

SAMTALEN I HJEMMET OG DEN HJEMLIGE SAMTALE

**– en kvalitativ undersøgelse af borgeres og pårørendes oplevelser
med opfølgende hjemmebesøg**

Marlene C. R. Møller, antropolog

For Nære Sundhedstilbud, Region Midt og Kommunerne i Vestklyngen

Marts 2014

Tak...

For deres store indsats med at gennemgå registre over opfølgende hjemmebesøg i forsøget på at identificere deltagere til undersøgelsen og for tiden gået med at korrespondere og kommunikere med antropologen skal lyde en stor tak til de nøglepersoner i de deltagende kommuner, der under tidspres har muliggjort undersøgelsen. En tak skal også lyde til de sygeplejersker og praktiserende læger, der har indvilliget i antropologens deltagelse i opfølgende hjemmebesøg – uden den del var undersøgelsen blevet fattigere. Den allerstørste taknemmelighed går til de borgere og deres pårørende, der viste deres gæstfrihed og åbenhed, da antropologen bankede på. Deres mange fortællinger skaber denne fortælling om opfølgende hjemmebesøg.

Resumé

Det kvalitative studie af borgere og pårørendes oplevelser af opfølgende hjemmebesøg peger på, at deltagerne generelt har meget positive oplevelser med tilbuddet. Generelt er oplevelsen, at besøget i hjemmet, kombineret med tiden til besøget, giver anledning til en mere fortrolig samtale, der kommer tættere på "det hele menneske". Til trods for den oplevede tilfredshed med opfølgende hjemmebesøg hos både de deltagende borgere og deres pårørende, så peger undersøgelsen på, at der bør være opmærksomhed på, at borgere og pårørende ikke altid får bragt egne dagsordener og bekymringer i spil, hvilket kan betyde, at de under opfølgende hjemmebesøg ikke opnår afklaring på deres helbredsmæssige situation. Desuden er der en tendens til, at aftaler og budskaber fra opfølgende hjemmebesøg ikke altid står helt klare for borgeren og pårørende. Derfor anbefales det, at der i designet af opfølgende hjemmebesøg, dels inkluderes aftaler om, hvem og hvordan det sikres, at aftaler og budskaber er klart formidlet til borgere og pårørende, dels at borgere og pårørende i informationsmaterialet opfordres til at bringe egne dagsordener i spil. Ligeledes har undersøgelsen vist, at pårørendes deltagelse i opfølgende hjemmebesøg er af stor værdi, og at der i informationsmaterialet med fordel kan opfordres til, at pårørende deltager. Den tværfaglige deltagelse af både egen læge og sygeplejerske bidrager positivt til både oplevelsen og udbyttet af opfølgende hjemmebesøg hos deltagerne i undersøgelsen, da sygeplejerskens helhedsorienterede blik på borgerens situation supplerer lægens arbejde konstruktivt.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Intro	4
Baggrund.....	4
Undersøgelsesfelt	4
Om rapporten.....	5
Kapitel 2: Metodiske greb og overvejelser	5
Indledende research.....	5
Observationsstudier og semistrukturerede interviews.....	6
Skift i metodisk fokus – vægt på kombinationen.....	6
Deltagere og udvælgelse	7
Etiske overvejelser og modstand	8
Kapitel 3: Rundt om opfølgende hjemmebesøg	8
Tidspunkt for afholdelse.....	8
Relevans.....	9
Forventninger om og behov for svar og diagnose.....	10
Aftaler og opsamling	11
Medicinfokus – tryghed.	12
Værdien af pårørendes deltagelse i opfølgende hjemmebesøg.....	13
Opfølgende hjemmebesøg – en støtte for pårørende.....	14
Roller og relationer - Betydningen af deltagelse af både egen læge og sygeplejerske	15
Samtalen i hjemmet – tid, fortrolighed og dybde.....	17
Den autoritetstro generation.....	20
Flere dagsordener i spil	22
Kapitel 4: anbefalinger	23
Orientering forud for og i forløbet – en folder.....	24
Inddragelse, forberedelse og forventning.....	24
Opfordring til deltagelse af pårørende	24
Klare aftaler og budskaber – en opgave	25
En tværfaglige indsats omkring det hele menneske	25
Litteratur	26
Bilag A: Screeningskema	27
Bilag B: Spørgeguide til semistrukturerede interviews, borger og pårørende	28
Bilag C: Besøgsskema (Vestklyngen)	30
Bilag D: Patientfolder 1	31
Bilag E: Patientfolder 2	33

Kapitel 1: Intro

Baggrund

I dag udskrives patienter på landets hospitaler langt hurtigere end tidligere. De accelererede patientforløb betyder, at flere, særligt ældre, svækkede, medicinske patienter, risikerer at opleve tilbagefald og blive genindlagt, hvis udskrivningen ikke er velkoordineret. De opfølgende hjemmebesøg skal sikre en god overgang mellem sektorerne, så både patient og pårørende er trygge ved forløbet. Opfølgende hjemmebesøg er et tværsektorielt tiltag, der er iværksat for at reducere antallet af genindlæggelser af ældre, medicinske borgere efter indlæggelse på hospitalet. Tiltaget tager udgangspunkt i Glostrupmodellen, der er resultatet af et forsøg med opfølgende hjemmebesøg, der med *"en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter ved egen læge og sygeplejerske efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling, (...) skal bidrage til en forbedret patientbehandling"* (MTV rapport). Modellen har specielt fokus på kontrol med den medicinske behandling i form af bedre overensstemmelse mellem den praktiserende læges opfattelse af patientens medicinering og den medicin, patienten tager, samt fokus på en bedre opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og dermed en reduceret risiko for genindlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2007).

Ældre medicinske patienter screenes i forbindelse med indlæggelse på hospitalet ud fra udvalgte inklusionskriterier (Bilag A). Når en patient opfylder de opstillede screeningskriterier sendes besked fra udskrivende afdeling til den kommunale hjemmesygepleje, der kontakter patientens egen læge for aftale om tidspunkt for det opfølgende hjemmebesøg. Herefter informerer sygeplejersken borgeren. Opfølgende hjemmebesøg består af op til tre kontakter. Første kontakt finder sted i borgerens hjem med deltagelse af egen læge og hjemmesygeplejerske. Anden og tredje kontakt foretages af egen læge og/eller hjemmesygeplejerske og kan foregå i borgerens hjem eller i lægens konsultation (se evt. Bilag D og E).

Undersøgelsesfelt

Opfølgende hjemmebesøg har vist sig økonomisk rentable (Johansen 2011, Oxholm og Kjellberg 2012, KL 2011), ligesom adspurgte sygeplejersker og praktiserende læger vurderer ordningen overvejende positivt (Johannesen 2010, Sørensen 2010). Dog har nogle sundhedsprofessionelles erfaringer med barrierer og udfordringer relateret til opfølgende hjemmebesøg (Lund 2011). Hidtil har evalueringer på tiltaget omkring opfølgende hjemmebesøg ikke direkte inkluderet borger- og pårørendeperspektiver, hvilket er omdrejningspunkt for denne rapport.

I samarbejde med nøglepersoner for opfølgende hjemmebesøg og sygeplejersker i de seks kommuner i Vestklyngen i Region Midt, samt Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland er en kvalitativ, antropologisk undersøgelse gennemført med det formål at give et indblik i borgeres og pårørendes oplevelse af opfølgende hjemmebesøg.

Antropologi er en videnskab, der legitimerer sig ved at indsamle data gennem feltstudier. Antropologi er læren om mennesket og har fokus på "det hele menneske" og de relationer og interaktioner, mennesket indgår i. Med udgangspunkt i konkrete oplevelser og fortællinger er det blevet kvalitativt undersøgt, hvordan borgere og pårørende oplever opfølgende hjemmebesøg – herunder om opfølgende hjemmebesøg i forlængelse af en indlæggelse giver mening for borgere og pårørende. De empiriske undersøgelser fandt sted fra medio januar til medio februar, hvorefter analyse og fremstilling er udarbejdet.

Om rapporten

I kapitel 2 vil de metodiske greb, samt etiske overvejelser blive præsenteret, inden kapitel 3 vil belyse de temaer, som undersøgelsen tog udgangspunkt i – herunder tidspunktet for opfølgende hjemmebesøg i forhold til udskrivning, aftaler og udbytte af opfølgende hjemmebesøg, betydningen af både egen læges og sygeplejerskes deltagelse i opfølgende hjemmebesøg, hjemmets betydning som ramme for opfølgende hjemmebesøg, betydningen af pårørendes deltagelse i samtalen osv.. Kapitel 4 byder på en række anbefalinger til det fremadrettede arbejde med opfølgende hjemmebesøg.

Kapitel 2: Metodiske greb og overvejelser

Indledende research

For at opnå indsigt i borgeres og pårørendes oplevelser med opfølgende hjemmebesøg er der gennemført antropologiske feltstudier over en tre ugers periode i januar og februar 2014. Forud herfor blev en indledende desktop research foretaget, der inkluderede gennemgang af eksisterende litteratur vedrørende opfølgende hjemmebesøg (se evt. litteraturliste). Ud over indledende og afklarende møder med medarbejdere, der på strategisk plan arbejder med opfølgende hjemmebesøg, så bød den indledende research på deltagelse i møde med nøglepersoner fra de seks kommuner i Region Midtjyllands Vestklynge.

Undersøgelsen har haft til sigte, at præsentere nogle virkelighedsnære perspektiver på borgeres og pårørendes erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Der er ikke lagt en teoretisk ramme omkring undersøgelsen forud for feltstudierne. I stedet er data efterfølgende forsøgt forklaret og analyseret ud fra perspektiver på hjemmet, patientkultur mv. med henblik på at kontekstualisere deltagernes konkrete oplevelser.

Observationsstudier og semistrukturerede interviews

Der er foretaget observationsstudier i forbindelse med seks opfølgende hjemmebesøg i fem forskellige kommuner, der alle er fulgt op af semistrukturerede interviews med borgere og eventuelle pårørende, umiddelbart efter lægen og sygeplejersken var gået. Derudover er der gennemført to semistrukturerede interviews med borgere og pårørende, der tidligere har modtaget opfølgende hjemmebesøg.

Individuelle interviews (her foretaget med enlige borgere) giver deltageren mulighed for at reflektere over egne oplevelser med opfølgende hjemmebesøg, oplevet udbytte heraf, samt egen opfattelse af betydningen af at modtage dette tilbud om hjemmebesøg. Interviews, hvor både borger og pårørende deltog, gav en anden indsigt end de individuelle interviews med enlige borgere, da disse interviews af åbenlyse grunde var prægede af fælles hukommelse, forhandling af mening og vigtigheden af specifikke emner. De individuelle, semistrukturerede interviews varede mellem 30-60 minutter, mens de semistrukturerede interviews af borgere sammen med deres pårørende varede 90-120 minutter.

Skift i metodisk fokus – vægt på kombinationen

Planen var, at observation i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg skulle foregå hos ca. to borgere, og resten af empirien skulle således skabes ud fra interviews med borgere og pårørende, der tidligere havde fået et eller flere opfølgende hjemmebesøg. Rationalet var, at borgeren på den måde retrospektivt ville kunne give en samlet oplevelse af forløbet, indhold og form på de forskellige opfølgende hjemmebesøg, ligesom borgeren antageligt ville være kommet sig oven på sygdomsperioden. Det viste sig dog i løbet af de første to interviews, at borgere og pårørende havde svært ved at huske indhold, form og oplevelser med opfølgende hjemmebesøg, der var foregået bare få uger tidligere. Derfor blev hovedvægten lagt på at deltage i så mange opfølgende hjemmebesøg som muligt med efterfølgende interviews af borgeren og eventuel pårørende. Metoden med at observere, altså at sidde med ved opfølgende hjemmebesøg, for derefter at interviewe borgeren viste sig gunstig, da borgeren havde besøget og samtalen i frisk erindring, men også fordi det var muligt at stille spørgsmål ud fra og på baggrund af et fælles erfaret opfølgende hjemmebesøg. På den måde blev grundlaget og fokus for interviewet skabt løbende. Der ligger desuden

en styrke i at kombinere observationer og interviews, da der ikke altid er overensstemmelse mellem det folk siger, de gør og det, de faktisk gør, da der er en tendens til, at man i interviews udtrykker sig i idealer, altså fremstillinger af virkeligheden, der er mere polerede, end det faktisk forholder sig. Gennem observationer opnås mulighed for at opdage sådanne uoverensstemmelser, hvilket bidrager med viden om, hvad der kan være på spil for deltageren. Interviewene blev støttet af en på forhånd udarbejdet semistruktureret spørgeguide (se bilag B).

Deltagere og udvælgelse

Deltagerne i undersøgelsen repræsenterer fem ud af de seks kommuner i Region Midtjyllands Vestklynge. Den sjette kommune havde ikke mulighed for at identificere deltagere. Undersøgelsen havde en skarp deadline, og kombineret med usikkerheden omkring hvornår og hvor mange opfølgende hjemmebesøg, der ville blive aftalt i undersøgelsesperioden, skete udvælgelsen pragmatisk. Eftersom første opfølgende hjemmebesøg ofte udføres kort tid efter udskrivning, og fordi der i perioder ikke foretages mange opfølgende hjemmebesøg, så var muligheden for strategisk udvælgelse af deltagerne begrænset, hvorfor de til rådighed værende borgere blev inkluderet. Enkelte borgere blev dog ekskluderet fra deltagelse, da det blev vurderet, at deres mentale tilstand ikke muliggjorde relevant deltagelse. Derudover var der en række barrierer for strategisk udvælgelse – herunder dødsfald, manglende lyst til deltagelse, manglende overblik hos hjemmeplejen over gennemførte og planlagte hjemmebesøg, samt manglende screeninger af patienter på sygehusene.

Deltagelsen viste sig at repræsentere begge køn med en overvægt af mænd hos borgerne (tre kvinder, fem mænd) og en overvægt af kvinder hos pårørende (fire kvinder og en mand). Altså en samlet fordeling på syv kvinder og seks mænd. Derudover var deltagerne aldersmæssigt repræsenteret fra 75-87 år. Fem deltagere havde pårørende med til opfølgende hjemmebesøg og/eller interview, mens tre deltagere ingen deltagende pårørende havde. I alt har otte borgere og fem pårørende deltaget i undersøgelsen, ligesom læger og sygeplejersker har deltaget indirekte gennem observationsstudier af opfølgende hjemmebesøg. Størstedelen af de deltagende borgere har inden for det seneste år gennemgået længere sygdomsforløb med flere indlæggelser, undersøgelser og for nogle også operationer, ligesom flere endnu ikke er færdigt udredte.

Etiske overvejelser og modstand

Der er mange parter involveret i gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg, og der er således mange perspektiver og oplevelser involveret, men med fokus på borger- og pårørendeperspektiver var sundhedsfaglige på sygehusene, praktiserende lægers og sygeplejerskers perspektiver ikke inkluderet, bortset fra løst opståede samtaler under afholdelse af opfølgende hjemmebesøg. Dette ensidige fokus på borgere og pårørende giver anledning til nogle etiske overvejelser ved at deltage i eller snarere observere opfølgende hjemmebesøg, da en sådan observation ikke kan undgå at indbefatte både praktiserende læges og sygeplejerskens indbyrdes interaktion, men også begges interaktion med borgeren under det opfølgende hjemmebesøg. Derfor blev de genstand for observation og undersøgelse, selvom det ikke var tilsigtet. For at imødekomme dette, blev sygeplejersker og praktiserende læger, i de fleste tilfælde, orienteret om antropologens deltagelse forud for det opfølgende hjemmebesøg. Oplevelsen var dog, at der hos nogle var en vis skepsis eller modstand mod antropologens deltagelse. Desværre var der ikke mulighed for at drøfte dette med de aktuelle personer, da disse ofte skulle hurtigt videre til næste patient. I rapporten vil det blive tilstræbt ikke at udstille eller på anden vis fokusere på enkelte handlinger eller situationer, der kan kompromittere praktiserende lægers og sygeplejerskers ret til anonymitet.

Der opstår altid et etisk dilemma, når deltagerne i en undersøgelse ikke kan fremstå fuldstændigt anonymt. Særligt, når det, som her, er sundhedsfaglige, der identificerer deltagerne, og deraf i højere grad vil have mulighed for at regne ud, hvor bestemte udsagn kommer fra. Selvom man i hjemmeplejen og hos praktiserende læger vil vide, hvilke borgere der har deltaget, vil det blive tilstræbt, at borgerudsagn og holdninger vil blive maskeret tilstrækkeligt, så genkendelse ikke er mulig. Rapporten vil både fremstille nuancer i oplevelser med opfølgende hjemmebesøg, men samtidigt også forsøge at fremstille nogle generelle tendenser. Alle deltagere vil blive kaldt enten borger eller pårørende, eftersom det vurderes, at skelnen i udsagn ved at give deltagerne navn ingen analytisk betydning har. Benævnelsen 'læge' henviser i rapporten til praktiserende læge, mens 'sygeplejerske' henviser til hjemmesygeplejerske.

Kapitel 3: Rundt om opfølgende hjemmebesøg

Tidspunkt for afholdelse

I beskrivelser af opfølgende hjemmebesøg bør første hjemmebesøg aflægges inden for otte dage efter udskrivning, mens andet og tredje besøg aflægges efter hhv. tre og otte uger efter udskrivning (Bilag D og E). I praksis sker afviklingen af opfølgende hjemmebesøg pragmatisk, eftersom der er udfordringer

forbundet med at få afviklet de opfølgende hjemmebesøg inden for de angivne tidsintervaller. For det første kræver det, at den udskrivende afdeling får sendt besked til hjemmesygeplejen for at besøget overhovedet kan realiseres. Derefter opstår nogle koordineringsmæssige udfordringer i at finde et tidspunkt, der passer både sygeplejerskers og praktiserende lægers program, hvorfor en del opfølgende hjemmebesøg ikke gennemføres inden for otte dage efter udskrivning. Derudover når nogle borgere at blive genindlagt, så opfølgende hjemmebesøg må udskydes.

Selvom der hos deltagerne er tale om stor spredning i forhold til hvor lang tid efter udskrivning, de modtog første besøg (fra 5 dage til to måneder efter udskrivning), så udtrykker stort set alle tilfredshed med tidspunktet, og ingen oplever, at de har haft behov for besøget tidligere. For nogle handler det om, at de i forvejen har daglig eller ugentlig kontakt med sygeplejersken og føler sig godt støttede, mens andre deltagere har deres ægtefælle som støtte og derfor ikke har følt behov for opfølgende hjemmebesøg tidligere. Andre igen har slet ikke haft overvejsen, at det kunne være anderledes end det, som de får tilbudt. Tidspunktet kan derfor umiddelbart virke underordnet, men det ser ud som om, det ligeså meget er udtryk for en tendens hos den ældre generation til at være taknemmelige for det, man får, og en opfattelse af, at man ikke stiller krav til lægen eller "systemet". Denne tendens vil blive yderligere belyst i senere afsnit.

Relevans

Samtlige opfølgende hjemmebesøg, der indgik i undersøgelsen, fremstår som relevante for deltagerne, der alle oplever et udbytte af besøget. Udbyttet varierer fra helt konkrete ordninger af ny medicin eller støttestrømper, til mindre konkrete udbytter som en god samtale om den generelle trivsel. I et enkelt tilfælde fortæller pårørende, at til trods for at de klarede sig godt efter udskrivning, så førte samtalerne med læge og sygeplejerske til konkrete nye undersøgelser:

"Det er måske spild af ressourcer, men på den anden side set, hvis ikke de var kommet, hvis ikke vi var kommet til bunds i det, så kunne det til sidst være blevet noget mere ressourcekrævende, så jeg vil tro, det har været godt. Det har det i vores tilfælde" (pårørende).

Pårørende her hentyder til, at de under opfølgende hjemmebesøg fik nævnt et problem, som der blev fulgt op på, og efterfølgende resulterede i undersøgelse og opstart af tidlig behandling. Derfor viste opfølgende hjemmebesøg sig godt givet ud, ifølge pårørende, "for det blev jo konstateret, mens det stadig var godt". Fælles er, at deltagerne finder det trygt, at der følges op efter en indlæggelse. En borger, der modtog

første besøg efter to måneder, oplever også opfølgende hjemmebesøg som et godt tilbud for ældre mennesker, men oplever ikke selv at have brug for besøget efter de to måneder, da borgeren er velfungerende og lever sammen med en velfungerende ægtefælle. Selvom borgeren ikke oplevede behov for opfølgende hjemmebesøg, så synes vedkommende, at det var mærkeligt, at de ikke fik besøget tidligere, når det på sygehuset var blevet lovet, at det ville ske inden for otte dage. Omkring tidspunktet for udskrivning oplevede borgeren tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg som et godt tilbud:

"Jamen, jeg synes da, det var en god besked at få, når man bliver sendt hjem, at der kommer lige nogen ud og besøger dig, det synes jeg da er en god idé. Og så hvis der er noget, så vil de formentlig tage sig af det".

Opfølgende hjemmebesøg fremstår altså her særligt relevant omkring udskrivning. Da besøget hos denne borger blev aflagt efter to måneder virkede det mindre relevant, og i øvrigt var oplevelsen, at der ikke blev talt om noget konkret. Borgeren har dog med en lang sygdomshistorie haft løbende kontakt med egen læge, ligesom borgeren og pårørende finder tryghed i, at de må ringe til hjemmesygeplejen, hvis de har behov for hjælp. I sådanne tilfælde kan det diskuteres om opfølgende hjemmebesøg overhovedet er relevant. Der kan dog også være den sammenhæng, at de borgere, som har fået deres indlæggelse på afstand, er kommet sig i en sådan grad, at besøget, retrospektivt, virker overflødigt, eller som "luksus", som en anden pårørende kaldte det. Hos de øvrige deltagere virkede selve besøget relevant, mens udbyttet hos deltagerne umiddelbart blev oplevet forskelligt, hvilket vil blive belyst yderligere i senere afsnit.

Forventninger om og behov for svar og diagnose

De fleste deltagere fortæller, at de ikke har tænkt over, hvad deres forventninger var til indholdet og udbyttet af opfølgende hjemmebesøg, men gennem interviewene træder det dog frem, at det for størstedelen handler om at få svar og opnå afklaring på deres helbredsmæssige situation. Der er behov for forståelse af, hvorfor og hvad der er sket, samt behov for svar på, hvad der skal ske og gerne en diagnose i de tilfælde, hvor sygehuset ikke har givet konkrete svar ved udskrivning. I de tilfælde, hvor det, under opfølgende hjemmebesøg, ikke har været muligt at give tilstrækkeligt svar - enten pga. manglende epikrise, eller fordi borgeren ikke er færdig udredt på sygehuset - giver det anledning til utryghed. En borger konstaterer:

"Altså, rolig, nej, som jeg også sagde, så er jeg ikke blevet beroliget, det er jeg ikke...Det er modbydeligt at sidde sådan en mørk nat og være bange".

Borgeren her havde set frem til at få svar på, hvad vedkommende fejler, ved det opfølgende hjemmebesøg, men samtalen gav ikke svar og fik ikke borgeren beroliget. Det er muligt, at borgeren ikke kan beroliges, men citatet udtrykker *behovet* for at blive beroliget og få vished. En pårørende var desuden skuffet over, at lægen ikke havde modtaget epikrisen fra seneste indlæggelse, og derfor ikke kunne give klar besked. Sygeplejersken havde i dette tilfælde modtaget en udskrivningsrapport, og det bemærkede pårørende:

“Nu ved jeg ikke hvad det var for (papir)lapperi, lægen havde med der...jeg troede, han havde en skærm med, han kunne se på og alt det der...det var ligesom om, hun (sygeplejersken) vidste mere, end han gjorde”.

Pårørende er her skuffet over, at lægen ikke er opdateret og derfor ikke kan give svar på alle spørgsmål, der fylder hos parret. Uvisheden skaber uro og bekymringer hos både borger og pårørende. Der er altså en forventning om og et behov for, hos borgere og pårørende, at uvished afløses af vished i form af konkrete svar og diagnoser. Fordi sygdomsforløb rummer et skifte fra en kendt til en ukendt tilværelse præget af uvished, frygt og kaos, opstår også følelser af manglende kontrol med eget liv og mestring heraf - hos både den syge og hos pårørende (Honoré 2010). I forsøget på at genvinde kontrol med eget liv er afklaring og svar på bekymringer og spørgsmål helt afgørende for, at den syge og pårørende er i stand til at genetablere en sammenhængende tilværelse. Man kan derfor argumentere for, at det ”gode” opfølgende hjemmebesøg både forholder sig til og giver svar på det allerede skete i form af et tilbageblik, der samler op og skaber forståelse, giver en status på den nuværende situation og derudover afklarer, hvad der skal ske fremadrettet.

Aftaler og opsamling

“Ja, der kan du se, der er der noget, der er smuttet for mig”, siger en pårørende i forbindelse med, at vedkommende i første omgang følte, at han havde styr på, hvad der var blevet aftalt med lægen, men så alligevel kom i tvivl og ikke huskede det alligevel. På spørgsmålet om, hvorvidt deltagerne oplever, at de er afklaret med, hvad der er aftalt fremadrettet, så er de flestes oplevelse umiddelbart, at de har styr på det, men når der spørges mere direkte ind til specifikke aftaler om eksempelvis næste hjemmebesøg, kontrol hos lægen eller lignende, så viser det sig, at mange alligevel ikke er sikre på, hvad der egentlig blev aftalt.

Flere af deltagerne skal forholde sig til en lang række fremtidige indkaldelser - til kontroller, undersøgelser osv., hvilket kan være svært at overskue. Observationerne indikerer, at mange har brug for støtte til at

skabe overblik, men i flere tilfælde fremstod samtaler med læge og sygeplejerske noget fragmenterede, dvs. med skiftende fokus, og gav derfor ikke borgeren overblik og afklaring. De observerede opfølgende hjemmebesøg var forskellige i struktur, hvor nogle var drevet frem af lægens kronologiske gennemgang af sygdomsepisoder og indlæggelser, mens andre samtaler tog udgangspunkt i seneste indlæggelse, og andre igen zigzaggede mellem forskellige emner. Opfølgende hjemmebesøg varierer således og formes ud fra den konkrete kontekst – herunder den enkelte læges og sygeplejerskes interaktion, indbyrdes drøftelser og forhåndenværende information om borgeren, samt borgerens relation og interaktion med læge og sygeplejerske. Hvis samtalerne bliver fragmenterede, og hvis forklaringer ikke bliver formidlet i et sprog, som borgeren forstår, så er der en risiko for, at borgeren ikke får det ønskede udbytte. Derfor er det af afgørende betydning, at der investeres i at samle op på de aftaler og planer, der er lavet for og med borgeren under opfølgende hjemmebesøg. I et par tilfælde blev sygeplejersken hos borgeren, efter lægen var gået, for netop at samle op på eventuelle løse ender. En afsluttende opsamling på samtalen og afklaring af aftaler kan bidrage til at skabe den tryghed, som borger og pårørende udtrykker behov for.

Medicinfokus – tryghed.

Afstemning af medicin er et centralt punkt på dagsordenen for opfølgende hjemmebesøg (se evt. bilag B). Lægen og sygeplejersken har til opgave at gennemgå medicinen i borgerens hjem inklusiv tidligere ordineret medicin og præparater. Dette skal sikre, at borgeren får den medicin, der er relevant i forhold til den iværksatte behandling. Under de observerede opfølgende hjemmebesøg og i interviews generelt blev det tydeligt, at medicin spiller en central rolle hos borgerne og deres pårørende. De fleste af deltagerne spørger ind til det, når medicin bliver seponeret eller reduceret i dosis. Det handler for de fleste om, at der er behov for at have en følelse af, at der er styr på medicinen. En borger fortæller: *“Det vigtigste for mig er at have styr på medicinen”*, og på spørgsmålet om hun var i tvivl omkring medicinen, forklarer hun, at det er hun ikke, men at det er rart at have fagfolk indover.

Flere nævner også, at det er en lettelse, når hjemmesygeplejen overtager doseringen af medicinen, når det bliver komplekst. Det udtaler både borgere, der ellers er helt selvhjulpne og borgere, der i forvejen får mere eller mindre hjemmehjælp. En borger fortæller: *“Jeg åndede dæleme op, da de kom, hjemmesygeplejersken, og sagde, vi skal nok ordne det med medicinen, det var dejligt”*. En pårørende fortæller, at det er en lettelse ikke at skulle styre medicinen selv, fordi *“man har sådan en hulens respekt for, der ligger så meget medicin, og det er altså ikke noget, man smider væk, det kunne jo være, man fik brug for det”*. Oplevelsen er altså, at mængden og sammensætningen af medicin bliver så kompleks, at det

bliver utrygt at håndtere det selv. En borger udtrykker bekymring for, om de mange forskellige medicinske præparater kan have negativ indflydelse på hinanden og om kroppen kan tåle al den medicin, mens flere andre ønsker svar på, hvorfor der var lavet ændringer, og om det kan passe.

Deltagerne har altså stor opmærksomhed på og bevidsthed om, at medicinen er nødvendig for deres sundhedstilstand, og det forklarer, hvorfor flere bliver utrygge, når sygehuset har ændret i medicinen. I forbindelse med afstemning af medicin er der hos deltagerne altså brug for forklaring og forståelse af årsager og konsekvenser for helbredet, når medicin ændres, da medicin er et komplekst felt, og fordi forklaring kan virke tryghedsskabende.

Værdien af pårørendes deltagelse i opfølgende hjemmebesøg

Undersøgelsen har med stor tydelighed vist, at pårørendes deltagelse i opfølgende hjemmebesøg spiller en positiv rolle, og det af flere årsager. For det første, så peger undersøgelsen på, at borgere og deres pårørende i fællesskab og gennem en form for fælles hukommelse, hjælper hinanden med at huske begivenheder, datoer, undersøgelser og forklaringer givet af sundhedsfaglige i forbindelse med sygdomsforløbet. Hos de deltagere, der er alene, var fortællingerne svagere, mere fragmenterede og flertydige. En enlig mand beskriver den svigtende hukommelse omkring et langt sygdomsforløb: *"Det hele render i ét"*, og en anden enlig deltager fortæller, *"det er ligesom om, der er så mange ting, der er væk"*. Hukommelsen svigter for de fleste deltagere, og derfor er pårørende en god støtte.

Det handler ikke kun om at huske, men også at høre og forstå lægens budskab. En borger med en samlevende pårørende fortæller, hvordan ægtefællen hjælper med at høre lægens budskaber, for *"jeg får ikke fat i det hele. Hvis de siger et bestemt ord, så hænger jeg mig i det, og så hører jeg ikke det andet"*. Her hjælper pårørende med at høre "det hele" og berolige borgeren. Desuden nævner samme borger, at vedkommende ikke formår at spørge ind til det, lægen fortæller, og derfor er det vigtigt at have sin ægtefælle med til sådanne samtaler. Kirsten Honoré, Cand. Cur., beskriver pårørende som en ressource, da de både fungerer:

"som en slags mestringsagenter ved at kompensere for den syges manglende styrke, energi og evne til at indgå i beslutningsprocesser, og ved at bidrage med værdifuld viden om dennes vaner og præferencer" (Honoré 2010: 177).

I de interviews, der blev lavet umiddelbart efter opfølgende hjemmebesøg, var tendensen, at borger og pårørende drøftede indholdet og brugte hinanden til at forstå, hvad der var drøftet og aftalt. Både den fælles erindring af sygdomsepisoder og den fælles deltagelse i opfølgende hjemmebesøg må anses for at være en styrke, da der her skabes en fælles forståelse af lægens og sygeplejerskens budskaber, der kan virke afklarende og betryggende for det fremtidige forløb.

Hos borgere med samlevende pårørende er det en naturlighed, at pårørende deltager. I ét tilfælde havde en borger bedt en veninde om at deltage, fordi borgeren havde brug for en bisidder, der hørte samtalen, og som vedkommende bagefter kunne drøfte det. Her var oplevelsen også, at det var rart at have en bisidder med, der kunne hjælpe med at lytte, huske og forstå. I tre af de seks opfølgende hjemmebesøg, der blev lavet observationer på, var der ingen pårørende. To heraf havde ikke spurgt pårørende om at deltage i opfølgende hjemmebesøg, fordi de vurderede, at det ville pårørende ikke have tid til. Den sidste kom ikke ind på begrundelsen. I de tre tilfælde, hvor borgerne ikke havde pårørende tilstede, bar det tydeligt præg af, at de sad med flere uafklarede spørgsmål efter samtalen med lægen og sygeplejersken, end det var tilfældet hos de borgere, der havde en pårørende med. Disse spørgsmål ønskede de at drøfte under det efterfølgende interview. Samlet peger det på, at pårørendes deltagelse betyder, at der ikke blot er to, der hører budskaberne, men at der er også to, der kan byde ind med fortællinger om hændelser, og lige så vigtigt er det, at der er en at drøfte det med efterfølgende.

Opfølgende hjemmebesøg – en støtte for pårørende

At være pårørende i et sygdomsforløb opleves som både bekymrende og præget af en stor ansvarsbyrde (Honoré 2010). De deltagende pårørende har gennemlevet deres kæres sygdomsforløb så tæt, at de selv er blevet en del af det. Flere gange italesættes sygdomsepisoderne som fælles, og udtrykkes i form af et "vi", når indlæggelser, undersøgelser, kontrol hos lægen omtales, "*vi skal til undersøgelse*". Pårørende gennemlever altså sygdomsforløb sammen med deres kære, og de påvirkes og reagerer herpå med bekymring, men derudover oplever pårørende en stor ansvarsbyrde, når deres kære udskrives og kommer svækkede hjem. Pårørende forventes at være støttende, have overblikket og tage sig af den udskrevne patient.

"De fleste pårørende oplever en stærk forbundethed med den syge, der i situationen er svækket, skrøbelig og truet på liv og helbred. De anstrenger sig for at skærme ham eller hende mod fysisk og følelsesmæssigt ubehag" (Honoré 2010: 176).

I forbindelse med en snak om en borgers sygdomsperiode, sagde en læge opmuntrende til en pårørende "du kan klare det". Konen kommenterede: "ja, men han er kun et menneske". Der er altså både en oplevelse hos borgeren og pårørende, at det er en byrde at være pårørende, og at der derfor er behov for støtte. En pårørende fortæller flg. om sine forventninger til opfølgende hjemmebesøg:

"De skal bare holde øje med, om det hele er i ordenDet er ikke mig, der skal sige, hov nu skal du lige til læge...det betyder rigtig meget, at de kommer, for som 82 årig, så har man jo lidt, der er man måske lidt mere nervøs". Pårørende fortsætter "jeg er nok mere afslappet, når de indlægger hende oppe på sygehuset, end når jeg har hende selv herhjemme og skal gå og holde øje med, så er jeg mere afslappet...så er du i gode hænder".

Pårørende beskriver her, den ansvarsbyrde, vedkommende oplever i forbindelse med pasningen af sin ægtefælle, og den utryghed, der er forbundet hermed. Det opfølgende hjemmebesøg opleves altså som en støtte og en aflastning for pårørende, da det skaber en følelse af, at der er fagpersoner, der tager ansvaret for den syge.

Roller og relationer - Betydningen af deltagelse af både egen læge og sygeplejerske

I størstedelen af de observationer af opfølgende hjemmebesøg, der indgår i undersøgelsen, har praktiserende læge haft en fremskudt rolle i samtalen, mens sygeplejersken har haft en mere tilbagetrukket, afventende og lyttende rolle. Det har altså været lægen, der primært har sat dagsordenen for besøget. Det er kommet til udtryk på forskellige måder. For det første, så venter man på lægen, før man går i gang, selvom sygeplejersken måske er ankommet før lægen, eller hvis lægen kommer for sent. I flere situationer har det virket naturligt for sygeplejersken at spørge til borgeren med det samme, men så er sygeplejersken kommet i tanke om, at man hellere må vente på lægen. Omvendt kom lægen i et enkelt tilfælde før sygeplejersken og gik straks i gang uden at vente på sygeplejersken. For det andet er det flere gange set, at borger og sygeplejerske spørger lægen: "må jeg sige noget nu", før de byder ind. For det tredje er det typisk også lægen, der starter og afslutter samtalen, og dermed sætter rammen for besøget tidsmæssigt, ligesom lægen også virker retningsgivende på indholdet af samtalen. Det er typisk kommet til udtryk ved, at det også ofte er i slutningen af samtalen, at lægen direkte inviterer sygeplejerskens perspektiver ind med et "har du mere?". Det virker altså til, at der er en fælles (indforstået) aftale om lægens rolle under opfølgende hjemmebesøg som værende mødelederen – også i de tilfælde, hvor det er sygeplejersken, der kender borgeren bedst. Dog er der forskelle i de deltagende sygeplejerskers roller og bidrag til de observerede opfølgende hjemmebesøg. Nogle forholder sig stort set tavse under hele

samtalen og spørger måske kun til eksempelvis ordinering af ny medicin i forhold til egen rolle i bestilling og dosering heraf, mens andre sygeplejersker byder ind løbende og i nogle tilfælde har hjulpet borgeren med at fastholde vedkommendes dagsorden.

Selvom sygeplejerskerne i langt de fleste tilfælde har haft en mere afventende rolle i forhold til lægen, så viser observationerne, at sygeplejersken, særligt hos de borgere, der i forvejen er kendte af hjemmeplejen, kan byde ind med vigtig viden om borgerens generelle sygdoms- og sundhedsbillede. Viden, der bunder i en kontinuerlig kontakt og relation med borgeren. En pårørende fortæller om betydningen af sygeplejerskens deltagelse:

"Jamen, hun kender os sådan set, hende er vi i kontakt med så tit, så det...jeg synes også det er en tryghed, at...ikke fordi at øh...lægen er utrolig rar, men hun (sygeplejersken) giver lige den der støtte...hun kan se, hvordan det går fremad og sådan noget, og også fordi man den første gang (1. Opfølgende hjemmebesøg) er lidt usikker på, hvad skal der foregå og sådan noget, og hvis det bare var lægen, der var kommet, så ved jeg ikke helt hvordan..."

Sygeplejerskens sygeplejefaglige blik på det hele menneske og allerede etablerede relation til borgeren har således vist sig vigtig for deltagerne. Eksemplerne er mange. En pårørende fortæller, at sygeplejersken *"kan fortælle lidt om, hvordan livet det foregår her og hvordan helbredet har det"*. En anden beskriver: *"Det er godt, at hende, der har os til daglig og ham, der kun har os en gang imellem, de kan snakke lidt sammen"*. En tredje nævner: *"jeg synes, det var udmærket, at de var her begge to. Af deres snak fremgik jo nogle udredninger, som jeg måske ikke ville have spurgt om selv"*.

Under observationer er det blevet tydeligt, at sygeplejersken ofte påtager sig en opsamlende rolle. I et par tilfælde, er sygeplejersken blevet efter samtalen, når lægen er gået, og har samlet op på snakken sammen med borgeren og eventuelle pårørende. I disse tilfælde har sygeplejersken bidraget med afklaring af spørgsmål. I et enkelt tilfælde var borgeren ikke kendt af hjemmeplejen forud for første opfølgende hjemmebesøg, og sygeplejersken spillede her en vigtig rolle i forhold til at spørge ind til borgerens generelle trivsel, hvilket resulterede i afdækning af nye behov for hjælp hos borgeren. Borgeren fortalte efterfølgende, at vedkommende ikke selv ville have bragt behovet for hjælp på bane, da det føltes flovt at have brug for hjælp. Derfor var borgeren lettet over, at sygeplejersken havde spurgt ind til det og tilbudt hjælpen. I de situationer, hvor sygeplejersken er gået aktivt ind og bidraget med viden og ikke mindst opklarende spørgsmål til borgerens behov og bekymringer, er der opstået indsigt i borgerens sygdomsbillede, der i de fleste tilfælde har resulteret i medicinjusteringer, nye hjælpemidler, ny

hjemmehjælp, kontrolmålinger osv..¹ Det tværfaglige samarbejde mellem læge og sygeplejerske opleves, hos borgere og pårørende, som vigtigt, ligesom observationer har vist, at sygeplejersken med sit helhedsorienterede blik på borgeren er i stand til at spørge ind og opspore potentielle problemfelter. Deraf må det konkluderes, at den tværfaglige deltagelse af både egen læge og sygeplejerske bidrager positivt til både oplevelsen og udbyttet af opfølgende hjemmebesøg.

Samtalen i hjemmet – tid, fortrolighed og dybde

Betydningen, af at opfølgende hjemmebesøg foregår i borgerens eget hjem, er stor. Alle deltagere i undersøgelsen oplever, at det er *"rart"*, *"mere hyggeligt"*, *"nemmere"*, *"afslappet"*, og man slipper for at sidde i et venteværelse hos lægen og vente. Flere nævner, at hvis man er gangbesværet, så er det rart, at man ikke skal i en bil for at få samtalen i klinikken. Desuden nævner flere, at det giver lægen og sygeplejersken en mulighed for bedre at få en fornemmelse af, hvordan borgeren trives, fordi de møder borgeren i deres vante omgivelser. En pårørende sagde: *"Jeg kan forestille mig, at de gør deres iagttagelser"*, hvormed hun mente, at det giver lægen og sygeplejersken en mulighed for at vurdere, om der er tale om en holdbar situation i hjemmet. En borger reflekterer over hjemmets betydning i forhold til klinikken:

"Det betyder noget, at folk kommer inden for og ser, hvordan patienten lever og har det. De ved det nok fra hjemmehjælperen, tror jeg, men de fornemmer det måske på en anden måde. Jeg er ikke bare et tilfælde på en skærm".

Samme borger fortsætter omkring samtaler i hjemmet versus i lægeklinikken:

"Det bliver jo mere klinisk. Det siger næsten sig selv, at lægen bliver nødt til at fokusere på det, sygdommen drejer sig om. Her (i hjemmet) fokuserer man måske på noget mere".

Der er altså en bevidsthed om og accept af, at samtalen i hjemmet giver de sundhedsfaglige bedre mulighed for at vurdere borgerens samlede situation. Samtidig udtrykker flere ydmyghed over, at lægen kommer hjem til dem. Det opleves som positivt og noget, man bør være taknemmelig for.

Flere nævner også, at den snak, de får med lægen og sygeplejersken, er anderledes, fordi den foregår i

¹ Under nogle opfølgende hjemmebesøg anvendte sygeplejersken besøgsskemaet (se evt. bilag C) som checkliste, og konsulterede skemaet undervejs og spurgte ind til borgeren på baggrund heraf, mens skemaet i andre situationer ingen direkte rolle spillede. Der har ikke været anledning til at undersøge besøgsskemaets rolle og betydning under opfølgende hjemmebesøg.

hjemmet. Mange oplever, at samtaler med lægen i klinikken er under tidspres, og derfor bliver samtaler i lægeklinikken ikke så dybdegående: *"jeg tror nok, det er ligeså meget tiden...ja, fordi vi har kun 10 minutter og der skal du have det hele, huske det hele"*, fortæller en borger. Et andet ægtepar oplever også, at der i dag er meget kort tid til en konsultation, og at de har vænnet sig til ikke at spørge yderligere ind til det, lægen siger:

"De har ikke tid til at bruge ret meget tid på patienterne...de der dybdegående spørgsmål, det er der slet ikke tid til, det er der ikke".

Ved opfølgende hjemmebesøg i hjemmet er oplevelsen, at lægen har bedre tid, så man bedre når omkring de forskellige emner. En borger forklarer:

"Jo, men det er nok sådan noget, at når de kommer her, så er det for at finde ud af hvad, der er godt for os. Og det synes jeg nok, at man har mere fornemmelse af, når det er her i stedet for på klinikken. Så vil der være så mange ting, som en læge og en sygeplejerske opdager måske...jeg synes ikke, det virkede til at de havde travlt eller så'n".

Et andet par oplever, at lægen på sygehuset ikke har tid til at tale med pårørende: *"jeg prøvede at være med på stuegang, men det er ikke nemt at få snakket med lægen som i gamle dage. De kan ikke afsætte tid, til at pårørende kan snakke med lægen"*, fortæller pårørende. Opfølgende hjemmebesøg kan således afhjælpe oplevelsen af udskrivning uden tilstrækkelig forklaring, fordi der er tid til det.

En pårørende nævner, at det er bedre hjemme, fordi man i klinikken måske ikke får det hele sagt. Flere nævner endvidere, at samtalen bliver mere fortrolig i hjemmet, hvorimod man i klinikken *"vælger det mest almindelige"*. Samme borger fortæller, at man ikke diskuterer de tungere emner i klinikken. Karakteren af den samtale, der foregår under opfølgende hjemmebesøg, adskiller sig altså fra den type samtaler, som borgere og pårørende oplever, foregår i klinikken.

Hjemmet er i antropologisk litteratur beskrevet og forstået som meget mere end menneskets fysiske opholdssted: *"i virkeligheden er huset og hjemmet ankerpunkt og omdrejningspunkt for en lang række sociale processer"* (Høier og Vacher 2009:4). Hjem kan forstås som en forlængelse af borgerens identitet, som en del af den eller de, der lever der, ligesom det er en ramme for det levede liv, og dermed et udtryk for og indbegrebet af det liv, der leves i hjemmet. *"Hjem er det sted, hvor man „er sig selv" eller „finder sig selv"* (Ibid.: 6)

Disse definitioner af hjemmet bidrager til en forståelse for, hvorfor det er givtigt, at lægen og sygeplejersken møder borgeren i hjemmet, for i hjemmet kan borgeren i højere grad "være sig selv" og lade de sundhedsfaglige se ind i ens nærmeste omgivelser, og derved få et dybere indblik i det hele mennesket. En borger oplever, at sygehuset kigger på sygdommen og kroppen, mens lægen og sygeplejersken ser på "det hele menneske".

I et studie af den "afvikling af hjem", der sker, når ældre mennesker gradvist må afvikle deres hjem i takt med at hjælpemidler og plejepersonale indtræder i hverdagen og dermed ændrer på det liv, der kan leves i hjemmet, beskriver antropologen, Jens Kofod, hvordan man med en fænomenologisk tilgang kan betragte et hus:

"Som nærmest smeltet sammen med dets beboere. Huset kan ses som ejerens ansigt, døre og vinduer som henholdsvis personens mund og øjne, og personen kan ånde via skorstenen og ventilationssystemet" (Kofod, 2009 170).

På samme vis bekræfter en deltager i undersøgelsen af opfølgende hjemmebesøg, hvordan hjemmet og konen er en form for image for ham, og fordi det image, altså hjemmet og det liv, der leves i hjemmet, er i orden, så kan han godt vise det frem til lægen. Borgerens hjemlige rammer er altså identitetsskabende for ham, hvilket har betydning for det billede af sig selv, som han gerne vil vedstå sig over for lægen og sygeplejersken. Hjemmet forbindes desuden med følelser af kontrol og tryghed:

"...det at have et hjem forbindes med privathed og kontrol. Meget af det sociale liv i de nordiske lande leves i hjemmet og ikke på caféer og barer. Hjemmet forbindes med det trygge og hyggelige, mens det uden for hjemmet opfattes som uforudsigeligt og potentielt farligt" (Gullestad citeret i Kofod 2009: 170-71).

Hjemmet er altså, i modsætning til "ude", et sted, der er forbundet med følelsen af kontrol, dvs. kontrol med hvem, man lukker ind og kontrol med de dagsordener, der er relevante i hjemmet. Disse følelser, knyttet til hjemmet, kan forklare, hvorfor borgere og pårørende oplever, at opfølgende hjemmebesøg er hyggeligere, at samtalen bliver mere fortrolig og dyb, i forhold til en klassisk konsultation i lægeklinikken. En borger forklarer, hvorfor det er rart, at samtalen foregår hjemme:

"vi er jo vant til omgivelserne og så'n...det at komme et sted hen, vi ikke kender, det er jo også så'n lidt, det bliver...jeg synes, det er fint, at de kommer...det betyder nok, vi er mere åbne, vil jeg tro".

En borger, der havde bedt en veninde deltage i besøget, er i tvivl om, hvorvidt hun ville bede sin veninde om at tage med til samtalen, hvis den skulle foregå i lægeklinikken, hvilket muligvis hænger sammen med, at når det foregår i hjemmet, er borgeren værten og kan bestemme, hvem man inviterer inden for, mens lægeklinikken vil være en udebane, hvor man måske ikke inviterer andre med inden for.

Desuden peger observationsstudierne i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg på, at hjemmet "hjælper" borgeren med at huske og at få bragt ting på banen. Når samtalen foregår i hjemmet, ved det bord, hvor borgeren plejer at indtage sin medicin eller i den stue, hvor iltapparatet står, så kommer borgeren nemmere i tanke om de ting, der fylder til daglig. Man kan sige, at hjemmet på den måde fungerer som en forlængelse af borgeren. Ligeledes betyder opfølgende hjemmebesøg, at borgeren har sine ting hos sig – eksempelvis indkaldelsesbreve, medicinæsker, foldere, apparatur og andre ting, der hjælper borgeren med at huske detaljer, tidspunkter osv., hvilket også i flere tilfælde har virket afklarende for lægen og sygeplejersken.

Hjemmet, som ramme for opfølgende hjemmebesøg, understøtter altså en mere dybdegående og holistisk orienteret samtale, der opleves positivt hos de deltagende borgere og deres pårørende. I det følgende afsnit vil det blive belyst, at til trods for at samtalen foregår på borgerens hjemmebane, hvor borgeren ofte vil føle sig tryk og samtalen være tættere på det levede liv, så viser det sig, at der er kulturelt betingede barrierer, der alligevel kan spænde ben for det oplevede udbytte af samtalen under opfølgende hjemmebesøg.

Den autoritetstro generation

Patientologi betyder læren om at være patient, og i artiklen *Patientkultur i historisk perspektiv*, beskriver Trine Lassen udviklingen i patientroller og -kultur i et historisk perspektiv (2010). Med blandt andet store medicinske og kirurgiske fremskridt omkring 1950'erne voksede forventningerne til fremtidens muligheder for behandling. Der var således en voksende taknemmelighed rettet mod lægerne, og med lægernes succes blev de tildelt "*uindskrænket magt*" på sygehusene (Lassen 2010:219). Patienterne blev autoritetstro over for lægestanden, og der gives i Lassens artikel eksempler på, at patienter pga. denne autoritetstro tilgang til lægerne affandt sig med både smerter, dårlig behandling og manglende information om egne sygdoms- og behandlingsforløb (Ibid:219-220). Der opstod altså en samfundsmæssig diskurs omkring det at være patient, der prægede den måde, man var i stand til at tænke og tale om patientroller og lægestanden på. Deltagerne i undersøgelsen af opfølgende hjemmebesøg er netop del af den generation, der voksede op med en opfattelse af lægefaget, der indebærer en udpræget autoritetstro

og taknemmelighed over for lægestanden, og det er også kommet til udtryk i denne undersøgelse. For det første omtales lægen ofte ved efternavn, mens sygeplejersken kaldes ved fornavn, hvilket indikerer en højere social positionering af lægen. For det andet har der været en udelt taknemmelighed for, at særligt lægen vil komme på hjemmebesøg. Flere udtrykker det som "flot" og nogle virker benovede over, at lægen vil komme hjem til dem. Derudover er der stor respekt for og tiltro til lægen, der blandt andet kommer til udtryk ved, at borgerne ikke stiller kritiske spørgsmål til det, lægen siger. En borger fortæller, at det, lægen siger, det må man stole på, "*man kan jo ikke andet*". I samme tråd fortæller en anden borger, at vedkommende var overrasket over at blive indlagt, men "*når lægen sagde det, så var det rigtigt*". Tendensen er altså, at hvis lægen har sagt noget, så må det være gyldigt og ikke give anledning til flere spørgsmål, hvilket angiveligt hænger sammen med den kulturelt og historisk betingede patientrolle, som deltagerne er skolet ind i.

Deltagerne har alle stor forståelse for, at der er travlt i sundhedsvæsenet, og flere ønsker ikke at være til besvær. Det er ikke en dyd at være krævende for denne generation. I det følgende drøfter en borger og pårørende, hvordan opfølgende hjemmebesøg letter en ellers tilstedeværende følelse af at være en byrde for lægen.

Pårørende: "jeg tror også, at man har det så'n, at man vil ikke ulejlige for meget, man henvender sig måske ikke så meget fordi..."

Borger: "det er fordi, man synes, man er så tit til læge, at det kan være han tror, man er hypokonder eller en eller anden ting, så derfor er det rart, at det er fra den modsatte side, at de kommer og viser, at de tror på det, man siger...det er sådan noget med at hypokondere er sådan lidt mistroet"

Pårørende: "nogen gange prøver man måske også at løse problemerne selv, før man tager henvendelse og det behøver man så ikke i den her sammenhæng, der kan man nemlig sige, hvordan man synes det er, uden at..."

Uddraget viser, hvordan nogle har oplevelsen af at være til besvær med deres store behov for sundhedsfaglig hjælp, hvorimod opfølgende hjemmebesøg opleves som en legitimering af ens behov for hjælp.

Desuden er der til patientrollen knyttet en tendens til, at mennesker overlader ansvaret for deres liv og helbred til de sundhedsfaglige. I patientrollen er man mere passiv og afventende, og det er lægen, der sætter dagsorden for behandlingen. I hjemmet, hvor det primært er hjemmeplejen, der interagerer med

borgeren, er det anderledes. Her er man ikke patient, men borger. Rollen som borger adskiller sig fra patientrollen, da en borger forventes at tage aktivt ansvar for og stilling til eget liv, og her har det offentlige ingen myndighed til at sætte dagsordenen for borgeren. Ved opfølgende hjemmebesøg i borgerens eget hjem er borgeren både borger og patient i mødet med hhv. sygeplejerske og læge. Det betyder, at det kan være svært at navigere. Det vil sige, at fordi borgeren er skolet i at lytte og efterkomme lægens anvisninger har borgeren måske svært ved aktivt og selvstændigt at byde ind med egne dagsordener, som borgeren måske ville have gjort i andre sociale kontekster.

Flere dagsordener i spil

Der er mange dagsordener i spil ved et opfølgende hjemmebesøg. Lægen og sygeplejersken har deres lægefaglige og sygeplejefaglige perspektiver, mens borgeren og eventuelle pårørende også har deres. Udfordringen ligger i, at der er en tendens til, at det er lægens og i nogen grad sygeplejerskens dagsordener, der er i centrum, og i mindre grad borgerens dagsorden. Undersøgelsen peger på, at når samtalen tager udgangspunkt i borgerens trivsel, altså hvor borgeren får lov at definere, hvad der fylder i vedkommendes hverdag, opnår borgeren større afklaring omkring sin situation. Omvendt, hvis fokus primært lægges på sygdomsepisoder og epikrise-gennemgang, så er der en tendens til, at fokus på borgerens eventuelle bekymringer glider mere i baggrunden. Epikrise-gennemgang kan virke irrelevant for en borger, hvis det, der fylder allermost i hverdagen, er en træg mave eller problemer med at sove. Det er blandt andet kommet til udtryk under observationer, hvor borgere, midt i lægens redegørelse af en diagnose pludselig har bragt en bekymring eller en undren på banen, der ikke har haft nogen umiddelbar sammenhæng med det, lægen var ved at gennemgå. Lægen og sygeplejersken har i flere tilfælde stoppet op og har forholdt sig kortvarigt til borgerens spørgsmål, hvorefter epikrise-gennemgangen fortsættes. Observationerne og de efterfølgende interviews viser, at selvom borgerne ikke får fuld afklaring på deres spørgsmål, så er der en tendens til, at borgerne accepterer det og opgiver deres projekt, hvilket antageligt hænger sammen med ovennævnte autoritetstro over for særligt lægen. Denne tendens er en klar udfordring, for i de tilfælde, hvor borgerne ikke tør insistere på, at her er noget, der er vigtigt, så glider det måske af bordet, og borgerne sidder efter besøget tilbage med vished og eventuel utryghed. Følgende uddrag af feltnoter belyser udfordringer forbundet med, at borgerne undlader at fastholde deres behov for svar på deres helbredsmæssige bekymringer.

Evald bor alene og har ingen pårørende med til samtalen. Under det opfølgende hjemmebesøg sad Evald passivt, og kiggede mest ned i bordet og virkede ikke som om, han fulgte med i, hvad

lægen og sygeplejersken talte om. Pludselig ud af det blå spørger Evald til noget blod i næsen i forbindelse med, at han pudser næse. Hans spørgsmål bliver forklaret med iltens tørhed og emnet afvikles af en kort faglig drøftelse mellem læge og sygeplejerske, som Evald tydeligvis blev koblet af. Under det efterfølgende interview spørger Evald mig, hvad jeg tænker om det blod, der kommer fra næsen, når han pudser næse. Han spørger mig, om det kan være kræft i hovedet. Og så får han tårer i øjnene. Jeg svarer, at jeg jo ikke er læge, så det kan jeg jo ikke svare på, men jeg siger, at jeg jo hørte sygeplejersken og lægen sige, at det nok var pga. den tørre ilt. Jeg opfordrer Evald til at dele sin bekymring med lægen eller sygeplejersken (uddrag af feltnote).

Evald havde ikke fået tilstrækkeligt svar eller ikke forstået det svar, han fik, og han var derfor fortsat bekymret. Eksemplet skal illustrere, hvor svært det kan være for borgeren – ikke blot at få bragt sine egne dagsordener og bekymringer på banen, men at holde fast i dem, indtil man oplever at have fået tilstrækkelige svar. Det er derfor essentielt, at lægen og sygeplejersken forholder sig aktivt lyttende og spørgende i forhold til borgerens bekymringer og dagsorden, da borgerne hurtigt resignerer og lader deres dagsordener ryge af bordet. Konsekvensen kan være en følelse hos borgere og pårørende af utryghed omkring eget helbred. Omvendt, hvis en borgers bekymring viser sig at bunde i faktiske helbredsmæssige problemer, kan inddragelse af borgerens bekymringer vise sig frugtbare i forhold til tidlige indsatser.

Kapitel 4: Anbefalinger

Opfølgende hjemmebesøg opleves generelt meget positivt hos deltagerne, der er taknemmelige over besøget i hjemmet og særligt den tid til samtale og fortrolighed, det giver anledning til. Som det er beskrevet i foregående kapitel, så viser undersøgelsen - kombinationen af observationer og interviews - at de subjektive udbytter af opfølgende hjemmebesøg varierer. Der er en række faktorer, der kan spille ind på udbyttet – herunder lægens og sygeplejerskens indbydes interaktion, borgerens relation til læge og sygeplejerske og omvendt, deltagelse af pårørende, den autoritetstro patientrolle, håndteringen af de forskellige dagsordener osv. De observerede opfølgende hjemmebesøg var, forventeligt nok, forskellige i struktur og indhold, eftersom de er udført af forskellige aktører hos forskellige borgere med vidt forskellige behov. Til trods for variationen peger undersøgelsen på nogle generelle oplevelser, der giver anledning til nedenstående anbefalinger i forbindelse med den videre evaluering og udvikling af opfølgende hjemmebesøg.

Orientering forud for og i forløbet – en folder

Hos de fleste deltagere i undersøgelsen var der nogen usikkerhed om, hvad formålet med opfølgende hjemmebesøg er. Én opfattede det som en evaluering af "opholdet på sygehuset", og andre havde slet ikke gjort sig tanker om det. Desuden viste det sig, at flere havde svært ved at huske og forklare, med hvem og hvornår der var blevet lavet aftale omkring opfølgende hjemmebesøg. Et par af deltagerne refererede til en folder (se evt. bilag D og E), de havde modtaget i den udskrivende afdeling, og den havde de læst i forud for besøget. Folderen virker nyttig, da den kan findes frem løbende – både forud for første besøg og mellem eventuelle flere besøg, og det anbefales derfor, at der uddeles en folder forud for opfølgende hjemmebesøg. I nedenstående er en række anbefalinger til indhold i folderen, og til designet af opfølgende hjemmebesøg generelt.

Inddragelse, forberedelse og forventning

Undersøgelsen viser, at mange borgere dels glemmer deres spørgsmål og først kommer i tanke om dem, når lægen og sygeplejersken er gået, dels får flere borgere enten ikke bragt deres egne dagsordener på banen eller ikke fastholdt dem i en grad, så de opnår svar og udredning herpå under opfølgende hjemmebesøg. Det anbefales derfor, at der i designet af opfølgende hjemmebesøg tages højde for denne tendens til, at borgerne forholder sig passivt og accepterende, og at man derfor ved hjælp af spørgeteknikker sikrer, at borgeren inddrages i tilstrækkelig grad, så de derved ikke bare får de svar, der er behov for, men at de også oplever, at deres dagsordener har betydning. Det anbefales desuden, at man i informationsmaterialet, folderen, og gennem samtaler med borgere omkring afholdelse af opfølgende hjemmebesøg, informerer borgeren om vigtigheden af at forberede sig forud for samtalen ved at opfordre borgeren til at forberede spørgsmål og bekymringer, der så lettere kan bringes i spil under samtalen. På denne måde legitimeres borgerens dagsorden som et vigtigt bidrag til samtalen.

Opfordring til deltagelse af pårørende

De pårørende, der har deltaget i undersøgelsen, har fremstået som støttende for borgeren, og har kunnet bidrage med en ofte stærkere hukommelse end borgeren selv under opfølgende hjemmebesøg. Den svækkede borger opfanger ikke alle nuancer og budskaber leveret af sundhedsprofessionelle, og derfor er pårørende det "ekstra sæt ører", der kan være med til at sikre, at flere budskaber høres og forstås. Udfordringen ligger hos de ældre, der ikke har en samboende pårørende, der naturligt deltager. Der kan være en tendens til, at den enlige borger ikke beder en pårørende om at deltage, da borgeren antager, at familien har for travlt til at deltage, og derfor spørger de slet ikke. Derudover kan der være borgere, der,

måske fejlagtigt, oplever, at det ikke er nødvendigt med en pårørendes deltagelse. Det anbefales derfor, at borgeren, i informationsmaterialet omkring opfølgende hjemmebesøg, opfordres til at have en pårørende med ved samtalen, så det signaleres, at det er en god idé, og at borgeren kan referere til denne opfordring i informationsmaterialet, når pårørende inviteres med.

Klare aftaler og budskaber – en opgave

Opfølgende hjemmebesøg kan rumme en lang række informationer og forklaringer på sygdomsforløb og undersøgelser, latinske betegnelser, medicinændringer og kommende aftaler, som borgeren i større eller mindre grad formår at overskue. I flere tilfælde har sygeplejersken ageret som "oversætter" for borgeren, og har forsøgt at samle trådene. En sådan opsummering af drøftelserne og de vigtigste konklusioner kan umiddelbart reducere bekymringer hos borgere og pårørende. Det anbefales derfor, at det i designet af opfølgende hjemmebesøg aftales og beskrives, hvordan og af hvem det sikres, at indholdet af samtalen ved det opfølgende hjemmebesøg og evt. fremtidige aftaler er forstået af borgeren, så det bliver et konsekvent fokuspunkt.

En tværfaglige indsats omkring det hele menneske

Afslutningsvis kan det ud fra undersøgelsen konkluderes, at styrken i opfølgende hjemmebesøg, dels ligger i, at samtalen foregår i hjemmet, hvilket indbyder til mere dybdegående og fortrolige samtaleemner, der ligger rundt om og i forlængelse af borgerens sygdomsforløb, dels ligger styrken i det tværfaglige samarbejde mellem praktiserende læge og sygeplejerske, der potentielt kan favne det hele menneske og sikre, at borgerens og eventuelle pårørendes egne oplevelser af sygdom, sundhed og den generelle trivsel inddrages, og dermed skaber tryghed for borgeren, og bidrager til tidlig opsporing og indsats over for eventuel sygdom.

Litteratur

Honoré, Kirsten. 2010. At være pårørende. I Anne-Mette Graubæk (Red). *Patientologi. At være patient.* Gads Forlag. Side 167-189

Johannesen, K V. 2010. *Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen.*

Johansen, Gitte. 2011. Da Egon fik besøg. I *Danske Kommuner.* No. 21.

KL. 2011. *Opfølgende hjemmebesøg hos ældre betaler sig.* <http://www.kl.dk/Social-service/Opfolgende-hjemmebesog-hos-aldre-betaler-sig-id85551/>

Kofod, Jens. 2009. Afvikling af hjem. Ældre danskeres flytning fra eget hjem til plejehjem. I *Tidsskriftet Antropologi.* 59/60 Hus og hjem.

Lassen, Trine. 2010. Patientkultur i historisk perspektiv. I Anne-Mette Graubæk (Red). *Patientologi. At være patient.* Gads Forlag, s. 213-227

Lund, Claus, 2011. **Opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen.** *En kvalitativ undersøgelse af organisationen, aktører, udfordringer og barrierer.* Virksomhedsprojekt i faget Humanistisk Organisationsudvikling, Institut for Filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet

Lotte Mejnertz. 2012. *En karusseltur rundt om patienten – Tværsektoriel Kommunikation.* Caretech Innovation, Region Midtjylland, http://www.caretechinnovation.dk/projekter/tk/Tvaersektoriel_Kommunikation_etnografisk_undersoegelse.pdf

Oxholm, A S & Jakob Kjellberg for DSI (Dansk Sundhedsinstitut). 2012. *Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalyse med særligt fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger.* 2. Udgave.

Oxholm, A S & Jakob Kjellberg for DSI. 2012. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Baseret på fem omkostningsanalyser med særligt fokus på de kommunaløkonomiske konsekvenser. Dansk Sundhedsinstitut. København Ø. <http://www.kora.dk/media/1032538/sammenfatning-af-erfaringerne-med-opfoelgende-hjemmebesoeg-i-ti-kommuner.pdf>

Sundhedsstyrelsen (SST). 2007. *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering.* Medicinske teknologivurdering – puljeprojekter 2007;7 (4). Enhed for medicinsk teknologivurdering.

Sørensen, Jette. 2010. Succes med hjemmebesøg. I *Nyt (Ældresagen),* s. 10

Bilag A: Screeningskema

Opfølgende hjemmebesøg. Screeningskema til identifikation af patienter

Inklusionskriterier:

- Patienter der overflyttes til anden afdeling/hospital er ikke omfattet af tilbuddet.
- Patienter med adresse i Region Midtjylland

Nuværende indlæggelser	1	2	3	Score
Patienten er indlagt og udskrives efter:	2-5 døgn indlæggelse	Mere end 5 døgn indlæggelse	Udskrives inden for 48 timer efter indlæggelse	
Tidligere indlæggelse	0	4	8	Score
Hvor mange gange har patienten været indlagt det seneste år?	0-1 gange	2-4 gange	Mere end 4 gange	
Helbred og funktionstab	0	4	8	Score
Har patienten haft et funktionstab i forhold til før indlæggelsen/kronisk nedsat funktionsniveau	Nej	Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau	Væsentligt funktionstab og/eller kronisk nedsat funktionsniveau	
Ernæring	0	4	8	Score
Ernæringens betydning for patientens helbred.	Ingen eller ringe betydning (fx BMI over 24)	Moderat (fx BMI 20,5 – 24)	Væsentlig (fx BMI < 20.5 eller et utilsigtet vægttab på over 2 kg over de sidste 3 måneder)	
Sygdom	0	4	8	Score
Indlæggelses årsag/diagnoser	Patienten har ikke andre diagnoser end indlæggelsesdiagnosen	Patienten har flere diagnoser, men ingen af følgende: KOL m. opblussen, hjertesvigt, blærebetændelse, lungebetændelse, faldtendens	Pt. har mindst en af fig.: KOL m. opblussen, hjertesvigt, blærebetændelse, lungebetændelse, faldtendens	
Medicinering	0	4	8	Score
Antal medicinske præparater/medicinændring uanset antal og art	7 eller færre uden medicinændring	8 eller flere uden medicinændring	Medicinændring uanset antal og art	
Kognition	0	4	8	Score
Har patienten kognitive forstyrrelser/problemer?	Nej	Moderat (f.eks. konfus, hukommelsessvigt, manglende sygdomserkendelse)	Væsentlig (f.eks. konfus, hukommelsessvigt, manglende sygdomserkendelse)	
Misbrug	0	4	8	Score
Har patienten et misbrug?	Nej	Moderat	Væsentlig	
Psykiatri	0	4	8	Score
Har patienten en psykiatrisk lidelse og har det betydning for patientens situation?	Ingen psykiatrisk lidelse eller uden betydning	Moderat	Væsentlig	
Mestring af tilværelse	0	4	8	Score
Mestrer patienten sin tilværelse?	Patienten kan overskue og koordinere sin tilværelse?	Patienten har moderate problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse	Patienten har væsentlige problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse eller er nyligt blevet alene	

Score mindre end eller lig med 22	Score større end eller lig med 23	SAMLET SCORE
Der <u>SKAL IKKE</u> tilbydes opfølgende hjemmebesøg <input type="checkbox"/>	Der <u>SKAL</u> tilbydes opfølgende hjemmebesøg <input type="checkbox"/>	
Patienten opfylder kriterierne, men ønsker ikke at tage imod tilbuddet <input type="checkbox"/>	Patienten opfylder kriterierne og ønsker at tage imod tilbuddet <input type="checkbox"/>	

Bilag B: Spørgeguide til semistrukturerede interviews, borger og pårørende

Personlige forhold:

- Om personlige forhold og baggrund + Pårørende?
- Hjælp i det daglige?
- Hvor tit er du ved egen læge?
- Vil du fortælle mig lidt om, hvorfor du var indlagt? Hvor længe? Er det første gang?

Tilbuddet

- Hvem fortalte dig om at du kunne få et opfølgende hjemmebesøg?
- Hvordan foregik det?
- Hvordan synes du, det var at få tilbudt besøget? Hvorfor?

Planlægning af besøget

- Hvor lang tid gik der, fra du blev udskrevet, til du fik dit opfølgende besøg?
- Hvordan passede det dig? For tidligt/for sent efter udskrivning?
- Havde du været ved lægen efter indlæggelse, inden du fik besøget? Årsag?
- Synes du, det er vigtigt at få sådan et besøg?
- Hvad var dine forventninger til besøget?

Deltagelse

- Hvem deltog i det opfølgende hjemmebesøg?
- Deltog dine pårørende? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvad betyder det for dig, at du har en pårørende med?
- Har du spurgt dem, om de ville deltage? Hvorfor/hvorfor ikke?

Besøget/indhold

- Hvordan foregik det?
- Hvad talte I om?
- Hvem bestemte, hvad der skulle tales om?
- Hvad synes du, at du fik ud af besøget?

- Fik du svar på de spørgsmål, du havde – om indlæggelse, undersøgelser, hvad der nu skal ske osv.?
- Er der noget, du gerne ville have spurgt om eller talt om? Noget, der manglede?
- Blev der lavet nogle aftaler? Noget, der skulle ske mellem besøgene?
- Er du afklaret med hvilke aftaler, der er blevet lavet? Er det klart for dig, hvad der skal ske herfra?

Lægen & sygeplejerske

- Hvad synes du, at du fik ud af, at det både var lægen og sygeplejersken, der kom ud til dig?
- Hvad betyder det for dig, at det BÅDE var sygeplejersken og lægen, der kom? Hvorfor?
- Hvad tænker du om det, hvis det kun var sygeplejersken, der kom? Hvorfor?

Samtalen i hjemmet

- Betyder det noget for dig, at det foregik hjemme hos dig selv? Hvorfor?
- Er der forskel på den samtale man har hjemme sammenlignet med en konsultation hos lægen?

Tilfredshed

- Hvad betød det for dig at vide, at lægen og sygeplejersken ville komme hjem til dig?
- Hvad har det betydet for dit helbred, din tryghed?
- Hvis du kunne bestemme, er der så noget, du gerne ville have anderledes omkring de opfølgende hjemmebesøg?

Pårørende

- Hvad betyder det for dig, som pårørende, at din mand/kone fik tilbudt at få besøg efter indlæggelsen? Forklar? Hvad betyder det for dig, at det både var lægen og sygeplejersken, der kom?

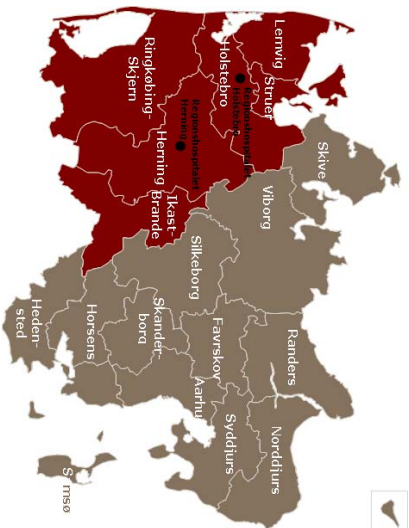
Bilag C: Besøgsskema (Vestklyngen)

Besøgsskema for opfølgende hjemmebesøg (+ 65-årige medicinske patienter)

Stamdata: HUSK AT UDFYLD CPR: _____ Navn: _____	
Gruppeudvælgelse <input type="checkbox"/> Interventionsgruppe <input type="checkbox"/> Kontrolgruppe i minimum 26 uger med slutdato: _____ <input type="checkbox"/> Ikke med i omkostningsanalyse Årsag: <input type="checkbox"/> Udgår, fordi lægen ikke bor i Vestklyngen <input type="checkbox"/> Udgår, fordi patienten tidligere har været udtrykket til kontrol eller intervention <input type="checkbox"/> Udgår af lokale årsager (jvf lokal vejledning) <i>Afsendes helst senest 8 arbejdstimer efter modtagelsen af faxen.</i>	Udfyldes af visitationen
Planlægning af 1. hjemmebesøg, som helst sker inden for 6-8 dage. Hvis 1. hjemmebesøg ikke kan aftales, udfyld årsag: <input type="checkbox"/> Lægen giver generel årsag til manglende deltagelse (fx travlhed) <input type="checkbox"/> Lægen angiver specifik årsag (fx lav nytteværdi for denne patient) <input type="checkbox"/> Hjemmesygeplejersken angiver årsag Årsag: _____ <input type="checkbox"/> Borgeren ønsker ikke at deltage Hvis 1. hjemmebesøg udskydes/aflyses, udfyld årsag: <input type="checkbox"/> Besøg udskudt. Årsag: _____ <input type="checkbox"/> Besøg aflyst. Årsag: _____ Dato og klokkeslæt for 1. besøg den: _____ 2012 Kl. _____.____	Udfyldes af hjemmesygeplejen
1. opfølgende hjemmebesøg m. checkliste: Epikrise (inkl. medicinliste): <input type="checkbox"/> Er med <input type="checkbox"/> Ikke fået <input type="checkbox"/> Fået, ikke med Huskeliste: <ul style="list-style-type: none"> • Fulgt op på indlæggelse iht. plan i epikrise • Medicingennemgang (bl.a. se medicinskab) • Drøftet borgerens oplevelse af sin situation ift. ressourcer og begrænsninger • Undersøgt borgerens hverdag ift. følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Behov for hjælpemidler • Behov for opfølgning på genoptræning • Behov for opfølgning på hjemmehjælp • Behov for opfølgning på hjemmesygepleje • Behov for opfølgning på kost <div style="text-align: right;">Initialer <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></div> <input type="checkbox"/> Aftalt 2. og 3. besøg. Datoer indføres nedenfor. Hjemmesygeplejerskens tidsforbrug til: Planlægning/forberedelse/besøg/administrativ opfølgning af 1. besøg: _____ min. Besøgets relevans <input type="checkbox"/> Relevant. Årsag: _____ <input type="checkbox"/> Hverken/eller. Årsag: _____ <input type="checkbox"/> Slet ikke relevant. Årsag: _____	Udfyldes af hjemmesygeplejen
2. opfølgende hjemmebesøg: (Ca. 3 uger efter udskrivelsen) Dato og klokkeslæt for 2. besøg: den _____ Kl. _____ i: <input type="checkbox"/> Borgerens hjem <input type="checkbox"/> Lægekonsultationen <input type="checkbox"/> Lægen deltager <input type="checkbox"/> hjemmesygeplejersken deltager <input type="checkbox"/> Besøg aflyst: Årsag: _____ Modtaget besøgsnotat fra 1. hjemmebesøg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hjemmesygeplejerskens tidsforbrug til: Forberedelse/besøg/administrativ opfølgning af 2. besøg: _____ min.	Udfyldes af hjemmesygeplejen
3. opfølgende hjemmebesøg: (Ca. 8 uger efter udskrivelsen) Dato og klokkeslæt for 3. besøg: d. _____ Kl. _____ i: <input type="checkbox"/> Borgerens hjem <input type="checkbox"/> Lægekonsultationen <input type="checkbox"/> Lægen deltager <input type="checkbox"/> hjemmesygeplejersken deltager <input type="checkbox"/> Besøg aflyst: Årsag: _____ Modtaget besøgsnotat fra 2. hjemmebesøg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hjemmesygeplejerskens tidsforbrug til: Forberedelse/besøg/administrativ opfølgning af 3. besøg: _____ min.	Udfyldes af hjemmesygeplejen

Bilag D: Patientfolder 1

Kort over Vestklyngen



Dette tilbud varetages af:

Hospitalsenheden Vest (Regionshospitalet Herring, Holstebro) og kommunerne Herring, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Struer og Ringkøbing-Skjern samt praktiserende læger med praksis i din kommune.

HEV Fælles 4.2.17.3 Opfølgende hjemmebesøg - Information til borgeren, Vestklyngen, HEV, version 2

Hospitalsenheden Vest
Kvalitet og Udvikling

midt
regionmidtjylland

Information til borgerne

Opfølgende hjemmebesøg

Et tilbud til udvalgte borgere over 65 år, som udskrives fra medicinsk afdeling og har behov for opfølgning efter indlæggelsen.



Hospitalsenheden Vest
regionmidtjylland **midt**

Hospitalsenheden Vest
Kvalitet og Udvikling

Bilag D: Patientfolder 1 (fortsat)

Opfølgende hjemmebesøg omfatter:

- Ca. 1 uge efter udskrivelsen får du besøg i dit hjem af din egen læge og en hjemmesygeplejerske.
- Ca. 3 uger efter udskrivelsen er der opfølgning på første besøg, enten af din egen læge eller hjemmesygeplejerske.
- Ca. 8 uger efter udskrivelsen sker der yderligere opfølgning, enten af din egen læge eller hjemmesygeplejerske.

Formålet med besøgene ...

Formålet med besøgene er at høre, hvordan det går efter udskrivelsen fra hospitalet. Der bliver fulgt op på medicinændringer og anbefalingerne fra hospitalet og sammen med dig, vurderes det, om hverdagen fungerer. Påtørende er velkomne til at deltage.

- Du bliver kontaktet af hjemmesygeplejersken efter udskrivelsen.

Baggrunden

Baggrunden for at lave opfølgende hjemmebesøg er sundhedsvæsenets ønske om at styrke sammenhængen mellem hospital, kommune og praktiserende læger ved udskrivelse af borgere fra hospital.

Erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg viser blandt andet stor tilfredshed hos patienter, og at en del genindlæggelser kan undgås.

Telefonnumre til visitationen i kommunerne

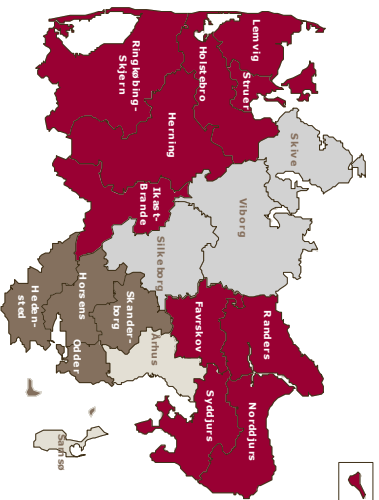
Herring	9628 4460
Holstebro	9611 4130
Ikast-Brande	9660 3140
Lemvig	9663 1164
Ringkøbing-Skiern	9974 2424
Struer	9684 8318

Bilag E: Patientfolder 2

Information til borgerne

Opfølgende hjemmebesøg

Et tilbud til udvalgte borgere over 78 år, som har behov for opfølgning efter indlæggelsen.



Hospitalets personale har vurderet, at du kan have gavn af et eller flere opfølgende hjemmebesøg. Hvis du er interesseret, vil vi kontakte hjemmesygeplejen i din bopælskommune.

Din praktiserende læge og din hjemmesygeplejerske beslutter herefter i fællesskab, om du får tilbudt opfølgende hjemmebesøg.

Opfølgende hjemmebesøg

Hvis du får tilbudt opfølgende hjemmebesøg, betyder det, at du bliver kontakttet af en hjemmesygeplejerske, og at du ca. 1 uge efter udskrivelsen får besøg i dit hjem af din egen læge og en hjemmesygeplejerske.

Herefter vil din egen læge og hjemmesygeplejersken vurdere, om der er behov for yderligere besøg eller anden opfølgning.

Formålet med besøgene

Formålet med besøgene er at høre, hvordan det går med dig efter, at du er blevet udskrevet fra hospitalet.

Din læge og hjemmesygeplejerske følger op på medicinændringer og anbefalingerne fra hospitalet, og vurderer sammen med dig, hvordan hverdagen fungerer.

Ønsker du, at dine pårørende skal deltage, er de velkomne.

Sammenhæng

Baggrunden for besøget er ønsket om at forebygge genindlæggelser for ældre sårbare patienter. Erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg viser, at det skaber en bedre sammenhæng mellem hospital, kommune og praktiserende læge, og en større tilfredshed blandt patienterne.