# 

# Forord

Specialet er udarbejdet 1. februar til d. 7. juni 2018 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab under School of Medicine and Health, Aalborg Universitet. Hovedsigtet med specialet er identifikation og dokumentation af et folkesundhedsvidenskabeligt problemfelt med behov for forandring.

Formålet med Specialet er at lave anbefalinger til hvordan sygeplejerskerne i det kommunale akutteam i et tværsektorielt felt kan udvikle deres kompetencer. Dette gøres med afsæt i et casestudie og litteraturstudie. Der er gennemført en evaluering af hvordan patienterne oplever at blive involverede i behandling og monitorering af egen sygdom Herefter er der udarbejdet et udviklingsforslag, hvilket er anbefalinger til hvordan de sundhedsprofessionelle kan øge patientinvolveringen i praksis.

Tak til for godt samarbejde til det kommunale akutteam, for at være imødekommende over for undersøgelsen. Også tak til akutsygeplejerskerne for at være behjælpelige med at finde informanter til interviews. En stor tak til informantrene der åbensindet har fortalt om deres oplevelser og erfaringer. Tak til min tålmodige familie og mand for at have holdt ud i specialeperioden. Tak til Helle Haslund-Thomsen for konstruktiv, kompetent og anvendelig vejledning i forbindelse med udarbejdelsen af specialet, samt det engagement og omsorg du har udvist. Det har om noget været en lang og sej kamp for at nå hertil.

# Resumé

**Tilel:** patient perspektivet i det kommunale akutteam.

**Baggrund:** Patientinvolvering i Patienterne opnår bedre kvalitet i behandlingen, øget complience, øget livskvalitet, patientsikkerhed samt bedre udnyttelse af ressourcer. Samt at de sundhedsprofessionelle anlægger et helhedsorienteret perspektiv, da patienten og eventuelt nære ressourcepersoner i et systemisk perspektiv anskues at være en del af en større kontekst. Derfor bør sundhedsprofessionelle jævnfør ovenstående udvise lydhørhed over for patienternes perspektiv på lidelse, sygdom og sundhed og derudfra tilpasse sundhedsvæsenets ydelser til dennes behov og præferencer i den kontekst hvori patienten befinder sig. Med det formål at forebygge indlæggelser. Der tages i nærværende speciale udgangspunkt i den ældre patient i aldersgruppen 65+ årige med én eller flere kroniske sygdomme.

**Problemformulering:** Hvordan oplever de 65+ årige med en eller flere kroniske sygdomme i det kommunale akutteam, at blive involverede i monitorering og behandling af egen sygdom?

Og hvordan kan patienternes opleveler i et forandringsperspektiv, bidrage til en involverende tilgang til patienterne i det kommunale akutteam?

**Metode:** Rammerne for specialet bygger på ”Medical Research Councils” elmenter for udvikling og evaluering af komplekse interventioner. Derudover er der udført et litteraturstudie og et kvalitativt casestudie i en mellemstor jysk kommune.

**Resultater:** at patienterne ikke oplever at de bliver involverede i behandling og monitorering af deres sygdom. Patientinvolvering er kompleks da de ældre ikke tager til genmæle eller stiller spørgsmålstegn ved praksis. Det var vigtigt for de ældres oplevelse af tryghed at der var konsistens mellem de sundhedsprofessionelles kommunikation. At de ældre ikke kan kende personalet der kommer i deres hjem fra hinanden.

**Konklusion:** De sundhedsprofessionelle har behov for at få tilført kompetencer der øger patientinvolvering i praksis. I form af et obligatorisk kursus i patientinvolvering. Kurset skal derudover behandle temaer som kommunikation, herunder hvordan den sundhedsprofessionelle kan strukturere og levere information samt perspektivere informationen. En måde de sundhedsprofessionelle i praksis kan arbejde med involvering er ved, at lave rollespil med Wengers teori om praksisfællesskaber (Wenger, 2004).

# Abstract

**Title:** The patient perspective in a Danish community acute team.

**Background:** patients achieve better quality in treatment, increased complience, increased quality of life, patient safety and better use of resources, when they are involved treatment and care. As well as providing health professional with a holistic perspective on the patient and his next of kin, in a systematic perspective as thought to be a part of a larger context.

The health professionals should also show sensitivity to the patient's perspective on illness, illness and health, and to adapt the healthcare services to their needs and preferences in the context in which the patient is located. To prevent hospitalization. Thesis is based on the elderly patient in the 65+ years with one or more chronic diseases.

**Thesis statement:** How do the elderly aged 65+ experience one or more chronic diseases in the municipal acute team, to be involved in the monitoring and treatment of their own disease? And how can the health professionals in a change of perspective, contribute to an inclusive approach to patients in the community acute team?

**Method:** The framework for the thesis is based on the "Medical Research Councils" elements for developing and evaluating complex interventions. In addition, a literature study and a qualitative case study have been conducted in a medium-sized municipality in Jutland.

**Results:** Patients do not experience being involved in the treatment and monitoring of their disease. Patient involvement is complex as the elderly do not respond or question the practice. It was important for the elderly experience of security that there was consistency between the health professionals' communication. That the elderly can not know the difference between the staff who come into their homes apart.

**Conclusions:** Health professionals need to get competencies that increase patient involvement in practice. In the form of a mandatory course in patient involvement. In addition, the course will address topics such as communication, including how the health professionals can structure and deliver information as well as perspective the information. One way the health professionals can work with involvement in practice is making role playing with Wenger's theory “Communities of Practice” (Wenger, 2004).

Indholdsfortegnelse

Forord 2

Resumé 3

Abstract 4

Initierende problem 7

Problemanalyse 9

Demografi 9

Strukturreform 10

Danske erfaringer med akutfunktioner 15

Internationalt perspektiv på behandling i hjemmet 19

Patientinvolvering 21

Patientperspektivet 22

Problemformulering 26

Forandringsperspektivet 27

Udvikling af kompleks indsats 27

Evaluering 28

Udvikling 28

Teoretisk referenceramme 29

Fænomenologisk hermeneutik 29

Forforståelse 30

Metode 32

Casestudie 32

Case beskrivelse 33

Præsentation af konteksten for indsatsen 33

Informanter 35

Indsamling af empiri 35

Interview 36

Transskribering 37

Analysestrategi 38

Etiske overvejelser 39

Formelle etiske overvejelser 39

Litteraturstudie 41

Indledende litteratursøgning 41

Systematisk litteratursøgning 41

In- og eksklusionskriterier 42

Vurdering af artiklers relevans 43

Flowchart 44

Referat af de 5 inkluderede studier 44

Teoretisk referenceramme 47

Pierre Bourdieu 47

Dataindsamlings metoder 50

Præsentation af informanter 50

interviewanalyse 50

Analyse 51

Viden færdigheder der påvirker sundhedsadfærd 52

Interpersonelle relationer 54

Organisatoriske strukturer 56

Del 2 61

Lokalsamfund 62

Offentlige politikker 66

Udvikling 68

Etienne Wenger - Praksisfællesskaber 68

Samme forståelse af patientinvolvering på tværs af sektorer 68

Udligning af informationsasymmetri 69

Ensartet tilgang til forebyggelsesbesøg 69

Strategier for udvalgte kroniske lidelser udarbejdet med patienter, sygehuslæger og sygeplejersker og hjemme- og akutsygeplejersker. 70

Individuel træning af strategier for udvalgte kroniske lidelser 70

Udviklingsforslag 71

Evaluering 72

Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved forandringen 72

Resultat diskussion 73

Diskussion 73

Metodediskussion 73

Forandringsperspektivet 73

Videnskabsteori 74

Den systematiske litteratursøgning 74

Udvælgelse af litteratur 75

casestudie 76

Interview 76

Transskription 77

Anvendt teori 77

Konklusion 79

Referenceliste 81

# Initierende problem

De danske kommuner står i dag overfor store udfordringer, som fremtiden bliver endnu større som følge af flere ældre, sammenlægning og opførsel af nye sygehuse, nye behandlinger samt ændret behandlingspraksis (Greve, 2016a). I kommunernes Landsforenings rapport ”Sammen om sundhed” fremgår det, at der i 2015 var over 1 million borgere over 65 år, og dette forventes at stige til ca. 1,5 millioner borgere over 65 år i år 2040 (KL, 2015a). I samme rapport fremgår det, at det forventes, at befolkningen som resultat af sundere levevis, bedre diagnostik og behandling bliver sundere og vil leve længere. Andre rapporter peger på, at der i aldersgruppen 65-74 årige være flere der lever med en eller flere kroniske sygdomme. (Afdeling for Sundhedsanalyser, 2015; KL, 2015b) Dette underbygger en rapport fra ”The Lancet”, der i en retrospektiv analyse undersøger globale, regionale og nationale ”Disability-adjusted life years” (DALYs) og ”health ajusted life years” (HALE) hvori det fremgår, at antallet af år med sygdom i perioden fra 1990 - 2013 har været stigende. For mændenes vedkommende antallet af år med med sygdom steget fra 9,1 år i 1990 til 10 år i 2013 og for kvinderne er det 11,0 til 11,9 år (The Lancet 2015). Så selv om danskerne er blevet sundere og dermed lever længere er det problematisk, at de år de lever med sygdom ikke er reducerede, derimod en stigning for begge køn med 0,9 år. Dette kan give regionerne og kommunerne store sundhedsmæssige udfordringer i fremtiden.

Et andet forhold der varsler ændringer er Regionernes sammenlægning af sygehuse og opførelse af nye supersygehuse, en strukturændring der tog sin begyndelse i 2007 og forventes færdigimplementeret i 2020 (KL, 2015a). Omstrukturering samt bedre behandling og diagnostik (SST, 2017) har resulteret i færre sygehussenge, færre indlæggelsesdage hvor patienterne hurtigere udskrives til eget hjem, også inden de er færdigbehandlede (SST, 2017). Denne ændrede behandlingspraksis giver kommunerne flere komplekse opgaver.

Mange kommuner har, for at imødekomme ovenstående udfordringerne samt forebyggelse af genindlæggelse, oprettet kommunale akutfunktioner som består af enten akutteams eller akutpladser på udvalgte plejehjem, nogle kommuner at oprettet både akutteams og akutpladser. Jævnfør KL´s rapport ”Sundhed for alle” bør akutteams bestå af sygeplejersker eller social og sundhedsassistenter med relevante færdigheder og kompetencer. Akutteamet skal være tilgængeligt 24 timer i døgnet og kunne håndtere fleksible arbejdsopgaver, samtidig kan de understøtte hjemmesygeplejen og bidrage til en opkvalificering af denne (SST, 2017).

Ifølge WHO kan indsatser lettere forankres, hvis patienterne involveres i processen med at identificere, udvikle og implementere indsatser, da det kan medføre en større følelse af ejerskab (World Health Organization, 2002). Involvering af patienterne kan ligeledes bidrage til at styrke det sociale netværk der kan føre til sundhedsændringer på lokalsamfundsniveau (Poulsen, 2004)

Det er derfor fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv paradoksalt, at patienternes ændrede rolle og ansvar ikke er beskrevet i ovennævnte KL’s rapport. Efterhånden som komplekse og akutte opgaver flytter fra sygehusene til kommunerne, og nu i stigende omfang foregår ude i hjemmene, og dermed efterlader patienterne alene i mange timer af døgnet uden sundhedsprofessionel observation. Denne ændrede praksis ændrer patientens rolle samt behov for viden om og vejledning i, hvornår der er frem- eller tilbagegang i sygdommen således han kan få hjælp i rette tid.

At behandling i eget hjem er en positiv udvikling er der både internationale og et dansk studie der peger på, det fremgår i studierne, at patienter der modtager behandling i hjemmet er mere tilfredse og kommer sig hurtigere, end de patienter der modtager behandling på sygehusene (Shepperd & Iliffe, 2005; Skjøt-Arkil, Mogensen, Birkemose, & Nørgaard, 2015). Et græsk studie, der undersøgte intravenøs behandling med antibiotika, konkluderede, at udover at behandlingen i hjemmet var forbundet med øget patienttilfredshed, var den ligeledes forbundet med færre omkostninger per capita (Theocharis et al., 2012). Herudover har et engelsk kvalitativt studie fra 2008 har undersøgt patienters oplevelse af behandling for lungebetændelse (Baldie, Entwistle, & Davey, 2008). Heri fremgår det, at enkelte borgere efter udskrivelsen fra sygehuset, oplevede at have bekymringer og spørgsmål relateret til deres diagnose. Navnligt sidstnævnte studie hvori patienternes refleksion først forekom efter udskrivelsen, eller for at danne overførbarhed til den kommunale akutfunktion vil patienternes refleksion først forekomme efter de er blevet rask og ikke længere er i kontakt med de sundhedsprofessionelle. Dette underbygger vigtigheden af, at patientens perspektiv medtænkes i en sundhedsindsats.

Der findes begrænset viden om evidensen for hvordan involvering af patienterne bedst kan tilrettelægges, det kan gøre det svært for de sundhedsprofessionelle og beslutningstagere, at anbefale strategier for involvering af patienterne i behandling i eget hjem. Ud fra ovenstående, ønsker jeg med udgangspunkt i ældre patienter, der har været henviste til akutfunktionen, i en mellemstor dansk kommune, at undersøge patientens perspektiv nærmere, Hvordan de har oplevet denne ændrede behandlingspraksis, med henblik på at pege på forbedringspotentiale der kan styrke patienternes involvering og i sidste ende forebygge indlæggelse og genindlæggelse.

# 

# Problemanalyse

## Demografi

Danmarks befolkning er de sidste 30 år vokset med 11 % og i følge Danmarks Statistik vil befolkningen fortsætte med at vokse fra 5.748.769 millioner borgere i 2017 til over 6.5 millioner borgere i 2060 (“dst.dk,” 2017). Fremskrivningen er en beregning baseret på et gennemsnit af de sidste 4 års indvandring og udvandring. Derfor skal tallene tages med forbehold. Fremskrivning af fødsler beregnes på baggrund af antallet af kvinder i den fødedygtige alder samt gennemsnitlig fødselsrate. Forudsætning for fremskrivning af død, er baseret på antallet af borgere i den aldersbetingede dødshyppighed, det vil sige sandsynligheden for, at dø i en given alder gange med antallet af borgere i denne aldersgruppe (Dst.dk, 2017). Befolkningsfremskrivningen er forbundet med en vis usikkerhed, og skal derfor læses med forbehold.

For aldersgruppen 70-79 år stiger den fra 513.155 i 2017 til 578.443 i 2060. Mere markant er det for aldersgruppen 80-89 år som forventes at stige fra 205.345 til 478.740 og de 90-99 årige fra 43.233 til 168.452 og de 100-109 årige fra 1.143 til 6.769 (“dst.dk,” 2017).

I rapporten ”Sammen om sundhed” fremgår det, at befolkningen, som følge af sundere levevis, bedre diagnostik og behandling, vil være sundere og leve længere (KL, 2015a). Dog fremgår det i den retrospektive analyse i rapporten fra ”The Lancet”, at danskerne på trods af sundere levevis vil leve længere, men vil også øge antallet af år med sygdom (Murray, 2015).

I 2015 levede ca. 30% af de 65-74 årige med kronisk sygdom, heraf levede 80% med én kronisk sygdom og 20% havde to eller flere kroniske sygdomme. Af de 75-84 årige levede ca. 40% med kronisk sygdom heraf havde 73% én og 27% havde 2 eller flere kroniske sygdomme (Afdeling for Sundhedsanalyser, 2015). Ud fra ovenstående, er det en anseeligt stor gruppe ældre, der i fremtiden vil leve med én eller flere kroniske sygdomme. Således er det ud fra et folkesundhedsperspektiv relevant, at se nærmere på netop denne gruppe af 65 + årige fremadrettet i specialet.

Sundhedsstyrelsen har i en fra rapport om udvalgte kroniske sygdomme, dvs.; KOL, astma, knogleskørhed, leddegigt, diabetes type 1 og 2 og hjertesvigt 2015 skrevet, at borgere med én kronisk sygdom, i gennemsnittet koster regionerne 34.000 kroner om året (Afdeling for Sundhedsanalyser, 2015). En borger med to kroniske sygdomme koster 71.000 kroner om året. En borger med 3 eller flere kroniske sygdomme koster 109.000 kroner om året. Halvdelen af de samlede udgifter omhandlende indlæggelser skyldes patienter med kroniske sygdomme. Til sammenligning koster en voksen gennemsnitligt dansker 20.000 kroner om året (Afdeling for Sundhedsanalyser, 2015). Et systematisk review fra 2010 (Lehnert et al., 2011) har undersøgt forholdet mellem flere kroniske sygdomme, brug af sygehus, praktiserende læge og medicin samt samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Lehnert et al konkluderer, at der er en positiv association mellem flere kroniske sygdomme, brug af sundhedsydelser og omkostninger. Det fremgik, at brug af sundhedsydelser og sundhedsomkostninger steg signifikant for hver yderligere kroniske sygdom. Herunder at flere af de inkluderede studier fandt et kurvelineært forhold mellem flere kroniske sygdomme og sundhedsomkostninger (Lehnert et al., 2011).

Ud fra ovenstående kan det konkluderes, at sundhedsøkonomisk er kronisk sygdom forbundet med større forbrug af sundhedsydelser og deraf følgende omkostninger.

Personer med kroniske sygdomme har oftere kontakt til flere specialer, hvilket øger kompleksiteten og behovet for sammenhæng i patientforløbene (Afdeling for Sundhedsanalyser, 2015; Lehnert et al., 2011). Ud fra ovennævnte kan det udledes, at forespørgslen på sundhedsvæsenets ydelser, for 65+ årige med én eller flere kroniske diagnoser, vil være kraftigt stigende de næste 30 år, hvilket udfordrer sundhedsvæsenet som det er indrettet i dag og skaber et behov for nytænkning af hvorledes Sundhedsvæsenet får mest mulig sundhed for pengene fremadrettet. Ud fra ovenstående analyse er det de 65 + årige borger med én eller flere kroniske sygdomme vil være genstand for nærmere undersøgelse.

## Strukturreform

Strukturreformen er politisk initieret og er et resultat af, at der gennem en årrække har været et betydeligt pres på sundhedsvæsenet (Greve, 2016a). Reformen blev implementeret i 2007 for, at imødekommen den voksende andel af ældre borgere og samtidig sundhedsvæsenets nye behandlingsmuligheder og deraf følgende kortere indlæggelser ((Greve, 2016a)(p 41).

Reformen har resulteret i en centralisering såvel som en decentralisering af opgaver, centralisering i form af opførelse af supersygehuse og samling af specialer og decentralisering i form af diverse målinger der kan foretages i hjemmet (Greve, 2016a) (p.41). Data fra Danmarks statistik viser, at indlæggelsesdage, beregnet ud fra et bredt udsnit af diagnoser fra både somatiske og kirurgiske afdelinger, på landsplan, har været faldende. Fra 2008 til 2015 er indlæggelsesdagene for de 65-69 årige faldet fra 426.747 – 414.247 og 85+ årige på landsplan faldet fra 557.082 - 465.991 (“dst.dk,” n.d.). Dette er paradoksalt set i forhold til, at ophobning af kroniske sygdommen stiger eksponentielt med stigende alder. Det kan tyde på, at et fald i indlæggelsesdage skyldes, at patienterne udskrives til videre behandling i kommunerne.

I det følgende afsnit vil initiativer, kommunale såvel som regionale initiativer, til at imødekomme sygehusene kortere indlæggelser, blive beskrevet.

Dette afsnit vil komme nærmere ind på de kommunale initiativer, der er iværksat for, at i mødekomme kortere indlæggelser og fremtidens flere ældre samt patientgruppen med én eller flere kroniske sygdomme. I rapporten ”det nære sundhedsvæsen”, er der således 3 udviklingstendenser i kommunerne;

1) at styrke de specialiserede sygepleje ydelser herunder oprettelse af akut/aflastningspladser

2) *Shared* *care*, her arbejder kommunerne sammen med sygehusene og praktiserende læger og deler behandlingsansvaret for patienten (Greve, 2016b) (rapport- det nære sundhedsvæsen 2012 p 22-25). Eksempelvis kan den praktiserende læge henvende sig til kommunens specialiserede sygeplejersker, med henblik på omfattende pleje af den ældre medicinske patient.

Eller det kan være sygehusene, der henvender sig til kommunens specialsygeplejersker angående udskrivelse af den ældre medicinske patient, der fortsat har behov for behandling efter udskrivelse.

3) Hverdagsrehabilitering der inddrager borgerne i daglige gøremål og derigennem holdes fysisk aktiv (Kl, 2012).

Som følge af ovenstående udvikling samt en formodning om mange flere ældre, der lever længere med en eller flere kroniske sygdomme samt nye behandlingsmuligheder, der har resulteret i kortere indlæggelse, har flere kommuner oprettet kommunale akutfunktioner.

I sundhedsstyrelsens rapport ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen” fra 2017, anbefales det, at den kommunale akutfunktion kan bestå af enten akutteam bestående af autoriserede sundhedspersonale, der kan tilse patienten i eget hjem, eller en kommunal akutplads som praktiserende læge eller akutsygeplejersken kan indlægge patienten på (SST, 2017). Fremadrettet i problemanalysen vil Akutteam være genstand for nærmere undersøgelse.

Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at akutteamets opgaver varetages af autoriserede sundhedspersoner herudover anbefaler sundhedsstyrelsen, at sygeplejerskerne har minimum 2 års relevant erfaring. Erfarne social og sundhedsassistenter med kompetencer, der relaterer sig til relevante specifikke opgaver, kan varetage opgaver og arbejdsområder relateret hertil (SST, 2017). Akutteamet bør kunne varetage særlige pleje opgaver relateret til sekundær forebyggelse, som forværring af allerede opstået sygdom og eller, at følge op på sygehusets pleje og behandling, når patienten er udskrevet til videre behandling i eget hjem (KL, 2015b). Herudover bør sundhedspersonalet have et tilpas flow af relevante opgaver relateret til akutteamets ovennævnte kompetencer, således kompetencer både kan opbygges og vedligeholdes (KL, 2015b) efter-videreuddannelse kan være enten lokalt eller ved tværsektorielt i samarbejde med sygehusene (KL, 2015b).

Der er i ovenstående anbefalinger fra sundhedsstyrelsen, ensidigt fokus på hvorledes en akutfunktion bør organiseres og sygeplejerskernes kompetencer relateret til, at opfylde forventninger om at levere bestemte ydelser. Denne ændring af behandlingspraksis overlader patienterne til selv at monitorere og observere sygdom i eget hjem og efterlader dem alene i mange timer af døgnet. Det er derfor paradoksalt, at der i rapporten, intet er nævnt om patienternes rolle i samarbejdet, da det er problematisk når patienternes rolle ændres i forhold til tidligere praksis. Herudover er det problematisk når inddragelse af patienterne i forbindelse med implementering af en indsats er forbundet med forankring på lokalsamfundsniveau, da patientinvolvering kan øge patienternes oplevelse af ejerskab samt styrke det sociale netværk (Poulsen, 2004; World Health Organization, 2002).

Der rejser sig spørgsmål om hvordan, den enkelte patient anskuer denne ændring af praksis? Samt hvordan patienten uddannes så han er kompetent til varetage denne opgave? Det er spørgsmål der ikke findes svar på i ovenstående rapport. Det bliver derfor op til den enkelte kommune, at fortolke hvorledes disse opgaver kan løses, og det kan problematisere et samarbejde på tværs af kommuner og regioner. En forskelligartet opgaveløsning kan reducerer samarbejdspartnernes kendskab til hinandens arbejdsgange og opgaver og, som der nævnes nedenfor i afsnittet Danske erfaringer, hindre samarbejdet. Patienternes ændrede rolle og ansvar samt viden om patientinvolvering i implementering af en indsats positive effekt, understreger vigtigheden af patientperspektivet i indsatsen.

Dog er der i det ”Det nationale kvalitetsprogram” (2015-2018) udformet en anbefaling der omhandler ”behandlingen med patienten i centrum – inddragelse og sammenhæng” ((Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015)p.9). Her anbefales det, at behandling og pleje af patienten, skal være med udgangspunkt i patientens behov og livssituation, hvilket nødvendiggør involvering af patient og/eller pårørende (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015). For at kunne det, er det en forudsætning, at den sundhedsprofessionelle systematisk undersøger, hvad sundhed og sygdom betyder for den enkelte. patientperspektivet blive undersøgt nærmere længere inde i analysen.

Flere danske kommuner har etableret akutfunktioner, som har til opgave at forbygge indlæggelser samt imødekomme behovet for, at løse mere komplekse opgaver i primærsektor. En rundspørge foretaget af momentum i januar 2016(Jakobsen, 2016), viste at 62% af kommunerne havde akutpladser med særlige sygeplejefaglige kompetencer. 60% af kommunerne havde udover særlige sygplejefaglige kompetencer også rehabilitering og genoptræning i tilknytning til akutpladserne(Jakobsen, 2016). Adspurgt havde 53 kommuner etableret akutteam og 6 kommuner havde til hensigt at etablere et akutteam indenfor de næste seks måneder. Således havde 89% af kommunerne i 2015 én af de ovennævnte akutfunktioner mod 80% i 2014 (Jakobsen, 2016).

På Regionalt plan er initiativer som telemedicin og ’Chronic Care Model’ (fremadrettet CCM) eksempler på nytænkning af sundhedsydelser både som forløbsprogrammer og generiske programmer. ’CCM’ er en amerikansk evidensbaseret organisatorisk ramme for nytænkning af allerede eksisterende praksis. ”CCM” er en nytænkning af behandling og pleje af kroniske sygdomme så det imødekommer patienternes behov, herunder en øget indsats i sekundær og tertiær forebyggelsesarbejde (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002). Kerneelementerne i CCM er, at behandling og pleje af kronisk sygdom overordnet foregår i 3 overlappende områder 1) samfunds ressourcer og politikker. 2) Sundhedsvæsenets organisering. 3) Udbydere af sundhedsydelser.

Indenfor de 3 områder er der identificeret 6 essentielle elementer, der indgår i CCM;

1) praktiserende læger og sekundær sektor tager fælles ansvar for, at udbyde gruppebaserede tilbud som patientuddannelse, træning og rehabilitering.

2) Organisering af sundhedsvæsenet herunder ressourcer og prioriteringer af fokusområder.

3) Selvledelse, at tilføre patienterne tilstrækkelige evner og tillid til egne evner - herunder diæt, træning, medicin, selvmonitorering så som, blodsukkermåling, vægt og blodtryksmålinger. Herunder kontinuerlig vurdering af egne præstationer og komplikationer.

4) Organisering er udbydere af sundhedsydelser – f.eks. at der er en klar arbejdsfordeling mellem akutte og planlagte tiltag for kroniske patienter for henholdsvis læger og plejepersonale så som øjenlægekontroller, fodterapeuter mm.

5) Beslutningsstøtte i form af evidensbaserede kliniske retningslinjer med henblik på optimering af behandlingen til den kroniske patient integreres i den daglige praksis.

6) Informationsteknologi, der kan give påmindelser til personale og patienter med henblik på at øge complience, der kan viser målinger som blodsukre, blodtryk, vægt mm. Registre til planlægning af individuel patientpleje og populationspleje (Bodenheimer et al., 2002). Et systematisk review viser, at implementering af elementer fra ”CCM” er forbundet med øget patienttilfredshed, overholdelse af behandlingsanbefalinger og sygdomskontrol, i samme review fremgår det, at effekten omhandlende reduktion af sundhedsomkostninger, ikke var entydige. Således var det kun 5 ud af 102 studier, der konkluderede, at indføring af CCM var forbundet med færre sundhedsomkostninger (Ofman et al., 2004).

I Danmark er der etableret forløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-kar sygdom, Kronisk obstruktiv lungesygdom og muskel-skeletsygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2011). Sundhedsstyrelsen har på baggrund af ’CCM’ gode resultater med forløbsprogrammerne udarbejdet en generisk model (Sundhedsstyrelsen, 2011), ikke desto mindre har amerikansk studier konkluderet, at effekten af en generisk model ikke er tydelig. Studier peger på, at anvendelsen af CCM resulteret i en forbedring af kvaliteten af plejen (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2005; Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009) samt forbedring af patienternes oplevelse af eget helbred og livskvalitet (HRLQ = Health-Related Quality of Life)(Stock, Mahoney, Reece, & Cesario, 2008). Dog kan det ikke påvises, at implementering af CCM kan reducere omkostningerne relateret til kronisk sygdom(Bodenheimer et al., 2005; Coleman et al., 2009).

Et andet initiativ er telemedicin. Det vil sige sundhedsydelser, der leveres til borgeren over afstand ved hjælp af video, chat eller telefoni (Region Midjylland, n.d.). Formålet med telemedicin er, jf. Region Midt’s hjemmeside, at højne kvaliteten samt sammenhængen i behandlingen på tværs af sektorer - herunder muliggøre, at patienten tager kontrol over eget helbred og derved bedre mestrer egen sygdom (“Telemedicin,” n.d.). Telemedicin er relevant når borgerne får længere til sygehusene og højt specialiseret behandling. Initiativet muliggør, at patienten kan modtage støtte, vejledning samt monitorering uden at være tvunget til at forlade sit nærmiljø. En telemedicinsk tilgang muliggør, at sundhedspersonale ved besøg eller behandling i primær sektor kan modtage sparring fra specialister fra sygehusene. Ambuflex er et værktøj for både patient og sundhedsprofessionelle. Det er udformet som et spørgeskema og resultaterne derfra kan anvendes til, at vurdere patienternes behov for, at blive tilset på sygehuset, således patienterne frekventerer ambulatorierne efter behov frem for med faste intervaller. Region midt’s initiativ er relevant når borgerne får længere til sygehusene og højt specialiseret behandling. Initiativet muliggør, at patienten kan modtage støtte, vejledning samt monitoreringer uden at være tvunget til at forlade sit nærmiljø. En telemedicinsk tilgang muliggør, at sundhedspersonale ved besøg eller behandling i primær sektor kan modtage sparring fra specialister fra sygehusene. Herudover kan Ambuflex forebygge, at patienterne bruger unødig tid på sygehuse til rutinekontroller. Et kvalitativt studie undersøger patientinvolvering og støtte til selvstyring af deres sygdom. Heri skulle patienterne inden et ambulant kontrol anvende Ambuflex’ spørgeskema. Ved 9 observationsstudier i den ambulante kontrol og 12 semistrukturerede interview med patienter i alderen 36-81 år, fandtes at anvendelse af Ambuflex kan understøtte patienterne til selvstyring ved at opmuntre til; patientcentreret kommunikation, samtale om psykosociale problemstillinger og øge forståelsen for deres sygdom (Trillingsgaard et al., 2016). Modsat rapporterer et litteratur review fra 2015, omhandlende telemedicin og inkluderende 16 kvalitative studier, at patienter, der modtog telemedicinsk behandling, overordnet oplevede forbedret kommunikation i kraft af forbedret adgang til sundhedsprofessionelle, forbedret samarbejde samt oplevelse af kontinuitet gennem daglig monitorering og support. Dette gav patienterne en oplevelse af tryghed. Modsat oplevede de sundhedsprofessionelle, at patienterne lagde for meget vægt på de sundhedsprofessionelles overvågning og vurdering end på deres egen viden om sygdommen - hvilket paradoksalt underminerer deres tiltro på egne evner og selvstændighed. Herudover er der behov for, at tilpasse teknikken så som skærmopløsning og lyd til den ældre befolkning (Radhakrishnan, Xie, Berkley, & Kim, 2016).

Et andet italiensk RCT studie fra 2007 inkluderede 240 patienter med respirationsinsufficiens med behov for hjemmeilt eller respirator. Patienterne blev allokeret i en interventionsgruppe, der gennem ét år ville modtage telefonisk assistance og en kontrolgruppe der ville modtage vanlig behandling i et ambulatorium. Kontrolgruppen havde 65% færre kontakter til praktiserende læge, 36% færre indlæggelser, 71% færre exacerbationer i sygdommen (Vitacca et al., 2009).

Ud fra ovenstående kan det overordnet udlede, at telemedicin fortsat er et tilbud struktureret omkring enkelte lægefaglige specialer. Dette er særligt problematisk for fremtidens flere ældre, der som følge af kompleksiteten i, at borgerne kan have flere kroniske sygdomme ikke rummes i denne opdeling. Patienter med flere kroniske sygdomme har, som nævnt ovenfor, behov for øget sammenhæng i deres patientforløb, hvilket ikke stemmer overens med behovet for sammenhæng. Omvendt kan telemedicin i varierende udformninger rumme muligheder for understøttende behandling og pleje i primær sektor. Afhængig af patientens ressourcer kan patienten, alene eller sammen med sin praktiserende læge eller fagprofessionelle i de enkelte kommuner, have kompetencerne til, at gøre brug af telemedicin. Således kan telemedicin være et redskab som praktiserende læger, hjemmesygeplejersker eller akutteam kan anvende til: 1) at samarbejde på tværs af sektorer 2) at få ekspertviden ind i behandlingen og slutteligt yderligere bidrage til, 3) at højne kompetencerne i kommunerne som tidligere beskrevet i anbefalingerne i rapporten ”Sundhed for alle” (KL, 2015a).

## Danske erfaringer med akutfunktioner

Fælles for de evalueringer foretaget i akutfunktionerne i dansk kontekst er, at der ikke er nogen evidens for, at effekterne direkte kan knyttes til akutfunktionerne, hvilket forfatterne til evalueringerne ligeledes problematiserer. Evidensbaseret viden knytter sig til viden udledt af flere studier med høj intern såvel, som ekstern validitet, der bekræfter samme fund. Da indsatsen som en akutfunktion foregår i lokale samfund og dermed kontekstbunden, er det ikke altid muligt, eller meningsfuldt, at opretholde en høj ekstern validitet (Vallgårda, Diderichsen, & Jørgensen, 2014a) s. 34 -39). Årsagen til det manglende videnskabelige belæg for effekten af en kommunal akutfunktion kan tilskrives, at man har at gøre med komplekse sociale systemer, hvor spørgsmål vedrørende effekt kan være svære at besvare (Dahler-Larsen, 2015) 188-190). En evaluering af akutfunktion er et komplekst område. Der stilles høje krav til eksperimentelle evalueringer samt opmærksomhed på, at årsags-virkningsforhold kan være ustabile, kontekstbetingede og afhængige af menneskelig handling. Hvor der i en eksperimentel evaluering lægges vægt på, at årsags-virkningsforholdet, virker så kontekstfrit som muligt i konklusionen og at effekten er direkte afledt af den konkrete intervention, vil man i den processuelle evaluering derimod anerkende konteksten. Selvom man ikke får et entydigt mål for styrken af årsags-virkningsforholdet ved processuel evaluering, opnås viden om og forståelse af, hvornår og hvordan sammenhænge opstår i en lokal kontekst. I den processuelle evaluering søger man således processen, der leder til årsag og virkning på baggrund af de handlinger, der leder til processen (Dahler-Larsen, 2015) s. 188-190). I en indsat som akutfunktionen, er kvalitative metoder således særligt anvendelige, da man herigennem kan få en bedre forståelse for effekten i det kontekstuelle forhold. Validitet kan i sådanne undersøgelser ikke reduceres til få tekniske kriterier (Vallgårda et al., 2014a).

De danske erfaringer er hentet fra 3 kommuner der har gennemført evalueringer det drejer sig om Frederikssund, Sønderborg og Skanderborg kommune. Fælles for dem er, at de har etableret akutfunktioner med henblik på at forebygge indlæggelser, gennemføre hurtig udredning, vurdere og igangsætte behandling samt varetage behandling af patienter, der udskrives efter kort indlæggelse med behov for sygeplejersker med specialkompetencer (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.; E. B. Hansen, Gusak, & Westergaard, 2015; Vinge et al., 2011).

Frederikssund kommune etablerede akutteam i 2013 og gennemførte en kvantitativ og kvalitativ evaluering 1,5 år senere (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.). Den kvantitative analyse af akutteamet i Frederiksund kommune er udarbejdet på baggrund af et spørgeskema udfyldt af akutsygeplejerskerne og denne analyse blev sammenkørt med data fra E-sundhed, der beskriver udviklingen af akutte medicinske indlæggelser (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.). Heri skulle de skrive hvem, der har initieret kontakten samt om besøget har været succesfuldt. Det er ikke nærmere beskrevet ud fra hvilke parametre et patientforløb vurderes værende succesfuldt eller ej. Ud fra ovenstående kan det fremanalyseres, at undersøgelsen ikke bidrager med præcis viden om hvad, der kendetegner et positivt og et negativt forløb. Det er derfor svært at vide præcist hvilke vurderinger respondenterne har svaret, da det kan være personafhængigt om et forløb vurderes positiv eller negativt i forhold til parameteret; succes.

Det fremgår af akutsygeplejerskernes spørgeskema, at de havde forebygget 868 indlæggelser. Mens data trukket fra E-sundhed viste, at der for udvalgte akutte indlæggelser fra 2013-2014 var en stigning på 11%, hvilket svarer til den generelle udvikling for akutte indlæggelser (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.). Ovenstående modsatrettede resultater tyder på, at akutfunktionen er en kompleks indsats hvor årsagsvirkningsforholdet er ustabile og kontekstafhængig og derfor ikke nødvendigvis kan vises gennem E-sundheds tal. Yderligere analyser af Frederiksunds kommunale medfinansiering viste, at den reelle udvikling af udvalgte akutte medicinske indlæggelser fra 2013 til 2014, en stigning på 3%. Sammenlignes den reelle udvikling af kommunal medfinansiering til akutte medicinske indlæggelser, med en alternativ udvikling, som den ville have set ud, såfremt det havde haft samme tendens som den generelle udvikling for akutte indlæggelser ville, der have været en stigning på 9% altså en mulig besparelse på 6%. Dette kan dog ikke siges med sikkerhed (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.). At akutsygeplejerskernes data ikke hænger sammen med data fra E-sundhed, kan som evalueringen konkluderer, skyldes, at de sengepladser som frigøres på grund af akutteamets forebyggende indsats, blot optages af andre patienter. Dette understreger indsatsens kompleksitet i forhold til evaluering.

Den kvalitative evaluering er udført på baggrund af analyse tre fokusgruppeinterview; 1) ledere der repræsenterede hele hjemmesygeplejen 2) medarbejderne i hjemmesygeplejen og 3) medarbejdere i akutteamet.

Analysen viste, at opdelingen mellem akutte og planlagte sundhedsydelser har givet ro for primærsygeplejerskerne til, at udføre deres planlagte opgaver. Dette oplevedes som en effektiv udnyttelse af ressourcerne. Akutteamet vurderes, at understøtte den faglige udvikling i primærsektoren. Dette i form af sidemandsoplæring hvilket især hjemmehjælperne havde gavn af, samt undervisning i specialiserede sygeplejeopgaver, der overdrages fra sygehus til kommunen. (“Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam,” n.d.). Herudover har akutteamet i Frederikssund kommune bidraget til forbedring af dialogen på tværs af sektorer. Her fremhæves praktiserende lægers øgede kendskab til, hvad kommunerne kan tilbyde, som værende forbedret grundet samarbejdet med akutteamet. Samarbejdet mellem praktiserende læger og akutsygeplejerskerne har medført, at de oplever det som værende trygt, at lade patienterne forblive i hjemmet. Lederne sidestillede ”ro og orden” med kvalitet og medarbejdere i hjemmesygeplejen sidestiller ”tid til at udføre opgaver” med god kvalitet. Samtidig oplever de taknemlighed fra pårørendes side ved, at de hjælper til. Ovenstående rejser spørgsmålet, om patienterne oplever indsatsen positivt eller om sygeplejerskernes ”tid til at udføre opgave” knytter sig til sygeplejerskernes oplevelse af bedre arbejdsforhold? Herudover om de pårørende oplever, at have behov for i højere grad at blive hørt og set? Det er problematisk, at evalueringen ikke undersøger patienternes og de pårørendes perspektiv.

Der kan ud fra ovennævnte to evalueringer foreligge et uudnyttet potentiale i, at oplære social og sundhedshjælpere til tidlige opsporing af sygdom hos borgere med en kronisk sygdom, ved anvendelse af sidemandsoplæring. Da det er hjemmehjælperne, der ser patienten i det daglige, har de muligheden for, med den rette oplæring eller undervisning, at registrere små ændringer i patientens almentilstand. Dermed er det muligt, at opspore sygdom tidligere og lade patienten modtage sundhedsydelser allerede inden sygdom opstår og dermed forebygge indlæggelse.

I Sønderborg kommune blev akutteamet etableret i 2012 (E. B. Hansen et al., 2015) og evalueret i 2015. Udover at forebygge indlæggelser havde evalueringen til formål, at undersøge om den organisering der var valgt, opfyldte målet eller om der var behov for tilpasninger eller ændringer. Den kvantitative analyse kunne ligeledes som i førnævnte kommune, ikke med sikkerhed sige noget om effekten af forebyggelsen af akutte indlæggelser fra Sønderborg kommune eller om en formodet effekt skyldes akutteamet (E. B. Hansen et al., 2015).

Den kvalitative evaluering består af analyse af interview med samarbejdspartnere, der har henvist patienter til akutteamet; praktiserende læger, patienter, sundhedspersonale fra sygehuset, medarbejdere fra akutteamet og ledere fra hjemmesygeplejen.

I alt 12 patienterne er blevet interviewet. Disse har alle været i kontakt med akutteamet. Patienterne var mellem 43 og 86 år, med en gennemsnitsalder på 68 år, heraf var 4 kvinder og 8 mænd. 3 af disse var stadig arbejdsaktive, resten var enten førtidspensionerede eller pensionerede. 8 patienter boede sammen med en ægtefælle, 3 Patienter boede alene og den sidste flyttede hjem til sine forældre under sygdomsforløbet(E. B. Hansen et al., 2015).

Borgerne har været meget tilfredse med behandlingen og plejen i hjemmet. Særligt fremhæves dét, at forblive i vante omgivelser som værende positivt, samt dét, at være patient i kort tid for så, at blive privatperson igen. Det at forblive i hjemmet var forbundet med oplevelse af frihed og tryghed, og ikke behøvedes, at ligge på flersengsstuer, med deraf følgende forstyrrelser. Herudover oplevede patienterne, at der var kontinuitet og konsistens forbundet med udførelsen af akutsygeplejerskerne. Dette kan henføres til, at det er en lille gruppe fagpersoner der har udført sygeplejen til denne gruppe patienter der deltager i undersøgelsen. Her kan det udledes, at det for patienten er vigtigt, at det er de samme, der besøger den enkelte samt, at patienterne oplever at få individualiseret tilgang til deres sundhed. Patienterne knytter det, at de fagprofessionelle taler samme sprog samt, at akutsygeplejerskerne arbejder struktureret og ensartet, til tryghed og kvalitet.

Dog kunne sygeplejersker i akutteamet nævne, at enkelte patienter havde følt sig utrygge ved, at være i hjemmet når de eksempelvis skulle behandles for lungebetændelse. Sidstnævnte udsagn påviser, at diagnosen kan påvirke oplevelsen af tryghed i forløbe. Herudover kan det formodes, at samlivsstatus og eller netværk kan påvirke hvorvidt patienten oplever tryghed i forløbet. Derfor bør kommunerne have et alternativ til behandling i hjemmet så som Akutplads, midlertidig opholdsplads eller indlæggelse på sygehus.

Skanderborg kommune etablerede Akutteam i 2013 med henblik på at løfte kvaliteten, øge trygheden og tilfredsheden for kommunens ældre samt større synlighed og transparens i kommunens indsats i forhold til de praktiserende læger (Muusmann, 2014). Evalueringen af akutteamet er en procesevaluering der har til hensigt at monitorere og dokumentere hvornår og hvordan en indsats virker. Evalueringen er baseret på kvalitative interviews med hjemmesygeplejersker, borgere og pårørende.

Evalueringen konkluderer at der er høj grad af tilfredshed med akutteamet, at indsatsen forebygger indlæggelser, at muligheden for at komme hjem eller, at blive hjemme opleves som positivt for både patienter og pårørende. Indsatsen i hjemmet opleves som ensartet, professionel og koordineret modsat plejepersonalet på sygehuset. Herudover udtrykker de pårørende, at de i højere grad har mulighed for at både passe deres arbejde og passe/besøge den syge og bidrage til, at den enkelte oplever tryghed i forløbet (Muusmann, 2014). De pårørendes udsagn og oplevelser påviser, at de har en vigtig rolle i plejeforløbet og er en meningsfuld ressource. De er en facilitator til tryghed, hvilket er vigtigt at medtænke, når patienten ikke har nogle pårørende og skal behandles i eget hjem.

Hjemmesygeplejerskerne oplevede sig i akutteamets etablering 2013 truede på deres faglighed. Men i 2014 er en accept af akutteamet og muligheden for sparring fremhæves som værende positivt. Ligeledes oplever de, at der er en opkvalificering og kompetenceudvikling af hjemmeplejen. Det kan ikke på baggrund af denne evaluering sammenfattes noget entydigt i forhold til synliggørelse af akutteamet overfor de praktiserende læger (Muusmann, 2014).

Ovenstående beviser hvor komplekst det er, at evaluere en tværsektoriel indsats med henblik på at påvise en entydig effekt af en indsats.

Akutteamet er en kompleks intervention at evaluere, hvilket vanskeliggør den kvantitative tilgang som er gennemført i de to førstnævnte kommuner. Dog er der noget der tyder på at akutteamet har forebygget udvalgte diagnoser dog uden, at det kan konkluderes med sikkerhed. Dette kan som i evalueringen fra Frederiksund kommune skyldes, at de sengepladser som frigøres på grund af akutteamets forebyggende indsats blot optages af andre patienter, men kan også skyldes, at initiativet er nyt og der er behov for yderligere udvikling af samarbejdet mellem akutteamet, sygehuset, praktiserende læger og vagtlæger. Så de i endnu højere grad anvender akutsygeplejerskernes kompetencer til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Hvorimod anskues evalueringen fra den kvalitative vinkel, tyder det på, at borgerne og hjemmesygeplejerskerne oplever bedre tid til at udføre deres opgaver. Det er problematisk at, der i undersøgelserne ikke fremgår hvordan patienterne er involverede i egen behandling - herunder undervist i observationer og handlinger i forhold til egen sygdom og udvikling af denne.

## Internationalt perspektiv på behandling i hjemmet

Rettes opmærksomheden mod den internationale litteratur, er der forskel på hvordan et akutteam, behandling i hjemmet og lignende intermediær pleje og behandling defineres og yderligere er organiseret - herunder arbejdsopgaver denne skal løse, hvilke er meget forskellig. Det ses tydeligt, når litteraturen undersøges.

Et britisk systematisk review fra 2009 fra Cochrane database (Sasha Shepperd et al., 2009)

inkluderede 26 studier (n=3967) og havde til hensigt, at undersøge om effekten af forskellige medicinske og kirurgiske behandlinger af patienter i hjemmet var omkostningseffektivt, sammenlignet med patienter der behandles på sygehuse.

Det systematiske review påviste, at patienter behandlet i hjemmet var mere tilfredse, end dem der behandlet på sygehuset. Dog skal dette vejes op mod de pårørendes perspektiv, der vurderede, at patientbehandlingen i hjemmet som helhed var en større byrde for dem afhængig af type af operation. For de terminale patienters vedkommende, faldt de pårørendes tilfredshed, hvis plejen strakte sig over 30 dage. Ud af ovenstående kan det analyseres, at det er særligt belastende for de nære pårørende, og det ville være en fordel, at have et netværk og ressourcer med henblik på at sprede belastningen. Herudover havde patienterne færre genindlæggelser og signifikant færre patienter med diagnoserne apopleksi og en gruppe med et mix af medicinske diagnoser var, ved 6 måneders follow up, indlagte på plejehjem (Sasha Shepperd et al., 2009). At patienterne var indlagt på plejehjem kan sidestilles med væsentlig forværring af ADL (Almindelig Daglig Livsførelse). Dette bakkes op af et spansk prospektivt komparativt studie fra 2008 (Pérez-López et al., 2008), der inkluderede 145 patienter, heraf 90 over 7o år (gns. alder 78 år) og sammenlignedes med en gruppe yngre voksne under 70 år (gns.68 år). Studiet undersøgte patienter udskrevet fra en sygehusafdeling eller akut afsnit til videre indlæggelse og behandling i hjemmet. Deri fremgik det, at patientens ADL funktioner blev opretholdt når patienten var i vante omgivelser. Behandling i hjemmet var ligeledes forbundet med færre tilfælde af konfusion når patienter var i vante omgivelser samt opretholdelse af ADL

(Pérez-López et al., 2008; Sasha Shepperd et al., 2009). Herudover påpegede det spanske studie, at patientens høje alder og dermed øgede risiko for komorbiditet, at det var væsentligt, at have et tæt samarbejde med pårørende, der kan hjælpe med medicinadministration, ernæring samt mobilisering af patienten(Pérez-López et al., 2008) Ud fra studierne Pérez-López et al. og Shepperd et al. kan det opsamles, at de pårørende er en vigtig ressource for patienterne når de behandles i hjemmet samtidig med, at de er belastede af at pleje og monitorere patienten og dennes sygdom, når der ikke er en sundhedsprofessionel i hjemmet. Dette underbygges af et engelsk kvalitativt studie fra 2013 (Cobley, Fisher, Chouliara, Kerr, & Walker, 2013), der undersøgte patienter og deres pårørendes oplevelse af fremskyndet udskrivelse efter Apoplexi, og påpegede behovet støtte, inddragelse, informering og uddannelse af pårørende. Pårørende i studiet, følte sig stressede, udmattede og oversete som ressource for den enkeltes behandling, pleje og rehabilitering (Cobley et al., 2013). Ud fra ovenstående to studier og systematisk review, tyder det på, at de pårørende påtager sig en stor byrde, når det kommer til plejen af deres pårørende. En systematisk afdækning af de ressourcer der er til rådighed i netværket af pårørende som kan understøtte borgerens forløb med sygdom i eget hjem

## Patientinvolvering

Patientinvolvering er et begreb der ofte ses i politiske dokumenter, sundhedsfaglige litteratur, det bruges synonymt med patientinddragelse. Når der er tale om en omsorgsrelation indebærer det altid et ulige forhold også kaldet asymmetrisk forhold. Et asymmetrisk forhold er når den ene i relationen besidder mere magt, kontrol og myndighed end den anden (Eide & Eide, 1999). I omsorgsrelationen består asymmetrien i, at det er sygeplejersken der hjælper og patienten der modtager hjælp. Patienten besidder på den ene side nyttig viden om hvordan sygdommen opleves og udviklingen af den. På den anden side besidder sygeplejersken i kraft af sin uddannelse en kompetence som patienten bør lytte til og gøre brug af. Med afsæt i dette perspektiv er patienten og sygeplejersken gensidigt afhængige af hinanden. (Eide & Eide, 1999).

Patientinvolvering kan deles op i individuel patientinvolvering og organisatorisk patientinvolvering (Jönsson et al., 2013; Lomborg, Bregnballe, Rodkjær, Handberg, & Ågård, 2015). *Individuel patientinvolvering* er en praksis hvori patienternes viden, behov og præferencer og indgår i et partnerskab med den sundhedsprofessionelle (Jønsson, Baker, Jacobsen, & Pedersen, 2015). *Organisatorisk patientinvolvering*, her deltager patienterne i planlægningen af og organiseringen af sundhedsydelser (Jönsson et al., 2013)

Professor i filosofi på Institut for Filosofi og Idehistorie på Aarhus Universitet Uffe Juul Jensen, beskriver den moderne patient som værende ”autonom, oplyst og stiller krav” (Jensen, 2012)(p.15). Udviklingen af informationsteknologien har resulteret i, at mange søger informationer om nyeste behandlingsformer. Denne patientpraksis kan bidrage til, at øge patienternes kritiske bevidsthed dels for sundhedsvæsenet og dels for dens autoriteter (Jensen, 2012). Det er derfor vigtigt for den sundhedsprofessionelle, at undersøge og klarlægge den enkelte patients forhåndsviden og præferencer i forhold til et givent område, når denne skal involveres i eget behandlingsforløb. I en Kvalitativ undersøgelse af sundhedsprofessionelles opfattelse af hvornår patienterne involveres i egen behandling tyder på, at det ikke er helt lige til (Jönsson et al., 2013). Der er blandt de interviewede sundhedsprofessionelle divergerende opfattelser, af hvad patientinvolvering indebærer.

Det kan inddeles i 5 kategorier: ”1) passiv kommunikation – hvor patienten informeres løbende om sygdom og behandling og kan give informeret samtykke; 2) at møde patienten med en empatisk og personlig tilgang; 3) behandling af patienten med udgangspunkt i patientens egne behov, ønsker og viden; 4) aktiv kommunikation – hvor patienten har medbestemmelse og tager aktiv stilling til sin behandling og 5) patienten udfører sin behandling selv” (jönsson et al p. 33). Der er dog bred enighed blandt de sundhedsprofessionelle om, at patientinvolvering er positivt. Det giver patienterne ejerskab over deres behandling og øger compliance og patienttilfredshed (Jønsson et al., 2015)P. 3#).

Ovennævnte internationale studier underbygger, at individuel patientinvolvering leder til forbedret kvalitet i praksis gennem bl.a. bedre kvalitet af behandling, bedre complience, øget patient sikkerhed og øget livskvalitet hos patienten (A. P. Coulter, 2012; Weingart et al., 2011). Ud fra ovenstående er det relevant, at medtænke patienternes samt pårørendes ressourcer i relation til behandling og pleje i akutfunktionen. Coulter og Ellis konkluderer i et review fra 2007, når hensigten er, at styrke patienternes involvering i egen behandling, er det vigtigt at styrke patienternes sundhedskompetencer. Don Nutbeam professor i public health på University of Sydney, definerer ’Health literacy’ på dansk sundhedskompetencer, som patientens evne til, at forstå bearbejde og kritisk forholde sig til sundhedsinformationer eller omsætte disse til handling (Nutbeam, 2000). Med andre ord vil patienterne have svært ved, at drage nytte af patientinvolvering, såfremt de har underudviklede sundhedskompetencer (A. Coulter & Ellins, 2007) Det er problematisk, at de sundhedsprofessionelle har divergerende opfattelser af patientinvolvering når individuel patientinvolvering har en positiv effekt vedrørende at øge kvaliteten af behandling, complience, patientsikkerhed og livskvalitet og når målet er, som tidligere nævnt, at involvere patienterne ud fra deres behov, viden og præferencer. Ud fra ovenstående betragtning besidder patienterne en ressource, der er relevant at medtænke i beslutningsprocesser, hvor patienten og den sundhedsprofessionelle samarbejder om en specifik behandling relateret til kronisk sygdom.

Ydermere peger evidensen på, at den patientinvolverende tilgang leder til bedre udnyttelse af ressourcer (A. Coulter & Ellins, 2007). Dette gør det attraktivt at investere - set både i et økonomisk såvel som i et patient perspektiv. Samlet er det et problem, at der ikke er entydighed i forhold til hvad patientinvolvering er, når nu det lader til, at patientinvolvering har et positivt potentiale.

Individuel patientinvolvering, som fremadrettet benævnes patientinvolvering, bliver af Jønsson, Baker, Jacobsen, & Pedersen, 2015 defineret som en praksis, hvori patienternes viden, behov og præferencer indgår i et partnerskab med den sundhedsprofessionelle, vil være genstand for yderligere undersøgelse i den kommunale akutfunktion.

## Patientperspektivet

Patientperspektivet er vigtigt at få belyst i en indsats, da patienter oplever situationer anderledes end de sundhedsprofessionelle (Thorgård, 2012)(p. 31#). Dette kan forklares med afsæt i antropologen Arthur Kleinmans begreber ’illness’ (=lidelse) og ’disease’ (=sygdom) (Kleinman, 1988). Begreberne afspejler forskellige kulturers forestillinger, erfaringer og aktiviteter relateret til sundhed, lidelse, sygdom og behandling (Kleinman, 1988).

Han forklarer, med afsæt i den medicinske antropologi, at lidelsesbegrebet er subjektiv og lægfolks forklaring på sydom, årsager, behandling og prognose. Forklaringen er kulturelt formet af deres baggrund, deres livserfaring og livshistorie. Den sundhedsprofessionelle forklarer sygdom med afsæt i deres sundhedsvidenskabelige kultur og erhvervserfaring således også sygdommens årsager, behandling, og prognose (Kleinman, 1988). Kleinman har dermed fokus på både læg- og sundhedsprofessionelles perspektiv på sygdom. Med afsæt i Kleinmans teori er patientperspektivet kulturelt formet. Det er derfor relevant ikke kun at fokusere på individet, men også på individets omgivelser, herunder at indsatser også rettes mod det miljø hvori individet befinder sig. Dette stemmer overens med litteraturen hvor López et al. og Shepperd et al. og Cobley, Fisher, Chouliara, Kerr, & Walke betoner de nære omgivelser samt pårørende som værende en vigtig ressource og samarbejdspartner. Idet sundhed skabes der hvor patienterne lever og bor, bør der ikke kun fokuseres på individet, men også på individets omgivelser. I henhold til udviklingspskykologen Uri Brofenbrenners (1917-2005) udviklingsteori, udvikler mennesket sig i multiple miljøer.

Med afsæt i det økologiske perspektiv, der fokuserer på vigtigheden i, at sundhedsfremmende og forebyggende tiltag skal indsatsen også rettes mod det miljø individet befinder sig i (K. R. McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). Tiltag der rettet mod patienternes sundhedsadfærd bør inddrage 5 niveauer;

1) den enkelte patienten, det omhandler patientens adfærd, viden og færdigheder,

2) de interpersonelle relationer omhandler de formelle og uformelle sociale relationer.

3) organisatoriske strukturer omhandler de organisationer der kan have indflydelse på en given sundhedsadfærd.

4) lokalsamfundet er patientens nærområde og

5) offentlige politikker der har indflydelse på patienternes sundhedsadfærd.

Alle 5 niveauer indeholder elementer der kan understøtte positiv såvel som negativ sundhedsadfærd (K. R. McLeroy et al., 1988).

Ud fra ovenstående begreber er det vigtigt at undersøge og klarlægge patientens perspektiv på sundhed, lidelse og sygdom såvel som sociale relationer og miljøet omkring patienten.

Når der i den akutte funktion arbejdes i både tværsektorielt og i patienternes hjem, vil der givet vis være divergerende perspektiver på sundhed og det kan være en barriere for sundhedsarbejdet. I den biomedicinske tilgang er sundhed fravær af sygdom. Denne objektive tilgang præger sundhedsvæsenet og kaldes også for apparatfejlmodellen. Den er problematisk, da sundhed og rask ikke er hinandens synonymer (Møller, 2009) derudover mangles patienternes subjektive oplevelse af sundhed. Modsat er sundhed subjektiv i sundhedsrelativismen (Møller, 2009). Det er individet selv der bestemmer, hvad der er sundhed og bestemmes ud fra individets egne præferencer og overbevisninger. Den enes forståelse af sundhed er ikke mere sand end den andens i sundhedsrelativismen. Denne tilgang er interessant, da den fordrer en nysgerrighed på, hvad sundhed betyder for den enkelte (Møller, 2009). Sundhed i denne forståelse er et relativt begreb, altså tidsbestemt af samfundets historicitet, kultur og tendenser (Møller, 2009). I mødet med sundhedsvæsenet kan denne tilgang være problematisk, da det kan medføre manglende forståelse for hinandens perspektiver og kan lede til misforståelser.

Et tredje perspektiv på sundhed er ”det åbne sundhedsbegreb”. Lektor på instituttet for filosofi ved Aarhus universitet Steen Wackerhausen placerer sig med ”det åbne sundhedsbegreb” mellem det biomedicinske og sundhedsrelativismen. Ifølge Wackerhausen er sundhed ”evnen til at indfri egne mål under givne livsbetingelser” (Steen Wackerhausen p 49) herunder skelnes der mellem individers ægte og uægte mål, et uægte mål udspringer ikke fra subjektet egne selvbestemmelse, hvorimod et ægte mål udspringer uden tvang fra individet selv (Steen Wackerhausen). Denne tilgang betyder, at den sundhedsprofessionelle altid skal indholdsbestemme ”det åbne sundhedsbegreb” i samarbejde og med respekt for individets egne mål og dennes livsbetingelser (Møller, 2009). I studiet ”home as a health promotion setting for older adults” stilles der spørgsmål ved om sundhedspersoner, der arbejder i borgerens hjem kun har det forudbestemte sundhedsarbejde som mål eller om de anskuer hjemmet som en personlig kontekst hvori de sammen med borgen kan skabe en oplevelse af deltagelse og partnerskab (Mahler et al., 2014). Ud fra denne anskuelse åbnes der op for muligheden for opbygning af sociale relationer mellem borger og evt. social og sundhedshjælper, herunder at de kan opnå en rolle som ressourceperson i mangel af samme, for borgeren.

Det kan ud fra ovenstående opsamles, at der i et tværsektorielt samarbejde som akutfunktionen, er vigtigt at samarbejdspartnerne har samme mål for øje og samme perspektiv på sundhed og sygdom for at undgå misforståelser. Samt at de sundhedsprofessionelle anlægger et helhedsorienteret perspektiv, da patienten og eventuelt nære ressourcepersoner i et systemisk perspektiv anskues at være en del af en større kontekst. Derfor bør sundhedsprofessionelle, jævnfør ovenstående, udvise lydhørhed over for patienternes perspektiv på lidelse, sygdom og sundhed og derudfra tilpasse sundhedsvæsenets ydelser til dennes behov og præferencer i den kontekst hvori patienten befinder sig. Ovenstående problemanalyse har vist, at der er flere og væsentlige gevinster ved involvering af patienten i tilrettelægning af en indsats. Patienterne opnår bedre kvalitet i behandlingen, øget complience, øget livskvalitet, patientsikkerhed samt bedre udnyttelse af ressourcer. Derfor findes det problematisk, at netop dette er helt undladt i en indsats, der er implementeret i mange kommuner og væsentligt at undersøge nærmere. Der tages i nærværende speciale udgangspunkt i den ældre patient i aldersgruppen 65+ årige med én eller flere kroniske sygdomme. Det kommunale akutteam er et komplekst tiltag og hvilke opgaver de løser er af akut såvel som kompleks karakter. Derudover kan opgaverne varierer som følge af de kompetencer akutsygeplejerskerne bringer med sig. Som tidligere er nævnt, er det vigtigt, at den komplekse intervention tilpasses og individualiseres til den konkrete kontekst. Derfor findes det i nærværende speciale interessant, at undersøge hvordan det ud fra et patienten perspektiv opleves, at blive involverede i egen behandling i det kommunale akutteam.

# Problemformulering

Hvordan oplever de 65+ årige med én eller flere kroniske sygdomme i det kommunale akutteam, at blive involverede i monitorering og behandling af egen sygdom?

Og hvordan kan patienternes oplevelser i et forandringsperspektiv, bidrage til en involverende tilgang til patienterne i det kommunale akutteam?

# Forandringsperspektivet

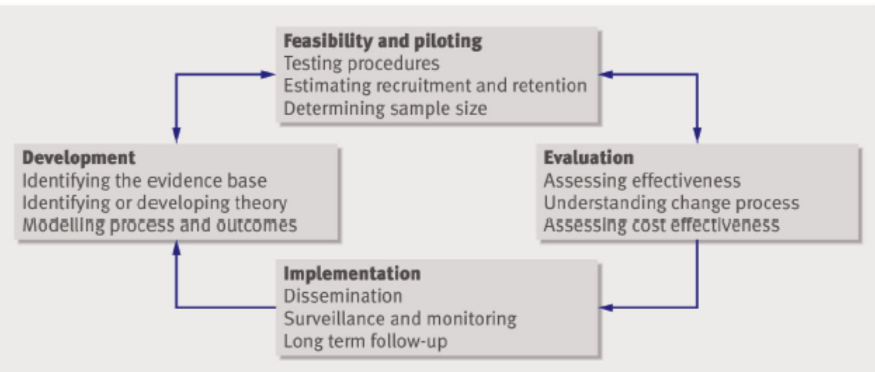
Det overordnede formål med indeværende speciale er forandring af en indsats.

De kommunale akutteams skal ifølge deres værdigrundlag involvere patienterne og dennes pårørende samt sikre dem en værdig behandling (SST, 2017). Patienternes perspektiv på involvering og behandling vil være genstand for undersøgelse med henblik på at se et forandringspotentiale i de sundhedsprofessionelles kompetencer og praksis.

Specialet er inspireret af denne guideline, og anvender således denne til strukturering af nærværende speciale og til udarbejdelsen et sundhedsfremmende tiltag.

## Udvikling af kompleks indsats

Komplekse indsatser er udbredt indenfor det sundhedsfremmende arbejde. En kompleks intervention er når der Komplekse interventioner er karakteriseret ved at bestå af flere interagerende komponenter (Craig et al., 2008). Enkelte komponenter er standardiserede, mens andre komponenter kan være mere fleksible eller individualiserede (Craig et al., 2008). En kompleks intervention kan omfatte både flere målgrupper og flere organisatoriske niveauer (Craig et al., 2008). Centralt ved den komplekse intervention er, at den interagerer med den kontekst, hvori den praktiseres (Craig et al., 2008). Den komplekse intervention virker bedst, når den tilpasses den enkelte kontekst, end hvis den er fuldstændig standardiseret (Craig et al., 2008). En indsats som det kommunale akutteam er en kompleks indsats, da den indbefatter mange flere faggrupper, organisatoriske niveauer samt patienter og dennes netværk. Yderligere skal en indsatsen rettet mod patienten tilpasses den enkeltes situation, samt individets omgivelser og de samfundsmæssige forhold der har indflydelse på individets sundhedsadfærd. I 2008 udgav det engelske forskningsråd ”Medical Research Council” (MRC) en revideret og udvidet guideline, for hvorledes udvikling og evaluering af komplekse interventioner bør udføres (Craig et al., 2008). Overordnet består MRC guideline for evaluering og udvikling af en kompleks intervention af fire faser (Craig et al., 2008) se figur 1. Det er ifølge MRC anerkendt at arbejde med faserne lineært som cirkulært (Craig et al., 2008)I nærværende speciale er fokus på evaluering, udvikling og implementeringsfasen.



Figur 1 : De fire faser i MRC guideline for evaluering og udvikling af en kompleks intervention (Craig et al., 2008).

## Evaluering

Evalueringsfasens formål er at undersøge hvor der ses et forandringspotentiale. Heri anbefaler MRC guidelines at der udføres en procesevaluering, med det formål at forstå virkningen af en indsats (Craig et al., 2008). Dog vil der i nærværende speciale foretages en vurdering af patientinvolvering i monitorering og behandling af egen sygdom i det kommunale akutteam. Specialets problemanalyse er vurderingens planlægningsfase, denne bidrog til en bred forståelse for nogle af de problemstillinger der er med patientinvolvering i praksis både gennem danske og udenlandske studier og rapporter. Indsatsen der er genstand for undersøgelse er patientinvolvering i det kommunale akutteam, med det formål at forbedre de sundhedsfaglige personales kompetencer. Der er på baggrund af problemanalysen udarbejdet en problemformulering der er udformet som to spørgsmål. Det første spørgsmål vil blive belyst gennem et teorifortolkende casestudie. En analyse af den indsamlede data vil bidrage til en forståelse for og identificering af udviklingspotentiale.

## Udvikling

Udviklingsfasen i MRC’s guideline består af tre trin (Craig et al., 2008). I indeværende speciale er der fokus på de to første trin; identificering af eksisterende litteratur, identificering af teori som består af, at anvende eksisterende evidens og teori, og om nødvendigt at supplere med ny forskning. Det centrale i denne fase er at der trækkes på eksisterende viden med henblik på, at opbygge en teoretisk forståelse for hvad det er der sker i forandringsprocessen, for derefter at teste dem omhyggeligt med henblik på at afdække problemområder. I nærværende speciale anvendes casestudie der med afsæt i et borgerperspektiv, at belyse problemområder analyseret ud fra Pierre Bourdieu. Derefter inkluderes fundne udviklings elementer fra den systematiske litteratursøgning samt resultaterne fra de kvalitative interview med henblik på, at udvikle hvorledes akutsygeplejerskerne kan arbejde systematisk med involvering af patienterne i behandling og monitorering af egen sygdom i hjemmet.

# Teoretisk referenceramme

I dette afsnit redegøres for nærværende speciales videnskabsteoretiske referenceramme,

Med afsæt i socialkonstruktivismens epistemologiske udgangspunkt der beror på, at viden om verden er socialt konstrueret, at al viden er fortolkningsviden hvorved de sociale interaktioner mennesker imellem danner grundlag for erkendelsen af viden (fuglsang og olsen’09).

## Fænomenologisk hermeneutik

Da problemformuleringen fordrer forståelse for patientens subjektive oplevelse med, at modtage behandling og pleje herunder patientinvolvering af det kommunalt akutteam, har jeg valgt at forankre den videnskabsteoretiske referenceramme med afsæt i Hans Georg Gadamers hermeneutiske perspektiv. Det er patienternes I Gadamers perspektiv på hermeneutikken er forforståelsen essentiel og nødvendig for at kunne forstå omverdenen (Gadamer, 2004). I Gadamers forståelse er objektiv videnskab en illusion, da forforståelsen er allestedsnærværende (Gadamer, 2004).

Forforståelsen er ifølge Gadamer altid i spil og ofte foregår den ubemærket, den er menneskets egen opfattelse af det de gør, herunder den mening de tillægger deres oplevelser (Gadamer, 2004).

Da forforståelsen ikke kan fralægges er det således også undertegnedes forforståelse der har dannet baggrund for specialets udformning, herunder baggrunden for problemanalysen, problemformuleringen og fremadrettet den metodiske fremgangsmåde i specialet.

Forforståelsen forklares af Gadamer gennem begrebet situation. Situation er det ståsted der udgør vores forståelsesramme (Gadamer, 2004). Det er det udgangspunkt hvorfra ét individ ser eller forstår et andet individ i en forståelseshandling (Vallgårda & Koch, 2013a). Et individs situation er i dette perspektiv altid et resultat af sin sociale baggrund, historicitet, uddannelse og køn (Vallgårda & Koch, 2013a). Med andre ord, er individets forståelse ikke ubetinget men, altid betinget af vores forforståelse.

Horisont som begreb anvender Gadamer til, at definere rækkevidden af individets synsfelt. Synsfeltet indbefatter alt det der er synligt fra ét bestemt ståsted (Gadamer, 2004). Individer har iflg. Gadamer ikke et fast ståsted som følge heraf er horisonten også dynamisk og foranderlig (Gadamer, 2004).

Forståelsen fremkommer når to horisonter mødes. Hvor individerne erkender forskelle og ligheder dannes det Gadamer kalder for horisontsammensmeltning (Gadamer, 2004). Der er i mødet med det der ikke umiddelbart begribes at nye erkendelser fremkommer. I nærværende speciale er hensigten at opnå en horisontsammensmeltning mellem undertegnede og informanterne med henblik på at opnå en dybere forståelse af patientperspektivet, kompleksiteten af og udviklingspotentialet for ældre patienter der modtager behandling og pleje af det kommunale akutteam.

## Forforståelse

I forlængelse af specialets videnskabsteoretiske ståsted vil undertegnedes forforståelse blive beskrevet. Det er vigtigt, at opnå en bevidsthed om ens egen forforståelse for, at kunne sætte den i spil. I den hermeneutiske tilgang vil forskningsprocessen blive påvirket bevidst eller ubevidst, og kan derved opsætte grænser for egen forståelseshorisont. En beskrivelse af min forforståelse vil ligeledes synliggøre overfor læseren og give et indblik i, hvordan jeg har ladet min forforståelse påvirke forskningsprocessen, hvilket vil øge transparensen og dermed også metodekvaliteten i specialet (Tanggaard & Brinkmann, 2015a).

Min faglige forforståelse er min egen erfaring gennem 12 års virke som sygeplejerske.

Hvor jeg gennem ca. 8 år har arbejdet inden for akut medicin. Således har jeg både modtaget patienter og indimellem udskrevet dem til eget hjem eller videre behandling i hjemmet. Det er min oplevelse, at ikke alle patienter havde forståelse for hvorfor, der kan opstå opblussen i deres kroniske sygdom, eller hvilke behandlingsstrategier de kan benytte sig af ved forværring. Det er noget der er årsag til stor undring, at patienter der har levet med kronisk sygdom i længere tid, ikke har større viden og handlefærdigheder om forværring og bedring af deres tilstand. Det er også min fordom, at de patienter der har økonomisk overskud og stærke relationer, ikke oplever indlæggelse som værende restituerende, dette grundet mange forstyrrelser fra medpatienter, personale og fra rytmen på sygehusafdelingen. Denne gruppe opleves som meget ivrige efter, at komme hjem. Jeg forventede at finde, forskel i forventning om involvering i behandling og pleje afhængig af alder og uddannelsesniveau. Herudover er det min oplevelse, at ikke alle patienter var trygge ved en tidligere hjemsendelse og anskuede det som en forringelse af kvaliteten, at de ikke forblev indlagte til behandlingen afsluttes.

Mine erfaringer som sygeplejerske har jeg brugt aktivt ved, at være bevidst om min egen forforståelse og forholde mig åben i min tilgang til interview, netop med henblik på at sætte forforståelsen i spil og forståelseshorisonten i bevægelse. Jeg er også bevidst om, at mine erfaringer som sygeplejerske kan medføre, at nogle besvarelser ikke udforskes yderligere, da de forekommer naturlige for undertegnede, men ikke ville være selvfølgeligt for lægmand. kdkdlkil øge transparensen i speved at have en mig åbenståelse påvirke forskningsprocessen, hvilket vil øge transparensen i spe

# Metode

Derefter præsenteres og begrundes specialets teorifortolkende casestudie. Dernæst præsenteres den økologiske model med afsæt i McLeroy et al (K. R. McLeroy et al., 1988) , som vil danne baggrund for indsamling af empiri og udgør en del af specialets forforståelse. Slutteligt bliver litteraturstudiet beskrevet, indsamling af empiri og analysestrategi samt etiske overvejelser.

## Casestudie

Indenfor casestudie kan der skelnes mellem 4 typer cases teorifortolkende, afteoretiske, teorigenererende og teoritestende casestudie (Antoft & Salomonsen, 2007). Forskellen består i hvorvidt formålet er at generere ny empirisk eller ny teoretisk viden samt om den videnskabelige tolkning af et givent casestudie tager afsæt i empirisk viden og data eller om det tager afsæt i teoretisk viden. Det er sjældent at et casestudie kan defineres som værende 100% det ene frem for det andet og vil ofte indeholde elementer fra flere af de forskellige typer (Antoft & Salomonsen, 2007).

I nærværende speciales problemformulering tages der udgangspunkt i borgere i aldersgruppen 65+, med kronisk sygdom og som har været i kontakt med kommunalt akutteam. Herunder deres oplevelse af involvering i deres behandling og pleje. I et casestudie anskues et fænomen som komplekst, når det formodes, at der ikke er en klar skillelinje mellem fænomen og kontekst (Antoft og Salomonsen 2007) hvorfor casestudie findes relevant til, at undersøge specialets problemstilling. Et casestudie er en undersøgelse af et givent fænomen i en social kontekst hvor fænomenet udfolder sig. I dette speciale forstås fænomenet som involvering i behandling og pleje og konteksten forstås som patientens livsverden (Antoft & Salomonsen, 2007). Med afsæt i Problemanalysen og problemformuleringen ønskes at skabe ny empirisk viden ud fra hvordan patienterne oplever at blive involverede i den behandling og pleje de modtager fra det kommunale akutteam

I nærværende speciale forekom det teorifortolkende casestudie velvalgt, med bevidstheden om, at casestudier sjældent fremgår som rene former, hvorfor der kan forekomme elementer fra flere af casestudietyperne (Antoft & Salomonsen, 2007). Det teorifortolkende casestudie finder sted, som en fortolkningsproces mellem den empiriske case og det teoretiske univers, hvor det primære formål er at generere ny empirisk viden (Antoft & Salomonsen, 2007).

Det er i nærværende speciale valgt, at belyse problemformuleringen gennem et kvalitativt casestudiedesign, herunder et single-casestudie, som indbefatter patienter, der enten har været i behandling eller blevet vurderet af det kommunale akutteam i en mellemstor jysk kommune. Dette præsenteres senere i afsnittet case beskrivelse og præsentation af informanter. Hensigten er at undersøge patienternes subjektive oplevelse af involvering i behandling af egen sygdom af det kommunale akutteam. Et casestudie er en empirisk analyse, der undersøger et fænomen i den sociale kontekst, hvori fænomenet udfoldes, og det anses derfor som et relevant design, når der formodes, at være en sammenhæng mellem fænomenet og konteksten (Antoft & Salomonsen, 2007).

På baggrund af problemanalysen og problemformuleringen har indeværende speciale til hensigt, at undersøge hvordan den ældre kronisk syge patient, med en eller flere kroniske sygdomme oplever, at blive involveret i monitorering og behandling af egen sygdom. Dernæst at skabe kvalitativ empirisk viden om, hvordan de sundhedsprofessionelle i det kommunale akutteam, i et forandringsperspektiv, kan arbejde med patientinvolvering. Specialet har en induktiv og abduktiv tilgang til indsamling af empiri, og forholder sig derved åben overfor nye perspektiver, der måtte fremkomme undervejs. Derefter vil nærværende speciale, antage en mere teorifortolkende tilgang (Antoft & Salomonsen, 2007), hvor Bourdieu anvendes som teoretisk referenceramme, og hvor teorien kan bidrage til en uddybende analyse af de oplevelser, der fremkommer af empirien.

Selv om casestudiet er kontekstspecifik og unik, er det muligt at drage en mere generel tendens gennem analytisk generalisering (Antoft & Salomonsen, 2007). Den analytiske generalisering kan finde sted gennem en sammenligning af casen og andre cases, herunder om der er dimensioner og sammenhænge, der går på tværs af cases (Antoft & Salomonsen, 2007). Casestudiets egenskab til analytisk generaliserbarhed findes relevant, i forhold til at tydeliggøre en mere generel tendens i relation til nærværende speciales problemstilling.

## Case beskrivelse

### Præsentation af konteksten for indsatsen

Kommune som undersøgelsen foregår i er en mellemstor jysk kommune.

Akutfunktionen i kommune har eksisteret siden 2014 og består af både akutsenge og et akutteam. Akutteamet er en selvstændig enhed og indgår ikke i den daglige drift. Det har den fordel, at de modsat hjemmesygeplejen, ikke har et planlagt program, når de møder i vagt, deres formål er, at tage sig af akutte opgaver, der løbende bliver meldt. Da akutsygeplejerskerne ikke på forhånd kender deres arbejdsopgaver ligger dokumentationsarbejdet ofte sidst på vagten.

Der er 4 sygeplejersker ansat i akutteamet. Akutteamet er fysisk placeret på et plejehjem, der også huser 10 akutsengene og 20 ”midlertidige opholdspladser” (MTO). Der er ansat én ansvarshavende sygeplejerske og Social og sundhedsassistenter til at varetage plejen og behandlingen af både akutsengene og de midlertidige opholdspladser.

Akutsygeplejerskernes fysiske placering giver mulighed for, at være tæt på de patienter der har behov for tæt observation og pleje, samt mulighed for, at supervisere social og sundhedsassistenterne efter behov.

Det er både læger og sygeplejersker i henholdsvis primær og sekundær sektor, der kan henvise borgere til akutteamet, men det er kun kommunens visitatorer, der kan visitere til en MTO plads. Akutsygeplejersken kan, efter en sygeplejefaglig udredning vurdere, hvilken indsats der er behov for. Sammen med patienten og evt. pårørende lægges en handleplan for videre behandling eller monitorering af almen tilstand. Har patienten behov for yderligere undersøgelse af læge og eller tæt observation og pleje, kan akutteamet enten tilkalde patientens egen læge og/eller indlægge borgeren på en akutplads. Opholdet på en akutplads kan variere fra 1-2 uger. Forud for indlæggelse i en akutseng forventningsafstemmer akutteamet og formulerer mål for sygeplejefaglige problemstillinger både med patienten og evt. med dennes pårørende. Herudover udarbejder borgere, der modtager indsats fra akutteamet, i samarbejde med akutsygeplejersken handleplaner for afdækkede problemstillinger.

Akutsygeplejerskerne er meget opmærksomme på egne kompetencer samt hvornår der er behov for, at involvere samarbejdspartnere f.eks. patientens egen læge. Praktiserende læger i kommune benytter sig ofte af, at sende akutteamet ud med henblik på, at vurdere patienten og på ordination evt. udføre urin eller blodprøver. Afhængig af patientens tilstand kan sygeplejersken i samarbejde med lægen og patienten observere/vurdere patienten dagen efter, eller om vedkommende skal indlægges enten på akutplads eller på sygehuset.

Det er et krav, at sygeplejerskerne skal have akut erfaring og kunne varetage kompleks og speciel sygepleje indsats. Herudover skal de kunne supervisere og vejlede kommunens øvrige sundhedsprofessionelle. Adspurgt om hvorledes akutsygeplejerskerne vedligeholder eller udvikler deres kompetencer, er dette meget begrænset. Der er indimellem fælles undervisning og temadage eksempelvis KOL dag hvor en sygeplejerske fra sygehuset underviste heri.

Yderområderne er tilbageholdende med, at tilkalde akutteamet dette kan ifølge nøglepersonen skyldes, at hjemmesygeplejersker i yderområderne ofte er mere erfarne og vant til, at klare mange situationer selv. Der blev under et møde fremhævet en hændelse hvor hjemmesygeplejerskerne har oplevet, at blive mødt med ”kan det vente?” hvis der eksempelvis blev taget kontakt til akutteamet sidst på en vagt hvor akutsygeplejerskens dokumentation typisk er placeret. Denne og andre problemstillinger, der løbende opstår i samarbejdet kan tages op på møder for nøglepersoner fra de forskellige områder. Disse møder bliver afholdt hver 3. måned, hvor problemstillinger, samt usikkerheder om arbejdsgange afklares.

## Informanter

Kort efter der blev etableret kontakt til det kommunale akutteam blev der udarbejdet en samarbejdsaftale med det kommunale akutteams leder i henhold til potentielle etiske problematikker, samt indhentet formel tilladelse til indsamling af empiri gennem akutteamet. Samarbejdsaftalen fremgår af bilag 1. Lederen etablerede derefter kontakten til nøglepersonen for det kommunale akutteam. Nøglepersonen fik udleveret inklusionskriterierne og informerede de andre akutsygeplejersker om projektet.

|  |
| --- |
| **Inklusionskriterierne:** |
| - mentalt velbevarede |
| - have kronisk sygdom |
| - have været indlagte og i kontakt med det kommunale akutteam inden for den sidste måned. |
| -65+ årige |

Akutsygeplejerskerne kontaktede derefter de patienter, der imødekom ovennævnte inklusionskriterierne. Her blev patienterne adspurgt om, de var interesserede i at deltage i et interview i forbindelse med nærværende speciale og indhentede mundtligt samtykke til, at undertegnede kunne kontakte dem med henblik på interview.

## Indsamling af empiri

I nærværende speciale blev der udført semi-strukturerede individuelle interviews. Et interview kan betragtes som en social interaktion mellem to eller flere personer, som giver forsker adgang til menneskers livsverden - herunder deres oplevelser af fænomener inden for den kontekst, hvor fænomenet foregår (Tanggaard & Brinkmann, 2015b). Fordelen ved en interviewundersøgelse er, at den giver mulighed for at koncentrere sig om individets opfattelse af fænomener, situationer og begivenheder (Tanggaard & Brinkmann, 2015b). Således kan det individuelle interview bidrage til, at forstå patienter, der har modtaget behandling af det kommunale akutteam, deres oplevelse af at blive involverede i egen behandling eller monitorering heraf.

## Interview

I nærværende projekt blev der udført semi-strukturerede interviews ud fra en interviewguide, se bilag 2. Interviewguiden havde til formål at belyse specialets problemformulering, patienternes perspektiv på patientinvolvering samt forskers forforståelse - herunder den økologiske model (K. McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). Opbygningen af spørgsmål tager udgangspunkt i den økologiske model som tidligere præsenteret. Herudover havde interviewguiden det formål, at skabe struktur i interviewforløbet, da den typisk indeholder en oversigt over emner, der skal dækkes, samt forslag til spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewguiden blev I nærværende speciale konstrueret med afsæt i det teorifortolkende casestudie, herunder den abduktive tilgang, indebærende en vekselvirkning mellem teori og empiri. Disse blev operationaliseret til mindre abstrakte interviewspørgsmål, således at de blev præsenteret i et kort og præcist hverdagssprog. Samtidig, blev der tilstræbt en åben og induktiv tilgang til patienternes oplevelse af forløbet I det kommunale akutteam med åbenhed for relevante nye emner. Interviewguiden struktureredes ud fra Laila Launsø, Leif Olsen og Olaf Riebers 3 faser af et forskningsinterview:

1.fase:

Handler om at skabe kontakt og tillid til informanten også kaldet ”den indledende fase” Her kan interviewer præsentere sig selv og kort ”briefe” om undersøgelsens formål, og hvorfor informanten er udvalgt til deltagelse i undersøgelsen(Launsø, Olsen, & Rieper, 2011). Det er således også i denne indledende fase indhentet skriftligt samtykke samt informeret om lydoptagelse under interviewet og om anonymisering af informanten.

2. fase:

Omhandler spørgsmål der ønskes besvaret i undersøgelsen (Launsø et al., 2011). Herunder at besvare anden del af problemformuleringen fra et patientperspektiv fyldestgørende.

3. fase:

Afslutningsvis omhandler denne fase en god afrunding for informanten. Herunder at informanten fik mulighed for selv at komme med oplysninger eller uddybning til emner, der er behandlet under interviewet (Launsø et al., 2011).

Der er i specialets interviewguide skelnet mellem forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål (Launsø et al., 2011). Forskningsspørgsmålene havde til hensigt at besvare problemformuleringen. Forskningsspørgsmålene er ikke udformede til direkte anvendelse i en interviewsituation, da de ofte forekommer abstrakte for informanten. Derfor operationaliseres interviewspørgsmålene til mere mundrette og hverdagsnære spørgsmål herudover ønskedes mere konkrete beskrivelser af oplevelser med andre ord illustrative beskrivelser, med det formål at frembringe spontane beskrivelser fra patienten (Tanggaard & Brinkmann, 2015b). Herudover kan interviewspørgsmål formes som indledende, opfølgende eller sonderende spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann, 2015b). De indledende spørgsmål har til hensigt at frembringe spontane beskrivelser fra patienten f.eks. ”kan du fortælle om dengang du…”. Hvor sonderende spørgsmål har karakter af opfølgende spørgsmål ”kan du sige mere om det?” eller ”hvad skete der så?”, og giver derved mulighed for at forfølge informanternes besvarelser og indhold (Tanggaard & Brinkmann, 2015b).

Interviewguiden blev testet i praksis via 3 uafhængige pilotinterview, der havde det formål at afklare spørgsmålenes forståelighed, entydighed, misforståelser og uhensigtsmæssige formuleringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Pilotinterviewet blev udført på et ægtepar. Manden var 75 år og damen 70 år. De blev vurderede egnede til pilotinterview da begge var over 65 år. Parret blev interviewet hver for sig. Undertegnede noterede både under og efter interviewet problemområder og eventuelle forslag til revideringer af interviewguiden. Efterfølgende fik parret hver for sig mulighed for, at uddybe indviklede eller uforståelige formuleringer samt deres oplevelser af interviewet. På baggrund af pilotinterviews blev interviewguiden revideret, hvor enkelte spørgsmål udgik eller blev omformulerede. Derudover tilstræbtes en interviewvarighed på 30-40 min, grundet bevidstheden om, at informanterne er ældre mennesker, kronisk syge og for nyligt været indlagte.

## Transskribering

Transskriberingen havde til formål at transformere det kvalitative interview fra talesprog til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2009). Transskriptionen udgør en dokumentation af interviewet og muliggør belysning og analyse af problemstillinger med det formål at besvare specialets problemformulering (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewene blev optaget ved brug af en diktafon. Transskriberingen var det første skridt i analysen. Den blev udført for, at skabe struktur og forme interviewsamtalerne så de senere kunne analyseres på (Kvale & Brinkmann, 2009). Der blev i projektet udarbejdet transskriptionskonventioner (se bilag 3) til transskriberingsarbejdet. Dennes formål var at skabe struktur og ensrette fremgangsmåden i transskriberingsprocessen.

For at sikre reliabiliteten af transskriptionerne, blev de efter udførsel gennemtjekket af en udeforstående studiekollega. Dette blev gjort ved, at lave såkaldte stikprøver, hvor gennemtjekkeren hørte passager fra interviewene og så om transskriberingerne stemte overens med disse. Således blev det rettet til, hvis der blev fundet områder der ikke stemte overens med transskriberingsproceduren. I nærværende speciale blev transskriberingen udført med fokus på forståelsen af det sagte i interviewet. Dette blev ligeledes kontrolleret af gennemtjekkeren. Årsagen til denne fremgangsmåde var, at der i analysen blev gjort brug af meningskondensering til at finde temaer i udtalelserne. Derfor blev det vurderet, at transskriptionen blev så præcis som mulig, uden at meningen gik tabt.

## Analysestrategi

I det følgende afsnit redegøres for valget af analysestrategi. En kvalitativ undersøgelse kan indebære et relativt stort empirisk materiale, hvorved en analysestrategi kan anvendes til, at skabe overblik og struktur i det kvalitativt indsamlede data. I nærværende speciale blev det valgt, at anvende den økologiske model som ramme for den manuelle kodning af de 5 interview, for herefter at foretage en meningskondensering (Tanggaard & Brinkmann, 2015b)Kodningen var overvejende teoristyret, men også delvis datastyret og blev foretaget ved, at gennemlæse transskriptionerne og inddele indholdet i 5 temaer som tidligere nævnt i den økologiske model; 1) Viden færdigheder der påvirker sundhedsadfærd; 2) Formelle og uformelle relationer 3) organisatoriske strukturer der påvirker sundhedsadfærden. 4) Lokalsamfundet og 5) organisatoriske strukturer, der har indflydelse på patientens sundhedsadfærd (K. R. McLeroy et al., 1988).

At foretage en meningskondensering var relevant i henhold til, at skabe overblik over det empiriske materiale. Den anvendes til ,at sammenfatte interviewpersonernes udtryk til korte udsagn, også kaldet meningsenheder (Kvale & Brinkmann, 2009). Disse meningsenheder vil i nærværende speciale være genstand for nærmere meningsfortolkning. Med afsæt i den hermeneutiske analysetilgang anvendes ” *Den hermeneutiske cirkel* ” som fortolkningsredskab (Kvale & Brinkmann, 2009). ”*Den hermeneutiske cirkel* ” illustrerer, hvorledes forståelse af delene i interview undersøgelsen opnås ved, at se dem i den helhed de indgår i, mens helheden tilsvarende forstås ud fra delene (Vallgårda & Koch, 2013b).

Der var ikke på forhånd valgt en teoretisk referenceramme forud for udarbejdelse af interviewguiden eller analysestrategien. Således var empirien styrende for valg af teoretisk referenceramme hvilket afspejler en induktiv tilgang til empirien.

Kodningen og kategoriseringen blev dels styret af den økologiske model og dels af informanternes subjektive oplevelser der fremkom under gennemlæsningen af transskriptionerne. Denne analyse strategi blev valgt for at få en struktureret tilgang til empirien. Samtidig med bestræbelserne på at forholde sig induktivt i kodningen, foregik det med bevidstheden om, at undertegnedes forforståelse har influeret opbygningen af interviewguiden. I den meningsfortolkende del af interviewanalysen blev undertegnedes faglige og teoretiske forforståelse sat i spil i henhold til den fænomenologiske hermeneutiske analysetilgang (Gadamer, 2004; Vallgårda & Koch, 2013a).

## Etiske overvejelser

I dette afsnit redegøres for de etiske overvejelser der er gjort i forbindelse med interview herunder de formelle etiske overvejelser.

## Formelle etiske overvejelser

Et grundlæggende etisk problemfelt ved de anvendte kvalitative metoder i nærværende speciale er, at de består af borgere kroniske lidelsers personlige liv og erfaringer, samt placerer private udtalelser i en offentlig arena (Brinkmann, 2015). Men trods potentielle problematikker, indebærer de anvendte kvalitative metoder potentialet til at belyse problemformuleringen (Brinkmann, 2015).

I nærværende speciale blev der medtænkt formelle etiske hensyn, i henhold til interviewene. Hertil kan nævnes den nationale videnskabsetiske komite (Brinkmann, 2015), men også datatilsynet, som er en statslig myndighed, der fører tilsyn med, at reglerne i persondataloven overholdes (Brinkmann, 2015)Der blev i nærværende speciale ikke rettet henvendelse til de to instanser, da det hører under et almindeligt human- og samfundsvidenskabeligt forskningsprojekt og ikke indebærer følsomme og fortrolige personoplysninger (Brinkmann, 2015).

Slutteligt blev Helsinki deklarationen ligeledes medtænkt i nærværende speciales etiske hensyn (World Medical Association, 2001). Deklarationen er etableret af Verdenslægeforeningen, og består af en række generelle etiske principper for medicinsk forskning, hvor mennesker indgår som forsøgspersoner. Eksempelvis, at borgerne skal være velinformeret, og at der skal indhentes mundtligt og skriftligt samtykke, samt beskytte de deltagende patienters privatliv og værdighed. Herudover blev der foretaget en vurdering af potentielle risici og ubehag for patienter, i forbindelse med indsamling af empiri, samt at de potentielle risici ikke måtte veje tungere end de mulige fordele (World Medical Association, 2001)

I forbindelse med de formelle etiske hensyn, blev der kort tid efter kontakten til lederen og nøglepersonen af det kommunale akutteam blev etableret, udarbejdet og udfyldt en samarbejdsaftale. Samarbejdsaftalen havde til hensigt at klarlægge rammerne for samarbejdet mellem det kommunale akutteam som praksiskontakt og undertegnede, samt sikre formelt samtykke. Samarbejdsaftalen er vedlagt som bilag 1

# Litteraturstudie

## Indledende litteratursøgning

I nærværende speciale inddrages videnskabelig litteratur med et ønske om at finde frem til foreliggende evidens på området, og derigennem opnå en dybere og bredere viden omkring specialets problemstilling. Hvordan kan akutteamet kan støtte patienten i behandling af egen sygdom herunder involvering og uddannelse af samarbejdspartnere og pårørende.

Indledende litteratursøgning har til hensigt at afsøge litteraturen for evidens på området for patientinddragelse herunder om problemstillingen er relevant for videre undersøgelse.

I den initierende fase blev der foretaget en indledende, bred emnesøgning i databaser som Google, bibliotek.dk, Aalborg universitetsbibliotek samt søgt på hjemmesider som Kommunernes landsforening, region midt og ældresagen Denne brede øgning er velegnet når problemet endnu ikke er veldefineret, og samtidig fås et større grundlag for identifikation af relevante kernebegreber der er anvendt i (Rienecker & Jørgensen, 2014).

## Systematisk litteratursøgning

Den systematiske søgning er udledt fra speciale problemformulering, og danner grundlag for speciale litteraturstudie.

Ifølge artiklen ”*En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger*” består den systematiske søgning af tre faser; søgestrategi, selve søgningen og den kritiske læsning (Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Oelholm, 2014). Der blev udarbejdet en transparent søgestrategi se 4 for at øge reproducerbarheden. Den systematiske søgning blev foretaget i perioden d. 11.04.17-16.04.17.

Den systematiske søgning blev udført som en bloksøgning (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). Blokkene er delt op i ”Participants, phenomenon of interest, Context” (Kilde XX) Denne søgning er velegnet til søgning i videnskabelige databaser. Blokkene Patient/kronisk syg, patientintervention/patient deltagelse og primær sektor/hjemmet udledt fra problemformuleringen. Efterfølgende blev der på baggrund af disse begreber foretaget en brainstorm og fundet relevante søgeord. I alle databaser blev der foretaget 3 systematiske søgninger. Den første søgning indebar facet A+B+C og anden søgning indebar facet A+C og B+C.

For at lave en præciseret søgningen, blev der hvis muligt fundet dækkende kontrollerede emneord, thesausus. Dette er en vigtig del i den systematiske søgning (Rienecker & Jørgensen, 2014). Thesaurus blev kontrolleret således, at de var placeret højt nok i emnetræet til at omfatte underforgrenede ord og synonymer.

Der blev søgt at foretage en ensartet søgning på tværs af databaserne, dog blev der suppleret med fritekstsøgning, i databaser hvor der ikke kunne findes dækkende thesarus. Dette var gældende i Sociological, Cinahl og Embase. I hver facet blev Thesaurus og evt. fritekstord kombineret med den boolske operator ’OR’, for at få en udvidet søgning. I mellem facetterne blev ’AND’ benyttet for, at indsnævre søgningen og samtidig gøre den mere præciseret i bilag 4.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cinahl | | | | |
| AND | | | | |
| OR | **Participants** | **Phenomenon of interest** | **Context** |  |
| (Mesh”Outpatients”)   * (Mesh ”patients”) * Mesh”Chronic disease”) | * (Mesh patient participation”) |  |  |
| Fritekst:  ”Chronic disease”  ”Chronic disease” | Fritekst: ”patient participation”  ”Patient involvement” | Fritekst: ”home setting”  ”Home health care” |  |

Figur: Eksempel på anvendte facetter, søgetermer og kontrollerede emneord.

## In- og eksklusionskriterier

Kriterierne for in- og eksklusion af studier til den systematiske søgning er dannet ud fra problemformuleringen samt forskningsspørgsmålene. For at få den nyeste viden på området blev studier fra før år 2000 ekskluderede.

Medicinske behandlingsmetoder blev udelukkede, da disse primært var eksperimentelle undersøgelser uden relevans for specialets undersøgelsesfelt. Desuden blev rehabilitering efter traume og psykiatri udelukket, da disse studier oftest var målrettede fysio eller ergoterapi. Dog kan det ikke udelukkes, at undertegnede dermed har overset relevante studier, men typisk vil det kommunale akutteam ikke blive inddraget i fysio- eller ergoterapiproblemstillinger. Præ- og postoperativ behandling blev ekskluderet, da specialet undersøger kronisk syge ældre. Det sidste eksklusionskriterium omhandlende telemedicin er det ikke usandsynligt, at der er udviklingspotentiale inden for området, men jeg har fokuseret på det kommunale akutteams indsats og dermed afgrænset mig fra telemedicinske interventioner.

|  |  |
| --- | --- |
| Inklusionskriterier | Eksklusionskriterier |
| * Patienter > 65 år * Studier der omhandler kronisk syge patienter * Studier der omhandler modeller eller metoder til patientinvolvering/patientdeltagelse * Studier på dansk, svensk, norsk, engelsk | * Studier før år 2000 * Studier udelukkende omhandlende involvering ift. medicinske behandlingsmetoder, rehabilitering efter traume eller psykiatri * Studier der omhandlede præoperativ eller postoperativ behandling * Studier der omhandler interventioner som er telemedicin (internet). |

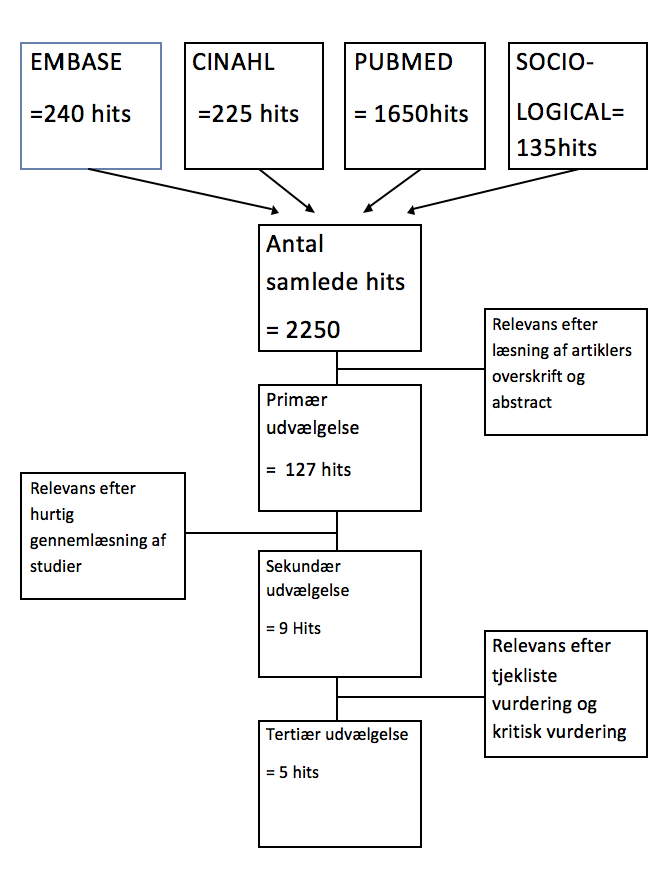
## Vurdering af artiklers relevans

Da en søgning altid vil indeholde mange hits, sorteres studierne fra ved vurdering af relevans gennem flere faser (Buus et al., 2008). Indledningsvis blev artiklerne vurderet ud fra titel og resumé. Ved anden sortering blev de tilbageværende gennemlæst for vurdering af relevans og duplikater blev frasorteret. Afslutningsvis blev der foretaget en kritisk læsning af de udvalgte artikler. Vurdering af de udvalgte artikler ses i bilag 5. Limits blev benyttet til reducering af antal studier ved søgninger, som gav mere end 400 hits. Hvornår og hvilke limits der benyttedes var en individuel vurdering, da der ikke findes retningslinjer herom.

De udvalgte studier fra den systematiske søgning blev slutteligt gennemgået med tjeklisten COREQ med det formål at kvalitetsvurdere studierne. Tjeklisten havde til formål at sikre, at standardiserede kriterier blev overvejet. Selv om et studie blev vurderet velegnet gennem tjeklisterne, var det ikke givet at de blev fundet egnet til, at belyse problemformuleringen. Derfor blev studierne efterfølgende kritisk vurderet ud fra, hvorvidt de kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen. Med afsæt i den samlede vurdering med tjeklister og egen kritiske vurdering, blev det vurderet, at de inddragede studier var egnede i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. For at højne specialets pålidelighed, er de udfyldte tjeklister fra de inddragede studier vedlagt som bilag 5.

### 

## Flowchart



## Referat af de 5 inkluderede studier

**Perceived control in health care: A conceptual model based on experiences of frail older adults (Claassens et al., 2014).**

Formålet i det Hollandske studie var, at undersøge skrøbelige ældres oplevelse af kontrol relateret til sundhedspleje. En kvalitativ interview undersøgelse med afsæt i groundet theory tilgang resulterede i en konceptuel model med begreberne: tillid til egne evner med henblik på, organisering af formel eller uformel pleje og forvalte egen sundhed herunder complience, støtte fra omgivelserne familie, venner og naboer. Støtte fra sundhedsprofessionelle og organisationer, herunder vigtigheden af, at informationer er strukturerede, målorienterede og kan bidrage til perspektivering.

Det fremkom af studierne, at de skrøbelige ældres oplevelse af kontrol var påvirkede af, de sundhedsprofessionelles personlige karakter. Herunder om de er oplever den sundhedsprofessionelle som imødekommende, forstående, lyttende og evnede være strukturerede således de har tid til den enkelte. Graden af hvor meget den ældre ønskede, at være deltagende i beslutninger omhandlende deres behandling varierede fra: tillid til behandlers diagnose og til at lægen informerer og den enkelte for derefter at træffe beslutning om evt. behandling. Fornemmelse af kommunikation på tværs af sundhedsprofessionelle var forbundet med tryghed.

Oplevelsen af kontrol var både associeret med egne evner men efterhånden som helbredet svigter i lige så høj grad en teamindsats i form af støtte fra omgivelserne både formel og uformel.

**Life memories and the ability to act: the meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness (Hedman et al., 2015)**

Formålet med studiet var, at undersøge hvad autonomi og deltagelse betyder for den enkelte ældre der lever med kronisk sygdom i overensstemmelse med deres levede erfaringer. Med afsæt i Giorgi’s deskriptive psykologisk fænomenologsk metode, blev 16 ældre individuelt interviewede over en periode på 8 uger. Interview blev udført i informanternes eget hjem.

Betydningen af autonomi og deltagelse fremkom tydelig når denne blev udfordret og fremkaldte overvejelser i fht. at leve med kronisk sygdom. Fænomenerne autonomi og deltagelse betød, at leve parallelt, men stadig være en person som er kompetent, pålidelig med forpligtigelser og anerkendelse. Den ældre bevidstgøres om fænomenet når ønsker om ferier, besøg eller indkøb blev udfordret af nuværende kroniske sygdom. Den ældres tidligere erindringer/erfaringer blev afdækkede i en nutidig situation og den ældre kunne selv foretage justeringer til nutidige situation.

**A patient-centered transitions framework for persons with complex chronic conditions (Ho, Kuluski, & Gill, 2015).**

Et canadisk mixed methods studie. Formålet med studiet var at belyse patienternes oplevelser i henhold til udskrivelser herunder deres behov og bekymringer, med henblik på at forebygge genindlæggelser. 116 personer blev individuelt interviewede. En kvalitativ surveyundersøgelse der bestod af både lukkede og åbne spørgsmål. 116 personer deltog i undersøgelsen. De blev i 2011 rekrutteret fra Bridgepoint Hospital, Toronto, Canada. 49 mænd og 76 kvinder. Der var stor aldersspredning 12% var under 44 år, 47% var mellem 45-64 år og 41% var over 65+ år. Heraf havde 27% af deltagerne en samlever og 43% af alle deltagere havde highscool som højeste udførte uddannelse. Med afsæt i en induktiv tilgang til analysen fremkom 3 overordnede temaer; proces, konsekvenser og behov.

Identificering og anerkendelse af de ældres behov indenfor de 3 temaer var værdifuld for de sundhedsprofessionelle både på og udenfor sygehuse. Temaet proces omhandlede patientens bekymringer forud for udskrivelse. Den ældres ønske om, at kende planen for udskrivelse. En manglende vished fremprovokerede ængstelighed for den ældre. En inkonsistens mellem de sundhedsprofessionelles informationer var frustrerende. Herudover fandtes det, at udskrivelse førend patienten følte sig sikker på, at kunne klare sig uden hjælp fra andre end hjælpemidler ligeledes var forbundet med angst.

Temaet konsekvenser omhandler deres helbreds tilstand efter indlæggelsen. De kan savne det gode sammenhold blandt patienterne og personalet. Trygheden i at de kan få hjælp øjeblikkeligt. At de føler sig normale på sygehuset og udstødte i samfundet. At de var bekymrede for utilsigtede hændelser, hvis de boede alene. Bekymring om hvorvidt deres samlever eller andre pårørende kunne overkomme plejen af dem. For dem der havde behov for midlertidigt var ophold på et plejehjem eneste mulighed og årsag til sorg.

Det tredje og sidste tema, omhandlede patienternes bekymringer vedrørende udskrivelse. Herunder om de var kvalificerede til, at få betalt pleje hjemmepleje eller om de selv skulle betale. Herunder hører også bekymring om deres hjems indretning, om der er plads til hjælpemidler eller om de fortsat kan klare toiletbesøg, bad eller trapperne. Samt om de har plads til hjælpemidler. Eller om de fortsat kunne køre bil.

**Heart failure patients’ descriptions of participation in structured home care** (Näsström, Idvall, & Strömberg, 2015)

Formålet var at styrke patienter med hjertesvigt involvering i egen sundhed

Kvalitativt studiedesign, 19 individuelle interview blev udført i informanternes eget hjem.

Informanterne var borgere med hjertesvigt der modtog struktureret hjemmepleje i 4 forskellige hjemmeplejeenheder i Sverige. Informanterne bestod af 6 kvinder og 13 mænd, i alderen 63 – 90 år , der alle havde kronisk hjertesvigt, hvoraf 7 personer havde minimum 2 eller flere kroniske sygdomme udover hjertesvigt. Heraf havde 8 af informanterne havde en samlever, 10 af informanterne havde folkeskole som højeste gennemførte uddannelse.

Interviewanalysens konklusion, at patienternes involvering i monitorering og behandling af egen sygdom kan styrkes ved strukturerede besøg af hjemmesygeplejen. Patientinvolvering blev styrket når der var balance mellem patienternes præferencer i forhold til at indflydelse på deres behandling og de sundhedsprofessionelles praksis, værdier og omsorgskultur. Hjertepatienternes beskrivelse af involvering gav dem oplevelsen af kontrol som eksempelvis medbestemmelse for hvornår de modtager hjælp og når det er muligt træffe beslutninger. Derudover afdækkede undersøgelsen organisatoriske barrierer for patientinvolvering i form af manglende kontinuitet eller manglende tillid til de sundhedsprofessionelle.

**An intervention to promote patient participation and self-management in long term conditions: development and feasibility testing** (Protheroe, Blakeman, Bower, Chew-Graham, & Kennedy, 2010)

Et engelsk studie fra 2014. Studiet beskriver udviklingen af et spørgeskema som patienterne selv skal udfylde forud for en konsultation, hvis formål er at fremme deltagelsen i konsultationer og muliggøre selv-styring i langvarig sygdom.

Modellen PRISMS står for ”patient reported outcome measures and values clarification exercises”

Studiet beskriver udviklingen og evalueringen af et spørgeskema til patienterne hvis formål er, at fremme deltagelsen i konsultationer og muliggøre selvstyring i langvarig sygdom.

Skemaet skal de selv udfylde forud for en konsultation ved egen læge.

Informanterne havde svært ved, at skelne mellem problemstillinger der skyldtes kronisk sygdom eller alderdom. Skemaet blev af patienterne vurderet som en hjælp til, at identificere og prioritere problemstillinger forud for konsultationen, således det ikke kun drejede sig om noget helbredsspecifikt, men blev en mere generel konsultation om deres helbred. Patienterne vurderede, at implementeringen af spørgeskemaet ville kræve en kulturændring i almen praksis.

Modellen vurderedes at kunne bidrage til, at patienten ville stille spørgsmål, som ellers ikke ville blive stillet grundet travlhed. Herudover kan modellen hjælpe til en mere patient-centreret tilgang og individuelle problemstillinger.

# Teoretisk referenceramme

## Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1939-2002) en anerkendt fransk sociolog og antropolog.

Et særkende ved Bourdieus sociologi er kombinationen af indgående empiriske undersøgelser, teoretisk refleksion og omfattende begrebsudvikling (Bourdieu, 1997)p11-13). Teorien kan bidrage med, at belyse de bagved liggende årsager til patienternes refleksioner og praksis i relation til patientinvolvering. Han kan hjælpe med at belyse hvad det er der er på spil når patienterne i oplever eller ikke oplever, at blive inddraget. Eller hvorfor de kan føle sig dominerede til, at underkaste sig noget de har erklæret sig uenige i. Bourdieus teori anvendes et led i en kæde med det formål, at udvikle et forandringstiltag til forbedring af akutsygeplejerskernes patientinvolvering i behandling af egen sygdom i hjemmet, samt kvalificere patienten til mere aktiv deltagelse i behandling og observation af egen sygdom.

Centralt begreb i Bourdieus sociologiske teori er agent, det bruges om det socialt handlende individ.

Habitusbegrebet er bindeleddet mellem agenternes objektive positioner i det sociale rum og de valg og livsstil agenterne indtager med andre ord deres positioneringer i forhold til hinanden. Agenternes handlinger er på en og samme tid strukturerede og strukturerende, dermed vil en agents habitus altid knyttes til de objektive sociale strukturer der eksisterer i samfundet. Habitus er dybtgående og varige strukturer, men ikke uforanderlige (Bourdieu, 1997)156-157). Habitus relaterer til en kultur og er dynamisk og foranderlig. Det foranderlige kan for eksempel ses i de modsætningsforhold der er mellem generationerne og skaber uoverensstemmelser, eftersom hver generation formes af livsbetingelser og deraf følgende forskellige definitioner af muligheder, der er rationelle for den enkelte generation. Habitus er værdier, normer og handlingsanvisende og kulturelle vaner det knytter sig til opdragelse og uddannelse kan tage både individuel og kollektiv form (Bourdieu, 1997)156-157). Individuel habitus formes af individets tidligere erfaringer og deres unikke historie. Kollektiv habitus tilegnes gennem et socialt miljø, der karakteriseres ved en form for struktur. Habitus skabes af og skaber sociale strukturer. Det er med andre ord de kognitive og kropslige strukturer som det enkelte individ handler efter samt deres holdninger og praksis((Bourdieu, 1997)156-157)..

Derudover opererer Bourdieu med kapitalbegrebet der knytter sig til alle former for ressourcer der er anvendelige til, at indgå i kampen om anerkendelse i et givent felt. Kapitalens værdi afhænger af det felt hvor denne sættes i spil i. Bourdieu opererer med 3 kapitalformer;

Økonomisk = penge og materielle goder, velstand i form af let adgang til penge. Det er desuden det mest magtfulde kapital i et kapitalistisk samfund. Dog er der visse begrænsninger, der kun kan opfattes ved hjælp af de andre kapitaler. (Note: den har således begrænset værdi hvis målet er at skabe stærke følelsesmæssige relationer) ((Bourdieu, 1997) 33-34 og 52-55)

Kulturel = uddannelse samt beherskelse af legitime kulturers koder, Det kulturelle kapital indbefatter, uddannelse og almen dannelse. Det findes i tre former; kropslig-, objektiveret- og institutionaliseret form. Det kropslige erhverves gennem socialiseringsprocessen og indlejres som dispositioner i habitus. Den kulturelle kapital kan beskrives som at have sans for at begå sig i bestemte miljøer Denne form for kapital foregår især i familien og er stærkt knyttet til for eksempel manerer, sprogbrug, præferencer, underholdning og politiske holdninger. Det objektiverede kulturelle kapital er materielle genstande det kan være erhvervet kunst, eller bilmærker eller viden herom. Den institutionaliseret materialiseres gennem uddannelsesbeviser, titler eller hædersbevisninger. Denne relaterer sig til økonomisk og social kapital, da kulturel kapital ofte fordrer økonomisk kapital da der skal investeres både tid og ressourcer til, at hjælpe barnet med, at erhverve akademiske færdigheder samt kan se fordelene ved en sådan investeringsstrategi ((Bourdieu, 1997)34 og 52-55).

Social = er de ressourcer en agent besidder, i kraft af de sociale grupper og netværk som denne indgår i. Social kapital relaterer til de fordele, der kan forventes oparbejdet gennem sociale netværk og forbindelser, som agenten er en del af. Disse relationer skal plejes og vedligeholdes. Relations arbejde tager tid og koster penge, dermed kan denne igen relateres til økonomisk kapital ((Bourdieu, 1997)34 og 52-55).

Doxa er uudtalte grundregler en kultur eller et felt fungerer efter. Det formuleres og udtrykkes ikke sprogligt, men er kropsligt inkorporeret og internaliseret. Det dækker over det uudtalte, det selvindlysende og alt det som ikke er til diskussion. Det der er en selvfølge og et ubevidst lager af viden. Bourdieu anvender doxa til at forhandle mellem agenters habitus og deres position i samfundet ((Bourdieu, 1997)p.59 og 127-129 og 188-189).

Symbolske kapital eller vold: er når der er tale om et pålagt samtykke hos den volden udføres mod. Symbolsk kapital anvender Bourdieu til at forklare hvordan de dominerende agenter i et felt sikrer sig legitimitet og magt. Den symbolske kapital er ikke eksplicit, iflg. Bourdieu det en nærmere en underkastelse som følge af doxa i den sociale verden (p. 187-190). Det kan være egenskaber som rigdom, fysisk magt eller militær, når så disse egenskaber opfattes af sociale agenter der har dispositionerne til at kunne erkende, anerkende eller opfatte denne egenskab bliver denne virksom i symbolsk forstand, da den vækker de dispositioner der ligger i den enkelte som kollektive forventninger der er institutionaliseret kollektivt og kan udøve indflydelse over afstand. For at dette kan lade sig gøre der en forudsætning at der er foregået en fortrængt eller glemt arbejde der har resulteret i disse dispositioner hos dem der er underlagt de dominerende, der leder til at de dominerede har følelsen af at skulle adlyde ((Bourdieu, 1997)p. 187-190).

Et felt opstår når der er to personer i et felt og i det øjeblik der etableres regler for adfærden i et felt. Felt forstås som et begrænset socialt rum hvori der eksisterer objektive relationer og positioneringer. I eksempelvis sygehusfeltet er der læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter m.fl. der som følge af deres uddannelser og kollegers opbakning har større magt og status end patienten der forventes at honorere de krav der stilles, både generelt som eksempelvis, at følge sygehusets procedurer, som at have egen medicin med ved indlæggelse, følge afdelingens døgnrytme og individuelt være en complient patient. Feltbegrebet kan betragtes som et analytisk redskab, der kan benyttes til at systematisere de forskellige kampe om forskellige former for kapital, der foregår inden for rammerne af det socialt system. Felter er relativt autonome og dynamiske. De opstår, udvikles og forandres graden autonomi afgøres af de kræfter der kræfter der dominere, relationen mellem de dominerende og dominerede ((Bourdieu, 1997)p. 160- 162). Felterne inddeles på samme måde som kapitalerne, og kan relateres til hinanden. Derfor kan agentens praksis, udtalelser og refleksioner samt hvori det sociale rum eller felt de befinder sig, indikere fra hvilket felt agenterne kommer ((Bourdieu, 1997)pp.160-163).

# Dataindsamlings metoder

## Præsentation af informanter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informant 1  Forebyggende hjemmebesøg hv. uge  Mand 86 år, ufaglært | Glasaorta, KOL, Sorg | Blev fornyligt enkemand.  har 1 barn der bor langt væk, god kontakt |
| Informant 2  Akut sygdom  mand 83 år, lang videregående uddannelse | Cancer prostata, Dissimineret cancer.  Forhøjet blodtryk, Smerteproblematik | Bor med syg ægtefælle  har 1 barn i nærheden |
| Informant 3  mand 70, faglært  Forebyggende hjemmebesøg hv. 14 dag | Apopleksi x 2  KOL, angst | Fraskilt, bor alene  2 børn der bor langt væk |
| Informant 4  smerteproblematik  Dame 78 år, ufaglært | Kronisk ryglidelse, smerteproblematik | bor med kronisk syg ægtefælle  2 børn der bor i nærheden |
| Informant 5  Komplekse problemstillinger efter udskrivelse fra sygehus  mand 80 år, ufaglært | Ligget på gulvet i lejligheden 5 dage. Forhøjet blodtryk, diabetes 2 | Bor alene, to børn der bor langt væk |
| Gns alder på 79,4 |  |  |

# interviewanalyse

Analysen tager udgangspunkt i en økologisk tilgang (K. McLeroy et al., 1988)til kodningen af interviewene og underbygges af en række centrale citater, der vil vise informanternes forskellighed i hvordan de oplever involvering i monitorering og behandling af egen sygdom. Disse centrale citater vil blive sammenholdt og diskuteret ud fra litteraturen og Bourdieus centrale begreber.

Interviewanalysen er delt op i 2 delanalyser.

Delanalyse 1 har til hensigt at besvare problemanalysens 1 del: Hvordan oplever de 65+ årige med én eller flere kroniske sygdomme i det kommunale akutteam, at blive involverede i monitorering og behandling af egen sygdom? Og er kodede med afsæt i temaerne; 1) Viden færdigheder der påvirker sundhedsadfærd; 2) Formelle og uformelle relationer og 3) organisatoriske strukturer der påvirker sundhedsadfærden.

Delanalyse 2 vil besvare anden del af problemformuleringen: hvordan patienternes oplevelser i et forandringsperspektiv bidrager til en involverende tilgang til patienterne i det kommunale akutteam? Med afsæt i ”Den økologiske model” temaer 4) Lokalsamfundet og 5) organisatoriske strukturer der har indflydelse på patientens sundhedsadfærd. hvordan patienterne oplever mødet med sundhedsvæsenet

## Analyse

Følgende afsnit vil med afsæt i problemanalysen, forskers forforståelse og en økologisk model af McLeroy et al indeholde specialets analyse (K. McLeroy et al., 1988).

interviewanalysen tager udgangspunkt i en økologisk tilgang til kodningen af interviewene og underbygges af en række centrale citater, der vil vise informanternes forskellighed i hvordan de oplever involvering i monitorering og behandling af egen sygdom i det kommunale akutteam. Disse centrale citater vil blive sammenholdt og diskuteret ud fra litteraturen og i analysens anden del vil patienternes møde med sundhedsvæsenet vil blive analyseret ved brug af Bourdieus udvalgte begreber.

Interviewene er kodet med afsæt i de 5 niveauer som beskrevet i det teoretiske afsnit om den økologiske model som beskrevet tidligere i specialet. Interviewanalysen vil derfor være struktureret ud fra følgende temaer; 1) Viden og færdigheder; 2) De interpersonelle relationer; 3) De organisatoriske strukturer; 4) Lokalsamfundet samt 5) offentlige politikker der har indflydelse på patienternes sundhedsadfærd

Første delanalyse har til hensigt at besvare problemanalysens første del: ”Hvordan oplever de 65+ årige med én eller flere kroniske sygdomme i det kommunale akutteam, at blive involverede i monitorering og behandling af egen sygdom?”

Analysens anden del undersøger hvordan informanternes møde med sundhedsvæsenet, herunder at besvare problemformuleringens anden del ”Hvordan kan patienternes oplevelser i et forandringsperspektiv, bidrage til en involverende tilgang til patienterne i det kommunale akutteam?”

## Viden færdigheder der påvirker sundhedsadfærd

Analysens første tema vil belyse hvordan viden og færdigheder påvirker den måde patienterne i det kommunale akutteam modtager, reflekterer og handler i forhold monitorering og behandling af deres sygdom.

Til at skitsere ovenstående fremhæves to informanter inf. 2 med en lang videregående uddannelse og inf 4 der kom ud at tjene som 14 årig.

*Inf 2 ”… jeg havde samtidig henvendt mig til urologisk afdeling for at spørge om de mente om det var tidspunktet for, at jeg skulle have noget palliativt stråling på mine metastaser i knoglerne. Fordi jeg havde fået det en gang for 4 måneder siden og det synes jeg virkede godt, men jeg var begyndt at få radierende smerter ned i benene. Og derfor spurgte jeg dem der arbejde der om de mente det var det rette tidspunkt og få noget af det …”*

Modsat er inf. 4 der er uforstående over for de sundhedsprofessionelles beslutninger om ikke at behandle hende for hendes lidelser. *Inf 4: ”nabokonen, min veninde hun har fået det gjort. Hvis jeg har haft det I 10 år hvorfor skal jeg døjes med det så længe. Næste gang jeg får det sådan så må jeg slå I bordet*.” inf 4 henviser til hendes nabokonens erfaringer og behandling. Citatet indikerer at der er informations asymmetri, at den sundhedsprofessionelle i situationen ikke har kunnet formidle hvad og hvorfor overfor inf. 4 og efterlader hende med en frustration over ikke at være blevet hørt, at hendes lidelser ikke er blevet taget alvorligt, og derfor må gå med uforettet sag.

.Inf. 2 er velinformeret og velformuleret og har brug for sygehuspersonalets ekspertise. Informant 2 der har en sundhedsprofessionel baggrund, bruger sin viden til, at argumentere for lindrende behandling af sin sygdom, samt evaluere på tidligere behandling med henblik på fremtidig behandling.

Ovenstående citater viser forskellighed i forhold til tilgang til og forventning om behandling. Er du selv i stand til at give udtryk for og kan tale et sprog sygehusvæsenet forstår er dine muligheder for at blive hørt større og det er lettere at tilrettelægge en behandling, der svarer til den enkeltes forventninger. Samtidig vil en patient, der forstår sygdomsforløbet og den tilrettelagte behandling også have større mulighed for selv at tage ansvar for behandlingen.

Claassens et al. indikerer, at de ældres oplevelse af kontrol afhænger af de sundhedsprofessionelles personlige karakter herunder om de har oplevet den sundhedsprofessionelle som imødekommende, lyttende og forstående. Ligeledes er det afgørende at den sundhedsprofessionelle har afsat tilstrækkelig tid til videregivelse af informationer, således at den enkelte har forstået budskabet og det videre forløb. Samtidigt fremkom det som værende vigtigt at de informationer som de sundhedsfaglige udleverer kan gives på en struktureret og målorienteret måde og kan bidrage til perspektivering af situationen(Claassens et al., 2014). Set i lyset af Claassens et al kan inf. have behov for en sundhedsprofessionel til at få forklaret baggrunden for lægens beslutning så hun får mulighed for at se situationen i et nyt perspektiv.

At leve med kronisk sygdom er noget der på tværs af informanterne er forbundet med bekymring og angst. For inf. 1’s vedkommende er det angsten for ubehageligheden ved et nyt hjerteanfald, inf 2, at få en svær infektion eller ulidelige smerter, inf. 3 følelsen af ikke at kunne få luft og inf 5 at falde og ikke selv kunne rejse sig.

Nedenstående citat illustrerer at inf 4 har gennemgået rygoperationer tidligere, men i takt med ægtefælles tiltagende sygdom og fysiske forfald er der behov for en større indsats i hjemmet for, at hun kan opleve tryghed i hendes rekonvalescens så der ikke opstår utilsigtede hændelser.

*Inf 4: ja det har jeg, hele ryggen er afstivet. Helt her oppe fra og helt herned. så jeg kan jo ikke passe ham, jeg kan jo ikke engang gå eller rive eller (viser med kroppen at hun tager hjælper ham med at gå og rejse sig) jeg fik af vide fra kirurgisk afdeling af, dem snakkede jeg med i går, at jeg kunne lige prøve på at tage ham hjem. Nu ser vi om de vil beholde ham i en 7 dage, som de siger de kan. Men det tror jeg ikke, at der passer… for syv dage, han altså aldrig været der mere end 7 dage…”*

Et canadisk studie konkluderer, at patienter kan ved udskrivelse til hjemmet kan savne trygheden i, at kunne modtage hjælp øjeblikkeligt. Herudover er inkonsistens mellem de sundhedsprofessionelles informationer forbundet med frustration for patienterne (Ho et al., 2015). Et andet studie konkluderer, at den ældres fornemmelse for kommunikation på tværs af sundhedsprofessionelle var forbundet med tryghed. Desuden var oplevelse af kontrol associeret med både egne evner, men i takt med, at den ældres helbred svigter i lige så høj grad af formel som uformel støtte (Claassens et al., 2014).

Anderledes forholder det sig for inf. 3, når det kommer til monitorering af egen behandling, herunder fremgang eller forværring af åndenød har Inf. 3, modsat de 4 andre informanter klare strategier for hvad han selv kan gøre. Han har grundet sin diagnose været på kurser, hvor han har lært om sygdommen KOL og modtaget KOL træning. Derigennem har han lært nogle helt faste strategier ”Når… så…” som kan bruge når han oplever lufthunger, en strategi som han oplever, de også sundhedsprofessionelle hjælper ham med.

*Inf 3: ”… så starter man med nogle dybe indåndinger og så puster ud og dybe indåndinger. Og det hjælper altså. Før der gik jeg i panik… Men det er fan’me svært når man står og ikke kan få luft. Og så de ikke kommer. Man drøner rundt i lejligheden… og så har jeg den her pep-fløjte jeg bruger meget.”*

At han ved hvad han skal gøre, når han får åndenød, kan give ham en oplevelse af kontrol og minimering af panik. Dog er der noget der tyder på, at strategierne ikke altid lykkedes for ham og angsten får overtaget så han har behov for øjeblikkelig hjælp i hjemmet.

Claassens et al. understreger vigtigheden af, at kommunikationen på tværs af sundhedsprofessionelle er forbundet med tryghed. Samt at oplevelse af kontrol er associeret med egne evner, men i takt med at helbredet svigter i lige så høj grad af en teamindsats fra omgivelserne både formel og uformel karakter (Claassens et al., 2014).

Det stemmer overens med det økologiske perspektiv der betoner de sociale relationer, formelle som uformelle for om individet kan opretholde egen sundhed. Samt manglende kommunikation mellem sektorer, herunder manglende kendskab, til reglerne for visitering til den pågældende aflastningsplads, der er til stor bekymring for inf. 4, om ægtefællen har en plads på aflastning i en hel uge eller om hun bliver nødt til, at tage ham hjem før hun er blevet anbefalet.

## Interpersonelle relationer

Analysens andet tema undersøger patientens formelle og uformelles relationers indflydelse på patientens sundhedsadfærd.

Inf. 1 modtager forebyggende besøg af det kommunale akutteam,, og i det følgende citat udforskes patientens viden om hans sygdom og mulige udfordringer.

*I: ”jeg tænker nu har du det med hjertet, så er der jo noget med at du ikke må drikke for meget væske” inf. 1: ”nej det skal jeg drikke meget af.” I: ”så du får ikke væske omkring hjertet.” inf.. 1: ”det har de ikke snakket om.” I: ”holder du øje med hvor meget du drikker? Sætter du et kryds?”*

*Inf. 1: ”nej nej. Når jeg ikke kan drikke mere så holder jeg og så tager jeg næste gang jeg er tørstig igen, nej der er ingen ting.” I: ”når du har det med dine lunger, er det KOL du har?” Inf. 1: ”Ja det er KOL. Den der (peger på en inhalator)tror jeg nok der er det bedste for KOL.” I: ”måler du din lunge funktion ind imellem?.” Inf. 1: ”Ja de måler uhh ha.” I: ”Har du sådan en du selv kan måle med også?” Inf. 1: ”Nej nej.” I: Så den måde du holder øje med om det går frem eller tilbage, er ved at gå rundt inde i lejligheden.” Inf. 1: ”Jeg tænker mere på når det bare er hårdt når jeg går. Så om det går den ene eller den anden vej det er snart lige meget. Når bare jeg har det godt.”*

Citatet indikerer, at inf. 1 ikke er involveret i formålet med akutteamets besøg hos ham. Han giver dog heller ikke udtryk for, at han ønsker involvering i forebyggelse og behandling. At væske, medicin og vægt ikke er udforsket sammen med inf. 1 er problematisk, da hans ønske er, at have det godt. Om end det ikke er givet, at informering og vejledning, vil resultere i, at han opleverat få det bedre, men det kan være et skridt i retningen af inf. 1’s ønske om at have det godt. Inf. 1 har ikke forståelse for eller tager ansvar for monitorering, når han henviser til, at ”de måler” og det er heller ikke sikkert, han har overskuddet til at tage det ansvar, grundet hans sorg over at have mistet sin ægtefælle, KOL og hjertesygdom samt høje alder, hvilket underbygger, at han har behov for hjælp udefra. Claassens et al., 2014 finder i deres studie, at ældre i takt med at helbredet svigter oplever, at kontrol over egen situatione afhænger af en teamindsats både af formel og uformel støtte (Claassens et al., 2014). I et økologisk perspektiv kan denne støtte i lige så høj grad være støtte fra social og sundhedshjælpere, som naboer og venner, hvor akutteamet kan oplære til monitorering af inf. 1’s almene tilstand. Omsorgspersoner så som familie, naboer og venner har på tværs af informanterne stor betydning for oplevelse af omsorg, tryghed og oplevelse af kontrol. Inf. 2’s datter og hustru hjalp ham, da han havde behov, ”*jeg har slet ingen klaring på hvor mange dage og alt det der for at det er jo så min datter som i parentes bemærket er sygeplejerske, som har skrevet ned og fortalt mig og så har du været der og der. Og det kan jeg så ikke huske*.” Som følge af deres nære relation og indgående kendskab til inf. 2’s behov og ønsker, har datteren hjulpet ham igennem sygdomsforløbet og samtidig skrevet sygdomsforløbet ned for ham, så han senere kunne læse det. Inf. 1 har daglig kontakt til sin søn som han ringer til 2-3 gange om dagen. Herudover kigger hans nabo ind til ham med avisen, som de deler, ligesom en veninde jævnligt kigger ind til ham og har gjort det i mange år. Inf. 5 har en stor bekendtskabskreds inden for hans sport, og han kommer i klubben flere gange ugentligt. At der ikke er nogen i klubben, der havde undersøgt, at han ikke var dukket op i klubben kan tyde på, at tilknytningen til de andre medlemmer ikke er så stærk. Ud fra ovenstående kan det tolkes, at det er af afgørende betydning, for oplevelsen af tryghed, at de har ressourcepersoner, der bekymrer sig om dem, ved hvor de bor, og besøger dem. Selv forklarer inf. 5, at der ikke var nogen der undrede sig over han ikke dukkede op som han plejer *”…de er vant til at jeg er ude at rejse eller noget”.* Den kan hænge sammen med, at hans holdkammerater er noget yngre end han selv er. De er henholdsvis i 30’erne, 40’erne og i 50’erne, det tolkes som at inf. 5 oplever sig ungdommelig og identificerer sig med personer væsentligt yngre end hans 80 leveår. I hans sygeforløb fortæller han meget stolt, at ”… der kom tre kammerater, og så kom min søn også. Han kom tre gange.” Da han tidligere har fortalt at han ses med sin søn én gang om året til julefrokost, er det tydeligt, at sønnens besøg både har overrasket og glædet ham.

Inf. 4 har efter eget udsagn et godt og tæt forhold til sine børn., Derudover har hun gode naboer, en veninde, og hjemmehjælp modtager hun også. Yderligere køber hun hjælp til haven og vinduesvask. Tilsammen muliggør det, at ægtefælle og inf. 4 kan blive boende i deres villa

*”…vi vil helst ikke her fra, vi vil ikke om I de små hytter der omme. Jeg ved ikke om de har set der er fire fem stykker der er blevet bygget der hvor købmanden var? Der er blevet bygget sådan nogle pensionistboliger. Så tætte, der kunne jeg slet ikke få luft. Så det var godt nok at vi flyttede her hen*.”

Ud fra ovenstående tolkes, det som at inf. 4 sidestiller muligheden for at bo i rækkehus eller lejlighed med at gå på kompromis med livskvaliteten.

*”Her bor vi dejligt. Og de kommer jo hjem engang imellem alle sammen (børnene). Det gjorde de jo her i påsken. Så laver de mad alle sammen. Jeg skal ikke købe noget færdigt, det vil de hellere selv gå og hygge sig med. ”*

At have muligheden for, at samle børnene, er noget inf. 4 nyder og værdsætter og noget hun oplever kun er muligt i kraft af deres store hus. Det kan også være, at hun frygter, at børnene ikke kommer hjem lige så ofte hvis de flytter i en mindre bolig. At inf. 4 er glad for at bo i deres hus på trods af egen og ægtefælles sygdom, kan skyldes, at børnene er gode til at hjælpe til når de er hjemme.Det kan tyde på at inf. 4, udover at have gode relationer også har mentalt og økonomisk overskud til, at kunne organisere og købe sig til praktisk hjælp. Iflg. Claassens et al., 2014 kan det bidrage til inf. 4’s oplevelsen af kontrol eller med andre ord at have orden på tilværelsen.

Delanalysen 1 fremhæver at informanterne ikke føler sig involverede i behandlingen og en enkelt ligefrem oplever at hav følt sig tilsidesat. Empirien tyder på, at enkelte gerne vil involveres i praksis, men ikke oplever at blive taget med på råd, eller ligefrem fravælger involvering da de er bekymrede for, hvilke konsekvenser det kan have for deres behandling fremadrettet, hvis de stiller spørgsmålstegn ved aktuelle praksis. Enkelte informanter kan ikke skelne personalerne fra hinanden, og de er diffuse i deres opfattelse af formålet for akutteamets besøg. Ud fra empirien agerer det kommunale akutteam ud fra deres faglige rammer. Utilsigtet kan det sundhedsfaglige personale gennem deres praksis komme til at overhøre patienternes signaler og ønsker om mere involvering. Således tilsidesættes den enkeltes autonomi og selvbestemmelse og de sundhedsfaglige tilbud kan føles som noget fjernt og uforståeligt, som man ikke har indflydelse på og derfor heller ikke involverer sig i.

## Organisatoriske strukturer

Under dette tema udforskes de organisatoriske strukturer der kan have indflydelse på informanternes sundhedsadfærd.

inf.4 har grundet medicinoverforbrug, fået ændret sin smertestillende medicin. Egen læge har i samarbejde med det kommunale akutteam udarbejdet en plan over medicinændringen og denne er iflg. inf. 4, skriftlig og ligger i borgerjournalen. Praktiserende læge har ordineret, at akutsygeplejersken og hjemmesygeplejen skal overtage både dosering og dispensering af medicin. Jævnfør ordinationen bliver al hendes medicin låst ned i en kasse, som en social og sundhedshjælper eller sygeplejerske kommer og låser ud til hende hver dag. Følgende citat kan tolkes som at hun ikke føler skyld eller ansvar for overforbruget, snarere modsat, at hun blot har fulgt lægens anvisning*”… Det er jo det med morfin, at hvis man synes man har ondt så er det bare at skynde sig at tage en mere. Når man selv står for det. Og jeg turde ikke at gøre andet en det lægen han sagde.”* næstfølgende citat beskriver inf. 4 oplevelse af det nye tiltags praksis.

*Inf 4: ”Ja. Det har de på computeren. Og så den her (medicinsedlen i borgerjournalen)”.*

*”I: kigger du så nogen sinde på den.” Inf 4: ”Nej jeg bruger den her (doseringsæsken fortæller om alle de nye tabletter).Der var engang hvor der var nogle piller der var glemt og som først kom dagen efter. Da ringede de og spurgte om jeg godt selv kunne dosere dem. Men de er jo låst ned. Jeg har jo aldrig snydt min egen læge for at få noget mere, det kunne jeg ikke finde på for det er jo skrevet ned. Det ved du de der ketoganer. Så hvordan har i regnet med at jeg kan gøre det? Jeg ved jo heller ikke hvad der er i de æsker når der er så mange tabletter. Jeg har jo heller ikke glassene eller æskerne jeg kan kigge efter. Og nu kom jeg også fra sygehuset med to præparater mere i tirsdags… Der kommer så to slags tabletter jeg skal til, at tage i en måned og så skal jeg skifte det ud til noget andet. Hvordan skal jeg, hvordan vil de have jeg skal finde ud af det når de ligger der låst ned? Før der havde jeg jo altid dem her ,at kigge efter…”*

der er noget der tyder på, at kommunikationen mellem lægen, det kommunale akutteam og inf. 4 er mangelfuld og hun oplever ikke hun er involveret i den nye medicinpraksis og oplever, at der er manglende forståelse for hendes situation og ikke bliver vist hensyn til hendes følelser.

*”Ja… nu har vi så lige fået ny læge herude, hende er jeg meget glad ved. Men at have den her, (en orange medicinkasse med hængelås) det er som om de ikke regner med en.”* ovenstående citat kan tolkes som at inf. 4 på trods af, at de nye ændringer har efterladt hende med en følelse af mistillid mod hendes person, stadig har tillid til praktiserende læge. Der er noget der tyder på, inf. 4 har haft en god dialog med lægen og som hun er glad for, men det er lægen, der har uddelegeret ansvaret for udførelse af medicinændringerne til akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejen. Derved tolkes hendes frustrationer som værende relaterede til den nye praksis og dermed også dem der udfører den. Hun føler sig ikke involveret nærmere helt tilsidesat og hendes erfaringer og mulige løsninger på en problemstilling, som hun har håndteret gennem et helt liv med en kronisk ryglidelse bliver i denne nye konstellation ignorerede og ikke relevante.

Et svensk studie viser når, at når ældre med kronisk lidelse, bliver konfronteret med udfordringer i dagligdagen, som denne ikke længere kan overkomme eller udføre, medfører dette et tab af autonomi. Dette kan afhjælpes ved at den ældre får hjælp til nye strategier der beror på den ældres tidligere praksis. . Studiet konkluderede, at den ældre blev bevidstgjort om sin autonomi og involvering, når denne blev udfordret. Derfor havde de behov for at, at få tidligere erfaringer afdækkede i en nutidig situation og selv foretage justeringer der er tilfredsstillende (Hedman et al., 2015). Ud fra denne pointe, kan specialet vise et andet perspektiv, hvor der sættes spørgsmålstegn ved den praksis hvor medicinen bliver låst inde er nødvendig. I stedet kan patienten på baggrund af tidligere erfaringer involveres i en problematisk situation og være deltagende i hvordan praksis kan være omkring den nye medicinordination. På denne måde får den ældre udfordret sin autonomi med henblik på, at være involveret i de justeringer, der løbende kan foretages med problemløsning for øje.

Hvor meget patienterne er i kontakt med det kommunale akutteam varierer afhængig af patienternes tilstand, inf. 2,3 og 4 er i kontakt med akutteamet én gang om ugen i form af forebyggende besøg. Inf. 1 var på interview tidspunktet indlagt til aflastning. Inf. 2 havde besøg af Akutteamet 2 gange hvorefter han blev indlagt. Og inf. 5 havde besøg et par gange efter udskrivelsen grundet mange komplekse sygeplejeopgaver.

Det tyder på, at alle på nær inf.,1 der som følge af påvirket bevidsthedsniveau ikke kan huske sit forløb, oplever ikke, at blive involverede i deres behandling og pleje.

Informant 2,3 og 4 er krævende patienter , der gerne vil involveres i egen behandling, hvilket er positivt, da det som tidligere nævnt i problemanalysen er forbundet med forbedret kvalitet i praksis gennem bl.a. bedre kvalitet af behandling, bedre complience, øget patientsikkerhed og øget livskvalitet (A. Coulter & Ellins, 2007; Weingart et al., 2011).Dog er der noget der tyder på, at informanterne ikke bliver mødt af de sundhedsprofessionelle med samme entusiasme, eller ikke føler sig inviterede til at have en dialog om involvering. Citatet nedenfor illustrerer et forsøg på at påvirke de sundhedsprofessionelles praksis

*Inf 4: … så siger de at det har ingen ting at sige. Det ved jeg heller ikke om det har, men når det står på den her (indlægsseddelen) så synes jeg vi skal overholde det. Jeg har været syg hele mit liv så jeg går ikke på kompromis med det. Og den dag sagde de at jeg skulle gøre det.”*

Citatet eksemplificerer en tilsidesættelse af informantens viden, erfaring og færdigheder. Dette går stik imod Näsström et al. 2015, der skriver, at patientinvolvering styrkes, når der er balance mellem patienternes præferencer i forhold til indflydelse på deres behandling og de sundhedsprofessionelles praksis, værdier og omsorgskultur(Näsström et al., 2015).

Alle informanterne modtager hjemmehjælp dagligt, men informanterne kan ikke genkende akutsygeplejerskerne fra eksempelvis social og sundhedshjælperne. Det kan vise sig at være problematisk, idet vigtige informationer kan blive videregivet til det forkerte fagpersonale, som ikke videregiver oplysningerne til rette modtager. Informanterne kan videregive informationer om monitorering af almentilstand eller der kan være observationer, der for nogle kan virke som bagateller, men som akutsygeplejerskerne kan finde relevante i et større sygdomsbillede. I værste fald kan det påvirke relationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, da det ligeledes kan opleves som en tilsidesættelse af deres oplysninger. Da social og sundhedshjælperne er dem der hjælper med praktisk bistand, befinder de sig ofte i hjemmet i længere tid ad gangen. Derved har de mulighed for at observere almen tilstand ved den ældre gennem længere tid hen over året og ved behov videregive observationer til hjemmesygeplejersken.

Inf. 2 der modtager forebyggende besøg af akutsygeplejerskerne oplever, at der er forskel på akutsygeplejerskernes fremgangsmåde: *”de undersøger mig, de tager blodtryk og den med finger og hvad hedder hun, Sanne hun tager mange hvor hun stikker mig i fingeren for at tage blodsukker. Hun er inde og se efter noget.”* Inf. 2’s observation af akutsygeplejerskernes varierende fremgangsmåder, kan tyde på, at det kommunale akutteam ikke har en fast fremgangsmåde, og det derfor er op til den enkelte akutsygeplejerske, at foretage en individuel vurdering af patientens almene tilstand. Derved kan kvaliteten af behandlingen afhænge af den enkelte akutsygeplejerske. Som det fremgår af afsnittet ”*Præsentation af konteksten for indsatsen*”, er der kun én akutsygeplejerske på vagt ad gangen. Ovenstående problemstilling kan afhjælpes ved at to eller flere på vagt ad gangen, vil muliggøre supervision af hinanden og dermed finde et fælles grundlag for behandling og monitorering. Derudover illustrerer citatet, at patienten ikke ved, hvad det er, der bliver undersøgt, da han ikke bliver informeret herom. Dette gør det vanskeligere for patienten efterfølgende at efterkomme forebyggende strategier, fordi de ikke ansvarliggøres.

I et engelsk studie af Protheroe et al. 2010 har man udviklet og evalueret et spørgeskema, der har til hensigt at fremme involvering og selvstyring af kroniske sygdomme. Skemaet kunne hjælpe informanterne til at skelne mellem problemstillinger, der skyldes fremskreden alder eller kronisk sygdom. Formålet er at hjælpe informanterne med både at prioritere deres problemstillinger, men også en mere generel snak om helbred. I følge Protheroe et al. 2010 kan spørgeskemaet medføre en mere patientcentreret tilgang til den enkeltes problemstillinger. Spørgeskemaet anlægger derfor en mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelse, hvor flere elementer af det enkelte individs udfordringer afdækkes og ses i sammenhæng., Med afsæt i Protheroe et al. 2010 kan et spørgeskema hjælpe til en mere helhedsorienteret til det enkelte individ med henblik på en mere patientcentreret tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme

I det følgende citat eksemplificeres inf. 1’s beskrivelse af hans oplevelse med, at træffe beslutninger i samarbejde med de sundhedsprofessionelle.

*”jeg er blevet alene sidste år. Så er det gået sådan lige så stille ned af bakke, de sidste to måneder er det kommet til, at gå stærkt. Så har hjemmesygeplejersken og Akutsygeplejersken de har blandet dem lidt mere i det. De syntes, at jeg skulle herud og doktoren har lovet alt den hjælp jeg kunne få der hjemme, jeg gider ikke komme på plejehjem. Men så var der aflastning skulle lige prøve det. Det var først i går det begyndte, så jeg kan ikke sige noget. (slår opgivende ud med hænderne og folder dem igen) Det går ikke ligesom jeg vil*.”

Formuleringen *”de synes”.* Kan tolkes som han på den ene side ikke er enig i den betragtning, men på den anden side modsætter han sig ikke beslutningen. Hjemmesygeplejen og det kommunale akutteam, har visiteret ham til aflastning, og han fremlægger det som, at det er deres ønske han efterkommer. At inf 1’s praktiserende læge ikke har kendskab til, hvad der kan lade sig gøre i de hjemlige rammer er problematisk, da han kan komme til at love noget, han ikke kan holde.

Litteraturen indikerer, at manglende kommunikation mellem sektorer er forbundet med ængstelse og manglende forudsigelighed og dermed utryghed for den ældre (Claassens et al., 2014; Ho et al., 2015)

Inf 1 oplever, at de handler på hans vegne. Det kan tolkes som om, han er opgivende, da han siger at det ikke går som han vil. Hvorfor han er opgivende kan skyldes flere forskellige faktorer. Bl.a. kan det skyldes sorgen over at have mistet sin hustru, hans dårlige helbred eller han ikke er i hans eget hjem.

Han har indvilliget i at komme på aflastning uden helt at forstå hvorfor dette skulle være nødvendigt. Han kan ikke redegøre for, hvorfor han er der. Dette kan tolkes, som manglende involvering. Han samarbejder på en måde, hvor han ikke stiller spørgsmålstegn eller krav, men heller ikke udviser nogen form for forståelse for beslutningen.

Ovenstående fortolkning af, at være uenig og dog alligevel gøre som de sundhedsprofessionelle anbefaler, går igen hos inf. 3 og 5 og kan anskues, som det eksemplificeres i det følgende citat hvor inf. 3, på sygehuset ingen kvaler har med, at give sin mening til kende, men dog alligevel gør som de siger: *”fordi det er dem der er klogest, det burde det være. Men nu har jeg meget temperament eller har haft, det har ikke altid været lige sjovt”*. Han vælger alligevel, at følge de sundhedsprofessionelles anvisninger, det kan tolkes som, at inf. 1, 3 og 5, alle er afhængige af hjælp fra andre for at få det bedre, om de vil det eller ej. Der er modsat heller ikke noget i ovenstående udsagn der tyder på at de har oplevet at de er blevet spurgt eller på anden måde inviteret til involvering i egen behandling.

Derudover kan det tyde på, at inf. 3’s kommentar om hans temperament kan tolkes som, at han har et ambivalent i forhold til. at være afhængig af hjælp fra de sundhedsprofessionelle.

I hjemmet forholder det sig helt anderledes, der er inf. 3 mere ydmyg *” jeg kunne jo risikere, at de ikke kom mere…jeg kan jo ikke undvære dem… så nej det har jeg ikke, jeg gør hvad de siger.”* Citatet understreger inf. 3’s af en skrøbelighed og en relation hvor inf. 3 har en opfattelse aaf at være underlagt den sundhedsprofessionelles magt. Han er dybt afhængig af udefrakommende hjælp og derfor er han nødt til, at følge deres anvisninger, hvis de skal fortsætte med at komme hos ham. ud fra ovenstående kan det opsummeres at de ældre forbinder det med at tage til genmæle som noget farligt.

Inf. 5 er ikke uenig med sygeplejerskerne. Nedenstående citat kan tolkes som, at han anerkender, at der er informationsasymmetri når han siger: ”nej det synes jeg ikke, *jeg synes de gjorde det rigtig nok. Jeg har ikke rigtig forstand på det der”* og at han har tillid til det de sundhedsprofessionelle gør og underlægger sig de sundhedsprofessionelles praksis. Ligeledes samarbejder inf. 5 på en måde hvor han ikke tager til genmæle. Derfor kan det for de sundhedsprofessionelle ikke tages for givet, at de ældre vil stille krav til behandlingen.

Modsat forholder det sig med inf. 4, der gennem et helt liv har håndteret hendes kroniske sygdom og dermed samarbejde med læger

*”…og så siger de at det har ingen ting at sige. Det ved jeg heller ikke om det har, men når det står på den her (indlægsseddelen) så synes jeg vi skal overholde det. Jeg har været syg hele mit liv så jeg går ikke på kompromis med det. Og den dag de sagde at jeg skulle gøre det*

*I: så du gør det du synes der er bedst for dig.*

*Inf. 4: det er det jeg har bedst prøv af”*

Ovenstående citat illustrerer en patient der bliver udfordret på sin autonomi og gerne vil involveres. Samtidig tyder, ovenstående ikke på at inf. 4 oplever, at der er en invitation til en dialog omkring involvering eller samarbejde.

Iflg. Claassens et al. 2014 er der forskel på i hvor høj grad de ældre ønsker involvering varierede fra tillid til behandlers diagnose til, at lægen informerer og derefter træffer en beslutning om en eventuel behandling. Ud fra ovenstående kan det opsummeres, at det tyder på, at patientinvolvering har komplicerede vilkår og det kan være vanskeligt for det sundhedsfaglige personale, at afkode, hvornår der er tale om et reelt og informeret samtykke. Citaterne illustrerer, at de ældre samarbejder på en måde, hvor de ikke tager til genmæle, at de ikke tør stille spørgsmålstegn med aktuelle praksis, da de er bange for, at det kan have konsekvenser for dem fremadrettet. Ifølge ovenstående studier, afhænger den ældres oplevelse af kontrol af den sundhedsprofessionelles personlige karakter samt om den ældre oplever sig imødekommet, forstået, lyttet til, og om de oplevede, at der var tid til den enkelte (Claassens et al., 2014). I det svenske studie oplevede de ældre øget involvering i behandlingen, når der var balance mellem patienternes præferencer, indflydelse på behandling og de sundhedsprofessionelles praksis, værdier og omsorgskultur (Näsström et al., 2015).

## Del 2

Anden del af interviewanalysen vil , med afsæt i den økologiske models sidste 2 niveauer, her benævnt temaer 4) lokalsamfund og slutteligt 5) offentlige politikker, undersøge hvordan patienterne oplever mødet med sundhedsvæsenet og med afsæt i Bourdieus centrale begreber give et perspektiv på hvordan patienterne søger eller fravælger involvering i monitorering og behandling af egen sygdom. Anden del af interviewanalysen har til formål, at besvare anden halvdel af problemformuleringen ”hvordan kan patienternes oplevelser i et forandringsperspektiv, bidrage til en involverende tilgang til patienterne i det kommunale akutteam?” .

## Lokalsamfund

Dette tema omhandler nærområdet det miljø herunder sociale normer der eksisterer deriblandt (K. McLeroy et al., 1988)

Jævnfør patientperspektivet i problemanalysen, er patienternes møde med sundhedsvæsenet to parter der ikke mødes på ens præmisser, et forhold der altid vil være ulige, fordi patienten jævnfør Arthur Kleinmans teori vil redegøre for en subjektiv lidelse der er formet af patientens baggrund, livshistorie og erfaringer og den sundhedsprofessionelle behandler og diagnosticerer sygdomme ud fra nogle objektive vurderinger med afsæt i deres sundhedsvidenskabelige kultur. Citatet nedenfor illustrerer netop dette ulige forhold:

*Inf. 4: nabokonen, min veninde hun har fået det gjort. Hvis jeg har haft det I 10 år hvorfor skal jeg døjes med det så længe. Næste gang jeg får det sådan så må jeg slå I bordet. Så sagde min læge, at så vil hun være ved min side så der kan ske noget…Men det er ligesom somme tider lægerne ikke vil høre efter at de vil gå inden man er færdig. Det er ikke så slemt nu som det var førhen.”*

Inf. 4 argumenterer jf. Kleinman ud fra hendes egne og naboens erfaringer, en tilgang der fra lægens side ikke bliver mødt med forståelse ej heller inviteret til dialog. Med afsæt i Bourdieus feltbegreb befinder informanten sig i felt hvor hendes oplevelser og lidelser ikke vinder indpas. Det er dermed ikke noget lægen kan omsættes til et symptom som lægen, med hans uddannelsesbaggrund og erfaring, kan omsætte til et symptom og dermed handle på. Lægen har gennem sin uddannelse og ansættelse på sygehus været igennem en socialiseringsproces, der udmønter sig i en kropslig, objektiveret- og institutionaliseret form Han viser det ved ikke at invitere til dialog og ved at gå inden patienten er færdig med at tale uden, at der er nogen der bremser ham.

Inf. 4’s praktiserende læge har tilbudt hende, at næste gang hun indlægges på samme baggrund, vil hun hjælpe med at slå i bordet. Det kan tolkes som en tilkendegivelse af, at inf.4 har behov for en der kan tale samme sprog og har samme baggrund som sygehuslægerne.

Det følgende omhandler både et ulige forhold mellem patient og de sundhedsprofessionelle, manglende kendskab til sygehusvæsenets og kommunens beføjelser og regler.

I forbindelse med at inf 4 skal have en rygoperation skal hendes ægtefælle på aflastningsplads. ”…*jeg fik af vide fra kirurgisk afdeling af, dem snakkede jeg med i går, at jeg kunne lige prøve på at tage ham hjem. Nu ser vi om de vil beholde ham i en 7 dage, som de siger de kan. Men det tror jeg ikke, at der passer… for syv dage, han altså aldrig været der mere end 7 dage…”*

Citatet illustrerer to parter med inf. 4 på den ene side og sygehusvæsenet på den ene side. Der er noget der tyder på, at hverken den sundhedsprofessionelle eller patienten har kendskab til visitationen til eller reglerne for en aflastningsplads.

Inf. 4 baggrund erfaringsbaseret og orienteret mod, at få en hverdag til at fungere. Modsat er sygehusvæsenet en magtfuld institution, hvor personalet har lange og mellemlange uddannelser der gør dem istand til at træffe beslutninger på et mere oplyst grundlag end patienten, da de har større indsigt, taler et fagsprog der er rettet mod sygehusfaglig kontekst. Tidligere i analysen giver inf. 4 udtryk om, at blive boende i deres hus, derved kan beslutningen om ægtefælles aflastningsplads stride mod hendes værdier og normer for deres samliv. Det Med afsæt i Bourdieus begreb om habitus, er inf 4’s habitus formet af livsbetingelser og tæt knyttet til kultur hun er opvokset og lever i. Habitus kan både være individuel eller kollektiv. habitus er de kognitive og kropslige strukturer som inf. 4 er underlagt, med andre ord er det de sociale normer informanten er underlagt.

Inf. 4 position i samtalen med den sundhedsprofessionelle vil afspejle hendes sociale og kulturelle kapital, citatet indikerer, at hun anerkendere hendes position i feltet som værende lavere end den sundhedsprofessionelle, det kommer til udtryk ved, at hun ikke tager til genmæle, selvom hendes erfaring er en anden. Den sundhedsprofessionelle har en stærk kulturel kapital i kraft af deres uddannelse, socialisering, uniform, sprog og manerer. Personalet fra kirurgisk afdeling bemyndiger inf. 4 til ikke ”at tage ham hjem”. Derved antydes det, at sygehus og nu inf. 4 har indflydelse på hvor længe kommunen tilbyde aflastningsplads, det kan aflede misforståelser og frustrationer for alle involverede parter. I stedet kunne den sundhedsprofessionelle undersøge inf. 4’s hjemlige forhold med det formål at bedre rehabiliteringens udfald.

Sygehusvæsenet og kommunen er to organisationer som informanten gennem et helt liv med kronisk sygdom har samarbejdet med og nu grundet mandens og egen fremskredne alder og tilkommende udfordringer skal hun yderligere koordinere hendes ægtefælles pleje i forlængelse af hendes eget operationsforløb, dette kan øge hendes behov for støtte set i forholdt til tidligere.

Denne manglende vidensdeling, kan være afledt af, et sundhedsvæsen som system er selvreferentielt og ikke har behov for at delagtiggøre patienten eller de pårørende i de muligheder, som systemet tager for givet. Patienternes manglende kendskab til sundhedssystemets og dets tilbud kan give en ulige adgang til tilbuddene i både den primære og sekundære sektor. Da det sundhedsfaglige felt ikke er kendt af patienten eller dennes pårørende, men for sundhedssystemet og den sundhedsprofessionelle er dette indlysende. Når de dominerende i feltet sikrer sig magt ved, at modparten underlægger sig er der ifølge Bourdieu tale om symbolsk vold.

Ovenstående fortolkning af at være uenig og dog alligevel gøre som de sundhedsprofessionelle anbefaler, går igen hos inf. 3 og 5 og kan eksemplificeres gennem det følgende citat, hvor inf. 3, på sygehuset ingen kvaler har med at give sin mening til kende, men dog alligevel gør som de siger: *”fordi det er dem der er klogest, det burde det være. Men nu har jeg meget temperament eller har haft, det har ikke altid været lige sjovt”*. Han vælger alligevel, at følge de sundhedsprofessionelles anvisninger og underordner sig autoriteten. Ovenstående tyder på,, at han anerkender, at modparten besidder en større social kapital end han gør og han derfor underlægger sig det gældende sæt af regler indenfor feltet. Inf 3 underkaster sig modpartens dominans. Der er i citatet ikke noget der tyder på, at den sundhedsprofessionelle er bevidst om eller verbal omkring sin magt. Denne inviterer heller ikke til en forhandling om magten, men tager den for givet. Udfra ovenstående kan det tolkes som, at den sundhedsprofessionelle ikke med sikkerhed er bevidste om deres magtposition, da det er institutionaliseret gennem deres uddannelse, socialisering og erfaring og dermed en kultur en social norm. Det er derfor ikke den enkelte, der udøver magt men mere sundhedsvæsenet som via uudtalte regler og normer eller Bourdieus begreb doxa. Magten er institutionaliseret i systemet. Patienternes internalisering af magtstrukturer kan ligge langt tilbage i deres barndom. De kan derfor være disponerede for at blive dominerede af de, i ovenstående citat, sundhedsprofessionelle. Der er i citatet heller ikke noget der tyder på, at de sundhedsprofessionelle træder ind i feltet og verbaliserer deres position og magt, og dermed risikere en magtdeling og åbne op for en dialog med patienten.

Derudover kan inf. 3’s kommentar om hans temperament tolkes som, at han har det ambivalent i forhold til at være afhængig af hjælpen fra de sundhedsprofessionelle. Det kan tolkes som afhængighed af hjælp er forbundet med at underkaste sig et andet menneskes dagsorden. Dette kan også fortolkes således, at de sundhedsprofessionelle han gennem tiden har mødt har efterladt sig spor, der bevirker at han i eftertiden oplever sundhedspersoner generelt som værende ham overlegne.

*” jeg kunne jo risikere, at de ikke kom mere…jeg kan jo ikke undvære dem… så nej det har jeg ikke, jeg gør hvad de siger.”* Citatet understreger inf. 3’s af en skrøbelighed og en relation hvor inf. 3 har en opfattelse af, at være underlagt den sundhedsprofessionelles magt. Han er dybt afhængig af udefrakommende hjælp og derfor føler han at han nødt til, at følge deres anvisninger, hvis de skal fortsætte med at komme hos ham. Empirien peger på at der er hans opfattelse at han føler sig pålagt, at gøre hvad der bliver sagt, da de sundhedsprofessionelle ellers vil ophøre med at besøge ham. Dermed vil han hellere samtykke og følge de sundhedsprofessionelles praksis end, at stille spørgsmålstegn ved gældende praksis.

Dog er der, som det fremgår i problemanalysen, en forventning om, at patienterne skal involveres i deres monitorering og behandling af egen sygdom. Det er ikke noget nyt, men som empirien afdækker, er det er ikke noget der praktiseres bredt. Det kan tyde på at de sundhedsprofessionelles kultur og socialisering er så dominerende, at en ændring i praksis kan være vanskelig, idet det vil betyde en ændring af selve kulturen i sundhedsvæsenet. Forandringslitteraturen peger netop på, at noget af det vanskeligste at ændre netop er kulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Inf. 5 er ikke uenig med sygeplejerskerne., Nedenstående citat kan tolkes som han anerkender, at der er informationsasymmetri i kraft af de sundhedsprofessionelles uddannelse, viden og magt når han siger: ”nej det synes jeg ikke, *jeg synes de gjorde det rigtig nok. Jeg har ikke rigtig forstand på det der”* . Han har tillid til, at de sundhedsprofessionelle træffer de rigtige beslutninger. Derfor underlægger han sig også de sundhedsprofessionelles praksis og gældende regler i feltet. Derved samarbejder inf. 5 på en måde, hvor han ikke tager til genmæle. På den anden side kan, hans manglende tilkendegivelse af involvering, handle om at han mangler viden. Ved at de sundhedsprofessionelle deler deres viden med patienten og dermed retter op på informationsasymmetrien. Får patienterne et bedre grundlag for at træffe oplyste beslutninger og mulighed for at indgå i dialog med de sundhedsprofessionelle.

Inf. 4 har haft hendes ægtefælle indlagt på både akutplads og aflastningsplads, og har oplevet at denne har været ked af at være der på grund af stuerne. Stuerne er sparsomt indrettede med et bord og fire stole, en sygehusseng, sengebord og ingen dekoration på væggene: *”… jeg synes godt de kunne lave det lidt mere hyggeligt. Der er ikke engang en knage at hænge vor tøj på. Der var ikke fjernsyn, og der var ikke radio og der var… intet sådan set.”*

Inf. 4 er uforstående overfor at akutpladserne er så sparsomt indrettede. Det tolkes som at hun med hendes baggrund og erfaringer anskuer stedet som opbevaring. Akutpladserne og aflastninger er også en kommunal institution, med sundhedsprofessionelle tilknyttede med dertilhørende kultur og grundregler. Regler som patienterne forventes at følge og underordne sig..

*”Men det er også sådan en ene mand. Og ligge når hverken kan læse og noget. så bliver tiden lang. Men så begyndte han at komme op i kørestolen og kom hen og spise. Det kan godt være man ikke må sige det, men det var altså under al kritik den mad de fik. Han fik. For han kunne jo ikke spise alting”*.

Inf. 4 ægtefælle kunne som følge af en operation i munden kun spise blendet kost. Under et af hendes besøg vil han ikke rigtig spise. Det er der en medpatient, der blander sig i:

*”…Så var den en dame der sagde, det kan jeg sku godt forstå. Nu er det tredje gang han blive budt den skål. Det var ikke så godt. Det var ikke noget han sagde for han...han klager sig ikke, han er ikke den type. Han er ud af 11 søskende så de er vant til at tage det som det er. Men han synes ikke han var sulten, og der var mange ting. Så er det hun siger det der...”*

Ovenstående citat tolkes som, at inf. 4 er efterladt med en følelse af, at både indretning såvel som forplejningen ville hun selv kunne gøre bedre. Inf. 4 er en dame, der er stolt og glad for sit hjem og har brugt tid og kræfter på at indrette og vedligeholde sit hjem. I første delanalyse forbindes hendes hjem med værdi, som noget der vidner om et langt liv med økonomisk overskud og et sted hvor hun kan samle familien.

Selvom hun i interviewet giver kritik af omgivelserne og forplejningen, er der ikke noget der tyder på, at det er noget hun har udtrykt overfor personalet på stedet. Hun håndterer situationen ved at bringe mad hjemmefra, og derigennem sikre ægtefælles ernæring.

Opsummerende kan det ud fra Bourdieus teorier, om habitus og kapitaler og dertilhørende regler, tolkes, at inf. 3, 4 og 5 forbinder sygehuset, aflastning og dertilhørende sundhedsprofessionelle som værende eksperter på deres felt, nogen man skal lytte til og følge deres handlingsanvisning. Dog er deres erfaring også, at det ikke altid forholder sig således. Faciliteterne er så mangelfulde at inf 4 bringer mad til ægtefællen. Inf. 3 reflekterer over, at sygeplejerskerne på sygehuset har så travlt, at de i mangel af tid og kommunikation glemmer at give ham medicin. Inf. 5 har på sygehuset ligget på stue med 2 delirøse patienter, og på aflastningspladsen oplevede han at vente meget længe på at blive lejret om natten, uden at klage.

Informanternes har haft varierende behov for at modtage sundhedsvæsenets ydelser, men deres refleksioner og oplevelser er på tværs af informanterne enslydende. Sundhedsvæsenet og de tilbud, som patienterne modtager lever ikke op til patienternes forventninger.

## Offentlige politikker

Det næste citat illustrerer hvordan inf 4’s ægtefælle efter et fald i hjemmet blev indlagt med helikopter på regionens universitetssygehus og blev udskrevet 4 dage senere til eget hjem.

*”…det kan jeg ikke forstå, at han kommer hjem efter fire dage, for han havde været i Århus med helikopter.”* Det tyder på at inf. 4 sidestiller indlæggelse med helikopter med en længere indlæggelse på sygehus. Men som det også fremgår i problemanalysen, bliver flere udskrevet til videre behandling i hjemmet. Dog er der noget der tyder på, at de hjemlige forhold ikke er blevet afdækkede forud for udskrivelsen. Inf. 4 er i hvert fald ikke involveret i udskrivelsen.

Jævnfør Bourdieus begreber kulturel kapital og doxa, handler inf. 4 oplevelse af situationen om, at hun gennem sin almene dannelse har lært, at der er forskelle på sygehuse og universitetshospitaler og ambulancer og redningshelikopter. Denne viden er både kropslig og institutionaliseret i inf. 4. Det kommer til udtryk ved, at inf. 4’s oplevelse af, transport via helikopter og indlæggelse på universitetssygehuset, er noget der kun sker, når situationen er meget alvorlig. Det er noget der er indlysende og ikke står til diskussion. Det tyder også på informationsasymmetri inf. 4 har manglende indsigt i og viden om det felt, hvor hændelsen udspiller sig. Spillereglerne og den herskende kultur er hun derfor uforstående overfor og derfor virker en hurtig udskrivelse efter en alvorlig indlæggelse ikke som denne rette beslutning i hendes optik. De sundhedsprofessionelle er som den ene part i feltet stærkt dominerende og strukturerende for hvordan udskrivelsen håndteres, og inf. 4 undertrykkes og tager ikke til genmæle. Inf. 4’s erfaringsbaserede viden bekræftes efterfølgende, da hendes mand kort efter indlæggelsen bliver indlagt på en aflastningsplads. . Ud fra ovenstående viser empirien, at involvering af pårørende kan bidrage konstruktivt til håndtering af en udskrivelse.

Nedenstående citat omhandler som sådan ikke mødet med sundhedsvæsenet, men mødet med en anden faglig gruppe, nemlig hjemmehjælperen, som gør rent og står for den praktiske bistand i hjemmet og er i hjemmet i længere tid ad gangen. Når der i interviewene bliver spurgt ind til det sundhedsfaglige personale, kan de ældre ikke uden hjælp skelne mellem akutsygeplejerskerne og social og sundhedshjælperne. Det viser sig ved, at flere informanter under interviewet kommer ind på rengøring og praktisk bistand, det kan tyde på, at de har vanskeligt ved at adskille de forskellige personalegrupper. Baggrunden for at løfte denne problematik er, at det at de ikke kan adskille faggrupperne i kommunen fra hinanden kan medføre, at det den enkelte patient oplever som et sundhedsfagligt problem måske i virkeligheden mere er et praktisk problem, der hører hjemme et andet sted i kommunen, hvorfor bedømmelsen af det sundhedsfaglige personale sker på et forkert grundlag.

Opsummerende kan det ud fra ovenstående udledes, at informanternes samlede oplevelse og forståelse af sundhedsvæsenet kan trækkes med ind i mødet og relationen med sygeplejersken. Faggruppernes manglende kendskab til hvad der praktisk kan lade sig gøre, kan lede til uoverensstemmelser mellem patienternes forventninger og den praksis der er i kommunen

Som det fremgår i problemanalysen udskrives patienterne tidligere også inden de er færdigbehandlede, som følge heraf er det først når de kommer at de konfronteres med hverdagslivets udfordringer. Det er akutsygeplejerkerne der, som kommunens udførende enhed, har til opgave at udføre ordinationer udstedt af sygehuslæger og praktiserende læger samtidig med at de hjælper patienten med at omstille sig til hverdagen. Sygeplejerskerne er som en del af den udførende enhed ofte dem, der står for skud, når hverdagslivets udfordringer er en realitet og patientens ønsker og muligheder ikke stemmer overens. Sammenholdt med Bourdieu, er strukturændringerne i sundhedsvæsenet et opgør med tidligere tiders praksis at behandling, pleje og rehabilitering af patienter. Det er en bevægelse mod at ændre ved noget helt grundlæggende, en praksis der er indlejret i de sundhedsprofessionelles kollektive habitus. Den ældre patient der gennem sin opvækst er præget af sine forældres forhold til de sundhedsprofessionelle. I den ældres voksenliv er det disse dispositioner, der vækkes og derfor anerkender de også de sundhedsprofessionelle som værende af højere status, hvorfor de underordner sig det sundhedsfaglige personale. De sundhedsprofessionelles rammer lader ikke meget plads til den pædagogiske opgave det er at involvere en patient. Patienterne oplever de sundhedsprofessionelle som fortravlede og dermed ikke indbyder til dialog.

# Udvikling

For at kunne udarbejde et udviklingsforslag der er målrettet de kommunale akutsygeplejersker, vil Etienne Wengers teori om praksisfællesskaber blive anvendt. Dette afsnit vil derfor omhandle, hvordan en forebyggende og sundhedsfremmende indsats kan udformes, med formålet at forbedre patientinvolveringen i det kommunale akutteam. Derefter vil resultaterne fra casestudiet danne baggrund for udarbejdelse af en ”logisk model”, der vil fremstå som det endelige udviklingsforslag.

## Etienne Wenger - Praksisfællesskaber

I det følgende afsnit vil Etienne Wengers teori om læring blive anvendt til som forståelse for, hvordan de kommunale akutsygeplejerskers tilgang til patientinvolvering kan ændres ud fra de fundne resultater i casestudiet og litteraturanalysen.

Med afsæt i specialets analyse er der fremkommet en række anbefalinger til tilrettelæggelsen af en forebyggende og sundhedsfremmende intervention. Disse anbefalinger er opremset i punktform og vil efterfølgende blive uddybet.

**- Samme forståelse af patientinvolvering på tværs af sektorer.**

**- Udligning af informationsasymmetri.**

**- Ensartet tilgang til forebyggelsesbesøg**

**- Strategier for udvalgte kroniske lidelser udarbejdet med patienter, sygehus læger og -- sygeplejersker og hjemme og akutsygeplejersker.**

**- Individuel træning af strategier for udvalgte kroniske lidelser**

**- Genkendelige akutsygeplejersker**

## Samme forståelse af patientinvolvering på tværs af sektorer

Ønsker man at fremme en indsats, der har til hensigt at øge patientinvolveringen i et kommunale akutteam, er det helt afgørende, at det kommunale akutteam får en fællesforståelse af patientinvolvering. Dette er indlysende og logisk. Ligeledes er det vigtigt, at det kommunale akutteam og dettes samarbejdspartnere har fælles værdier og normer for, hvordan patientinvolvering og informering foregår i praksis. Derfor er det væsentligt at fokusere på, hvordan de sundhedsprofessionelle kan arbejde med patientinvolvering i praksis.

I specialets problemanalyse fremgår det, at de sundhedsprofessionelle finder patientinvolvering vigtigt, men at de ikke har samme opfattelse af, hvad patientinvolvering vil sige (Jönsson et al., 2013). Det kan lede til, at de positive effekter, der ses ved patientinvolvering så som compliance og patienttilfredshed udebliver. Målet med en større inddragelse af patienterne i eget tilbud er at øge patienternes oplevelse af konsistens mellem informationer og interventioner mellem sektorerne. At motivere til fælles virksomhed er ifølge Wenger, at formulere hvad aktørerne (patienter, sygeplejersker og læger i både primær og sekundærsektor) får ud af indsatsen (Wenger, 2004). Som følge heraf kan de sundhedsprofessionelle arbejde mod fælles mål for patientinvolvering. Derudover er det relevant at inddrage pårørende, som det fremgår af casestudiet er det vigtigt at undersøge pårørendes forudsætninger for at agere som ressourcer i relation til patientens behandling og pleje, der hvor dette er muligt. Som det fremgår i afsnittet ”Konteksten for indsatsen” bliver der hver 3. Måned afholdt møder med henblik på at afklare problemstillinger og usikkerheder om samarbejde. Fælles møder med jævne mellemrum kan give de forskellige samarbejdspartnerne mulighed for at udnytte hinandens kompetencer og ressourcer, og lære af hinanden på tværs af sektorer.

Patientinvolvering handler ikke kun om at informere patienten, men også om at italesætte, hvad der foregår i mødet med sundhedsvæsenet, herunder hvad der er på spil imellem sygeplejerske og sundhedsprofessionelle. Endvidere kan patientinvolvering bidrage til i højere grad at sætte fokus på de pligter og rettigheder, der er knyttet til de enkeltes roller i relationen. Dette kan bidrage til gensidighed øget ansvarlighed og et større engagementet i indsatsen.

Gensidigt engagement er et af kernebegreberne i praksisfællesskaber og kan i det tværsektorielle gruppearbejde på længere sigt skabe fælles forståelse, en ”common sense” i arbejdsgruppen omkring patientinvolvering og hvordan det håndteres i praksis.

## Udligning af informationsasymmetri

At de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer arbejder hen imod at udligne informationsasymmetri. Med afsæt i det af Protheroe et al 2010 udviklede spørgeskema, der tager udgangspunkt i patientoplevede udfordringer, kan en individualiseret tilgang til den enkelte patient fremmes (Protheroe et al., 2010). Med afsæt i den patientoplevede lidelse ved kronisk sygdom, der afdækkes ved ovennævnte spørgeskema, kan de sundhedsprofessionelle individualisere vejledningen eller informationen til den enkelte. De sundhedsprofessionelle kan anvende CCM modellen som udgangspunkt for informering, vejledning eller beslutningstagning

## Ensartet tilgang til forebyggelsesbesøg

Som det fremgår af analysen, arbejder det kommunale akutteams sygeplejersker forskelligt. Dette lægger flere af patienterne mærke til og italesætter. Denne problemstilling kan afhjælpes ved der kun én akutsygeplejerske på vagt ad gangen. Ovenstående problemstilling kan afhjælpes ved at to eller flere på vagt ad gangen, vil muliggøre supervision af hinanden og dermed finde et fælles grundlag for behandling og monitorering.

Ved at anvende Protheroe et al.’s 2010 spørgeskema kan sygeplejerskerne i samarbejde med patienten, praktiserende læge og eventuelt patientens stamafdeling afdække den enkelte patients særlige problemområder i en for patienten prioriteret rækkefølge. Herved kan de sundhedsprofessionelle både tage en mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelse og en patientorienteret tilgang til forebyggelse. Herudover fremgår det i kontekstbeskrivelsen, at der kun er én akutsygeplejerske på vagt ad gangen. Ved at ændre praksis , således at der er to eller flere akutsygeplejersker på vagt ad gangen, kan det fremme det Wenger kalder for *fælles* *virksomhed* (Wenger, 2004). Flere akutsygeplejersker på vagt ad gange giver akutsygeplejerskerne mulighed for at udnytte hinandens ressourcer i form af sidemandsoplæring, ved at hjælpe hinanden ved et akutbesøg og give hinanden feedback på situationen. Det kan give de kommunale akutsygeplejersker en ensartet tilgang til ex. forebyggelsesbesøg eller akutte tilsyn. Desuden kan akutsygeplejerskerne opsøge specialer på sygehusene mhp. oplæring inden for særlige sygeplejeopgaver, så indlæggelse undgås.

## Strategier for udvalgte kroniske lidelser udarbejdet med patienter, sygehuslæger og sygeplejersker og hjemme- og akutsygeplejersker.

Strategier som informant 1 og 3 nævner og særligt informant 1 er glad for er åndedrætsøvelser, der er lært til KOL træning. Arbejdet med at lære den enkelte strategier til selv at tackle sygdommen kan tænkes at udvides til at gælde angst, smerter, komplekse hjertelidelser eller muligheden for at lave aftaler med pårørende om at ringe til hinanden med et fast interval for at sikre at den ældre har det godt.

Disse strategier skal udformes i samarbejde med patienterne, sygehusspecialerne og kommunerne. Ved et tæt samarbejde omkring informering og træning af patienterne kan der opnås konsistens mellem de strategier og værktøjer, som de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer informerer om og refererer til ,når de kommunikerer med patienten. Det kan ifølge analysen bidrage til tryghed og øget oplevelse af kontrol (Claassens et al., 2014; Ho et al., 2015)

## Individuel træning af strategier for udvalgte kroniske lidelser

De sundhedsprofessionelle kan træne individuelt med de ældre kroniske syge patienter i deres eget hjem. Ved at træne i eget hjem har patienten mulighed for at øve strategierne i kendte omgivelser med de ressourcer eller begrænsninger der er. Patienten bliver derved tvunget til at justere til den nutidige situation (Hedman et al., 2015). Patienterne kan som følge af ovenstående træning øve sig i at handle forebyggende, når de er alene. Strategierne skal være kort og præcist udformede, og kan være skrevet ned på laminerede A5 kort med billeder eller piktogrammer og indeholde tekst, der illustrerer en tilstand og en handling, ”når… så...” . Kortene skal kort og præcist afbillede en tilstand med tilknyttende handling. Kortene skal ligge i patientens hjem i patientens borgerjournal, som værktøj både for patienten selv, men også for pårørende eller social og sundhedshjælperen, der hjælper med praktisk bistand. Ifølge Wengers begreb gensidigt repertoire vil strategierne medføre et fælles sprog, værktøj

Som det fremgår i specialets problemformulering, er de pårørende i høj grad involveret i observering og pleje af patienterne (Cobley et al., 2013; Pérez-López et al., 2008; Sasha Shepperd et al., 2009). Da det kommunale akutteam arbejder dag aften og nat, er det muligt at lægge forebyggelsesbesøg, når de pårørende har fri fra arbejdet. Det er derfor relevant at medtænke de pårørende som en vigtig ressource i forebyggelsesarbejdet. Kortene kan med fordel placeres flere steder hvor patienten ofte befinder sig.

# Udviklingsforslag

Udviklingsforslaget er udviklet på baggrund af litteraturstudiet, casestudiet. Herudover er forståelsen for de sundhedsprofessionelles læringsmiljø er udforsket med afsæt i Wengers praksisfællesskaber.

Der skal udviklet et obligatorisk kursus i patientinvolvering på tværs af sektorerne. Kurset skal tilbydes flere gange så alle uafhængig af vagtplan kan deltage. Et kursus er en effektiv indsats når målet er at opnå fælles forståelse for og anvendelse af patientinvolvering i behandling og monitorering af egen sygdom.

Kurset kan tage udgangspunkt i patientoplevelser fra specialets casestudie;

At de ikke oplever at blive involverede, at akutsygeplejerskerne gør det forskelligt, at strategier for lufthunger giver oplevelsen af tryghed, at de ikke oplever at de sundhedsprofessionelle taler sammen.

Dernæst er det vigtigt at de sundhedsprofessionelle opnår en fælles forståelse for patientinvolvering herunder definition og hvordan det kan praktiseres.

De sundhedsprofessionelles fremtoning, værdier, omsorgskultur og praksis har betydning for patienternes oplevelse af tryghed. Herudover medfører tværsektoriel kommunikation tryghed for den ældre patient selvom den ældre har fravalgt involvering (Claassens et al., 2014; Näsström et al., 2015)

Ud over at høre om patienternes perspektiver kan patienterne bruges som cases på kurset.

Emnerne der kan medtages på kurset kan være kommunikation, herunder hvordan den sundhedsprofessionelle kan levere information og hjælpe patienten med at perspektivere den nye information. Hvordan den sundhedsprofessionelle leverer information struktureret og er tydelig om hvad målet er med informationen (Claassens et al., 2014).

Værktøj til hvordan patientinvolvering kan udfolde sig i praksis kan implementeres som en del af undervisningen og udfolde sig i rollespil i overensstemmelse med Wengers teori om praksisfællesskaber (Wenger, 2004).

Et andet redskab der skal være genstand for gruppens diskussion og rollespil er henholdsvis spørgeskemaet udarbejdet af Protheroe et al. Som et redskab der kan anvendes forud for opstart af forebyggende hjemmebesøg af både akutsygeplejerske men også praktiserende læge og patientens kontaktperson på sygehuset. Eller spørgeskemaet der er udviklet til den telemedicinske indsats Ambuflex (Trillingsgaard et al., 2016). Eventuelt for de ældre borgere i kommunen som assisteret telemedicinsk forløb.

## Evaluering

Indsatsen kan evalueres ved at anvende effektevaluering, som omhandler en vurdering en indsatsens anvendelighed over for en særlig målgruppe (Dahler-Larsen, 2013). Der findes en variant af virkningsevalueringen, som kaldes procesevaluering. Denne evaluering tilstræber at forstå, hvorfor og hvordan en indsats virker ud fra en række kontekstfaktorer. Disse kontekstfaktorer bliver afdækket i en programteoretisk tilgang, som derved danner rammen omkring procesevalueringen (Dahler-Larsen, 2013). Som følge heraf kan en intervention vurderes, om der er behov for justering eller videreudvikling (Dahler-Larsen, 2013).

I nærværende speciale vurderes en procesevalueringen egnet, da interventionen omkring patientinvolvering placeres i en specifik kontekst. Denne kontekst udgøres for det kommunale akutteams , patienternes hjem. Evalueringsformen kan opstilles i et formativt perspektiv det betyder, at evalueringen foretages samtidig med interventionen.

En procesevaluering kan både omfatte en mundtlig og skriftlig evaluering. Fordelen ved en formativ procesevaluering er, at denne foregår samtidig med interventionen. Navnlig fordi evalueringen kan bidrage med til at danne interventionen, hvoraf de sundhedsprofessionelles læring kan optimeres da de løbende modtager tilbagemelding. I forlængelse af ovenstående vurderes en processuel virkningsevaluering med et formativt perspektiv velegnet til at afdække, hvordan og hvorfor patientinvolvering virker, samt hvilke justeringsmuligheder der findes.

## Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved forandringen

I forandringen i det kommunale akutteam, vil der forekomme tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, hvorfor nogle af disse vil blive vurderet nedenfor. Det første der vurderes, at være en tilsigtet konsekvens er, at forandringen kan fremkomme som en paternalistisk indsats. Det paternalistiske begreb henviser til, at indsatser er foretaget mod individers handlinger og imod deres egen vilje men antages, at være til gavn for individet (M. Hansen & Larsen, 1999). Et kursus med henblik på at udvikle kompetencer og ændre arbejdspraksis kan for nogle føles som et yderligere krav ovenfra. Det vurderes til, at have den utilsigtede konsekvens, at de sundhedsprofessionelle ikke efterkommer kravet om patientinvolvering i daglig praksis, eftersom de kan føle, at det går imod deres vilje og eller deres forestilling om patientinvolvering bør praktiseres. Forandringsindsatsen sigter dog på, at de sundhedsprofessionelle skal opleve, at de har medbestemmelse og frihed til, at styre hvilke redskaber der skal vedtages at praktiseres i deres område. Autonomi er individets selvbestemmelsesret og dermed friheden til selv, at tage beslutninger vedrørende sit eget liv (M. Hansen & Larsen, 1999).

Det andet der tillige vurderes, at være en konsekvens af forandringen i det kommunale akutteam er, at de sundhedsprofessionelle konfronteres med det ansvar de har for, at de ældre bliver involverede i behandling og monitorering af egen sygdom.

## Resultat diskussion

I det følgende afsnit diskuteres meningsanalysens resultater sammenholdt med Bourdieus teori og anden relevant litteratur herunder litteraturstudiet, hvilket danner grundlag for besvarelsen af den overordnede problemformulering, som omhandler et forandringstiltag, der kan understøtte akutsygeplejerskerne i det kommunale akutteam til systematisk at involvere patienten i behandling og monitorering af egen behandling. Derefter fremføres resultaterne af litteraturstudiet der skal danne baggrund for forandringstiltaget. Slutteligt diskuteres specialets anvendelse af teori og metode.

# Diskussion

I dette afsnit vil specialets metoder og resultater diskuteres. Først diskuteres specialets metoder med henblik på andre anvendelige metoder herunder pålidelighed, gyldighed og generaliserbarhed. Dernæst kommer en diskussion af specialets forandringsdel og dennes implementering.

## Metodediskussion

I dette afsnit vil forandringsperspektivet diskuteres som det overordnede ramme for specialet. Derefter følger en diskussion af specialets videnskabsteoretiske position. Specialets litteratursøgning vil diskuteres med henblik på reliabilitet og bias og casestudiedesign samt de anvendte metoder diskuteres. Slutteligt diskuteres den teoretiske referenceramme der anvendes i udviklingsfasen.

## Forandringsperspektivet

Medical Research Council retningslinjer er blevet anvendt som ramme til at strukturere fremgangsmåden i specialet. Det er retningslinjer der retter sig mod udvikling af komplekse interventioner. Det kommunale akutteam anses som en kompleks intervention, da der er mange interagerende komponenter. Det kan være da konteksten for indsatsen, køn, alder, uddannelsesniveau samt mange faggrupper skal samarbejde. Her er MRC´s retningslinjer og 4 faser indeholder udførligt beskrevne fremgangsmåder evaluering, implementering, udvikling og afprøvning. I nærværende speciale er evaluering, udvikling og implementering gennemført, den fjerde fase afprøvning er ikke udført, da denne fase omhandler at justere og optimere indsatser før de testes i større og kliniske sammenhænge, har det ikke været muligt at afprøve forandringen inden for de givne rammer. Afprøvnings fasen ville kunne bidrage med en forbedring og optimering af forandringstiltaget. Det vil give de sundhedsprofessionelle og patienterne mulighed for at prøve ”værktøjet” af i deres fælles arbejde og derigennem øge deres forudsætninger for, at vurdere om indsatsen fungerer i praksis. Det kan i afprøvningsfasen, være nødvendigt at justere og tilpasse indsatsen, så det fungerer i de sundhedsprofessionelles daglige arbejde med patienterne. Skulle afprøvningsfase indtænkes i forandringsforslaget, kan det kommunale akutteam hvor pågældende speciale har haft samarbejde, fungere som forsøgskommune og på den måde afprøve indsatsen. I afprøvningsfasen kan det være nødvendigt af gå tilbage til udviklingsfasen for at forbedre indsatsen.

## Videnskabsteori

Med afsæt i fænomenologisk hermeneutik giver det mulighed for at undersøge menneskets forståelse, handlinger og ytringer der ikke er umiddelbare for den enkelte. Fænomenologisk hermeneutik giver mulighed for at undersøge sociale fænomener som er patientens oplevelse af involvering i monitorering og behandling i det kommunale akutteam, og heraf bruge denne forståelse til at videreudvikle de sundhedsfagliges kompetencer inden for patientinvolvering. De ældre men også de sundhedsprofessionelle er i dette perspektiv altid et resultat af deres sociale baggrund, historicitet, uddannelse og køn, og dermed altid farvet af forforståelsen (Vallgårda & Koch, 2013a). En kritik af den fænomenologiske hermeneutik at det ikke er objektiv viden, og den subjektive fortolkning ud fra en positivistisk side usaglige (Vallgårda & Koch, 2013b)På den anden side anser Gadamer objektiv om fænomener for utopi, da viden og forståelse altid vil være farvet af forskers forforståelse, hvilket medfører at forsker fjerner sig fra objektiv viden(Vallgårda & Koch, 2013b).

## Den systematiske litteratursøgning

Først diskuteres den søgestrategien herunder hvordan søgeprotokollen er udført og hvilken betydning dette har for litteratursøgningen. Efterfølgende diskuteres valget af søgedatabaser samt betydningen af kontrollerede søgeord og fritekstsøgninger. Slutteligt diskuteres selve udvælgelsen, vurderingen af præcision i de udvalgte artikler og søgning.

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i 4 databaser der blev vurderet dækkende for besvarelse af problemformuleringen. De inkluderede studier bestod af surveys, og kvalitative studier. Kvaliteten af studierne er forsøgt bevidstgjort ved anvendelse af tjeklister og synliggøre de forskellige styrker og svagheder ved de enkelte studier.

Der er i databaserne anvendt både thesaurus-termer og fritekstsøgninger, og der er ved mange hits anvendt limits, da limits har stor betydning for hvilke studier databasen frasorterer, kan relevante studier ligeledes være fravalgt i denne proces.

Den systematiske søgning har resulteret i både udenlandske, men også to svenske studier. Da det svenske sundhedsvæsen og den svensk kultur er sammenlignelige den danske, vurderes det overførbart til danske forhold. De andre udenlandske studier er henholdsvis fra lande som Holland, Canada og England på trods af forskelle i opbygning af sundhedsvæsen, og derfor er det valgt at inkludere disse.

## Udvælgelse af litteratur

Da specialgruppen er en énmandsgruppe var denne del af specialet særligt udfordrende. Der er i udvælgelsen af litteraturen anvendt in- og eksklusionskriterier. Disse er udvalgt på baggrund af problemanalysen og problemformuleringen. Da litteraturen skulle udvælges foregik det i 3 faser. 1) blev artiklerne valgt ud fra titel og abstract 2) dernæst om artiklen indeholdt inklusionskriterierne. 3) blev artiklerne gennemgået med tjeklister. Men i de databaser hvor der var særligt mange hit anvendtes limits. Da valg af limits har stor betydning for hvilke studier databasen frasorterer, kan relevante studier ligeledes være fravalgt i denne proces.

Studier der så vidt muligt henvender sig til dansk kontekst har været at foretrække, da undersøgelsen efterfølgende skal bruges i dansk kontekst. Det er bemærket at de 5 inkluderede studier er vidt forskellige, men de har det til fælles at de peger på tiltag der fremmer patientinvolveringen og øger tryghed og patienternes oplevelse af kontrol i eget hjem.

Projektets gyldighed  
Kvalitetskriteriet tager udgangspunkt i de udforskedes egen opfattelse af det de gør, og hvilken mening de tillægger deres oplevede begivenheder, handlinger og aktiviteter, som er deres forforståelse (Launsø et al., 2011). Hertil hører også helhedskriteriet, om den kontekst hvori den udforskede befinder sig medinddrages herunder institutionelle og sociale sammenhænge (Launsø et al., 2011). Ved diskussion af projektets overførbarhed til andre kontekster, kan det ikke ukritisk overføres til andre kontekster end det undersøgte . Dette skyldes, at besvarelse af problemformuleringen er sket under hensynstagen til den specifikke

## casestudie

Der er anvendt et teorifortolkende casestudie som design (Antoft & Salomonsen, 2007). Hensigten var at opnå en dybdegående undersøgelse af patienterne der har modtaget behandling af det kommunale akutteam og deres oplevelse af involvering i behandling og monitorering af deres sygdom og dermed generere ny empirisk viden. Ved at have anvendt komparativt casestudie med patienter i en anden dansk kommune, kunne dette have medført et andet perspektiv på specialets problemstilling. Med henblik på, at sammenligne ligheder og forskelle mellem deres oplevelser og ønsker om involvering i monitorering og behandling. Et komparativt studie kunne bidrage med mulige generelle træk ud fra 2 cases. Metoden i nærværende speciales casestudie vurderes transparent da alle metodiske overvejelser er dokumenterede. Dette styrker den analytiske generaliserbarhed der højner specialets resultater (Antoft & Salomonsen, 2007).

Casestudiedesignet giver mulighed for, at anvende flere dataindsamlingsmetoder (Launsø et al., 2011).Derfor kunne der med fordel have været valgt at gøre brug af observationer af patienten og akutsygeplejerskens interaktion som supplement til interview hvilket kunne, have bidraget med dybde i casen og anskuet denne fra flere nuancer.

## Interview

Der er i specialet udført 5 semistrukturerede interview, med det formål at undersøge hvordan patienterne i det kommunale akutteam med en eller flere kroniske sygdomme oplevede involvering i monitorering og behandling af egen sygdom. Normalvis vil antallet af interviewpersoner ligge på 15 personer +/- 10 personer (Kvale & Brinkmann, 2009), dermed befinder antallet af interview på grænsen af at være for lille. Et andet kriterium for hvornår der er medtaget tilstrækkeligt interview er, som er nævnt først i afsnittet er besvaret også kaldet mætningspunkt. Mætningspunktet er nået, når interviews ikke længere tilfører mere ny viden (Kvale & Brinkmann, 2009). Når antallet af interviewpersoner bliver for lille har det betydning for muligheden for at generalisere resultaterne (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewguiden blev udarbejdet på baggrund af specialets problemanalyse, indledende litteratursøgning og forforståelse inspireret af den økologiske model. Efterfølgende anvendtes den økologiske model som struktur for kodningen af interviewene. Ved at have valgt teoretiker og den økologiske model forud for udarbejdelse af interviewguide, kunne denne have været rettet mod de begreber der efterfølgende blev analyseret. Dette kunne muligvis have givet mere fokuserede spørgsmål og efterfølgende udtømmende besvarelse af problemformuleringen. Omvendt kunne interviewguiden være blevet for fokuseret, og dermed have afgrænset fra andre relevante områder for specialets problemstilling. På denne baggrund findes specialets fremgangsmåde hensigtsmæssig, da formålet var at undersøge patientens oplevelser uden at være styret af en teori eller model.

Interviewguiden blev gennemgået og tilrettet af vejleder og pilottestet på ældre naboer 65 + årige, partner og forældre. Pilottest blev udført med henblik på feedback i forhold til forståelighed, nøjagtighed og sprogbrug, og dermed højnet interviewguidens gyldighed.

Interviewenes varighed stiledes mod ikke at vare mere end 30-40 min. Primært for at tage hensyn til de interviewpersonernes udfordringer som følge af kronisk sygdom så som træthed, opmærksomhedsspænd og høje alder. Interviewene blev udført af én person, det kan være en ulempe at det kun er én der udfører interview, da enhver interviewer ubevidst kan påvirke en interviewsituation. Derfor kunne to interviewere have medført flere forskellige perspektiver en hvis der kun var én interviewer(Kvale & Brinkmann, 2009). Der er forsøgt at opnå intersubjektivitet , der er en proces hvorved der opnås enighed mellem interviewperson og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette blev forsøgt ved at opsummere, hvad intervieweren havde forstået ved informantens budskab, herved får informanten mulighed for at rette på intervieweren, såfremt fortolkningen var forkert.

## Transskription

Når der skal tolkes fra lyd til skrift er det vigtigt at være opmærksom på, at mening kan gå tabt hvilket kan på virke empiriens gyldighed (Kvale & Brinkmann, 2009).

Der blev forud for transskription af interview udarbejdet en transskriptionskonvention ses i bilag 3.

Fordelen ved at udarbejde en transskriptionskonvention er, at det kan skabe ensartethed i transskriptionerne. Dette højner specialets transparens, da det giver stringens i transskriberingsmetoden. Dernæst er der transskriberet med henblik på mening, det kan gøre det nemmere at læse og analysere efterfølgende. Transskriptionerne blev alle udført af en person hvilket kan have den fordel at det skaber stringens i transskriptionen men kan også have den ulempe at det leder til gennemgående informationsbias. Dette er forsøgt undgået ved at optagelserne efterfølgende er lyttet igennem hvilket har højnet specialets gyldighed.

## Anvendt teori

Bourdieus teori om kapitaler blev anvendt i specialets analyse. Valget blev taget på baggrund af den indsamlede empiri, der viste at patienterne havde mange forskellige forudsætninger for involvering i monitorering og behandling af egen sygdom i hjemmet. Anvendelsen af Bourdieu har styrket specialets analyse, da den kan give et bud på komplekse relationer og stabilitet både inden for den enkelte generation men også mellem generationer og mellem forskellige sociale positioner (S. Glasdam, 2009). Anvendelse af Bourdieu har medvirket til give en forståelse for hvorfor patienten handler og reagerer som han gør, men også til at give dybde i temaerne. Hvorudfra der er generaliseret med udvikling for øje. En kritik af Bourdieus teori er, at den ikke efterlader meget til overs for det frie handlende individ, men at disse altid handler på baggrund af deres sociale og kulturelle kapital. Bourdieus teori er tager udgangspunkt i Frankrigs sociale klasser, man kan stille spørgsmålstegn ved om Bourdieu teori er relevant i Danmark 2018.

# Konklusion

Specialets konklusion er, at patienterne i det kommunale akutteam ikke oplever at blive involverede i behandling og monitorering af deres sygdom. Der fremgår også at patientinvolvering har komplicerede vilkår, da de ældre ikke giver til genmæle eller stiller spørgsmålstegn ved praksis. Det kan derfor være svært for de sundhedsprofessionelle at afkode hvornår der er tale om et egentligt samtykke, da de ældre er usikre på hvilke konsekvenser det kan have for dem. Problemanalysen, casestudiet og litteraturstudiet peger på at involvering af patienten er vigtig, og besvarelsen af problemformuleringen er, at de sundhedsprofessionelle har behov for at få tilført kompetencer der øger patientinvolvering i praksis. Det kan gøres ved, at udbyde et obligatorisk kursus i patientinvolvering. Kurset skal derudover behandle temaer som kommunikation, herunder hvordan den sundhedsprofessionelle kan strukturere og levere information samt perspektivere informationen. En måde de sundhedsprofessionelle i praksis kan arbejde med involvering er ved, at lave rollespil med Wengers teori om praksisfællesskaber (Wenger, 2004).

Spørgeskemaet udviklet af Protheroe et al. Er et redskab der kan anvendes forud for opstart af forebyggende hjemmebesøg af både akutsygeplejerske, men også praktiserende læge og patientens kontaktperson på sygehuset. Eller spørgeskemaet der er udviklet til den telemedicinske indsats Ambuflex (Trillingsgaard et al., 2016).

At have en ægtefælle var på den ene side forbundet med tryghed og muligheden for, at få lidt ekstra assistance. På den anden side, at leve med syg ægtefælle var forbundet med meget ekstra arbejde. Det stemmer overens med det økologiske perspektiv og litteraturen der fremførte, at oplevelsen af kontrol i takt med funktionstab hos den ældre er denne i høj grad afhængig af en teamindsats af formel som uformel indsats for, at opnå oplevelsen af kontrol. I forlængelse heraf er det vigtig for at den ældre føler i trygge hænder, at der er konsistens i kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle.

Den ældres oplevelse af kontrol afhang af den enkelte sundhedsprofessionelles karakter, og om de oplever at føle sig imødekommet samt, at der var tilstrækkeligt med tid.

Én informant have handlestrategier for når han fik lufthunger, hvilket gav ham en oplevelse af kontrol. Denne indsats kunne udvides til, at gælde andre kroniske lidelser som de sundhedsprofessionelle kan træne med patienterne i hjemmet. Hjemmet er vigtigt for de ældre, da det er der de oplever at blive konfronteret med hverdagslivets udfordringer.

# Referenceliste

Afdeling for Sundhedsanalyser. (2015). *Borgere med multisygdom*.

Antoft, R., & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (pp. 29–57). København: Syddansk Universitetsforlag.

Baldie, D. J., Entwistle, V. A., & Davey, P. G. (2008). The information and support needs of patients discharged after a short hospital stay for treatment of low-risk Community Acquired Pneumonia: implications for treatment without admission. *BMC Pulmonary Medicine*, *8*, 11. http://doi.org/10.1186/1471-2466-8-11

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients. *The Journal of the American Medical Association*, *288*(15), 1909–1914.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2005). Improving Primary Care for Patients, *288*(15), 1909–1914.

Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde*. (H. Hovmark, Ed.) (1.). København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog 2. udgave* (2nd ed., pp. 463–479).

Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, *10*, 2–8.

Claassens, L., Widdershoven, G. A., Van Rhijn, S. C., Van Nes, F., Broese van Groenou, M. I., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2014). Perceived control in health care: A conceptual model based on experiences of frail older adults. *Journal of Aging Studies*, *31*, 159–170. http://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.09.008

Cobley, C. S., Fisher, R. J., Chouliara, N., Kerr, M., & Walker, M. F. (2013). A qualitative study exploring patients’ and carers’ experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*, *27*(8), 750–7. http://doi.org/10.1177/0269215512474030

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*, *28*(1), 75–85. http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75

Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *335*(7609), 24–7. http://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80

Coulter, A. P. (2012). No Title. *Journal of Ambulatory Care Management*, *Volume 35(*(April/June), 80–89.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj Clinical Research Ed.*, *337*(September), a1655. http://doi.org/10.1136/bmj.a1655

Dahler-Larsen, P. (2013). *Evaluering af projekter - og andre ting, som ikke er ting* (1 oplag). Odense: Syddansk universitetsforlag.

Dahler-Larsen, P. (2015). Evaluering. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog 2. udgave* (2nd ed., pp. 188–190). Hans Reitzels Forlag.

dst.dk. (n.d.). Retrieved from http://www.statistikbanken.dk/IND04

dst.dk. (2017). Retrieved September 11, 2017, from http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning

Eide, H., & Eide, T. (1999). Kommuikasjonsteori. In *Kommunikasjon i relasjoner -samhandling, konfliktløsning, etikk* (1 utgave, pp. 34–64). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Evaluering - Frederikssund Kommunes akutteam. (n.d.).

Frandsen, T. F., Dyrvig, A., Christensen, J. B., Fasterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, *176*(7), 647–651.

Gadamer, H. G. (2004). *Sandhed og Metode - grundtræk af en filosofisk hermenerutik*. (Arne Jørgensen, Ed.) (1. udgave). Århus: Arne Jørgensen Systime A/S.

Glasdam, S. (2009). *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Greve, B. (Roskilde U. (2016a). Velfærdsstatens og befolkningssammensætningens udvikling i Danmark. In S. (Lund universitet)) Glasdam & J. W. (VIA university A. Jørgensen (Eds.), *Det nære sundhedsvæsen - perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker* (1. udgave, pp. 36–45). København.

Greve, B. (Roskilde U. (2016b). Velfærdsstatens og befolkningssammensætningens udvikling i Danmark. In S. (Lund universitet)) Glasdam & J. W. (VIA university A. Jørgensen (Eds.), *Det nære sundhedsvæsen - perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker* (1. udgave, pp. 36–45). København.

Hansen, E. B., Gusak, D., & Westergaard, W. (2015). *Akutteamet i Sønderborg Kommune Evaluering af funktionsmåde og effekter*.

Hansen, M., & Larsen, B. H. (1999). Etik. In *Sygeplejevidenskab - teori og metode* (2nd ed., pp. 28–53). Hvidovre: Dansk sygeplejeråd.

Hedman, M., P??der, U., Mamhidir, A. G., Nilsson, A., Kristofferzon, M. L., & H??ggstr??m, E. (2015). Life memories and the ability to act: The meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *29*(4), 824–833. http://doi.org/10.1111/scs.12215

Ho, J., Kuluski, K., & Gill, A. (2015). A Patient-Centered Transitions Framework for Persons With Complex Chronic Conditions. *Care Manag J*, *16*(3), 159–169. http://doi.org/10.1891/1521-0987.16.3.159

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). Organisationskultur. In *Hvordan organisationer fungerer - En inføring i organisation og ledelse* (3 udgave, pp. 114–148). København: Hans Reitzels Forlag.

Jakobsen, R. G. (2016). Kommuner overtager behandling fra sygehusene. Retrieved from http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-1-2-id195448/

Jensen, U. J. (2012). Patientperspektivet i en sundhedspraksis under forandring. In B. Martinsen, A. Norlyk, & P. Dreyer (Eds.), *patientperspektivet - en kilde til viden* (1. udgave., pp. 17–30). København: Munksgaard.

Jönsson, A. B. ., Nyborg, M. J. G., Pedersen, V. H., Pedersen, L. H., Wandel, A., & Freil, M. (2013). *Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddraglse - en kvalitativ undersøgelse*.

Jønsson, A. R., Baker, V. H., Jacobsen, C. B. H., & Pedersen, L. (2015). Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, *22*, 5–17.

KL. (2015a). Sammen om sundhed, 48.

KL. (2015b). *Sammen om sundhed*.

Kl. (2012). Det nære sundhedsvæsen. *Kl*, 108. http://doi.org/https://sundhedsstyrelsen.dk/.../A92CFB652015453FB5E26616C0CDD2BF. ashx

Kleinman, A. M. D. (1988). The Meaning of Symptoms and Disorders. In *The illness narratives -Suffering, Healing and the Human Condition* (pp. 3–31). united Atates of America: Basic Books - A Member of the Perseus Book Group.

Kristiansen, S. (2015). *Kvalitative Metoder- en grundbog - kvalitative analyseredskaber*. (S. Brinkmann & L. Tanggard, Eds.) (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview - introduktion til et håndværk* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6. udgave). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Luppa, M., … König, H.-H. (2011). Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions. *Medical Care Research and Review*, *68*(4), 387–420. http://doi.org/10.1177/1077558711399580

Lomborg, K., Bregnballe, V., Rodkjær, L. Ø., Handberg, C., & Ågård, A. S. (2015). Patientinvolvering - Et begreb med praktisk potentiale. *Sygeplejersken*.

Mahler, M., Sarvimaki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen, N., Liveng, A., … Horder, H. (2014). Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, *42*(15), 36–40. http://doi.org/10.1177/1403494814556648

McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior*, *15*(4), 351–377. http://doi.org/10.1177/109019818801500401

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). Ecological Perspective on Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, *15*(4), 351–377. http://doi.org/10.1177/109019818801500401

Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2015). Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. *Ministeriet for Sundhed Og Forebyggelse*, (April), 1–16. http://doi.org/978-87-93214-24-8

Murray, C. J. E. Al. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, *386*(10009), 2145–91. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X

Muusmann. (2014). *Evaluering Akutteam Kvalitative interviews*.

Møller, R. B. (2009). Et forsvar for sundhedfundamentalismen- til kritik af en tidstypisk tankegang. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1.udgave, pp. 67–93). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267. http://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Näsström, L. M., Idvall, E. A. C., & Strömberg, A. E. (2015). Heart failure patients’ descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*. http://doi.org/10.1111/hex.12120

Ofman, J. J., Badamgarav, E., Henning, J. M., Knight, K., Gano, A. D., Levan, R. K., … Weingarten, S. R. (2004). Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *American Journal of Medicine*, *117*(3), 182–192. http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.018

Pérez-López, J., San José Laporte, A., Pardos-Gea, J., Tapia Melenchón, E., Lozano Ortín, E., Barrio Guirado, A., & Vilardell Tarrés, M. (2008). Safety and efficacy of home intravenous antimicrobial infusion therapy in older patients: A comparative study with younger patients. *International Journal of Clinical Practice*, *62*(8), 1188–1192. http://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2008.01747.x

Poulsen, J. (2004). *Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet* (1st ed.). København.

Protheroe, J., Blakeman, T., Bower, P., Chew-Graham, C., & Kennedy, A. (2010). An intervention to promote patient participation and self-management in long term conditions: Development and feasibility testing. *BMC Health Services Research*, *10*. http://doi.org/10.1186/1472-6963-10-206

Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A., & Kim, M. (2016). Barriers and facilitators for sustainability of tele-homecare programs: A systematic review. *Health Services Research*, *51*(1), 48–75. http://doi.org/10.1111/1475-6773.12327

Region Midjylland. (n.d.). Hvad er telemedicin? - Region Midtjylland. Retrieved November 28, 2017, from https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/hvad-er-telemedicin/

Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2014). *Den gode opgave- håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (4 udgave). København: Samfundslitteratur.

Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., … Harris, R. (2009). Early discharge hospital at home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000356. http://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub3

Shepperd, S., & Iliffe, S. (2005). Hospital at home versus in-patient hospital care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000356. http://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub2

Skjøt-Arkil, H., Mogensen, C. B., Birkemose, M., & Nørgaard, B. (2015). *Evalueringsrapport af ACCESS*.

SST. (2017). *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*. Retrieved from https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/media/F69BEB14789842818FA1096DE20C19D9.ashx

Stock, R., Mahoney, E. R., Reece, D., & Cesario, L. (2008). Developing a senior healthcare practice using the chronic care model: Effect on physical function and health-related quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(7), 1342–1348. http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01763.x

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. København. Retrieved from https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/behandling-og-rettigheder/genoptraening-og-rehabilitering/rehabilitering/forloebsprogrammer-for-erhvervet-hjerneskade

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015a). 1. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog* (2nd ed., pp. 29–55). København: Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015b). Interviewet:Samtalen som forskningsmetode. In L. Tanggaard & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative Metoder- en grundbog* (2. udgave, pp. 29–55). Hans Reitzels Forlag.

Telemedicin. (n.d.). Retrieved January 1, 2017, from http://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/hvad-er-telemedicin/

Theocharis, G., Rafailidis, P. I., Rodis, D., Kontopidis, I., Barbas, S. G., & Falagas, M. E. (2012). Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) at home in Attica, Greece. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, *31*(11), 2957–2961. http://doi.org/10.1007/s10096-012-1647-1

Thorgård, K. (2012). patientperspektivets epistemologi. In B. Martinsen, A. Norlyk, & P. Dreyer (Eds.), *patientperspektivet - en kilde til viden* (1. udgave, pp. 31–37). København: Munksgaard.

Trillingsgaard, C., Mscn, M. R., Kjaerside, B., Phd, N., Hjøllund, N. H., Phd, M., … Mejdahl, M. C. (2016). Use of patient-reported outcomes in outpatient settings as a means of patient involvement and self-management support -a qualitative study of the patient perspective. *European Journal for Person Centered Healthcare*, *4*(2), 359–367. Retrieved from http://ambuflex.dk/wp-content/uploads/2016/08/m-475-MEJDAHL-v3.1\_Final.pdf

Vallgårda, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014a). *Sygdomsforebyggelse* (1st ed.). København: Munksgaard.

Vallgårda, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014b). *Sygdomsforebyggelse* (1st ed.). København: Munksgaard.

Vallgårda, S., & Koch, L. (2013a). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab (4. udgave, p. 345). København: Munksgaard.

Vallgårda, S., & Koch, L. (2013b). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udgave). København: Munksgaard.

Vinge, S., Buch, M. S., Kjellberg, J., Kjellberg, P. K., Rasmussen, S. R., & Wiuff, M. B. (2011). *Forebyggelse af indlæggelser: oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*.

Vitacca, M., Bianchi, L., Guerra, A., Fracchia, C., Spanevello, A., Balbi, B., & Scalvini, S. (2009). Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: A randomised clinical trial. *European Respiratory Journal*, *33*(2), 411–418. http://doi.org/10.1183/09031936.00005608

Weingart, S. N., Zhu, J., Chiappetta, L., Stuver, S. O., Schneider, E. C., Epstein, A. M., … Weissman, J. S. (2011). Hospitalized patients’ participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care*, *23*(3), 269–277. http://doi.org/10.1093/intqhc/mzr002

Wenger, E. (2004). *praksis fællesskaber* (1. Udgave,). København: Hans Reitzels Forlag.

World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. *European Sustrainable Development and Health Series: 4*, 91. http://doi.org/9289010843

World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization.*, *79*(4), 373–374. http://doi.org/S0042-96862001000400016 [pii]