to home medication discrepancies: implications for improving transitional care. *Geriatr Nur (Lond)* 2010; 31: 188-96.
24. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138: 161-7.
25. Parker SG, Peet M, McPherson A et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess* 2002; 6.
26. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 146-53.
27. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725-35.
28. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; nr. 1: CD000313.
29. Rotter T, Kinsman L, James EL et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; nr. 3: CD006632.
30. Røsstad T, Garasen H, Steinsbekk A et al. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 121.
31. Brukerundersøkelse 2011, Hjemmetjenesten. Trondheim: Trondheim kommune, 2011
32. Verdu A, Maestre A, Lopez P et al. Clinical pathways as a healthcare tool: design, implementation and assessment of a clinical pathway for lower-extremity deep venous thrombosis. *Quality & safety in health care* 2009; 18: 314-20.
33. Panella M, Marchisio S, Brambilla R et al. A cluster randomized trial to assess the effect of clinical pathways for patients with stroke: results of the clinical pathways for effective and appropriate care study. *BMC medicine* 2012; 10: 71.
34. Richter-Ehrenstein C, Heymann S, Schneider A et al. Effects of a clinical pathway 3 years after implementation in breast surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 515-20.
35. Giorgi A. A sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985: 8-22.
36. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
37. Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1-244.
38. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjøs BØ et al. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag* 2013; 21: 182-90.
39. Payne S, Kerr C, Hawker S et al. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age Ageing* 2002; 31: 107-17.
40. Statistisk sentralbyrå. *Spesialisthelsetjenesten - Stat.Res*, 2012. http://www.ssb.no/helse/statistikker/helse_statres/aar/2013-06-19 (02.08 2013)

41. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International journal of integrated care* 2010; 10: e036.
42. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide brukere av hjemmetjenesten

Vedlegg 2: Intervjuguide ansatte av hjemmetjenesten

Vedlegg 3: Informasjonsskriv brukere

Vedlegg 4: Informasjonsskriv ansatte

Vedlegg 5: Eksempel på sjekklister

Vedlegg 1: Intervjuguide brukere av hjemmetjenesten

Hovedtema:

Hvordan opplevde du oppfølgingen fra hjemmesykepleien etter at du kom hjem fra sykehuset?

Undertema:

- Hvordan opplevde du det å bli skrevet ut fra sykehus?
 - Hva tenker du om informasjonen du fikk på sykehuset før utreise og i hjemmetjenesten etter at du kom hjem?
 - Var det informasjon du savnet fra sykehuset ved utskrivelse?
 - Ble oppfølgingen fra kommunen som forventet?
 - Opplevde du at kommunen var informert om din tilstand etter utskrivelse?
 - Hva tenker du om å ha en time hos fastlegen i løpet av noen uker etter sykehusoppholdet?
- Fortelle litt om hvordan hjemmesykepleien har vært de siste årene
 - Endringer ifht
 - Oppfølging
 - Medvirkning
 - Informasjon
 - Pårørende
 - Tid
- Er det noe sykehuset kunne gjort bedre i forbindelse med at du ble skrevet ut?
- Er det noe du savner fra hjemmesykepleien i tiden etter sykehusoppholdet?

Vedlegg 2: Intervjuguide ansatte i hjemmetjenesten

Hovedtema:

- Hvordan opplever du/dere at hjelpemiddelet/sjekklisten for ”Helhetlig pasientforløp i eget hjem” fungerer?
- Hvordan var deres erfaringer med innføringen av ”Helhetlig pasientforløp i eget hjem”?

Undertemaer:

- Hva slags utfordringer ligger i mottak og oppfølging av pasienter fra sykehuset som kommer hjem?
- Brukervennlighet sjekklistene i HPH:
 - o Er de lette å bruke?
 - o Hva synes du generelt om å bruke sjekklister?
 - o Er det noen sjekklister du synes er mer eller mindre formålstjenlig?
 - o Tas de med på hjemmebesøk?
 - o Brukes de aktivt?
 - I begynnelsen
 - nå
 - o Er det ting ved programmet/HPH som ikke fungerer optimalt:
 - Helhetlig/hver enkelt sjekklister:
 - Burde sjekklistene vært lengre/kortere?
 - Er det noen spørsmål som mangler?
 - Er det noen spørsmål som er unødvendig?
 - Forslag til forbedringer
 - o Ser dere noen gevinster ved å bruke slike sjekklister?
 - o Er det noen barrierer i forhold til å bruke slik sjekklister?
 - o Ser dere noe formål med programmet/innføringen av HPH?
 - Hva
 - På hvilken måte/ikke
- Arbeider dere annerledes etter innføring av HPH?
 - Observasjoner/vurderinger – hva tenker dere om observasjoner og vurderinger dere gjør nå i forhold til for tre år siden?
 - Dokumentasjon – dokumenterer dere annerledes? I så fall hvordan?

- Handlinger/tiltak – gjør dere andre tiltak nå enn før dersom dere ser at brukerne blir dårligere?

Hvordan opplever dere at samarbeidspartnere reagerer på at dere bruker sjekklister?

Har alle primærkontakter ved enheten tatt i bruk HPH:

- Bare sykepleiere
- Alle yrkesgrupper

Hvem sikrer at programmet blir fulgt i hverdagen?

Vedlegg 3: Informasjonsskriv brukere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Helhetlig pasientforløp i eget hjem – en vei for framtiden?"

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på brukertilfredsheten etter innføringen av «Helhetlig pasientforløp i eget hjem».

Du er valgt ut fordi du er bruker av hjemmesykepleien i Trondheim kommune, og fordi du har blitt skrevet ut av sykehus i løpet av de siste 2 årene.

Det Medisinske Fakultet, NTNU er ansvarlig for denne forskningsstudien.

Hva innebærer studien?

Du er bedt om å delta på et intervju for å snakke om dine erfaringer med hjemmesykepleien i Trondheim kommune, i tiden etter at du ble skrevet ut fra sykehuset. Intervjuet er ventet å vare ca 1 time. Ved dette intervjuet vil det være deg og en forsker til stede. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Det er kun forskere knyttet til studien som vil behandle informasjonen du gir under intervjuet. For å få et best mulig resultat vil det være avgjørende at du svarer så ærlig som mulig. Intervjuet vil ikke påvirke dine tjenester fra Trondheim kommune.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke bli tatt opp personsensitive ting under intervjuet, da målet er å få fram din erfaring med hjemmesykepleien i forbindelse med din utskrivelse fra sykehuset.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysninger som registreres om deg er navn, fødselsdato, omfang av tjenester og hvor lenge du har mottatt tjenester fra Trondheim kommune. Alle som får innsyn har taushetsplikt.

Informasjonen om deg vil slettes vinteren 2012. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre kontakt med hjemmesykepleien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Inger Lene Brovold, 99582775. Du kan også ta kontakt med kommunaldirektør Helge Garåsen, tel 91112656 hvis du har noen spørsmål til studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien: -----
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: -----
(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv ansatte

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Helhetlig pasientforløp i eget hjem – en vei for fremtiden?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på de ansattes erfaring med innføringen av «helhetlig pasientforløp i eget hjem» og da spesielt på brukervennligheten for de ansatte.

Du er blitt bedt om å delta fordi du er ansatt i hjemmetjenesten i Trondheim kommune, og har jobbet der både før og etter innføringen.

Det Medisinske Fakultet, NTNU er ansvarlig for denne forskningsstudien.

Hva innebærer studien?

Studien vil foregå i form av et gruppeintervju som vil tas opp på lydbånd. Intervjuet er ventet å vare mellom 1-2 timer. I intervjugruppen vil det være 4-8 ansatte fra hjemmetjenesten, og en forsker vil være til stede som ordstyrer. Det er kun forskere knyttet til studien som vil behandle informasjonen du gir under intervjuet, og for å få et riktig resultat vil det være avgjørende at du svarer så ærlig som mulig.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke bli tatt opp personsensitive ting under intervjuet, da målet er å få fram ansattes erfaring med «helhetlig pasientforløp i eget hjem» og den daglige bruken av verktøyet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysninger som registreres om deg er navn, stilling, kompetanse og hvor lenge du har jobbet i hjemmetjenesten. I tillegg vil det gjøres lydbåndopptak av gruppeintervjuene. De som får innsyn i informasjonen har taushetsplikt. Informasjonen om deg vil slettes vinteren 2012.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Inger Lene Brovold, 99582775.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien: -----
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: -----
(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5: Eksempel på prosedyre/sjekkliste

Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst

Formål

Sikre at bruker får strukturert oppfølging av sykepleier seinest 3 dager etter hjemkomst fra sykehus eller korttidsopphold.

Omfang

Fagkoordinator

Arbeidslisteskriver

Sykepleiere/vernepleiere

Arbeidsbeskrivelse

1. Arbeidslisteskriver planlegger besøket på arbeidsliste til sykepleier, ved å sette av: 30 minutter ekstra på besøket. Dette skal gjøres ved å lage et nytt oppdrag, med tjenesten/oppdrag PD, der en setter av 30 minutter på arbeidslisten. Arbeidslisteskriver beregner i tillegg 1 time til dokumentasjon
2. Besøket skal ha et funksjons- og mestringsfokus, samt medisinsk- og forebyggende fokus, for å sikre overgangen til hjemmet etter opphold i sykehus, eller korttidsavdeling
3. Sykepleier skal gjennomføre besøket etter følgende sjekkliste:

Sjekkliste HPH 2:

Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst

1. Gå gjennom foreløpig epikrise/medikamentliste og sykepleiesammenfatning før samtale med bruker
2. Aktuelle diagnoser
3. Har bruker startet med nye medisiner? (Vær obs i forhold til virkning/bivirkning)
4. Kontroll av medisindosett/Multidose som bruker har i hjemmet/på sonekontor
5. Avklar administrasjonsmåte i forhold til medikamenthåndtering, må komme tydelig fram på arbeidsliste

6. Er seponerte medisiner fjernet fra hjemmet?
7. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
8. Blir utstyret brukt riktig?
9. Har bruker trygghetsalarm? Er bruker i stand til å forstå bruken? Test alarmen
10. Føler bruker seg trygg?
11. Kjenner bruker at han mestrer hverdagen?
12. Forvirringstilstand?
13. Hukommelsesproblemer?
14. Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og mistenksomhet?
15. Søvnmonster natt/dag
16. Beskriv matlyst og næringsinntak (Kvalme? Behov for kostveiledning?)
17. Eliminasjon
18. Utholdenhet/trettbarhet
19. Fysisk aktivitet
20. Forflytningsevne, ute – inne. Balanse, fallrisiko og fallfeller
21. Muskelstyrke håndtrykk
22. Smerter/tilstrekkelig smertelindring?
23. Symptomer på infeksjon?
24. BT (sittende og stående)/puls/sirkulasjon/respirasjon
25. Brannrisiko?
26. Hvilke forhold må spesielt følges opp, knyttet til observasjoner, mestringsevne, forebyggende tiltak, aktuelle sykdommer og behandling? Legge inn i oppdragets art
27. Er epikrise fulgt opp?
28. Behov for andre/økte tjenester?
29. Skriv inn i Gericas huskelister for videre doseringer/utlevering av Multidose/utlevering av neste dosett/korrigerings av Multidose
30. Gjennomgang av innholdet i oppdragets art mht vedtak og observasjoner. Dette gjøres fortrinnsvis sammen med arbeidslisteskriver og primærkontakt
31. Hvis bruker er ny eller har endret hjelpebehov planlegges ”fire ukers samtale” for bruker/primærkontakt. Hvis ikke sikre at det er planlagt en ”fire ukers samtale”/revurdering innen 6 mnd. Se Huskeliste i Gericas
32. Skriv ut ny hjemmejournal. Skal ligge i skap lengst til høyre på kjøkkenet hjemme hos bruker