

KORT MEN GODT?

En etnografisk undersøgelse af et teknologistøttet
døgnhofteforløb

REMOTE REHABILITATION AND SUPPORT

Caretech Innovation & Regionshospitalet Silkeborg



Remote Rehabilitation and Support

Projektet er finansieret af Region Midtjylland og EU via Caretech Innovation og har til formål at udvikle teknologi, der kan støtte med præoperativ patientuddannelse og informationsformidling samt postoperativ information og kommunikation. I projektet arbejdes med hofteudskifning som case. I projektet deltager Regionshospitalet Silkeborg, Capgemini, SAS Institute, Mark Film A/S, Datalogisk Institut Aarhus Universitet, TDC, The Animation Hub, Caretech Innovation, Alexandra Instituttet A/S.

Undersøgelsen og rapporten er udarbejdet af **Rikke Aarhus**. Alle billeder er taget af forfatteren og kan ikke anvendes uden tilladelse.
Copyright © Caretech Innovation & Regionshospitalet Silkeborg. 2011.



English Summary:

Is a short hospital stay good? An ethnographic study of a technology-supported 24hour hip surgery program

Purpose and background

This report presents results from an ethnographic study of an accelerated total hip alloplasthy surgery program which is supported by telemedicine. The report focuses on how patients, appointed relatives participating in the treatment program and a team of interdisciplinary healthcare providers participate in and experience 'døgnhofteforløbet' ('24h program'). In the 24h program, the patient is discharged to the home the day after surgery, has an appointed relative, called support person, and has access to pre- and postsurgical information and communication. Patients receive a 'healthgateway' which is connected to their TV and contains instruction videos, written information, and an animated film informing about the condition and the surgery. It also facilitates video calls between home and hospital. The study took place at the Region Hospital Silkeborg, Denmark, as part of the project Remote Rehabilitation and Support, which is also to deliver a randomized clinical trial. The project is supported by Caretech Innovation and the European Regional Development Fund.

Results

Many patients value a short hospital stay as they prefer to be at home rather than in a hospital ward where they are to adjust to hospital routines. Pre-surgical information and access to information and communication after discharge are important for both patients and relatives. The involvement of both patients and relatives through the hospital stay and in the post-surgical period is important for the handling of problems when being at home. However, it is important that the support person is capable of having this role and that patient and support person have an uncomplicated relationship. The post-surgical possibilities of communication with healthcare professionals (planned video calls,

home visit, post-surgical controls) make patient and relatives feel safe before surgery and after discharge. This is due whether or not patients and relatives make use of the possibilities and is important as many patients and relatives are nervous or anxious about the surgery, its results, the rehabilitation and responsibility. Through the communication possibilities, patients and relatives do not feel left alone despite being in the home as they are able to share the responsibility with healthcare professionals. Deliberate collaborations between healthcare providers, between healthcare providers, patients and relatives, and between patients and relatives are essential for the success of the 24h program.

A drawback of the increased participation in own treatment and the short hospital stay is that not all patients are able to live up to the requirements whether directly or indirectly expressed in the program. This may cause a bad experience for the patient and relatives, a prolonging of the hospital stay, and/or a shortening of the rehabilitation period. While it is important to focus on patient and relatives in surgery programs with short hospital stay, the conditions and experiences of the healthcare professionals should also be discussed. The 24h program allows the staff to follow up on initiated treatments and to learn from experiences despite not seeing the patient at the hospital.

Conclusion

A short hospital stay is a great choice for some, but not for all citizens/patients undergoing a hip surgery. To make early discharges successful for a broad number of people, hospitals should offer education and information to patient and relative, a support person should accept to participate, patient and relative should be offered tools to allow sharing of responsibility with healthcare professionals after discharge, the patient should not have competing diseases and the healthcare professionals should organize their work around the individual patient with the focused aim of achieving an early discharge.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	3	5. "DET VAR EN RIGTIG DØGNHOFTEPATIENT"- PATIENT, STØTTEPERSON OG INDDRAGELSE	21
1.1 RAPPORTENS OPBYGNING	3	5.1 AKTIV DELTAGELSE I BEHANDLING OG FORLØB	21
2. UNDERSØGELSESDSIGN OG METODE	4	5.1.1 ANSVAR	22
2.1 TILGANG OG AFGRÆSNING	4	5.1.2 NÅR MAN IKKE KAN LEVE OP TIL FORVENTNINGEN OM AKTIV DELTAGELSE	22
2.2 INFORMANTER	4	5.2 STØTTEPERSONENS ROLLE	23
2.2.1 PATIENTKARAKTERISTIK	4	5.2.1 UDDANNELSE OG INDDRAGELSE AF STØTTEPERSONER	23
2.2.2 PERSONALEKARAKTERISTIK	5	5.2.2 STØTTEPERSONERS BIDRAG I DØGNHOFTEFORLØBET	24
2.3 LOKALITETER	5	5.2.3 DEN IDEELLE STØTTEPERSON?	24
2.4 METODER I DATAINDSAMLINGEN	5	6. "NÅR DET SÅ ER OVRE, SÅ SLAPPER MAN AF" - TRYGHED OG NERVØSITET	26
2.4.1 (DELTAGER)OBSERVATION	5	6.1 OPLEVELSE AF NERVØSITET BLANDT PATIENTER OG STØTTEPERSONER	26
2.4.2 SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS	6	6.1.1 NERVØSITET SOM RESULTAT AF AKKUMULEREDE FAKTORER	27
2.5 ANALYSE	6	6.1.2 REDUCERING AF NERVØSITET	28
2.6 VALIDITET	6	6.2 PERSONALETS (U)TRYGHED I KORTE FORLØB	28
2.7 ETIK	7	7. "TINGENE ER NEMMERE, NÅR MAN BLIVER GODT ORIENTERET"- INFORMATION, VIDEN OG UDDANNELSE	30
3. DØGNHOFTEFORLØBET	7	7.1 KILDER TIL INFORMATION, VIDEN OG UDDANNELSE	30
3.1 UDVIKLING AF DEN TELEMEDICINSKE LØSNING	7	7.1.1 SKRIFTLIGT INFORMATIONSMATERIALE	30
3.2 DØGNHOFTEFORLØBET	8	7.1.2 INFORMATIONSMØDET	31
3.2.1 OPBYGNING AF OG INDHOLD I DØGNHOFTEFORLØBET	8	7.1.3 VIDEO OG ANIMATION	32
4. "DET NYE LUKSUSTILBUD" - HOSPITAL, HJEM OG POSTOPERATIV KOMMUNIKATION	11	7.1.4 PERSONALET	33
4.1 AT VÆRE INDLAGT	11	7.2 ÆNDRING AF ADFÆRD	34
4.2 "AT KOMME UD I VIRKELIGHEDEN"	12	8. "JEG FØLER MIG NÆSTEN PRIVILEGERET"-TEKNOLOGIENS ROLLE I DØGNHOFTEFORLØBET	35
4.2.1 OPLEVEDE PROBLEMATIKKER	13	8.1 TEKNOLOGIENS BIDRAG I DØGNHOFTEFORLØBET	35
4.2.2 TRÆNING	14	8.2 ANVENDELSE OG RELATEREDE PROBLEMSTILLINGER	36
4.3 PATIENT-BEHANDLER RELATION	15	8.2.1 DESIGN OG INTEGRATION I HJEMMET	37
4.3.1 KOORDINATORENS ROLLE	16	8.3 ORGANISATORISKE PROBLEMSTILLINGER	37
4.4 POSTOPERATIV KOMMUNIKATION, KONTAKT OG KONTROL	16	8.4 TEKNISKE PROBLEMSTILLINGER	38
4.4.1 VIDEOSAMTALE	16		
4.4.2 HJEMMEBESØG	18		
4.4.3 TELEFONOPKALD VED BEHOV	19		
4.4.4 POSTOPERATIVE KONTROLLER PÅ HOSPITALET	19		

9. "JEG GLEMMER DET, NÅR DET GÅR FOR GODT"- RESTRIKTIONER OG HJÆLPEMIDLER	39
9.1 RESTRIKTIONER I DAGLIGDAGEN	39
9.2 HJÆLPEMIDLER	40
10."MAN KAN IKKE BARE KØRE SOLO"- AT VÆRE PERSONALE I KORTE FORLØB	42
10.1 PLANLÆGNING OG SAMARBEJDE	42
10.2 PERSONALET'S COMMITMENT	43
10.3 INDDRAGELSE AF PERSONALE I UDVIKLING AF FORLØB	44
11. KONKLUSION - KORT ER GODT, MEN IKKE NØDVENDIGVIS FOR ALLE	45
12. LITTERATUR	47

1. Indledning

I denne rapport formidles et etnografisk studie af et telemedicinsk døgnhofteforløb, hvor patienter i et elektivt forløb får udskiftet en hofte (total hofte alloplastik). Rapporten analyserer patienters¹, støttepersoners², og sundhedsprofessionelles erfaringer og vilkår i døgnhofteforløbet med perspektivering til et standardforløb. Rapportens omdrejningspunkt er et døgnhofteforløb udviklet på Regionshospitalet Silkeborg, hvor patienten efter et døgn indlæggelse udskrives til eget hjem, og hvor patienten både før og efter operationen har teknologi til rådighed, der kan bidrage til præoperativ patientuddannelse og postoperativ information og kommunikation med hospitalspersonalet. Døgnhofteforløbet var en del af projektet Remote Rehabilitation and Support (RRS) og var således ikke et fast implementeret behandlingstilbud på undersøgelsestidspunktet.

Rapporten bidrager med perspektiver på korte indlæggelsesforløb, telemedicin, og patient empowerment, der er temaer, der er på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen. Der pågår en udvikling mod kortere indlæggelsesforløb, fra indlagte til ambulante forløb, flytning af opgaver til primær sektor, udlæggelse og behandling i eget hjem samt inddragelse af patienter i egen behandling (Region Midtjylland 2009, Sundhedsstyrelsen 2009). Dette sker i et forsøg på at opnå besparelser, imødegå personalemangel og øge den patientoplevede kvalitet. Telemedicin og anden sundhedsteknologi anses i stigende grad som svar på denne udvikling (Sundhedsstyrelsen 2009).

Den etnografiske undersøgelse, som rapporten bygger på, er en del af RRS projektet, der har til formål at udvikle og teste, den telemedicinske løsning, som patienter i døgnhofteforløbet fik stillet til rådighed. Som en del

af RRS projektet udføres et randomiseret kontrolleret studie, hvor to grupper af patienter sammenlignes; døgnhofte og standard. Den etnografiske undersøgelse har haft fokus på begge grupper. I rapporten er hovedvægten på døgnhoftepatienter, men med perspektivering til og inddragelse af patienter i standardforløbet, da patienter i de to forløb oplever mange af de samme udfordringer trods forløbenes forskellige opbygning. Den etnografiske undersøgelse havde til formål at evaluere den i projektet udviklede teknologi og dermed bidrage med input til videreudvikling. Desuden var formålet at undersøge implementeringen af teknologi og forløb, og at indsamle viden om, hvordan det er at være patient, støtteperson og personale i døgnhofteforløbet, der sammenlignet med andre forløb er yderligere optimeret.

Rapporten konkluderer, at teknologikvalificeret informationsgivning og kommunikation kan bidrage positivt til patienter og pårørendes lyst til og mulighed for at tage del i et kort behandlingsforløb. Det konkluderes dog også, at døgnhofteforløbet ikke er ønskeligt eller muligt for alle patienter og pårørende. Spørgsmålet i rapportens titel findes der således ikke et entydigt svar på.

1.1 Rapportens opbygning

Den etnografiske tilgang i undersøgelsen har medført en fortællende stil i rapporten. Et hurtigt overblik kan hentes via de oversigter med hovedpointer, der findes før hvert kapitel. Sammen med denne indledning udgør kapitel 2 om undersøgelsesdesign og metode samt kapitel 3 om døgnhofteforløbet rapportens introduktion. Dernæst følger kapitlerne 4 til 7, der udgør analysens resultater. I rapporten angives citater fra det empiriske materiale med ” ”. Indledes citatet med ... angiver det, at citatet er en fortsættelse af en sætning, mens ... i slutningen af et citat, angiver at sætningen fortsætter. [] angiver at et forklarende ord er indsat af forfatteren, mens (...) angiver at dele af citatet er undladt gengivet.

¹ For læsevenligheds skyld anvendes 'patient' om den person, der gennemgår en hofteoperation. Det skal dog understreges, at undersøgelsen har haft et bredere fokus end *patient*-identiteten alene.

² En støtteperson er en pårørende, patienten har udpeget til at støtte sig i forløbet.

2. Undersøgellesdesign og metode

2.1 Tilgang og afgrænsning

Rapporten bygger på en kvalitativ undersøgelse med fokus på det erfarings- og praksisnære (Schutz og Luckmann 1974, Bourdieu 1977). Omdrejningspunktet i undersøgelsen har været, hvorledes mennesker handler og erfarer, under hvilke rammer og vilkår dette finder sted, og hvordan disse udfordres af praksis. Fokus er således på menneskers livsverden (Schutz og Luckmann 1974) og ikke på biomedicinens objektive verden. Der er således ikke tale om en medicinsk undersøgelse af fx funktionsniveau eller om en kvantitativ beregning af fx effekten af hjemmebesøg på oplevelsen af angst. Undersøgelsen var del af et projekt med en bruger-dreven tilgang, hvor formålet var at opnå viden om, hvordan patienter, støttepersoner, og personaler indgår i et teknologistøttet hofteoperationsforløb og derved få input til (videre)udvikling af forløb og teknologi.

2.2 Informanter

Informanter til deltagelse i undersøgelsen blev udvalgt af antropologen på baggrund af den patientoversigt, der blev udarbejdet, når patienter blev inkluderet i det randomiserede studie eller på baggrund af antropologens møde med eller 'høren om' patienter til fx informationsmødet, på sengeafsnittet eller i ambulatoriet. På forhånd var følgende inklusionskriterier defineret: Ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, ligelig fordeling mellem patienter i standard og døgnhofteforløb, bred repræsentation af alder. Desuden skulle både patienter med ægtefælle og anden person som støtteperson inkluderes. Planen var desuden at vælge patienter ud i begyndelsen, midten og ved afslutningen af det randomiserede studie for at få belyst forløbet over tid. Da det randomiserede studie blev forsinket, indgår ikke patienter, der er opereret ved afslutningen af det randomiserede studie.

I det følgende præsenteres de deltagere, der deltog i den etnografiske undersøgelse. Patientnavne er anonymiserede, og personalet optræder med funktion frem for navn.

2.2.1 Patientkarakteristik

På tidspunktet for den etnografiske undersøgelses afslutning (medio september 2010) havde 42 patienter gennemgået en hofteoperation i regi af projektet, 20 som døgnhofte og 22 som standard. Gennemsnitsalderen var ca. 62 år, og fordelingen mellem mænd og kvinder var 24/18. 32 ud af 42 patienter blev udskrevet planmæssigt, fire blev udskrevet *efter* planmæssig udskrivelse (tre døgnhoftepatienter - henholdsvis 1, 2, 11 dage, en standard - 1 dag), fem standardpatienter blev udskrevet dagen *før* planlagt udskrivelse, og endelig har det ikke været muligt at få oplysninger på en patient.

Figur 1 giver et overblik over de 12 døgnhofte og standard patienter, der deltog i den etnografiske undersøgelse. Gennemsnitsalderen for disse var 67,3 år. Tre af de 12 patienter (alle døgnhofte) blev udskrevet senere end planlagt, og disse patienter udgør dermed en større andel i den etnografiske undersøgelse end i det randomiserede studie. Udover de 12 patienter og disses støttepersoner optræder en række andre patienter og pårørende i feltnoter, idet de har deltaget i fx kontroller, været på sengeafsnittet, været i ambulatoriet eller i hjemmet, mens der er foregået observationer. Disse er ikke blandt de primære informanter og er ikke præsenteret i listen nedenfor.

Patient	Alder	Beskæftigelse	Støtteperson	Forløb	Deltagelse
Hanne	64	Efterløner	Ægtefælle	Døgnhofte	Obs/interview
Jette ^y	70	Pensionist	Familie ^x	Døgnhofte	Interview
Lilly ^y	69	Pensionist	Veninde	Døgnhofte	Obs/interview
Karl	71	Erhvervsaktiv	Ægtefælle	Døgnhofte	Obs/interview
Kurt ^y	80	Pensionist	Ægtefælle	Døgnhofte	Obs
Åse	60	Erhvervsaktiv	Ægtefælle	Døgnhofte	Obs
Jens	68	Pensionist	Ægtefælle	Døgnhofte	Obs
Finn	59	Erhvervsaktiv	Ægtefælle	Standard	Obs/interview
Andreas	77	Pensionist	Ægtefælle	Standard	Obs/interview
Irma	64	Erhvervsaktiv	Ægtefælle	Standard	Obs/interview
Ingrid	58	Erhvervsaktiv	Veninde/ ingen ^x	Standard	Obs/Interview
Anna	68	Pensionist	Veninde/ ingen ^x	Standard	Interview
Gn.snit alder	67,3 år				

^x Støttepersonen har ikke deltaget i forbindelse med interview/observation

^y Udkrevet senere end planlagt

Figur 1: Patienter og støttepersoner i det etnografiske studie

2.2.2 Personalekarakteristik

Det personale, der har været de primære deltagere i den etnografiske undersøgelse, har været koordinatoren (fysioterapeut) og den dedikerede sygeplejerske på sengeafsnittet. De er begge blevet interviewede, er observerede i deres arbejdsfunktioner og har indgået ved observationer fra patientens perspektiv. Derudover har andre plejepersonaler, fysioterapeuter, ergoterapeuter, serviceassistenter, laboranter, operationspersonale, læger, ambulatoriepersonale og sekretærer deltaget primært via observationer og etnografiske samtaler. Enkelte af disse har dog også deltaget i et interview. Figur 2 viser en oversigt over det personale, der har deltaget i interviews.

Personale	Antal interviews
Sygeplejerske sengeafsnit	2
Koordinator	1
Vikar for koordinator	1
Fysioterapeut	1
Ergoterapeut	1
Læge	1
Total	7

Figur 2: Oversigt over interviews med personale

2.3 Lokalteter

Den etnografiske undersøgelse fandt sted i patienters hjem og på Regionshospitalet Silkeborg. Patienters hjem blev besøgt i forbindelse med interviews og observationer af fx hjemmebesøg og videosamtale. De fleste af de deltagende patienter boede i hus eller rækkehus, mens en enkelt boede i lejlighed. På hospitalet var den primære lokalitet sengeafsnittet, men derudover fungerede andre afdelinger og afsnit på hospitalet også som lokaliteter: Operationsgang, ambulatorium, røntgenafdeling, mødelokale, venturum, laboratorium og træningssal.

2.4 Metoder i dataindsamlingen

2.4.1 (Deltager)observation

Der blev foretaget (deltager)observation (Bernard 1995) på hospitalet og i patienters hjem. Årsagen, til at deltager er sat i parentes, er, at der ikke var mulighed for deltagelse ved alle observationer. Observationer i patienters hjem havde vægt på observation, mens der på hospitalet i større grad var tale om deltagende observation. Formålet med deltagerobservation er at opleve ting indefra i den naturalistiske setting og dermed få en større forståelse af, hvad det er, de mennesker, man gerne vil forstå, går igennem og oplever. Det handler derfor ikke om at være 'fluen på væggen', der ude-

lukkende registrerer, hvad der sker til fx en videosamtale. Den påvirkning, man som forsker har på feltet, reflekteres i de feltnoter, der dokumenterer observationer. Ud over feltnoter, så er observationer i denne undersøgelse dokumenteret med billeder og video. I undersøgelsen var fokus i observationer rettet mod relationer og interaktion mellem patient og støtteperson samt mellem patient/støtteperson og personale. Desuden har fokus været rettet mod situationen/livet som indlagt patient, udskrevet nyopereret, arbejdslivet i døgnhøfteforløbet og brugen af teknologien.

2.4.2 Semistrukturerede interviews

Semistrukturerede interviews (Bernard 1995) blev i de fleste tilfælde foretaget på baggrund af observationer. Dette havde en positiv indflydelse på interviewet, da et tillidsforhold blev opbygget mellem informant og forsker, der desuden havde en fælles referenceramme at tale ud fra. Fokus i interviews var for patienter og støttepersoners vedkommende rettet mod deres erfaringer i døgnhøfteforløbet, brug af teknologien og udfordringer ved tidlig udskrivelse. For personalets vedkommende fokuserede interviewet på betydningen af korte indlæggelsesforløb for organisering og samarbejde med andet personale og patient/støtteperson, ligesom der var fokus på teknologiens rolle. Der blev anvendt en spørgeguide, der blev individuelt tilpasset. Interviews blev optaget og transskriberet. Interviews med patienter og støttepersoner foregik i hjemmet efter operationen, mens interviews med personale foregik på hospitalet i arbejdstiden.

2.5 Analyse

De data, der er indsamlet i undersøgelsen (feltnoter, interviewudskrifter, pjecer udleveret til patienten, video og fotografier) er kodede, hvorved temaer er trådt frem af materialet (Pope og Mays 1996). Eksempler på sådanne temaer, der blev synlige gennem en struktureret gennemgang af materialet er 'tryghed', 'patientscreening' og 'personale koordinering'.

Tværgående mønstre og sammenhænge er blevet fundet i materialet, ligesom der har været fokus på det uventede, og det der adskiller sig. Som nævnt i indledningen er der i rapporten primært fokus på døgnhøfteforløbet, mens standardforløbet har indgået i en komparativ analyse. Indsigter herfra inddrages i det omfang, det er relevant.

2.6 Validitet

Rapporten bygger på en kvalitativ undersøgelsesmetode og tilgang, hvor der frem for at fokusere på bredden, fokuseres på dybden. Konklusionerne er således ikke valide i statistisk eller kvantitativ forstand, og der sigtes ikke mod evidens. Udsigelseskraften er begrænset af rapportens deskriptive karakter, og af at alle informanter har sagt ja til at deltage i døgnhøfteprojektet. Dermed deltog der i studiet og i de to forløb kun personer, der var indstillede på at få teknologi stillet til rådighed og blive tidligt udskrevet. Dette skal tages in mente ved læsningen af rapportens konklusioner. Samtidig er det vigtigt at understrege, at mens ingen af patienterne på forhånd afviste at have med teknologi at gøre, så havde ikke alle patienter/støttepersoner erfaring med teknologi som fx computere.

Validitet søges opnået ved metodetriadning, den tid, der er anvendt på feltstudiet, hvor eventuelle fejlslutninger kunne identificeres og rettes og ved at gøre analytiske slutninger tydelige for læseren via beskrivelser (Pope & Mays 2006). Feltstudiet fandt sted over en periode på et år, men forskeren tilbragte ikke hele det år i felten, men 'kom og gik'. Døgnhøfteforløbet er foregået som et projekt, og det kan ikke afvises, at de involverede parter har ændret adfærd netop, fordi de deltog i et projekt. Særligt personalet var i begyndelsen drevet af et ønske om at få forløbet til at lykkes og gjorde, indtil det var blevet dem bevist, en ekstra indsats. Også nogle af patienterne var i forløbet bevidste om, at de deltog i et projekt. Her spillede personalet og undertegnede en rolle i at forklare, at uanset

om de fx blev udskrevet til tiden, så bidrog de positivt til projektet, som var et erklæret ønske for at sige ja til at deltage i projektet.

2.7 Etik

Deltagerne blev informeret skriftligt og mundtligt om studiets formål og anvendelse og om muligheden for at trække tilsagn om deltagelse samt udsagn tilbage. Der er løbende blevet indhentet skriftlig samtykkeerklæring for anvendelse af billeder og video. Der blev i undersøgelsen taget hensyn til patientens tilstand; fx nyopereret eller konfus. Antropologen underskrev hospitalets tavshedserklæring, og der blev ved projektets opstart indhentet tilladelse fra de videnskabsetiske komiteer. Den del af undersøgelsen, der foregik i patientens hjem tog udgangspunkt i, at antropologen var gæst i hjemmet, og at det var på hjemmets og dets beboeres præmis, studiet foregik. Deltagerne optræder anonymiserede med andet navn eller ved funktionsbetegnelse. Denne anonymisering er ikke fuldstændigt dækkende, da personale involveret i døgnhofteforløbet eventuelt vil kunne genkende en patient pga. det, trods alt, lille antal projektdeltagere i det randomiserede studie (74). Desuden er antallet af involverede sundhedsprofessionelle lille, og anonymisering internt på hospitalet kan derfor ikke sikres, hvilket deltagerne er informerede om. Der kan forekomme sammenblandinger af deltagere i rapporten, hvor dette vurderes at kunne styrke anonymiteten.

3. Døgnhofteforløbet

I døgnhofteforløbet får patienter i et planlagt forløb udskiftet en hofte, som ofte har forårsaget smerter og haft negativ indvirkning på livskvaliteten hos patienten. Initiativet til et døgnhofteforløb inden for hoftekirurgi blev taget af personale tilknyttet Regionshospitalet Silkeborg (RSI), der også var af den opfattelse, at patienter i sådanne forløb havde brug for ekstra præ- og postoperativ støtte, fx i form af en telemedicinsk løsning. Forud for projektet var der lavet et kvalitativt forstudie af et accelereret hofteoperationsforløb på RSI (Aarhus 2008), og dette var udgangspunktet for den videre udvikling. Hensigten her er ikke at beskrive udviklingen af forløbet i detaljer, men blot at give et overordnet indblik i baggrunden for forløbet og dernæst beskrive forløbets opbygning.

3.1 Udvikling af den telemedicinske løsning

Udviklingen af teknologien tog sit afsæt i participatory design (Greenbaum & Kyng 1991) og havde dermed en brugerorienteret tilgang. De forskellige faggrupper, der er involveret i et hofteoperationsforløb samt patienter, der havde gennemgået et hofteoperationsforløb, og deres støttepersoner blev inddraget i en iterativ udviklingsproces, hvor de som repræsentanter for fremtidige brugere havde mulighed for at inspirere udviklingen og designet af teknologien. Denne proces resulterede i den prototype, 'the HealthGateWay', der testes i det randomiserede studie, og som døgnhoftepatienter i det etnografiske studie dermed har anvendt. Inden da var teknologien testet i en betaversion hos to patienter. Teknologien fungerer i en prototype version, og der er således plads til forbedring både i forhold til funktion og design. The HealthGateWay er en IKT-løsning, der med video, animationer, og diverse informationer bidrager til patienter og støttepersoners præoperative uddannelse og muliggør postoperativ information

samt kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter via facilitering af videosamtaler.

Teknologien, der udleveres til patienter, består af et webcam, en fjernbetjening og en trækasse, der indeholder en computer og faciliterer en netopkopling. Teknologien sættes til hjemmets tv, der dermed fungerer som skærm. Patient og/eller støtteperson skal selv installere teknologien. I udviklingen af teknologien opereredes med primært to designparametre; at den skulle kunne anvendes af ældre borgere uden teknologierfaring, og at den ikke måtte signalere sygdom. TV blev valgt som medie, og interfacet ligner tekst tv for at komme uden om mange, særligt ældre, borgeres umiddelbare modstand og/eller lille erfaring mod computere (Kaufmann et al 2003). Patient og støtteperson er de primære brugere af teknologien. Personalet, der skal anvende teknologien til videosamtale og til oplægning af røntgenbilleder og medicin, anvender en stationær computer med netadgang.



The HealthGateWay, teknologien i døgnhofteforløbet.

3.2 Døgnhofteforløbet

Sideløbende med udviklingen af teknologien udviklede personale på RSI den organisatoriske del af døgnhofteforløbet. Dette blev gjort på baggrund af bl.a. hospitalets eksisterende forløb og erfaringer samt gældende forskning. Også i denne proces blev personalet inddraget aktivt, mens patienternes bidrag var indirekte i form af det præsenterede patientperspektiv i rapporten fra forstudiet. Fra tidspunktet for forstudiet til påbegyndelsen af det randomiserede studie skete en væsentlig reduktion af den gennemsnitlige indlæggelsestid for en hoftepatient i et standardforløb på RSI til to døgn. Inklusionskriterier for deltagelse i døgnhofteforløbet var en boafstand fra RSI på max 60 km, udpegning af en støtteperson, anvendelse af mobiltelefon og opskrivning til en total hofte alloplastik. Den første patient i døgnhofteforløbet blev inkluderet, før teknologien var færdig og tog dagen efter operationen på patienthotellet frem for hjem.

3.2.1 Opbygning af og indhold i døgnhofteforløbet

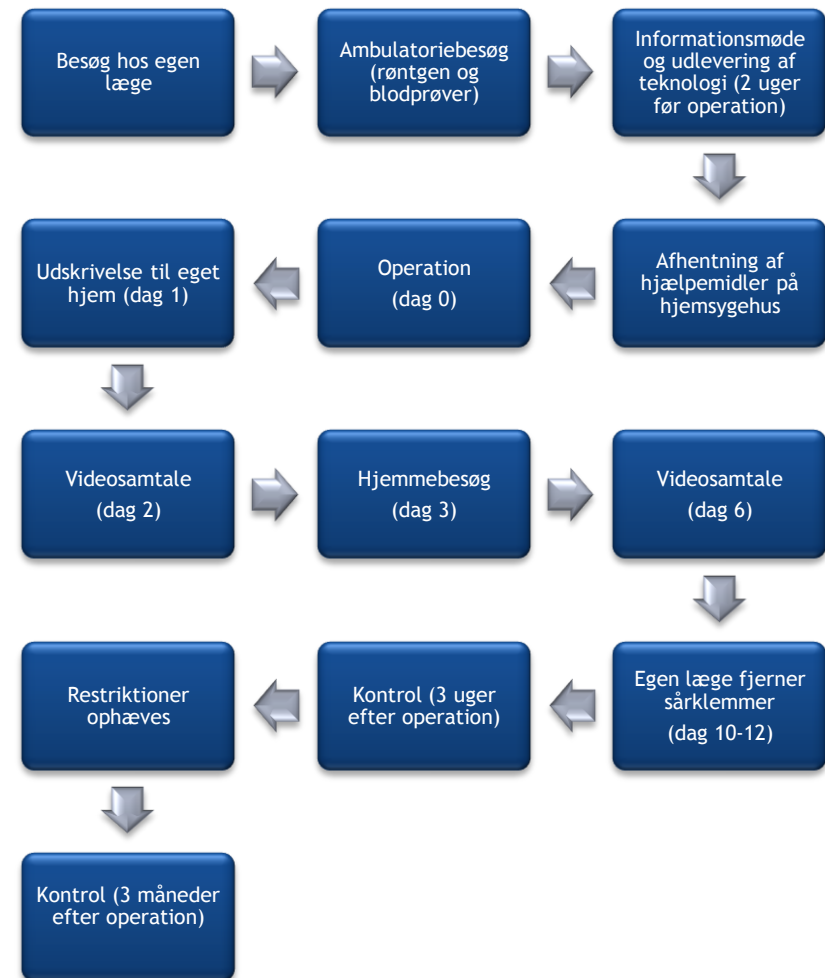
I figur 3 og 4 nedenfor er vist en oversigt over døgnhofteforløbet og standardforløbet. Som det ses er de væsentligste forskelle, at der i døgnhofteforløbet var flere kontakter mellem sundhedsprofessionelle og patient postoperativt, mens patienten i standardforløbet var indlagt et døgn længere.

I ambulatoriet udleveredes diverse informationspjecer, fx om træning, kost og forløbet, og operationsdatoen bookes. Patienten opfordredes til at invitere en støtteperson med til informationsmødet, hvor der deltog andre hoftepatienter. Her blev forløbet og træning gennemgået, hjælpemidler blev gennemgået med en ergoterapeut og via en video, og en anæsthesi-geplejerske fortalte om rygmarsbedøvelsen. Der var mulighed for at få svar på spørgsmål, og hjælpemidler blev bestilt via ergoterapeuten. I døgnhofteforløbet opfordredes patienten til at vælge en person, der kunne fungere som en støtte i forløbet. Vedkommende blev opfordret til at være til stede på hospitalet dagen efter operationen for at deltage i den instruk-

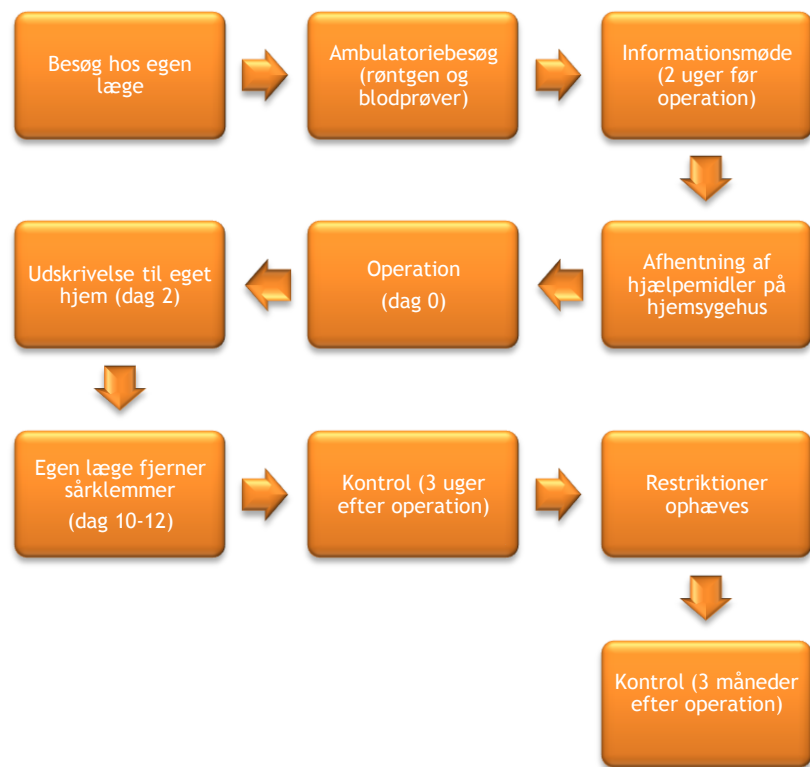
tion, der foregik, således at patient og støtteperson kunne støtte hinanden efter udskrivelsen. Dagen efter operation blev der taget et røntgenbillede af hoften, lægen gik stuegang, og der foregik en række sygeplejefaglige og fysioterapeutiske aktiviteter. Patienten blev typisk udskrevet i løbet af eftermiddagen og fik udleveret smertestillende præparater og recepter på fx blodfortyndende medicin. Formålet med de to videosamtaler, hjemmebesøget og kontrollerne var at give patient og støtteperson svar på eventuelle spørgsmål samt øge trygheden.

Til begge forløb var der tilknyttet en koordinator, der fungerede som patientens kontakt til hospitalet. Patienten i døgnhofteforløbet mødte koordinatoren til informationsmødet, under indlæggelsen i forbindelse med træning og til kontroller. Desuden var det koordinatoren, der foretog videosamtaler og hjemmebesøg, og som der kunne ringes til ved behov.

Døgnhofteforløbet har karakter af at være et projekt, hvilket bl.a. betød, at alle døgnhoftepatienter blev indlagt på samme sengeafsnit. Her var det primært én sygeplejerske, der varetog plejen af patienterne og stod for organiseringen af detaljerne i forløbet under indlæggelsen. Der tilstræbtes kontinuitet i det personale, patienten var i kontakt med under indlæggelse. Udover sygeplejersken og koordinatoren/fysioterapeuten så patienten en ergoterapeut og en bioanalytiker dagen efter operationen, ligesom patienten stiftede bekendtskab med andre plejepersonaler på afsnittet, fx om aftenen og natten. Kirurgen stræbte sig på at gå stuegang dagen efter operation. Det tilstræbtes, at døgnhoftepatienter, der opereredes samme dag, delte stue, da hospitalet havde gode erfaringer med, at patienter, der gennemgår den samme type operation, kan få glæde af at dele erfaringer, sorger og glæder.



Figur 3: Oversigt over døgnhofteforløbet



Figur 4: Oversigt over standardforløb

”Det nye luksustilbud” - kapitlets hovedpointer

- > Patienter sætter egne milepæle i forløbet og tydeliggør dermed fremskridt
- > Udskrivelsesdagen for døgnhoftepatienter er hektisk og kan være mentalt og fysisk udmattende
- > Personalet arbejder bevidst og målrettet mod at muliggøre den planlagte, tidlige udskrivelse
- > Patienter oplever en række (ofte mindre) problemstillinger efter hjemkomst, og disse løses i samarbejde med støtteperson, personale og ud fra tilgængeligt informationsmateriale
- > Forløbets organisering betyder, at der opstår en betydende relation mellem patient/støtteperson og behandler, der bl.a. også har indflydelse på den postoperative tryghed
- > Videosamtaler skaber tryghed og giver mulighed for fortsat patientuddannelse
- > Hjemmebesøg bidrager til at muliggøre tidlig udskrivelse pga. muligheden for opfølgning
- > Muligheden for telefonopkald skaber tryghed, men patienter kan føle, at de forstyrrer personalet
- > Den postoperative kontrol tre uger efter operation motiverer, korrigerer og bekræfter patienten

4. "Det nye luksustilbud" - hospital, hjem og postoperativ kommunikation

Flere af de personaler, der var involveret i døgnhofteforløbet, konstaterede et stykke henne i projektet, at døgnhofteforløbet var blevet det nye luksustilbud. Dette fra deres eget synspunkt, men det var også det, de oplevede, at mange patienter syntes. Dette var bemærkelsesværdigt, da der var omfattende initial modstand mod døgnhofteforløbet fra personalet. Organisering af indlæggelse og forløb, hjemmebesøg og videosamtaler var med til at forme opfattelsen af, at døgnhofteforløbet – med dets korte indlæggelsestid – var det nye luksustilbud. I dette kapitel belyses døgnhofteforløbet og dets komponenter, herunder indlæggelse og ophold i eget hjem. Patient- og støttepersonsrollen i forløbet er genstand for næste kapitel. Standardforløbet inddrages i dette kapitel perspektiverende.

4.1 At være indlagt

Under indlæggelsen udtrykte de fleste patienter overraskelse. De var overraskede over, at personalet havde tid til dem, at der ikke var ventetid til røntgen, og at det hele gik langt over deres forventninger. Hos mange havde der ligget en lille skepsis om, hvorvidt de nu også ville blive udskrevet planmæssigt. Blandt de patienter og deres støttepersoner, som ifølge dem selv havde haft et godt forløb, var en opfattelse af, at forløbet virkede velorganiseret, og at alt gik efter en snor (jf. kap. 10). Operationsdagen er for mange patienter præget af nervøsitet og lettelse og for enkelte bivirkninger ved narkosen. Patienterne mobiliseredes i løbet af eftermiddagen eller aftenen. Indtil mobiliseringen var sket, fyldte den meget hos patienterne. Mobiliseringen var således en af flere milepæle hos patienterne.

Indlæggelsen var præget af fokus på sårpleje, smertebehandling, træning, hjælpemidler, forberedelse af udskrivelsen, og afprøvning af forskellige ting, fx trapper, klæden sig på og toiletbesøg. Hanne beskrev dagen efter operationen således: "Ja, der skete jo noget hele tiden. Ja, det var bare meget, meget hektisk. Det var det virkeligt (...) jamen der var jo ikke et øjebliks fred, før vi havde fået middagsmad". Der foregik mange ting, patienterne så mange personaler, de skulle lære og huske meget, og sammen med det at være nyopereret gjorde det dem i større eller mindre grad fysisk og mentalt udmattede. Antallet af afbrydelser den enkelte patient oplevede i sin interaktion med det forskellige personale (fx at lægen kommer på stuegang midt i træningen) havde indflydelse på, hvor hektisk dagen blev oplevet af patienten, da de i modsætning til personalet ikke var trænet i disse afbrydelser. Selvom Hanne oplevede dagen som hektisk, blev det ikke for meget for hende. Lilly, derimod, havde svært ved at rumme det: "Man er helt fyldt op, man kan jo slet ikke... Det kan da godt være, at der er blevet sagt noget mere, jeg har bare ikke...". Noget af energien blev også brugt på 'at holde styr'. Patienterne tænkte fx på det, der skulle ske, om personalet havde styr på deres sår og smertebehandling, ligesom de tænkte fremad i forhold til, om de nu var i stand til det, de skulle, når de blev udskrevet.



Tv: Lige før operationen. Th: Dagen efter operationen instrueres patient og støtteperson i anvendelsen af hjælpemidler.



Dagen efter operationen: Gennemgang af øvelser (th.) og opfølgning på smertebehandling (tv.).

Træningsøvelser blev gennemgået med en fysioterapeut på sengestuen og afsnittets gang og trapper, hvilket gav patienterne en mulighed for trygt at afprøve øvelser og måder at gebærde sig på som nyopereret. Nogle patienter blev dårlige – fx fik koldsved eller kastede op. I flere tilfælde blev det observeret, at det var fysioterapeuten, der stoppede træningen, mens patienten gav udtryk for at ville fortsætte. Dette kan fx skyldes, at patienterne er bevidste om tidspresset og ikke ønsker at være skyld i en forsinkelse, eller at patienten tolker det som indenfor normalen at opleve ubehag. For mange af patienterne var det først op ad dagen, at tvivlen om udskrivelse som planlagt forsvandt. Et personale forklarede, hvordan de om morgenen ofte mødtes af patienter, der gav udtryk for, at de nok ikke kunne komme hjem som planlagt. Personalets svar var at se det an, og for langt de flestes vedkommende ændredes opfattelsen i løbet af dagen. Dette vidner om, at de ting, der foregik i løbet af dagen, inkl. patientens oplevede erfaringer, var medvirkende til at gøre patienten mentalt klar til at skulle hjem. Personalet fremhævede da også, at deres handlinger og tilgang var *bevidst* målrettet mod at muliggøre udskrivelsen. Tre af døgnhospitepatienterne i studiet blev ikke udskrevet planmæssigt, hvilket skyldtes en kombination af flere faktorer. Lillys reaktion, på personalets besked om, at hun ikke ville blive udskrevet som planlagt, var: "...det er jeg egentligt tryk ved", men alligevel gnavede en snert af dårlig samvittighed over

ikke at kunne leve op til, hvad hun opfattede som forløbets krav, samt sine egne forventninger. Personalet var generelt enige om, at det, at døgnhospitepatienterne var "...godt forberedte og rent psykisk har indstillet sig på, at vi bare skal blive en enkelt overnatning" (Personale), var essentielt for, at flertallet af patienterne blev udskrevet planmæssigt.

4.2 "At komme ud i virkeligheden"

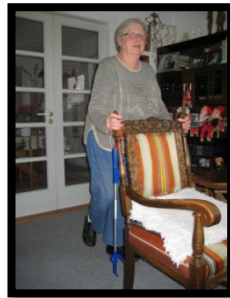
At befinde sig på et hospital er at befinde sig i et ukendt miljø, der af både standard og døgnhospitepatienter opfattedes som markant anderledes end hjemmet. Citatet i titlen til afsnittet stammer fra en kvindelig patient i en samtale på hospitalet med personalet om det at skulle hjem indenfor et par timer. Her gav hun udtryk for, at det først var, når hun kom hjem, at hun rigtigt kunne finde ud, om hun var klar til det, da hun opfattede hospitalet som et beskyttet miljø. For patienter og støttepersoner signalerede hjemmet tryghed, kendte rutiner og afslapning. Mens hospitalet også signalerede tryghed, så var rutinerne ukendte, og de kunne ikke være sig selv, men skulle tage hensyn til andre på stuen, til personalet og til forløbet. De kunne ikke selv bestemme rytmen og dagens indhold, og netop dette var noget af det, patienter fremhævede ved at komme hjem.

Omvendt betød det at være hjemme også at stå på egne ben og at have ansvar (jf. kap 5). Selve sygerollen blev også opfattet anderledes på hospitalet end derhjemme: "...deroppe har man kun ét i hovedet, der er du syg. Det har du – det er et hospital. Herhjemme, det er dit eget", forklarede Jette og uddybede, "...selvfølgelig er du syg også, når du kommer hjem, men det er på en anden måde". Mens de fleste patienter i døgnhospitestudiet følte sig klar til at komme hjem, gjorde Jette ikke: "Det er fuldstændig, som om du får en sort plasticpose over hovedet. Sådan var det for mig, da jeg trådte ind ad døren. Gud, tænkte jeg, nu når de går alle sammen. Så sidder jeg her. Puhaa, og hvordan kommer du i seng. Det var mig et mareridt". For andre gik det lettere. Åse forklarede, at det var gået nemt med at

komme hjem, men at det havde taget et par dage at finde sig til rette og vænne sig til, at alting var blevet langsommeligt og besværligt. Lilly, der boede alene, følte sig klar til at komme hjem, men blev alligevel overvældet, da hun trådte ind ad døren derhjemme: "Jeg tror nok, jeg satte mig ned her [i stuen], og så gennemgik jeg nogle ting. (...) Jeg tog suppe ud af fryseren (...) Og jeg kan ikke forstå i dag endnu, hvordan filen jeg... da var jeg jo ikke dus med at gå, men jeg fik det gjort". Som Åse antydte krævede det tilvænning at være hjemme; nye rutiner og måder at gøre ting på skulle findes, og følelsen af at kunne komme rundt skulle opnås. I løbet af de første dage hjemme fik patienterne afprøvet fx bad, toiletbesøg, gåture, middagslur, øvelser, fik operationen lidt på afstand og fandt frem til den måde, støttepersonen kunne støtte på. De gik således fra at være ubevidste om, hvad de ikke kunne, til at være bevidste om hvad de ikke kunne og derfra til at finde løsninger på det besværlige (jf. Dreyfuss og Dreyfuss 1986). Hjemkomsten var generelt sværere for de, der ingen støtteperson havde til at hjælpe sig til rette, mens der ikke var



Hjemme efter indlæggelsen genoptages daglige rutiner, som fx at tømme opvaskemaskinen (tv.), ligesom tiden også bruges på træningsøvelser (th.).



væsentlige forskelle mellem døgnhøfte- og standardpatienter. Hjemmets type og fysiske indretning syntes ikke at have indflydelse på erfaringen med at komme hjem (selvom det må forventes, at en fjerdesalslejlighed uden elevator vil være for stor en mundfuld for en nyopereret).

Patienterne havde stor fokus på, hvorvidt der var fremgang i deres rehabiliteringsproces. I forløbet var der en række aktiviteter, der kom til at fungere som milepæle, og som medvirkede til at visualisere fremgang. Det var fx, at operationen var overstået, at patienten havde prøvet at gå, at komme hjem, at komme udenfor hjemme, ikke at bruge hjælpemidler længere, at være til kontrol, at stoppe med medicin, at genoptage dagligdagsopgaver og at få fjernet sårklemmer. Andre måder at fornemme fremgang på var at notere sin daglige træningsformåen og at sammenligne sig med andre patienter til fx kontroller.

4.2.1 Oplevede problematikker

Mens der ikke var nævneværdige forskelle i oplevede problematikker mellem døgnhøfte- og standardpatienter, så var der forskel i løsningen af dem mellem de to grupper. Dette skyldtes primært døgnhøftepatienternes øgede adgang til professionel rådgivning og støtte via videosamtale og hjemmebesøg. Mens døgnhøftepatienterne fik løsninger præsenteret eller fik hjælp til at finde frem til dem, stod standardpatienterne mere alene med at finde løsninger, hvilket øgede 'arbejdspresset' og for nogle også utrygheden. Ved begge patientgrupper deltog støttepersonen i håndteringen af problematikkerne, såfremt denne var del af forløbet.

Mange patienter overraskedes over deres træthed og manglende energi efter udskrivelsen. Det trættede at være nyopereret, at arbejde, at være i bad, at komme i tøj, at træne, at bruge hjælpemidler, at klare hjemlige gøremål, at finde nye rutiner, at sove dårligt, at have gæster, at have madlede og at have ondt. "Det er et arbejde" at komme sig, bemærkede Åse. Alle patienter informeredes om at holde arbejds- og opgavefri efter operationen, men ikke alle fulgte dette råd. Det gjaldt fx en mandlig patient, der straks efter udskrivelse gik i gang med at arbejde i sin virksomhed, og en kvindelig patient, der fik mange smerter efter at have siddet ned i flere timer til en familiefest, hun deltog i et par dage efter udskrivelsen. Et personale beskrev, at "...det er sådan en balancegang, fordi de har brug for hvile bagefter (...) [men] er oppe og i gang, og det er også det, vi siger til

dem". Forløbets fokus på begrænset tid kan således have en bagside. Ikke at tage den med ro betød, at flere kørte sig selv trætte og som konsekvens oplevede smerter og uro. Irma (standardpatient) på den anden side, ned-regulerede sine forventninger til sit aktivitetsniveau efter udskrivelsen, da hun oplevede ikke at have den forventede energi. Jette fortalte, hvordan hun fordelte sine aktiviteter over dagen, således at hun havde energi til at klare det hele.

I forhold til smerte og medicin var udtrapning af smertestillende medicin genstand for diskussion og usikkerhed. Der var en tendens til, at det var støttepersonen, der opfordrede patienten til at blive ved med medicinen, som anbefalet af personalet, mens patienten ofte ønskede at trappe ud så hurtigt som muligt. En anden problematik var, at oplevelsen af smerter ændrede sig, hvilket skabte usikkerhed om, hvad smerte var, og hvilken fornemmelse, der skulle og kunne smertedækkes. Mange patienter forbandt fx ikke uro i benene om natten med behov for smertestillende, hvil-



**Nogle af hverdagens aktiviteter; gåture, forskellige praktiske
gøremål, og smertebehandling.**

ket personalet oftere gjorde. Kun få patienter beskrev, at de havde haft en form for psykisk nedtur efter udskrivelsen, men mange oplevede et stort behov for at tale om operationen og forløbet. Af andre problematikker var

overfølsomhed overfor plasteret, hævelse af benet, ujævnhed under huden omkring hoften og såret, problemer med at sidde og benlængdeforskel.

4.2.2 Træning

Ligesom ved problematikkerne peger undersøgelsen ikke på, at der er store forskelle mellem døgnhøfte og standard i forhold til træning. Den primære grund til dette var den opfølgning, der blev tilbudt døgnhøftepatienter, hvor spørgsmål kunne besvares, og hvor bekræftelse på, at en øvelse blev gjort rigtigt, kunne opnås, hvilket mange patienter havde behov for. En ud af de patienter, der deltog i undersøgelsen, fik en kommunal genoptræningsplan primært pga. anden sygdom. Patienterne var klar over, at det at træne var vigtigt i efterforløbet, og flertallet trænede så vidt muligt efter forskrifterne, men tillod sig fridage ind imellem og justerede træningen i forhold til deres øvrige fysiske aktivitet i hjemmet. Karl reducerede fx sin træningsmængde, da han efter to uger i hjemmet gik i gang med fysisk arbejde, Irma lavede nogle af sine øvelser som pausegymnastik, når hun mærkede det blev for hårdt at sidde ned, og Finn overholdt sin træning samtidig med at han forsøgte at gøre praktiske gøremål i hjemmet. Mens træning blev opfattet, som det hospitalet havde informeret om, så bestod den i praksis af langt flere aktiviteter, hvilket personalet på hospitalet ikke altid var opmærksomme på. Det sås fx, da Lilly var til tre ugers kontrol. Her blev hun spurgt, hvor lange ture hun gik, men ikke til hvor ofte hun var ude med skraldespanden, der stod et stykke væk fra huset, hentede avis/post, eller hvor mange gange hun på én dag var oppe og nede af trapperne i sit hus.

For flere af patienterne var det en udfordring at finde ud af, hvornår de havde trænet nok. Karl forklarede fx, "Men måske har jeg et par dage gået for langt (...) fordi så længe man går, så tænker man ikke på det". En standardpatient blev af koordinatoren opfordret til at reducere sin træningsmængde, da han ringede ind for at få vejledning om smertebehandling. Som led i hans træning var han begyndt at styrketræne og cykle i skoven,

hvilket ifølge koordinatoren var for omfattende i forhold til hans rehabilitering.

Særligt lige efter udskrivelsen blev materialet fra hospitalet anvendt i træningen for at minde patienten om, hvordan træningen skulle gribes an, og kun sjældent var støttepersoner direkte involveret i træningen. Træningen blev ikke anset som en stor udfordring ved det at komme hjem, da patienterne følte sig godt rustede til at varetage den qua informationsmødet, undervisning under indlæggelse, videofilm og postoperative kontakter til personalet.

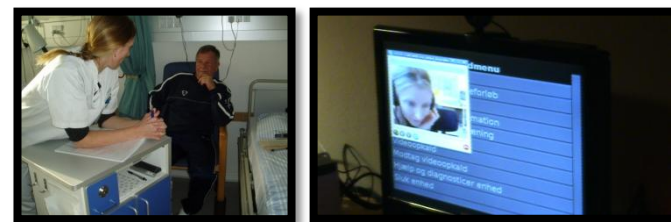
4.3 Patient-behandler relation

Relationen til personalet blev af både standard og døgnhøfte patienter beskrevet som vigtig og overvejende god; "...altså omgivelserne kan de jo ikke lave noget ved, sygesengen er jo sygesengen og bordet er bordet. Så det eneste er jo hvordan sygeplejerskerne, de behandler en" (Finns støtteperson (standard)). Der var dog særlige forhold gældende for døgnhøftepatienter, og der fokuseres derfor på denne gruppe.

Døgnhøftepatienterne så personalet som en ressource og en kompetence, men også som et menneske med et navn, hvilket både patienter og personale værdsatte. For patienterne betød det, at de følte, de havde en betydningsfuld relation med personalet, der var med til at gøre dem trygge også efter udskrivelsen, at der blev taget personlige hensyn til dem, og at de bedre kunne tage informationen til sig (se kap. 7). Personalet fremhævede, at det gode kendskab betød, at patienterne kunne skelne personalet fra hinanden og således kunne indstille sig mentalt på fx træning, når fysioterapeuten kom ind på sengestuen, hvilket medvirkede til patienternes håndtering af forløbet. Flere personaler udtrykte, at døgnhøftepatienterne blev "nurset" og "mandsopdækket" i højere grad end høftepatienter i standardforløbene, hvilket henviste til organiseringen med kontinuitet i

personalet og en mere intensive tid tilbragt med patienten. Denne 'nursing' havde stor betydning for patientens lyst til og mulighed for den planlagte udskrivelse.

Relationen mellem patient og behandler – set over hele forløbet – bar også præg af, at være en fortsat relation. Der blev gennem hospitalsopholdet opbygget tillid mellem patient og behandler, som der blev bygget videre på via kontakter efter udskrivelsen, og som havde betydning for den generelle tryghed i forløbet. Både patienter og personale fremhævede det positive og effektive i ikke at skulle starte forfra i en kommunikation/interaktion, men at kunne bygge videre på fælles erfaringer. Undersøgelsen antydede en højere grad af ligeværd i relationen mellem patient og behandler, idet personalet havde fokus på og var afhængigt af patientens og støttepersonens bidrag i muliggørelsen af en tidlig udskrivelse, og idet patienterne via informationen var bedre rustede til at indgå i relation med personalet. Den gode relation blev skabt af måden forløbet var organiseret på, af personalets tilgang til patienter og støttepersoner, af personalets arbejdsglæde og engagement samt af behovet for samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionel og den fortsatte mulighed for sparring. Den korte indlæggelsestid og den deraf følgende intensitet i relationen, at dagens plan hele tiden blev kommunikeret for patienten, at patienten var velforberedt og informeret, og at patienterne havde mulighed for alene at koncentrere sig om, trods alt, få personaler havde ligeledes indflydelse på udfaldet af relationen mellem patient og personale.



Eksempler på patient-behandler interaktion; fysisk på hospitalet (tv.) og virtuelt i hjemmet (th.).

Omvendt var der dog også eksempler på, at patienten ikke opfattede relationen som ligeværdig, hvilket fx for Lilly betød, at hun ikke fik stillet de spørgsmål, hun egentligt gerne ville have svar på, og at Jette oplevede ikke at blive taget seriøst og måtte forhandle sig til den hjælp, hun følte hun havde brug for. Forklaringer på en dårlig relation fandtes ofte i omstændigheder uden for relationen i sig selv; fx omrokering blandt personalet, patientens angst, og at patienten oplevede ikke at kunne handle i overensstemmelse med informationen. I forhold til interaktionen med lægen var relationen sjældent ligeværdig – hverken for døgnhofte- eller standardpatienter. Dette skyldes respekt for lægens position, og at læger i større grad end øvrigt personale brugte ”kirurgsnak”, som Anna (standard) udtrykte det, der ikke var umiddelbart forståeligt for ikke-sundhedsprofessionelle.

Der var forskelle mellem døgnhofte og standard i forhold til relationen med personalet. Døgnhoftepatienterne oplevede i større grad kontinuitet i de personer, de havde noget med at gøre end standardpatienterne. Desuden var udskrivelsen mere i fokus hos døgnhoftepatienterne, hvilket betød større udveksling af og behov for informationer og dermed en mere ligeværdig relation.

4.3.1 *Koordinatorens rolle*

Den personlige relation mellem patient og behandler betød også, at koordinatoren sjældent blev omtalt som koordinator, og at koordinatorrollen ikke stod tydelig frem for patient og støtteperson. Derimod kendte patienter/støttepersoner koordinatorens navn, og de vidste, hvad denne person stod for i forløbet. Interaktion mellem koordinator og patient/støtteperson efter udskrivelse bar præg af at være en fortsættelse, hvilket betød, at de hurtigere kunne komme til sagens kerne, og at problemstillinger nemmere blev forstået af koordinatoren. I døgnhofteforløbet var koordinatoren en fysioterapeut med kompetencer inden for sygepleje; sårpleje, medicin, kost, og almen velbefindende. Dette gik imod tidligere koordinatorfunktioner, hvor en sygeplejerske havde haft funktionen. For patient/støtteperson betød det ikke noget, om koordinatoren var sygeplejerske, fysio-

terapeut eller noget helt tredje, da deres tillid til hende blev skabt ud fra de kompetencer, hun udviste, og ikke hendes uddannelsesmæssige baggrund. Undersøgelsen viste, at patienter og støttepersoner havde brug for adgang til råd og vejledning om både det sygeplejefaglige og det fysioterapeutiske efter udskrivelsen. Koordinatoren bør derfor have kompetencer indenfor begge fagligheder.

4.4 Postoperativ kommunikation, kontakt og kontrol

Som det er beskrevet ovenfor, var det først, når patienten var i eget hjem, at han eller hun helt fandt ud af, hvad han eller hun kunne og ikke kunne. I døgnhofteforløbet spillede videosamtalen dagen efter udskrivelse og hjemmebesøget to dage efter udskrivelse en stor rolle for patienter i at håndtere dette aspekt. Derudover havde både døgnhofte- og standardpatienter og støttepersoner mulighed for at ringe til koordinatoren og blev indkaldt til to kontroller.

4.4.1 *Videosamtale*³

Da Åse og hendes mand gennem vinduet kunne se koordinatoren ankomme til deres hjem på hjemmebesøg, bad Åse sin mand vise hende ind. Åse mands tøvede og spurgte, hvilken dør hun havde anvendt dagen før. Åse grinede, koordinatoren havde jo dagen før ’kun’ været der gennem systemet. Denne observation i forbindelse med et hjemmebesøg vidnede om, at videosamtaler gav en fornemmelse af nærhed trods den fysiske afstand. Bevidstheden om de planlagte videosamtaler samt de egentlige videosamtaler gav patienter og støttepersoner en fornemmelse af ikke at stå på egne ben trods udskrivelsen fra hospitalet. Videosamtalerne blev i de fleste tilfælde afholdt af koordinatoren, og ellers af andet personale, der havde været involveret i patientens pleje og træning på hospitalet. Koordina-

³ De tekniske detaljer vedrørende videosamtalen beskrives i kapitel 8.

toren anvendte sit kontor, som hun delte med andre koordinatore, under videosamtalen, mens patient og støtteperson oftest sad i hjemmets stue.



Videosamtale fra henholdsvis hjemmet (tv.) og hospitalet (th.).

Observation både på hospitalet og i patienters hjem under videosamtaler viste, at kendskabet mellem patient og personale gav videosamtalen karakter af at være en fortsat samtale mellem personer med et godt kendskab til hinanden. Koordinatoren spurgte fx indtil problematikken om blod i urinen hos Karl, som de havde diskuteret dagen før på hospitalet, ligesom der blev refereret til oplevelser under træningen på hospitalet. Kendskabet betød, at parterne var fri for "...at tage den sådan lidt forfra", som et personale udtrykte det, og at både patient og personale oplevede, at problemstillinger lettere kunne forklares og forstås. Indholdet i videosamtalen kunne pga. kendskabet individualiseres og blev således ikke kun en generel gennemgang. Støttepersoner deltog så vidt muligt i videosamtalerne, og særligt i den første.

Ifølge både patienter og personaler var det vigtigt, at videosamtalerne var planlagte. Hanne reflekterede efter en videosamtale over, at det var rart at diskutere hævelsen af hendes ben med personalet, men at hun nok ikke selv ville have kontaktet dem på hverken systemet eller telefon, havde videosamtalen ikke været planlagt. Det var muligt at aftale ekstra videosamtaler ved behov, hvilket blev gjort i få tilfælde ved videosamtale to på

personalets foranledning. Videosamtalen dagen efter operationen blev generelt anset som vigtigere end videosamtalen mandagen efter operationen. Et personale forklarede: "De er hjemme, og de er i gang, og deres smertebehandling er blevet reguleret, og de har haft mulighed for at spare med nogle omkring det". Videosamtale to bidrog således mere med bekræftelse og anerkendelse end konkret vejledning.

I et studie af et telemedicinsk tilbud til hjertepatienter vises, hvordan teknologien kan få patienter og pårørende til at føle sig "looked after" (Dinesen et al 2008). En lignende effekt kunne ses i døgnhofteforløbet. Ved at vise såret til koordinatoren opnåede Lilly og hendes støtteperson tryghed i, at sårhelingen gik planmæssigt. I nogle tilfælde viste patienten plasteret, og personalet vurderede, om der var behov for se selve såret. Det var dog ikke altid, at kvaliteten var god nok til, at såret eller en hævelse kunne vurderes via kameraet (se kap. 8). Dette havde negativ indflydelse på personalets lyst til at integrere det i deres arbejde og kunne påvirke tilliden til systemet. Videosamtaler blev ikke anvendt til at demonstrere øvelser, hvilket bl.a. kunne skyldes hjemmebesøget, og at der ikke var tilstrækkelig plads til at udføre øvelser foran kameraet i stuen. Træthed, kost, behovet for at drosle ned i aktivitetsniveau, medicin og smerte, samt opmuntring, anerkendelse, bekræftelse og motivation var emner i videosamtalerne, der både fungerede som afklaring af konkrete problemstillinger, og som fortsat uddannelse.

Selvom mange samtaler ikke var afhængige af det visuelle, så betød det, at patient og personale kunne se hinanden, en kvalificering af almindelige telefonsamtaler. Karl forklarede fordelene med at, "...vi kunne snakke med [koordinatoren] i telefonen, men vi kan [ved videosamtalen] vise hende det. Det er jo da en fordel, hvis der var noget". Hans støtteperson uddybede: "Det er jo nemmere at forklare noget ved, at [koordinatoren] kan se, hvad det er. Hvis vi siger det på én måde, nej det er nu ikke så galt (...) det er lidt blåt – men hvor meget?". Et personale betegnede videosamtaler som tættere på et møde end en telefonsamtale, hvilket gav andre muligheder i opfølgingsarbejdet: "I en telefon kan man godt sidde, de kan godt

sidde og sige 'jamen jeg har det godt', men når du så ser dem, hvordan de bare ser hænger ud og trætte og en træls kulør og sådan noget". Trods dette så kan videosamtaler, som Oudshoorn (2009) også understreger, ikke erstatte det fysiske møde, hvor det er muligt at trykke på huden omkring såret og dermed forbedre diagnosticering og behandling. Til gengæld giver telemedicinen nye muligheder og dermed en anden form for behandling (ibid.)

4.4.2 Hjemmebesøg

Koordinatoren besøgte døgnhoftepatienten i hjemmet to dage efter udskrivelsen. Besøgene varede ca. en time eksklusiv transport. Tidsforbruget betød, at det var svært for koordinatoren at nå mange patienter på en dag. Patienter og støtteperson så generelt frem til hjemmebesøget allerede før indlæggelsen, men bevidstheden om det planlagte besøg udgjorde også en tryghed i forbindelse med udskrivelsen. Støttepersonen blev opfordret til at være til stede, hvilket de også ofte var. At hjemmebesøget lå på anden dagen efter udskrivelsen betød, at patienten havde haft lidt tid til at vænne sig til at være hjemme og til at opdage, hvad der var svært. Hjemmebesøget gjorde det muligt at dække et opstået behov for en konkret viden frem for den generelle, der tilbydes til informationsmødet, under indlæggelse og via pjecer og video. Under et hjemmebesøg blev plasteret på såret skiftet, øvelser og teknikker prøvet, kost, søvn og maven diskuteret, ligesom der var fokus på smerter og medicin, patient og støttepersons oplevelse af at være i hjemmet samt deres psykiske velbefindende. Særligt i forhold til sårpleje, som mange patienter og støttepersoner oplevede som udfordrende ved tidlig udskrivelse, havde hjemmebesøget stor tryghedsskabende betydning. Hjemmebesøget fungerede som en videreførelse af den uddannelse af patienten og støttepersonen, der var påbegyndt ved informationsmødet. Hjemmebesøget betød en konkretisering og individualisering af information og svar (jf. kap. 7), gav øget indsigt i samarbejdet mellem patient og støtteperson og åbnede op for en øget forståelse af, hvem patienten var. Det bredere billede af patienten, gjorde det lettere for personalet at identificere punkter, der krævede ekstra fokus og at besvare

spørgsmål. Patientens miljø og erfaringer blev taget alvorligt af personalet og inddraget i samtaler om det videre forløb. Muligheden for at se patienten i eget hjem gav personalet arbejdsglæde og indsigt i, hvad det vil sige at være hofteopereret i eget hjem. Et personale beskrev, "...at man ser dem lidt i en anden rolle. Eller sådan, det er ikke så meget patient-behandler rolle, man er i, men at se dem i deres rammer og se dem udføre de ting, som de skal gøre, i deres miljø. Det, synes jeg da, giver meget".



Under hjemmebesøget er der samtale om medicin, kvalme, smerte, tilsyn af sår og gennemgang af øvelser. Ofte deltager støttepersonen, og koordinatoren retter sin vejledning mod både patient og støtteperson.

Hjemmebesøget på patientens hjemmebane, hvor personalet var i civilt med ID kort, bidrog til den ligeværdige relation: "Det er en helt anden situation at være i et hjemmebesøg end at være herinde for enden af sengen, i kittel, ikke også. Og det skaber også sådan en mere ligelig måde at snakke sammen på, tror jeg" (Personale). Hjemmebesøget gav også personalet mulighed for at udskyde gennemgang af fx motionscykel, og at udskrive en patient selvom effekterne af fx en kvalmestillende behandling ikke var set ved udskrivelsestidspunktet. At "se at det virker" og få "syn for sagen" (Personaler) gjorde personalet trygge i deres arbejde og gav dem et grundlag at arbejde videre på i samarbejdet med patient og støtteperson. Flere patienter og personaler fremhævede, at hjemmebesøget gav mulighed for en anden form samtale end på hospitalet. Jette uddybede, hvor-

for hun fandt hjemmebesøget så godt: "...du kunne sidde, hvor der ikke var andre (...) og tale sammen om mere følelsesmæssige ting, og hvordan jeg egentligt taget reagerer på forskellige ting og sådan noget". Et personale oplevede, at det var på hjemmebesøg, at "...vi har haft de *gode* snakke".

4.4.3 Telefonopkald ved behov

Patienter og støttepersoner i både standard- og døgnhøfteforløbet fik udleveret telefonnummer til koordinator og sengeafsnit og blev opfordret til at ringe ved behov. Opkaldene handlede om tvivlsspørgsmål, patienter/støttepersoner gerne ville have en professionel vurdering af, som fx spørgsmål om medicin, akut opståede smerter, hævelse, benlængdeforskel, kvalme, træning, sår og ændring af kontroltid. Opkaldene bidrog dermed til at gøre patient og støtteperson trygge, også hvis det resulterede i en ekstra kontrol på hospitalet. Undersøgelsen viste, at også personalet kunne føle behov for at ringe til patienten (både standard og døgnhøfte) for fx at følge op på en igangsat behandling eller på udskrivelsen for dermed at kunne føle sig tryk og opnå læring. Der er i denne undersøgelse ikke lavet en optælling af opkald fra henholdsvis standard og døgnhøftepatienter, men både koordinator og afsnitspersonale angav en opfattelse af, at de modtog færre opkald fra døgnhøftepatienter end fra standardpatienter.

Muligheden for at kunne ringe til hospitalet havde stor betydning for patienter og støttepersoner: "Ja vi har jo nogle [navne og numre], så man er jo ikke overladt til sig selv", forklarede Finn, der var standardpatient. Hanne, der havde benyttet muligheden, sagde, "...ja der var det jo dejligt, man kan ringe ind, og de ved noget om det". Ved at tale med personalet på hospitalet var de sikre på, at den rådgivning, de fik, var kvalificeret og tog udgangspunkt i det specifikke høfteforløb. Samtidig krævede opringningen, at patienten eller støttepersonen tog initiativ til dette, hvilket kunne være svært og krævede overvejelser. Irma, der var standardpatient, forklarede: "Nej, jeg gider ikke være sådan en hysterisk kælling, der ringer hele tiden og så igen". Selv Hanne, der fik voldsomme smerter efter udskrivelsen,

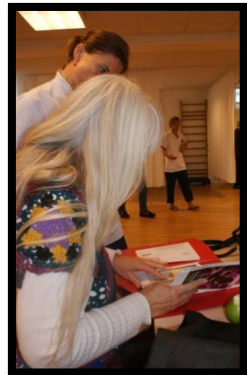
ventede med at ringe, til hun ikke kunne undgå det længere. Denne, hos nogle, tilbageholdenhed i forhold til at ringe kan skyldes den almene diskurs om, at sundhedspersonalet har travlt. Selvom patienterne under indlæggelse ikke oplevede personalet som fortravlede, så var diskursen om travlhed gældende, når de igen er udskrevet. Hvorvidt den enkelte patient besluttede at ringe havde at gøre med, hvordan forløbet havde været, hvem man var som person, hvor akut problemstillingen var, og om der var andre muligheder for at løse problemet. To patienter, der havde oplevet forløbet mindre positivt, oplevede, at det var svært at opnå den hjælp fra personalet, som var årsagen til, at de havde ringet. Døgnhøftepatienterne havde mulighed for at bede om en videosamtale frem for et telefonopkald, men ingen benyttede sig af dette, hvilket ellers kunne have været relevant i Jettes tilfælde, da hendes opkald drejede sig om, at hun frygtede at have en blodprop i benet pga. benets farve. Et billede kunne i dette tilfælde have kvalificeret forståelsen og kommunikationen for begge parter. Patient og støtteperson havde ikke mulighed for at stille spørgsmål pr. email, hvilket fremadrettet kan være en mulighed.

4.4.4 Postoperative kontroller på hospitalet

De to postoperative kontroller på hospitalet, gældende for både standard og døgnhøftepatienter, fandt sted tre uger og tre måneder efter operation. Tre ugers kontrollen havde både et fysioterapeutisk og et sygeplejemæssigt fokus, mens tre måneders kontrollen havde et fysioterapeutisk fokus. En læge kunne tilkaldes ved behov. Der syntes ikke at være nævneværdige forskelle i, hvordan standard og døgnhøftepatienter oplevede kontrollerne. Kontrollerne foregik ved at fire til seks patienter og eventuel deres støttepersoner ankom i et træningslokale, hvor der var dækket op med kaffe/te, vand og frugt. Der blev lagt op til, at patienter og støttepersoner indbyrdes kunne tale sammen, mens de ventede på at blive tilset. I praksis betød det oftest, at patienter, der havde set hinanden til fx informationsmødet eller under indlæggelse diskuterede deres forløb og derved anvendte hinanden som sammenligningsgrundlag, mens der blandt 'fremmede' patienter sjældent fandt udveksling sted. Hanne (døgnhøfte) og

Finn (standard), der havde været indlagt på samme stue, snakkede fx om, hvordan de begge havde svært ved at sidde, og diskuterede hvorfor Hanne kunne gå længere end Finn. Ved kontrollerne blev patienterne bekræftet i deres proces, fik konkrete forslag til ændringer og blev udfordret på, hvad de kunne. Det gjaldt fx Hanne, der blev udfordret til at løbe, og Åse, der fik ændret sin måde at gå på trapper. Kontrollerne fungerede for mange som et 'skud motivation' til at fortsætte træningen, evt. med nye øvelser, som de i så fald blev instrueret i.

Der var generelt en positiv holdning til kontrollerne blandt personale, støtteperson og patient. Undersøgelsen pegede på, at det var tre ugers undersøgelsen, der var vigtigst for patient og støtteperson, idet de her stadig stod midt i diverse udfordringer og havde behov for sparring, hvilket ikke på samme måde var tilfældet ved tre måneders kontrollen. Kontrollerne fungerede som nævnt som en milepæl og havde desuden en tryghedsskabende effekt for patient og støtteperson. Patient og støtteperson følte sig ikke helt sluppet fra hospitalet pga. kontrollerne og kunne derfor se personalet som samarbejdspartnere i rehabiliteringen og ansvaret trods udskrivelsen.



På de postoperative kontroller tilses sår/ar, øvelser gennemgås samt udvides og spørgsmål besvares.

"Det var en rigtig døgnhoftepatient" - kapitlets hovedpointer

- > Den aktive patientrolle i døgnhofteforløbet værdsættes af patienter, men kræver uddannelse og tilgængelige ansvarsdelingsværktøjer
- > Patient og støtteperson oplever, at de deler ansvaret for efterforløbet i hjemmet med personalet
- > Støttepersoner har en praktisk og psykosocial funktion både før og efter indlæggelsen og kvalificerer patientens oplevelse
- > At være støtteperson for en døgnhoftepatient kræver ressourcer, tid, indlevelse og viden, hvor sidstnævnte opnås gennem uddannelse og deltagelse i forløbet før, under og efter indlæggelsen
- > De forventninger, der ligger til støttepersonsfunktionen, skal kommunikeres og diskuteres med både patient og støtteperson
- > Støttepersonsfunktionen kan få negativ betydning for forholdet mellem patient og støtteperson
- > Ikke alle støttepersoner støtter

5. ”Det var en rigtig døgnhoftepatient” - patient, støtteperson og inddragelse

Patienter og støttepersoner forventedes i både døgnhofte- og standardforløbet at tage et medansvar og være aktive i forhold til efterforløbet med fx træning og sårpleje. I døgnhofteforløbet var dette dog noget, patienten blev forsøgt mere forberedt til, end det var tilfældet i standardforløbet. Citatet i kapitlets titel stammer fra et personale og refererede til, at personalet oplevede, at nogle patienter ikke fik det optimale ud af døgnhofteforløbet, men burde have modtaget et andet tilbud. Karakteren af og forudsætninger for inddragelse, samt de roller, der blev forventet og taget af patient og støtteperson er fokus for dette kapitel, der har fokus på døgnhoftepatienter med perspektivering til patienter i standardforløbet.

5.1 Aktiv deltagelse i behandling og forløb

Patientens og støttepersonens aktive deltagelse blev forventet af personalet/forløbet både før og under indlæggelse, samt i eget hjem efter udskrivelse. Som nævnt kunne hofteoperationen og efterforløbet ses som noget af et arbejde bl.a. pga. de opgaver, der lå på patienten og støttepersonens skuldre i begge forløb. Noget af dette arbejde var specifikt formulerede af personalet, mens andre var mere usynlige (jf. Unruh & Pratt 2008), hvilket fx gjaldt det at blive mere sig selv, som Ingrid, der var standardpatient oplevede, at hofteoperationen gav mulighed for. Af de mere eksplicitte opgaver var fx at reagere på forandringer i smerte- og almen tilstand, pleje såret, træne, hvile, at overholde regimet, og at kontakte hospitalet, hvis opgaven ikke kunne magtes. Ifølge Danske Patienter (Danske Patienter 2008) ønsker patienter i stigende grad at blive inddraget i egen behandling, og mange patienter i RRS studiet delte denne opfattelse. De satte pris på at blive set som aktive og ikke passive mennesker, der var i stand til at

bidrage til fx rehabiliteringen. At kunne dette krævede dog en tilegnelse af ny viden, og at hospitalet, og personalet gav mulighed for en ægte og ikke blot symbolsk form for inddragelse (Simovska 2009).

I døgnhofteforløbet spillede den indbyggede patientuddannelse og personalets tilgang til patient og støtteperson således en stor rolle for muligheden for at deltage i behandling og forløb. Under indlæggelsen blev der lagt vægt på, at patienten afprøvede den teoretiske viden opnået via pjecer og informationsmøde, og at han eller hun gjorde tingene selv frem for at få det gjort af personalet. Patienterne blev desuden løbende orienteret om processen, hvilket ikke er kendetegnende for alle indlæggelsesforløb. Støttepersonen blev ligeledes opfordret til at være til stede på hospitalet på udskrivelsesdagen for derved at blive i stand til at deltage aktivt i forløbet efter udskrivelsen. Personalet forventede, at patienterne deltog aktivt og var i stand til at handle på den viden, de blev præsenteret for. De forventede desuden, at patient og støtteperson informerede dem om særlige forhold i hjemmet og forandringer i tilstanden. Forløbet var organiseret med udgangspunkt i patienten, og i at denne skulle gøres klar til at komme hjem frem for at være organiseret omkring hospitalets rutiner. Dette medvirkede til, at der blev taget udgangspunkt i den enkelte, der derved blev bedre i stand til at bidrage til eget forløb.

Patienter blev i døgnhofteforløbet skolet til at handle på bestemte måder. Inddragelsen i forløbet var ægte, men dog begrænset i sin valgfrihed. De fleste patienter anså denne skoling som positiv, da den gjorde dem i stand til at handle på en måde, der gav dem deres mål med at komme sig over hofteoperationen. Den korte og afgrænsede periode, hvor denne skoling fandt sted, bidrog til det positive syn på den. Bagsiden af en sådan skoling kan være, at der ikke er plads til ikke at passe ind, gøre indsigelser, og at patienter undertrykker reaktioner for at leve op til forventningerne. Det gjaldt fx for Jens, der under træning på hospitalet blev dårlig, men som benægtede det overfor på personalet, mens træningen stod på. I projektet var der også eksempler på, at skoling i forhold til patientrollen havde slået for meget igennem. Flere standardpatienter valgte – med personalets

tilladelse – at lade sig udskrive en dag tidligere en planlagt efter et ukompliceret operationsforløb. Når man ser på efterforløbet for nogle af disse patienter, så var patienterne måske blevet for godt skolede eller konfigurerede (Oudshoorn & Pinch 2003) som aktive og selvstændige patienter. Her sås nemlig, at de fik komplicerede efterforløb, gik tidligt i gang med arbejde og/eller trænede for hårdt. Patienten samarbejdede, udover med støttepersonen og personalet, med en række personer i bestræbelsen på at være en aktiv patient: Egen læge, andre pårørende, medpatienter, naboer, venner, kommunale fysioterapeuter og hjemmehjælpere. Dette kollektiv, der var omkring patienten, blev ikke inddraget aktivt, eller var til stede i deres bevidsthed, af hospitalet/personalet, men bidrog ikke desto mindre til forløbets succes.

5.1.1 Ansvar

Med den øgede deltagelse og det korte forløb blev ansvar et vigtigt emne i forbindelse med døgnhofteforløbet. Dinesen et al (2008) beskriver i en case om hjertepatienter indlagt i hjemmet, hvordan særligt pårørende oplever et sådant ansvar. I døgnhofteforløbet oplevede et personale det således: "...at forløbet bliver godt, det synes jeg jo egentligt, er meget delt jo (...) det er også patientens ansvar at tage [informationen] med hjem og bruge det". Spurgte man patient og støtteperson, følte de, at de havde et ansvar, da en stor del af forløbet foregik i hjemmet. Der var ikke andre end patient og støtteperson til at reagere på en mulig infektion, et hævet ben, på smerter, til at overholde regimet, til at motivere til træning og til at komme sig oven på en operation. Selvom patienter og støttepersoner var sig bevidste om ansvaret udtrykte de, at de ikke stod alene med ansvaret. Pga. den postoperative kommunikation kunne ansvaret deles mellem patient og personale, hjem og hospital, og den postoperative kommunikation kan dermed sammen med diverse informationskilder forstås som ansvarsdelingsværktøjer. Patienter og støttepersoner oplevede den postoperative kommunikation som hospitalets forlængede arm ind i hjemmet, der betød, at de ikke stod alene med ansvaret. Videosamtalen blev oplevet som en kvalificering af et andet ansvarsdelings-værktøj, telefonsamtalen,

da grundlaget for at dele ansvaret blev forbedret. Hvis disse ansvarsdelingsværktøjer blev oplevet ikke at være til stede, blev det sværere at håndtere dette ansvar. De fleste støttepersoner og patienter oplevede, at de havde lyst til og var i stand til at have dette ansvar, men særligt patienter, der ikke havde en støtteperson i hjemmet, oplevede ansvaret som stort. Der var også eksempler på, at støttepersonen, der ofte tog en stor del af ansvaret på sig, ikke følte sig klædt på pga. manglende orientering om, hvad det ville sige at være støtteperson, hvilket foranledigede nervøsitet og utryghed. Undersøgelsen pegede på, at døgnhoftepatienterne generelt oplevede at have bedre muligheder for at håndtere ansvaret i det postoperative forløb end standardpatienterne, bl.a. pga. de ekstra postoperative foranstaltninger i dette forløb.

5.1.2 Når man ikke kan leve op til forventningen om aktiv deltagelse

Blandt patienterne i undersøgelsen var det ikke alle, der kunne leve op til forventningen om den aktive og ansvarsfulde patient. Dette påvirkede forløbet, da forløbets succes var (delvist) afhængigt af patientens og støttepersonens bidrag, ligesom det påvirkede patientens oplevelse af og i forløbet. Lilly, fx, var ikke i stand til at leve op til forventningerne om at kunne omsætte viden til handling og at være frisk nok til udskrivelse dagen efter operation til trods for, at hun havde gjort en række forberedelser før indlæggelsen: Hun havde afleveret hunden hos sin søn, aftalt fodring af sin kat med naboen, været i banken for at orden pengesager, lavet mad og frosset det ned, hentet brænde, prøvet øvelser og læst og set alt informationsmateriale. Alligevel gav dette ikke den nødvendige empowerment, hvilket Lilly tolkede som et svaghedstegn hos sig selv; hun antydte flere gange, at det måtte være hendes skyld. Personalet bebrejdede ikke Lilly noget, men i andre tilfælde kunne der ligge en implicit bebrejdelse om, at patienten ikke var villig til at deltage. Som Greco (2009) påpeger, så handler det ikke kun om at fokusere på, hvordan patienten deltager, men også på de forhold under hvilke patienten skal deltage. Derved sættes fokus på

omstændighederne og ikke individet alene, og at det er forløbet, der skal tilpasses patienten og ikke omvendt.

5.2 Støttepersonens rolle

Forventninger om pårørendes aktive deltagelse i en patients behandling er i sundhedssektoren udbredte, men ikke altid direkte kommunikerede (Jensen et al 1987). Det er sjældent, at pårørende tildeles en tydeligt defineret rolle, og at forventninger til dem kommunikeres direkte. Omvendt er det almindeligt, at patienter inddrager pårørende i forbindelse med sygdom og behandling (Janzen 1987, Kleinman 1980). Målet i døgnhøfteforløbet var at formidle den pårørendes, dvs. støttepersonens, rolle direkte og at klæde denne på til at kunne bestride sin funktion. Opgaverne, som hospitalet forventede af støttepersonen, var dog ikke specifikt beskrevet, men relaterede sig til praktiske opgaver, motivation, sårpleje og psykosocial støtte. Der stilledes ikke krav til, hvem støttepersonen var, dog at vedkommende havde ressourcer til at deltage aktivt. Både patienter, støttepersoner og personaler var enige om, at en støttepersons funktion var vigtig for gennemførelsen af og patientoplevelsen i døgnhøfteforløbet. Et personale forklarede, "...at der er rigtigt mange ressourcer at hente i de pårørende", mens Hanne, der oplevede stærke smerter efter hjemkomst, udtrykte det således: "I de første dage der, hold da op. Jeg ved da ikke, (...) hvordan man skal klare sig, sådan som jeg havde det de første dage, hvis man var alene. Det var da ikke til at tænke på". Det, Hannes støtteperson hjalp med de første dage, var psykisk støtte, madlavning, bad, overvejelser omkring smerte- og kvalmebehandling og træning. De, der boede sammen med en ægtefælle, kunne ikke forestille sig at skulle klare sig uden, og de der boede alene oplevede et behov for at have støttepersonen i hjemmet.

5.2.1 Uddannelse og inddragelse af støttepersoner

Målet var som nævnt at uddanne støttepersoner til at kunne varetage den funktion, de havde i forløbet. Undersøgelsen af Joint Care forløbet (Aarhus 2008) viste, at støttepersoners nervøsitet for udskrivelse var overset i det

daværende forløb. I døgnhøfteforløbet blev der rettet fokus på dette ved at støttepersonen deltog i informationsmødet og opfordredes til at være til stede på sengeafsnittet fra morgenstunden på udskrivelsesdagen. Gitlin et al (1995) beskriver, hvordan pårørende kan uddannes til at påtage sig en støtte- og plejerolle, hvis viden formidles, så den giver mening i hverdagslivet. At blive informeret og involveret bidrog til at reducere en eventuel nervøsitet. Det faste personale havde fokus på støttepersonerne under patientens indlæggelse og involverede dem i gøremålene. De deltog i træningen, ved sårpleje, ved information om smerte og medicin, ved oplæring i brug af hjælpemidler og ved at bede om input fra hjem og dagligdag. Personalet inddrog støttepersonen ved at tale direkte til vedkommende, indirekte ved at have øjenkontakt skiftevis med patient og støtteperson under en instruktion, ved at lade vedkommende passivt observere og ved at opfordre til deltagelse i de postoperative kommunikationer. Hannes støtteperson forklarede om sidstnævnte, "Jeg vil da være her, hvis der er et eller andet, jeg skal gøre". Hanne uddybede, "...nu kan du se, det der med, at jeg blødte fra de der, det er da [støtteperson], der må stå med det".

Det var dog ikke altid, at forventninger til støttepersonen og dennes bidrag blev kommunikeret klart og/eller forstået af støttepersonen. I ambulatoriet blev potentielle døgnhøftepatienter spurgt, om de havde en person, der kunne agere støtteperson. Hvor omfattende en beskrivelse af, hvad det vil sige at være og have en støtteperson, og hvorvidt patient og støtteperson fik tid at beslutte sig, afhang af personalet og situationen. Dette betød, at ikke alle støttepersoner vidste, hvad de gik ind til, og dermed at ikke alle støttepersoner var støttende. I standardforløbene var en støtteperson ikke et krav, men der blev opfordret til at have en pårørende til støtte efter udskrivelsen. I undersøgelsen havde alle standardpatienter ved forløbets start en støtteperson. Analysen viste, at der ikke var stor forskel i behovet for en støtteperson mellem døgnhøfte og standard. Forskellen var snarere, at funktionen, som Jensen påpeger ofte sker (1987), ikke blev kommunikeret tydeligt i standardforløbet, og at det dermed blev sværere for dem at spille en aktiv rolle i forløbet. Involveringen af støttepersoner var personafhængig, idet det pågældende personale skulle se

fordelen ved at gøre det. Dette sås på afsnittet, hvor det faste personale på døgnhøfteforløbet havde indset behovet for at involvere støttepersonen, mens det sjældnere var tilfældet for det personale, der var perifert tilknyttet, som dette citat fra et personale udtrykker: "...tit så, er de jo bare nogle gange, de der pårørende, så er de nogle gange bare lidt i vejen". Denne udtalelse er i overensstemmelse med Honoré (2010), der beskriver, hvordan pårørende under indlæggelser kan være en krævende ressource. En sådan tilgang har negativ indflydelse på ambitionen om uddannelse af støtteperson, men kan samtidig indeholde forventninger til deltagelse.

5.2.2 Støttepersoners bidrag i døgnhøfteforløbet

Støttepersoner bidrog med en række ting i døgnhøfteforløbet. Flere patienter fortalte fx, hvordan de i den første tid efter hjemkomst enten kun gik i bad, når støttepersonen var i huset, eller fik hjælp til badet. Som nævnt var der også eksempler på, at det var støttepersonen, der holdt patienten fast i at tage den smertestillende medicin. Derudover var der mange mindre ting, der for patienten som nyopereret, var blevet besværlig; fx at få sig lagt godt til rette i sengen, at få creme på benene eller få hentet en kop kaffe. Af større ting var patienten også ofte afhængig af hjælp til rengøring, madlavning, transport og indkøb. Ud over en række praktiske opgaver, spillede støttepersonerne også en psykosocial rolle i form af selskab, tryk, deling af oplevelsen, motivation og opmuntring. Som tidligere vist var en række personer udover støttepersonen involveret i at støtte patienten: Naboen ryddede sne og kørte til kontrol, datteren kom med aftensmad, børnebørn klarede støvsugningen, sønnen købte ind, svigerdatteren, der var sygeplejerske, vurderede et hævet ben, veninden kom til kaffe og hygge, osv.

Støttepersonerne bidrog også til personalets arbejde med patienten. Ved at inddrage støttepersonen, opnåedes større viden, om det patienten skulle udskrives til, som et personale pointerede: "De kan se en meget større helhed i det. Patienten er sådan meget fokuseret i dem selv og de små ting". Selve forholdene omkring udskrivelsen påvirkedes af, hvordan sam-

spillet mellem patient og støtteperson var, og af at det for personalet betød en trykthed at vide, at patienten ikke var alene efter udskrivelsen. At integrere støttepersoner i arbejdet med døgnhøftepatienterne betød, at der på en stue på hospitalet kunne opstå pladsmangel, der besværliggjorde arbejdet. At inddrage støttepersoner kunne også være tidskrævende, da information også skulle rettes til dem, og da de kunne have behov for at snakke og blive beroliget. Det faste personale var alle enige om, at de prioriterede involveringen af støttepersonerne over plads og tid.

5.2.3 Den ideelle støtteperson?

Støttepersonen spillede som vist en stor rolle for, at forløbet blev godt, men for at dette var tilfældet, skulle støttepersonen være aktivt deltagende og have en god relation til patienten. Et personale beskrev en støtteperson som et eksempel på en god støtteperson: "Han havde været der hele tiden, han havde fulgt med i alt, spurgt ind – fx skal jeg gøre sådan, hvis jeg skal hjælpe med denne øvelse og havde haft opklarende spørgsmål. Derudover havde de et rigtig godt forhold indbyrdes". En støtteperson skulle have ressourcer til at støtte og en forståelse for, hvad det ville sige at være støtteperson, så opgaven ikke blev en belastning. Støttepersoner, der led af en eller flere sygdomme, som ikke kunne sætte sig i andres sted, og som var fortravlede, var således ikke ideelle støttepersoner for patient og forløb.

De fleste patienter i undersøgelsen havde deres ægtefælle som støtteperson, hvilket var anderledes end at have fx en veninde eller en datter pga. det indgående kendskab, og relationen ægtefæller har til hinanden: En ægtefælle læste patientens behov, vurderede om noget var anderledes, uden at patienten behøvede at sætte ord på det, vidste hvornår han eller hun skulle trække sig og boede i hjemmet. Selvom der var tilfælde, hvor ægtefæller ikke havde dette forhold, så betød det at have en ægtefælle som støtteperson ikke at skulle bede om hjælp, og at patienten havde færre overvejelser om at være en byrde. Jette, der havde sin datter som støtteperson, fortalte, hvordan hun efter udskrivelsen var plaget af nedtrykthed

og havde svært ved at klare sig selv, fx ved sengetid: "Og alligevel vil jeg ikke ringe og plage mine børn om det, fordi de skal ikke se – det var rigtigt, at de så, hvordan jeg havde det efter operationen...". Støttepersonens rolle stemte ikke overens med den forældre-barn relation, som mange, særligt forældre, holdt fast i. Tre patienter havde en veninde som støtteperson og i to tilfælde (en standard, en døgnhøfte) trak støttepersonen sig kort efter udskrivelsen. En af dem fortalte: "...min støtteperson, min veninde, vi blev faktisk uvenner. Hun har ikke været her mere end én dag. Det var faktisk den dag, jeg kom hjem. Da gik det helt galt". Begge disse patienter oplevede, at det var uvant at være sammen hele tiden, at det ikke var rart at bede om hjælp i en sårbar situation, og at støttepersonen ikke havde forståelse for deres behov og situation.

"Når det så er ovre, så slapper man af" - kapitlets hovedpointer

- > Mange støttepersoner og patienter oplever en grad af nervøsitet og utryghed
- > Reducering af nervøsitet frigiver ressourcer til deltagelse
- > Nervøsitet er resultatet af en række akkumulerede faktorer, der hver for sig ikke behøver at være betydende
- > Forløbets organisering, uddannelse og personale kan påvirke nervøsitet i positiv og negativ retning
- > Også personalet kan opleve utryghed i korte forløb

6. ”Når det så er ovre, så slapper man af” - tryghed og nervøsitet

At opleve at være nervøs eller måske at føle angst før et møde med sundhedsvæsenet og særligt før en operation er ikke usædvanligt (fx Mitchell 2003). I RRS projektet var et fokusområde patientens og støttepersoners oplevede angst/nervøsitet og tryghed i forbindelse med at gennemgå et kort indlæggelsesforløb. Angst påvirker muligheden for at indoptage information og lære, hvilket er særligt vigtigt i korte forløb, hvor flere opgaver lægges over til patienten. Desuden er der en sammenhæng mellem oplevet angst og smerteniveau (Sjöling et al 2003), ligesom der er en tendens til at indlæggelsestiden forlænges, hvis patienten er angst (Kehlet 2001). I dette kapitel er der fokus på patientens og støttepersonens oplevede nervøsitet, men også på personalets, idet den opstod som et tema i den etnografiske undersøgelse. Mens det randomiserede studie i RRS projektet fokuserer på den målbare angst⁴, er der her fokus på den subjektive oplevelse af angst, som her beskrives som nervøsitet og utryghed. Mens både patienter/støttepersoner i standard- og døgnhofteforløbene oplevede nervøsitet, tilbød døgnhofteforløbet med sin organisering flere redskaber til at håndtere den. Der er således fokus på begge forløb her.

6.1 Oplevelse af nervøsitet blandt patienter og støttepersoner

Patienters og støttepersoners nervøsitet kom til udtryk før operation, under indlæggelse og efter udskrivelse i forskellige grader. Dermed ikke

sagt, at alle patienter og støttepersoner, der deltog i undersøgelsen, var nervøse – i hvert fald ikke i en grad så det påvirkede deres deltagelse og forløb. Nogle erkendte allerede under informationsmødet eller indlæggelsen, at de var nervøse, mens andre enten fortrængte det eller først kunne reflektere over det, efter der atter var kommet ro på efter operation og udskrivelse. Det gjaldt fx for Ingrid, der ikke havde haft hjertebanken op til forløbet og operationen, hvilket hun oftest genkendte nervøsitet ud fra. Da hun var ved at være godt på vej i sin bedringsproces, konstaterede hun, at hun endog havde været meget nervøs. Ofte var det nemmere at se ’den andens’ nervøsitet. Ingrid talte fx under indlæggelsen om sin støtteperson, der var meget nervøs, og personalet opfattede Ingrids nervøsitet, før hun selv gjorde. Støttepersonens nervøsitet blev ofte ikke artikulert i samme grad som patientens. Flere støttepersoner gav udtryk for, at det ikke gav-nede nogen, at de var nervøse, og da slet ikke patienten.

Nervøsiteten kom fx til udtryk ved at være kulret, ingen kræfter have, være spændt, føle sig slået ud, at ’bide’ af andre, opleve det hele som en stor mundfuld og have sommerfugle i maven. Det modsatte blev derimod beskrevet som at være rolig indeni, lettet og at kunne slappe af, som Andreas’ støtteperson i titel-citatet antyder. Nervøsitet kunne både være relateret til det, der skulle foregå (aktivitet/operation) og til resultatet (den opnåede livskvalitet) samt have en sporadisk eller vedvarende karakter.

Det etnografiske studie kan ikke udsige årsagssammenhænge mellem fx oplevet nervøsitet og udbytte og oplevelse af forløb. Observationer og interviews tydede dog på, at oplevet nervøsitet havde betydning for at omsætte viden til praksis, muligheden for at opnå tidlig udskrivelse, og håndtering af at komme hjem som nyopereret. I det følgende beskrives de faktorer, der triggede og reducerede nervøsiteten.

⁴ Det randomiserede studie vil ved dets afslutning kunne udtale sig om fx forskelle i nervøsitet mellem støttepersoner og patienter, mellem patienter, der boede alene, og patienter der boede med støtteperson.

6.1.1 Nervøsitet som resultat af akkumulerede faktorer

Analysen viste, at der ofte var flere faktorer, der var medvirkende til at gøre en patient eller støtteperson nervøs. I det følgende fokuseres på patienten, men meget er også gældende for støttepersonen. Hannes eksempel, der er beskrevet nedenfor, viser, hvordan en række faktorer og oplevelser påvirkede hendes nervøsitet.

I casen er alene beskrevet de faktorer, der triggede Hannes nervøsitet. Retfærdigvis skal siges, at flere beroligende faktorer også var til stede, og at Hanne oplevede sit forløb som godt. De triggende faktorer i Hannes forløb syntes hver for sig måske små og ubetydelige, men idet de blev akkumulerede, fik de vægt og betydning. Det var ikke nødvendigvis situationen eller handlingen i sig selv, der var nervøsitetsfremkaldende. Fx blev Hanne beroliget vedrørende den maskine, der gav alarmer. Martin (2010) anvender begrebet 'de små ting' om sådanne ting, der i sig selv ikke er betydningsfulde, men som kan få betydning, fx ved at svække Hannes tillid til anden teknologi i forløbet.

At nervøsitet bestod af akkumulerede faktorer kunne gøre det svært for personalet at få øje på den. Det var derfor essentielt at anskue nervøsiteten holistisk, både på tværs af hjem og hospital samt på tværs af interaktioner og situationer. På trods af kommunikation og udveksling af viden var dette en udfordring, bl.a. fordi nervøsitet og angst af mange patienter blev set som et svaghedstegn og var omfattet af et tabu. Nogle patienter brugte derfor en del energi på at skjule nervøsiteten for personalet.

Figur 5 giver en oversigt over faktorer, der kunne trigge nervøsitet. Faktorerne er listet i tilfældig rækkefølge, og listen er ikke udtømmende. Uddybende kan siges, at operationen gjorde mange patienter nervøse, fordi det fx er almenkendt, at operationer kan være risikofyldte, den enkelte patient havde negative erfaringer med en operation, relaterede hospitaler med negative oplevelser, eller havde folk i omgangskredsen, som havde oplevet tilsvarende. Relateret til dette var en angst eller bekymring for rygmarvs-

CASE: Triggende faktorer i Hannes forløb

Hanne, der var i 60'erne, skulle have udskiftet en hofte. Hun levede et aktivt liv, og havde derfor høje forventninger til resultatet af operationen. Hun vidste, at den anden hofte også skal udskiftes, og hun var derfor nervøs for, at den første udskiftning blev en dårlig oplevelse. Hannes mand havde fået to nye hofter, desværre var det ene forløb meget kompliceret. Hanne var rigtig bange for operationen pga. dette og pga. andre negative historier, hun hørte fra sin omgangskreds. Angsten havde betydet, at hun havde udskudt operationen længst mulig. Da det endelig blev operationsdagen, var der ventetid, og da Hanne ikke fik at vide hvorfor, frygtede hun, at det var lægen, der var syg. Mens hun ventede, kom en anden patient og fik en blokade. Hanne forstod det således, at hans hofte havde været gået af led. Det blev tid til operationen. Mens Hanne fik lagt sin bedøvelse, henvistes der flere gange til hygiejnen i rummet - fx at gulvet kunne være beskidt, at det var vigtigt, at alt var rent, og at det var svært at åbne for instrumenterne uden at gøre dem usterile. Et personale sagde desuden til hende, at det jo så var højre knæ, hun skulle have opereret. Under operationen hørte hun, at en maskine gik i stykker, og da hun næsten var færdig, kom kirurgen til at hive smertekateteret ud. Det bekymrede Hanne, for hun vidste fra pjecer og informationsmødet, at det var vigtigt at være godt smertedækket i efterforløbet. På opvågningsstuen udsendte en maskine ved siden af hende jævnlige alarmer, fordi den var i stykker. Da udskrivelsen nærmede sig, blev Hanne bekymret for om hendes tidligere erfaringer, med at komme hjem og blive dårlig, ville gentage sig. Hjemme viste det sig at være tilfældet, Hanne fik mange smerter. Næste dag var hun træt, forkvalmet og bekymret over, at hun ikke var i stand til at træne eller spise proteinrigt, som hun havde fået at vide var vigtigt for hendes rehabilitering. Det viste sig desuden, at Hanne ikke kunne tåle plasteret og derfor blev hudløs omkring såret, samt at hun oplevede en benlængdeforskel.

bedøvelsen, hvor angsten vedrørte, om der blev stukket forkert med lam-melser etc. til følge, frem for om den havde tilstrækkelig virkning. Sted kunne også fremkalde nervøsitet; både hospitalet med dens fremmedhed, ukendte rutiner og sygdom, og hjemmet, som kunne føles langt væk fra

hospitalet, hvis komplikationer opstod. Særligt efter hjemkomst kunne det vide spænd for, hvad der var normalt, forårsage nervøsitet.

Faktorer, der triggede nervøsitet	
Ikke føle sig mentalt klar	Sted
Egne eller andres erfaringer	Andre patienter
Maskinfejl	Komplikation (smerte, sår, hofte går af led, andet)
Viden	Ventetid på hospital
Operation	Støtteperson
Narkose	Hjælpeperson
Krav til resultat	Personlighed/psyke
Personale/menneskefejl	Besvær med at omsætte viden til praksis
Restriktioner	

Figur 5: Faktorer, der triggede nervøsitet

6.1.2 Reducering af nervøsitet

Ligesom der var faktorer, der kunne udløse nervøsitet, var der også en række faktorer, der kunne reducere den, hvoraf nogle var de samme med omvendt fortegn. Sundhedsfagligt personale og information tilskrivedes ofte en stor rolle i at hjælpe patienter med at håndtere nervøsitet, fx udtrykt ved 'at være i trygge hænder'. En oversigt over faktorer, der i døgn-hofteforløbet kunne reducere nervøsitet, ses i figur 6. Faktorerne er listet i tilfældig rækkefølge, og listen er ikke udtømmende.

Som nævnt er de faktorer, der var med til at reducere Hannes nervøsitet, udelukket i ovenstående case. Hanne fik fx stor hjælp af sin mand, der var hendes støtteperson. De kunne begge trække på erfaringer fra hans tidligere forløb, fx da Hanne blev hudløs af plasteret. Hanne oplevede også både før og under sin indlæggelse, at alting gik efter en snor. Personalet, forløbet og hospitalet virkede dermed professionelt og tillidsvækkende. Hanne havde stor glæde af videosamtaler og hjemmebesøg, der bl.a. betød, at hun fik 'trænings- og kostfri', indtil hun havde det bedre, samt behovs

telefonopkald. Hanne havde et klart mål med operationen, og allerede inden den sidste kontrol, var parret i gang med at planlægge næste rejse. Tryghed og nervøsitet er således ikke noget 'der bare er', men kan svækkes og styrkes i et samspil af faktorer.

Faktorer, der reducerede nervøsitet	
Information	Sted
Fremadrettet fokus/mål	Andre patienter
Hjælpeperson	Støtteperson
Viden	Erfaring
Kontroller	Organisering
Opkald	Personale
Videosamtale	Hjemmebesøg
Personlighed/psyke	At føle sig mentalt klar
Restriktioner	Teknologi

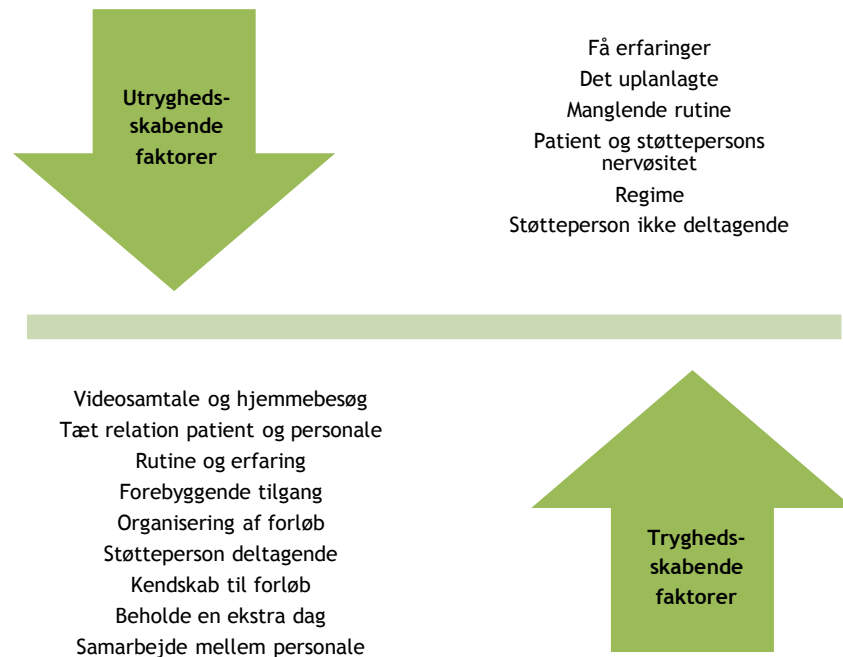
Figur 6: Faktorer, der reducerede nervøsitet

6.2 Personalets (u)tryghed i korte forløb

Mens der blandt patienter og støttepersoner var tale om nervøsitet og angst, var der blandt personalet snarere tale om en usikkerhed eller utryghed. Viden og kendte rutiner gør mennesker trygge, og usikkerheden blev da også reduceret blandt det faste personale i løbet af projektet, som et personale udtrykte: "...jeg har slet ikke den her nervøsitet eller angst over 'kan det her gå?' 'kan de nu klare sig?' – fordi, jamen det kan de". Som nævnt var forløbet ikke fast implementeret på det pågældende afsnit og blandt de involverede personaler. Før forløbets opstart var der en udbredt skepsis over for forløbet blandt plejepersonale og terapeuter, og det var i denne kontekst, at det involverede personale skulle agere. Selvom det involverede personale som udgangspunkt troede på, at en tidlig udskrivelse var både mulig og faglig forsvarlig, så havde de i begyndelsen ingen erfaringer at trække på. Efterhånden som personalet fik opbygget erfaringer, og der kom positiv feedback fra patienter og støttepersoner, blev det naturligt og selvfølgelig for det involverede personale, at patienter skulle hjem dagen efter operation. Trods den grundlæggende sikkerhed, kunne

der i forløbet opstå usikkerheder, fx i forhold til om en bestemt patient kunne håndtere en tidlig udskrivelse. Dette adskilte sig dog ikke fra standardforløbet, hvor sådanne usikkerheder også optrådte. Nedenstående figur 7 viser de faktorer, der medvirkede til at gøre personalet utryg og tryk i døgnhofteforløbet.

Da flere af disse faktorer gennemgås andetsteds i rapporten, uddybes figuren ikke nærmere. At skabe gode rammer og betingelser, så personalet opnåede tillid til forløbet, var vigtigt, da patienter og støttepersoner spejlede personalet, og det de signalerede. Ud over en række faglige faktorer, der var gældende for, hvornår en patient var klar til udskrivelse, havde personalets egen sikkerhed og tryghed en indvirkning på, hvorvidt en patient blev udskrevet som planlagt.



Figur 7: Oversigt over utryghedsskabende og tryghedsskabende faktorer blandt personalet.

”Tingene er nemmere, når man er godt orienteret” - kapitlets hovedpointer

- > Patienter og pårørende i både standard- og døgnhofteforløbet har brug for information og uddannelse både før og efter indlæggelse
- > Pårørende har brug for informationsmateriale målrettet dem
- > Den personlige relation mellem patient og behandler har en positiv indvirkning på patientens indoptagelse af information
- > Flere informationskilder med forskellige kommunikationsformer rammer et bredere udsnit af patienter og støttepersoner
- > Tilgængeligheden til information i hjemmet efter udskrivelse er vigtig, da information forstås anderledes før og efter operationen
- > Med animation frem for billede/video kan fokus holdes på budskabet

7. "Tingene er nemmere, når man bliver godt orienteret"

- information, viden og uddannelse

Information og uddannelse af patienter, der skal gennemgå planlagte kirurgiske indgreb, er gennem de senere år blevet mere og mere udbredt. Patienter, der er velinformerede og godt forberedte på det, de skal igennem, rapporterer en højere tilfredshed med resultatet og oplever færre smerter (Rolfson et al. 2010). I døgnhofteforløbet lå dette til grund for den øgede fokus på præ- og postoperativ patientuddannelse. Det var dog ikke udelukkende patienter, der blev uddannet, men også deres støttepersoner, da de i korte forløb overtager, og deler med patienten, nogle af de opgaver, der ved en længere indlæggelse ligger hos personalet. Citatet i titlen er udtalt af en støtteperson, der på egne og patientens vegne fremhævede informationens og uddannelsens betydning i døgnhofteforløbet, herunder en tryghedsskabende funktion. Formålet med information og uddannelse i døgnhofteforløbet var, at gøre patient og støtteperson i stand til at anvende hjælpemidler, overholde regimet, håndtere smertebehandling, sårbehandling og eventuelle komplikationer efter operationen, samt at udføre den postoperative træning. Dette kapitel har fokus på information, viden og uddannelse. Både patienter i standard- og døgnhofteforløbet inddrages, da analysen viste, at de oplevede samme behov for viden og information trods forskellen i indlæggelsestid.

7.1 Kilder til information, viden og uddannelse

I figur 8 ses kilderne til information, viden og uddannelse som patient og pårørende havde adgang til i døgnhofteforløbet. Udover de nedenfor nævnte benyttede nogle patienter og pårørende sig af fx internettet og

andres erfaringer. Døgnhoftepatienterne havde sammenlignet med standardpatienterne flere informationskilder til rådighed; videofilm, animationsfilm, skriftligt materiale på systemet, sparring med personale efter udskrivelse. I døgnhofteforløbet blev præoperativ uddannelse anset som et vigtigt element for afviklingen af forløbet, patientens oplevelse og det endelige resultat. Under indlæggelsen var der fokus på oplæring af patient/støtteperson samt at afprøve opgaver som fx at gå på trapper. Efter indlæggelsen fortsatte uddannelsen via videosamtaler, hjemmebesøg og video, animation og skriftligt materiale.

Før indlæggelsen

Ambulatoriebesøg, informationsmøde, pjecer, videofilm, animationsfilm, skriftligt materiale på systemet, egen læge.

Under indlæggelsen

Personale, pjecer, medpatienter.

Efter indlæggelsen

Personale, pjecer, videofilm, animationsfilm, skriftligt materiale på systemet, udleverede papirer fra indlæggelsen.

Figur 8: Oversigt over kilder til information, viden og uddannelse.

7.1.1 Skriftligt informationsmateriale

I ambulatoriet, hvor patienten blev skrevet op til operation, blev patienten og den pårørende, hvis denne var til stede, informeret overordnet om forløbet og fik udleveret en mappe med pjecer om fx kost, træning, og forløbet. Disse pjecer blev læst igennem af langt de fleste patienter og støttepersoner både før, under og efter indlæggelsen: "...alt alt alt var gennemlæst inden jeg tog på hospitalet. Alt. Jeg var *helt* forberedt på alt både

med hjælpemidler med ditten og datten...” (Jette). Pjecerne blev efter operationen opbevaret strategiske steder i hjemmet. Lilly opbevarede fx sin træningspjece i køkkenet, hvor hun trænede, mens Irma opbevarede pjecerne om kost og hjælpemidler ved siden af stolen, hvor hun ofte sad. Pjecerne blev efter indlæggelsen anvendt ved konkrete problemstillinger, som da Finn fik kvalme, og han og hans støtteperson mente at huske, at de havde læst noget om det. Pjecerne bidrog til at gøre det muligt for patient og støtteperson at reagere på ændringer og gav både forklaring og tryghed, som Irma, der fik en psykisk nedtur efter hjemkomsten, oplevede: ”Og så tænkte jeg, det kan ikke passe, at jeg hylede. Så gav jeg mig til at læse i bogen. Og der stod, at det var helt almindeligt. Fint. Så var det det. Der er ikke noget forkert i det”. Pjecen tilbød her den mulighed for gentagelse af information, som Irma behøvede. Ikke alle var dog umiddelbart i stand til at omsætte den erhvervede viden til praksis, hvilket gennemgås nedenfor. Desuden udleveredes kun én mappe, hvilket betød, at støttepersoner, der ikke boede sammen med patienterne, ikke havde let adgang til informationspjecerne.



Tv.: Et skærbillede af patientens valgmuligheder via teknologien. Th.: De udleverede pjecer fra hospitalet.

Informationen i pjecerne blev ikke passivt modtaget, men sammenlignet med øvrigt information og tolket og vurderet af patient og støtteperson. Et eksempel på dette sås hos Andreas og hans støtteperson, der sammen konkluderede, at han ikke behøvede den proteindrik, der var anbefalet

både skriftligt og mundtligt, fordi der på flasken, de havde købt, stod, at det var til *småtspisende*. Vejledningen om kost blev ofte tolket ud fra, om patienten oplevede at indtage normal kost. Var det tilfældet blev anbefalingerne ikke fulgt, da det af patient og støtteperson blev vurderet, at patienten qua det normale fødeindtag var dækket ind. Pjecerne blev foretrukket frem for det skriftlige materiale, der var tilgængeligt via teknologien, da det var lettere lige at bladere pjecen igennem.

7.1.2 Informationsmødet

Ca. 14 dage før operationen indkaldtes patienten til et informationsmøde med andre hoftepatienter og opfordredes til at tage en pårørende med. Standard- og døgnhoftepatienter deltog i samme informationsmøde, men døgnhoftepatienter havde et kort efterfølgende møde med koordinatoren. Informationen blev givet ved hjælp af powerpoint præsentationer, video-film om brug af hjælpemidler og mundtlige oplæg. Det var en generel opfattelse blandt personalet, at patienter, der ikke havde deltaget i informationsmøder var mindre forberedte under indlæggelsen og ved udskrivelsen, hvilket citeret her beskriver: ”Jamen de er slet ikke mentalt klare på samme måde, de har slet ikke haft de der overvejelser, hvordan skal jeg nu få fodret min kat...” (Personale).

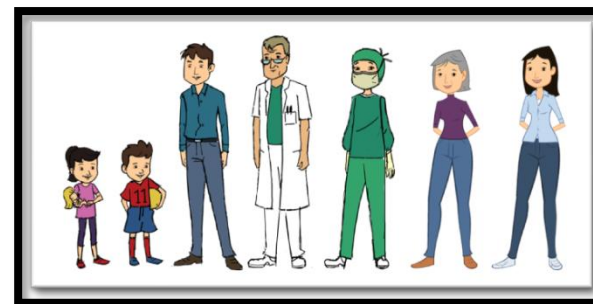
For patienter og pårørende, der deltog i informationsmødet, var det givende, men informationstungt. Anna forklarede: ”Altså det med den nar-kose, jeg skulle have, den anede jeg jo ikke noget om. Så det var jo fint nok. Og... jamen jo der var mange ting, jeg kunne bruge, synes jeg. Jojo, men forvirret alligevel, der var mange ting, det var der”. Finn deltog ligesom Anna i informationsmødet med sin støtteperson. Støttepersonen forklarede efterfølgende: ”...man hører ikke det hele første gang (...) Selvfølgelig er vi to, der hører det, men når man kommer hjem, så sætter man sig alligevel og går det hele igennem igen. Hvad var det egentligt, der blev sagt...?”. Støttepersonens deltagelse samt den i hjemmet tilgængelige information var derfor vigtig i bearbejdelsen af informationen, hvilket også gjaldt i den senere omsætning af information og viden til praksis.

Ikke alle fik det optimale ud af informationsmødet. Jette, der under informationsmødet følte sig godt klædt på, oplevede efter udskrivelsen, at informationen ikke havde været tilstrækkelig og ikke svarede til den virkelighed, hun oplevede: "...men jeg tror ikke, jeg har fået måske den vejledning, nok (...) så måske nogle flere snakke om, i dybden altså, at man kan risikere at have det sådan og sådan...". Mens støttepersoner inviteredes med til informationsmødet, så var de ikke i fokus der. Der blev ikke talt direkte til dem, og der var ikke en konkret information om, hvad der forventedes af dem. Støttepersonerne havde dog ofte spørgsmål, og mens nogle selv stillede dem, så var der også en del, der bad patienten gøre det: "Koordinatoren går i gang med sit foredrag. De to støttepersoner, jeg sidder tæt på, siger flere gange til deres mænd [patienter], at de skal huske at spørge om det og det, men de gør det ikke, og konerne gør det heller ikke" (Observationsnote). Den manglende spørgelyst hos støttepersonerne kan være et udslag af, at det var patienten, der var i centrum på informationsmødet, og den resulterede her i spørgsmål, der ikke blev besvaret.

7.1.3 Video og animation

På den udleverede teknologi fandtes instruktionsvideoer vedrørende træning, brug af hjælpemidler og overholdelse af restriktioner, og patienter og støttepersoner fandt disse gavnlige. Derudover gav det at have adgang til videoerne hjemmefra mulighed for at se en video flere gange, se den samme med andre, og når behovet opstod. Hanne brugte fx videoen efter operationen til at se, hvordan hun skulle komme rigtig ned af motionscyklen. Selvom hun havde set dem inden, så blev hun i tvivl, da hun stod i situationen: "Så tænkte jeg, *gad vide* om det så er rigtigt. Det var det så ikke", kunne hun konstatere efter at have set videoen igen. Der var generel enighed om, at videoerne blev set med andre øjne efter operationen. Jette forklarede: "Jeg vil sige, at jeg phh, jeg vil sige, du kan først bruge det, når du står i det, vil jeg sige. Men det er ikke dumt at se det inden, så ved du lidt, hvordan du skal gøre ik".

Der var flere eksempler på, hvordan patienter og støttepersoner under indlæggelsen og efter operationen refererede til, hvad de havde set på video før operationen. Da Jens blev instrueret i brug af hjælpemidlerne dagen efter hans operation, sagde han flere gange, "Ja, det kan jeg godt huske, jeg har set". Karl gav under interviewet konkrete eksempler på, hvordan han kunne trække på den viden, han havde opnået fra videofilme: "Nu var jeg inde og øve lidt i går [via videoen]. Der var der også noget med at rejse sig fra gulvet. Lægge sig ned på gulvet og rejse sig igen". Døgnhoftepatienterne havde desuden adgang til en animationsfilm, der tog udgangspunkt i et narrativ om en kvinde, der gennem årene fik problemer med sin hofte, gennemgik en hofteoperation og fik øget livskvalitet. Animationsfilmen viste fx, hvordan hoften tages ud under operationen, og en ny sættes ind. Undersøgelsen peger på, at patienterne oplevede, at de via animationsfilmen fik en større forståelse af deres lidelse, smerte-problematik og operation. Mange var interesserede i det, der sættes ind i hoften, og via animationsfilmen fik patienter og støttepersoner bedre mulighed for at forklare og forstå fx smerter inde i hoften eller uden på huden.



Eksempel på figurer, der optræder i animationsfilmen (Mark Film).

Animationsfilmen kommunikerede det, patienterne helst ikke ville have billeder på, men alligevel gerne ville vide noget om, og hvor billeder bidrog væsentlig til forståelsen. Animationsfilmen viste, hvordan operationen skulle foregå uden blodige billeder og voldsomme lyde. Flere patienter havde på TV set hofteoperationer eller lignede udført, og mens nogle

fandt det interessant, syntes flertallet, at billeder og lyde var for voldsomme og oplevede, at de ved animationsfilmen bedre kunne koncentrere sig om budskabet. Video- og animationsfilm tilbød en bredere kommunikationsform, da de inkluderede lyd og billede, hvilket tiltrak mange patienter og støttepersoner. Hanne forklarede om videoerne: "Altså det er grundigt vist altså. Så det er da bedre end at se et billede [i en pjece], klart. Det er da det, når de bevæger sig ikke også". At se en anden person gøre det, man selv skulle gøre, øgede forståelsen og gav patienten bedre mulighed for at omsætte viden til praksis.

Animationsfilmen henvendte sig både til patient, støtteperson og øvrigt familie, og undersøgelsen viste, at den faciliterede samtaler om den forestående operation og forløb blandt familiemedlemmer. Animationsfilmen bidrog dermed sammen med øvrigt informationsmateriale til at forberede patient og familie på, hvad der skulle ske. Som nævnt, var mange patienter nervøse for operation og narkose, og mens operationsnervøsiteten med animationsfilmen kunne reduceres, så var det ikke tilstrækkeligt ved narkosen. Generelt refererede patienter og støttepersoner oftere til videofilmene end til animationsfilmen. Dette kan skyldes, at videofilmene i højere grad var instruerende, mens animationsfilmen var informerende og dermed relevante i en kortere periode. Det er tidskrævende og dyrt at opdatere animations- og videofilm, hvilket vil være påkrævet, så snart forskning giver nye anbefalinger. Stemmer det, der ses på animationsfilmen og videoen ikke overens med det, som personalet eller det skriftlige materiale i øvrigt kommunikerer, påvirkes troværdigheden ikke blot af filmene, men potentielt af hele forløbet.

7.1.4 Personalet

Personalet spillede en vigtig rolle i informationsgivningen til og uddannelsen af patient og støtteperson i både standard- og døgnhøfteforløbene primært under indlæggelsen, men også i forbindelse med informationsmødet og de postoperative kontroller. Personalet informerede, korrigerede, spærrede og medvirkede dermed til, at patient og støtteperson kunne

omsætte viden til praksis, være trygge og håndtere ansvar. I døgnhøfteforløbet var mulighederne for patient/støtteperson-behandler interaktion, og dermed information og uddannelse, forbedrede. I døgnhøfteforløbet vægtedes det i højere grad end i standardforløbet, at det var en fast gruppe af personaler, der var involverede med den enkelte patient. Ifølge Senge (2008) spiller relationen mellem parter i en kommunikation en rolle for læring, hvilket kontinuiteten i personalegruppen fremmede muligheden for (jf. kap. 4). Koordinatoren og sygeplejersken, patient og støtteperson havde mødt på hospitalet, var ofte til stede i patienter og støttepersoners bevidsthed, fx efter udskrivelsen; koordinatoren sagde, at benene skulle op. Dette er et eksempel på den fortsatte relation, der kan have gavnlig effekt på patient og støttepersons handlinger, hvilket dog forudsatte, at personalet under indlæggelsen havde en læringstilgang i deres arbejde. Forklaringer og afprøvninger, hvor målet var, at patienten/støttepersonen lærte en given handling frem for blot at løse et nu-og-her problem, medvirkede til at gøre patient og støtteperson handlekraftig og tryk. Det faste personale havde fokus på dette, mens det øvrige personale i mindre grad vægtede læringsaspektet i deres interaktion med patienten.

Ud over den indirekte tilstedeværelse så fortsatte uddannelsen også gennem videosamtalerne og hjemmebesøget (jf. kap. 4), hvor henholdsvis den virtuelle og fysiske tilstedeværelse gjorde det muligt at korrigere allerede tillærte handlinger, at informere om nyt og at sparre om opståede problemstillinger i hjemmet. Et personale fortalte fx, at "...noget vi altid er inde at snakke om, det er de der smerter efterfølgende, at de kan ikke forstå, at de skal have sådan et trælår, eller smerterne skal gå helt om i ballerne (...) jeg tror måske godt de har hørt det, men når man så mærker og oplever det på ens egen krop, så er det ikke helt lige det samme". Eksemplet her viser, hvordan kontakt med personalet genopfriskede og legitimerede den allerede overleverede information, som patient og støtteperson ikke fandt helt anvendeligt i situationen. Personalet medvirkede til, at patient og støtteperson kunne håndtere de uforudsete ting, der måtte opstå, ved at tilbyde sparring i tiden efter udskrivelsen. Et behov for kontakt til personalet efter udskrivelse ses hos Irma, der som standardpatient

ikke blev tilbudt hjemmebesøg og videokonsultationer. "Altså mange af de ting fra de første to dage på hospitalet kan jeg ikke huske. Det kan jeg ikke", fortalte hun, og da megen videnoverlevering fandt sted på hospitalet, var det overvældende at komme hjem.

Den direkte interaktion mellem patient og personale muliggjorde en individualisering af den formidlede viden, som det skete hos Karl. Koordinatoren fortalte, at hun foretog "...gangtræning med Karl ude i markerne, fordi han skulle ud til sin traktor. Hvad er det, der giver mening for [ham]?" Individualiseringen blev særligt mulig via hjemmebesøget, hvor hjemmets og patientens forhold var tydelige, og fordi, som et personale udtrykte det: "...det her med at komme på besøg i hjemmet, det er deres præmisser, og det er mere *oplagt*, at man tager hensyn til, hvem er du, hvad er det du skal i forhold til heroppe [på hospitalet], for der er det os, der sætter dagsordenen (...)" (Personale). Relationen mellem patient/støtteperson og personale faciliterede også en individualisering af information pga. den viden, personalet fik om patienten, støttepersonen samt de personlige og hjemlige forhold. Individualiseringen var vigtig for patienter og støttepersoners mulighed for at anvende den viden, de blev præsenteret for og gav en fornemmelse af ikke blot at være endnu en patient i en seng, men en individuel person.

7.2 Ændring af adfærd

Et af formålene med informationen og patientuddannelsen var at sikre, at patienter og støttepersoner handlede i overensstemmelse med klinisk praksis og reagerede på ændringer i helbredstilstanden. Et personale omtalte dette som en 'skoling' (jf. kap 5) og forklarede, hvordan skoling kom til udtryk i videosamtalerne, hvor patienten ofte af sig selv var omkring de emner, som personalet ønskede at tale om. Nogle patienter oplevede dog besvær med at leve op til forventningerne om en bestemt adfærd, som fx Irma: "Men så har jeg været ved at læse alle de der kosting,

du ved, hvor man skal spise mange proteiner. Det er nok noget af det, jeg næsten ikke kan have". Irma brød sig ikke om mange af de fødevarer, der var proteinholdige, og det var derfor svært for hende at indtage det, trods hendes viden om, at det var vigtigt. Dette gjaldt også en anden patient, der på grund af kvalme havde svært ved at gå de ture, hun var blevet opfordret til, og Kurt der fik komplikationer efter sin operation og derfor ikke kunne udskrives som planlagt. I disse eksempler var det således ikke mangel på *viden*, der gjorde, at der ikke blev handlet som foreskrevet. Patienterne havde viden om den rette adfærd, men adfærden gav ikke altid mening, og det var ikke altid, at den nødvendige kunnen var til stede fx pga. den fysiske tilstand. I korte forløb er det således essentielt fra hospitalets side både at uddanne patienter, men også at gøre det meningsfuldt for dem og rent faktisk at gøre dem i stand til at kunne det.

At overføre viden fra en kontekst til en anden kunne således være en udfordring. Transferværdien blev fra hospitalets side søgt styrket ved at vægte læringsaspektet i patient-behandler relationen, tilbyde forskellige informationskilder, inddrage støttepersonen, indgå i relation med patienten, og ved at forsætte uddannelsen efter udskrivelse. Alligevel vedblev det for nogle at være svært at kapere den nødvendige information, hvilket udfordrede hospitalet, forløbet og personalet.

”Jeg føler mig næsten privilegeret” - kapitlets hovedpointer

- > Teknologiens bidrag er delvist usynligt for personale, patient og støtteperson
- > Teknologien bidrager med tryghed og forbedret kommunikations- og informationsmuligheder
- > Personale, patienter og støttepersoner oplever en række problemer med funktionaliteten af teknologien, hvilket kan påvirke tillid til teknologi og forløb
- > Personalet holdning til teknologien smitter af på patient og støtteperson
- > Anvendelse af teknologien er relevant før og lige efter indlæggelse
- > Patienter, støttepersoner og personale oplever en række tekniske og organisatoriske problemstillinger

8. ”Jeg føler mig næsten privilegeret” -teknologiens rolle i døgnhøfteforløbet

Velfærdsteknologi er i de senere år blevet udråbt til at være svar på mange af de problemer, vi står over for i det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2009). I forlængelse af dette kommer ofte udtalelser om, at teknologi ikke kan erstatte personalets varme hænder (FOA 2010), hvilket også var tilfældet, da det blev besluttet at indføre et teknologistøttet døgnhøfteforløb. Frygten blandt personalet var, at man ved at udskrive patienten tidligt mistede muligheden for en tæt relation til patienten, da den ikke kunne opnås via teknologien. Efterhånden som forløbet blev en realitet, ændredes denne holdning især hos de direkte involverede personaler, der fik øjnene op for, at teknologien kunne være medvirkende til at kvalificere deres informationsoverlevering og deres kontakt til patienten. Citatet i kapitlets titel stammer fra en patient. Hun og hendes mand oplevede en række problemstillinger med installation og brug af teknologien, men hun oplevede alligevel, at det, teknologien bidrog med, opvejede besværlighederne og påvirkede hendes forløb i positiv retning. Dette kapitel beskriver fordele og ulemper ved teknologien samt dens rolle i døgnhøfteforløbet.

8.1 Teknologiens bidrag i døgnhøfteforløbet

Mange både personaler og patienter/støttepersoner ville direkte adspurgt sige, at teknologien ikke var et vigtigt element i døgnhøfteforløbet. Omvendt viste observationer, at der i praksis refereredes til teknologiens og videosamtalers indhold, og at dette blev forsøgt integreret i handlinger.

Tryghed: Teknologien skabte først og fremmest tryghed ved at tilbyde *muligheder* for information og kontakt ved behov, og gennem den faktiske

brug. Bevidstheden om muligheder havde særlig betydning før operationen, men også når udskrivelsen nærmede sig og i de første dage efter hjemkomst. Et personale opsummerede teknologiens tryghedsskabende funktion ved de tidlige udskrivelser: "Jamen der er jo noget backup på, vi sender dem jo ikke bare ud i ingenting". Teknologiens tryghedsskabende funktion kan sammenlignes med den måde mange patienter og støttepersoner brugte mobiltelefoner på særligt i tiden efter udskrivelse. Karl, fx, forklarede, at han altid havde mobiltelefonen med på sine gåture i forbindelse med genoptræningen, og at både han selv og hans kone derved opnåede tryghed. Det er vigtigt at bemærke, at teknologiens tryghedsskabende funktion kunne kompromitteres, hvis teknologien ikke virkede, da patient og pårørende dermed mistede tilliden til, at teknologien kunne støtte dem ved behov.

Kommunikation, information og uddannelse: Formålet med teknologien var at facilitere direkte og indirekte kontakt mellem hjem og hospital. Teknologien kvalificerede kommunikationen i døgnhøfteforløbet sammenlignet med standardforløbet ved at tilbyde flere kommunikationsmuligheder, det visuelle og planlagte samtaler. Teknologien muliggjorde også en kvalificeret involvering af familiemedlemmer og venner. Åses mand var fx glad for at kunne se træningsvideoer og derigennem støtte sin hustru i genoptræningen. Også tilgængeligheden af røntgenbillederne, der ikke havde nogen betydning for det fysiske resultat, men som havde stor interesse blandt patienter og støttepersoner, medførte øget viden og faciliterede samtaler mellem patient, familie og venner. Som nævnt styrkedes informationsgivningen også af, at teknologien tilførte lyd og billede, af adgangen til informationen i hjemmet samt muligheden for gentagelser. Medicin-komponenten blev dog ikke anset som værdifuld, da den ikke dækkede al den medicin, patienten fik, og patienten anvendte i stedet det skriftlige materiale. Pjecerne blev ligeledes foretrukket frem for det skriftlige materiale på systemet, da det var lettere at tage pjecen end at starte systemet, og da det at læse blev anset lettere i papirform end på en skærm.

8.2 Anvendelse og relaterede problemstillinger

Undersøgelsen viste, at personalets engagement i og tro på teknologien spillede en stor rolle for patientens og støttepersonens tilgang til teknologien. Dette forudsatte, at teknologien kunne integreres i øvrig arbejdspraksis, og at personalet havde en grundlæggende viden om, hvad teknologien kunne bidrage med, og hvordan den skulle anvendes. For det faste personale i forløbet var dette et mindre problem, end det var for personale, der kun perifert var tilknyttet forløbet. Fx havde et personale ikke stor tiltro til teknologiens formåen, og opgaven med fx at afholde videosamtale blev mere noget der *skulle* gøres, end noget der blev gjort, fordi det blev anset som vigtigt for forløbet og patienten. Også patientens og støttepersonens kendskab til teknologi spillede en rolle. Hanne, fx, var vant til at anvende computere i sit arbejdsliv og anså teknologien som simpel. For hende og for andre af patienterne kunne en internetbaseret løsning være relevant, da de i forvejen havde bærbare computere. Jette og Lilly opfattede derimod teknologien som rigeligt kompleks. Flere patienter efterlyste

- > Særligt tre ugers kontroller var videnstunge. Gøre den individuelle viden, der blev givet, tilgængelig i hjemmet via teknologien
- > Update fra lægen som opfølgning på operationen, fx på skrift eller som videoklip
- > Videooptagelser af egen gang før operation til sammenligning med gangfunktionen efter
- > Feedback på at en øvelse udføres korrekt
- > Samtaler med andre patienter
- > Kommunikere skriftligt med koordinator, og derved få svar på ikke-akutte spørgsmål, når det passede ind i koordinatorens arbejdsdag
- > Videofilm om brug af hjælpemidler er tilpasset det ben, man er opereret i
- > Animationsfilm om anæstesi, da mange patienter er nervøse for dette
- > Opdateret medicinindhold samt ned- og udtrappingsplan

Figur 9: Forslag til funktioner og indhold

mere at bruge teknologien til. De oplevede, at det særligt var lige før og lige efter operationen, at teknologien havde sin berettigelse, da den ikke indeholdt informationsmateriale, der var relevant senere i forløbet. I figur 9 angives forslag til funktioner og indhold, som opstod i undersøgelsen.

8.2.1 Design og integration i hjemmet

'HealthGateWay'en/teknologien var pakket ind i en trækasse med det formål ikke at signalere sygdom. Ifølge patienter og støttepersoner signalerede kassen ikke sygdom, men da det var relativt kort tid, den var i hjemmet, opfattede de den, som hospitalets ejendom og ikke som en del af hjemmets møblering. Kassen kan sammenlignes med de øvrige hjælpemidler, der udleveredes: De blev accepteret, fordi de gjorde gavn, men de ansås som noget midlertidigt, man gerne ville af med igen. Dette betød også, at deres udseende spillede en mindre rolle, om end det ikke gjaldt alle patienter (jf. kap. 9). Træindpakningen vakte undren hos flere patienter og pårørende, og flere foreslog, at den skulle ligne hjemmets øvrige elektronik om fx dvd-afspilleren, nu den blev sat til TV'et. Boksen var, hos de deltagende patienter i det etnografiske studie, placeret i stuen, i soveværelset og på et hjemmekontor. Flere kommenterede på et uhensigtsmæssigt behov for at kravle på gulvet for at installere systemet, fx for at sætte det i TV'ets scartstik.



Tv. er teknologien placeret i en reol i soveværelset, mens den th. er placeret i stuen.



8.3 Organisatoriske problemstillinger

Indførelse af teknologi fører ofte organisatoriske problemstillinger med sig i form af fx ændret arbejdsrutine (jf. Oudshoorn 2009). Dette var ikke en stor udfordring i døgnhøfteforløbet, da forløbet blev udviklet med teknologiens muligheder in mente. Der var dog en række andre udfordringer, der angives nedenfor.

Installation: I nogle tilfælde oplevede patienter, pårørende og personale, at problemer med installation af internetforbindelsen havde indflydelse på muligheder for og lyst til brug af systemet. For flere patienter og pårørende var det ligeledes en udfordring at installere systemet til fjernsynet på egen hånd, hvilket i nogle tilfælde havde samme konsekvenser.

Support: Adgang til support var vigtigt for både patient/støtteperson og personale. Dette fungerede i projektet, men en mere holdbar løsning skal udvikles.

Opdatering af indhold: Det var vigtigt, at indhold kunne opdateres løbende; enten fordi nyt kom til eller gammelt skulle ændres; fx tilføjelse af et nyt medicinpræparat under 'Din medicin'. Dette var der ikke en procedure for. Proceduren med oplægning af røntgenbilleder foregik manuelt og var tidskrævende og skete i flere tilfælde slet ikke.

Afvigelse af plan: Afvigelser fra det planlagte forløb fik betydning for anvendelsen af teknologien. Videosamtaler lå på faste datoer - og ikke dage - i det enkelte forløb. Var patienten indlagt den dato, blev videosamtalen ikke flyttet til efter udskrivelsen. Det anbefales, at videosamtaler altid tilbydes dagen efter udskrivelsen uanset dato, da behovet for den vurderes lige så stor som ved planlagt udskrivelse.

Aflevering/afhentning af teknologi: Der var ikke klare procedurer for aflevering eller afhentning af teknologien. Hvor, hvem og hvornår herskede der blandt patienter og støttepersoner usikkerhed om.

8.4 Tekniske problemstillinger

Den teknologi, der anvendtes i døgnhøfteforløbet, var en prototype. På forhånd var der derfor defineret forbedringer til næste version – fx i forhold til den anvendte fjernbetjening, der var en ikke tilpasset udgave, og i forhold til videosamtale, der anvendte Skype, som vanskeligt lod sig tilpasse. I det følgende angives de tekniske problemstillinger, der havde betydning for brugernes anvendelse.

Kamera: Kameraet, der anvendtes til videosamtaler, skal let kunne flyttes/justeres, når såret skal vises, ligesom det kan være en fordel at kunne zoome ind. I de fleste tilfælde navigerede støttepersonen kameraet. Der var eksempler på, at dårlig lyssætning påvirkede kvaliteten negativt.

Billed- og lyd kvalitet: Der var mange eksempler på problemer med lyd og billede i videosamtaler. Fx hvor personalet kunne høre patienten, men ikke omvendt, eller den ene part ikke kunne se den anden. Der var enkelte problemer med forvrænget lyd. Desuden var der behov for at kunne forstørre billedet af modparten i videosamtalen.

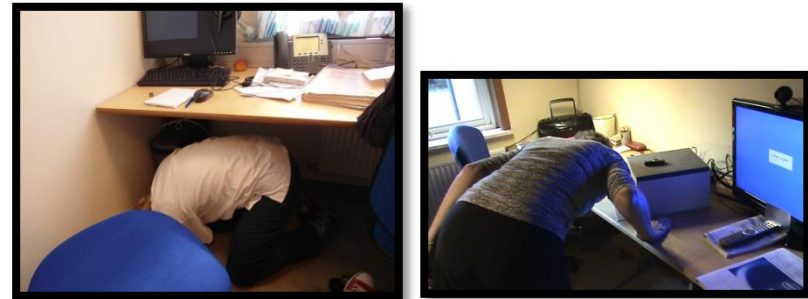
Systemet 'fryser': Flere patienter oplevede, at systemet 'frøs' og skulle genstartes.

Logge på/tænde: Patienter og støttepersoner klagede over systemets langsomme opstart. Dette sås som spildtid og kunne betyde, at man ikke gad logge på, men i stedet kiggede i en pjece for svar på et givent problem. Desuden var processen med at tænde/slukke i den nuværende udgave kompliceret. Der blev oplevet problemer med at få lov til at logge på. Systemet skal virke hver gang, var både personale og patienter/støttepersoner enige om, for at systemet var anvendeligt og kunne anses som troværdigt.

Installation: Der har været problemer med scartstik, der ikke due, og med at finde programmet for visning af systemet på TV'et. I tilfælde, hvor

patienter havde internet i forvejen, blev der oplevet problemer med at skifte tilbage til eget net ved tilbagelevering af systemet.

Fejlfinding: Personalet oplevede det vanskeligt at rette en opstået fejl, og måtte derfor inddrage eksterne eksperter i projektteamet.



Eksempler på udfordringer ved brug af teknologien. Tv. er det et personale, der, fordi der er tale om en prototype, manuelt skal uploade røntgenbilleder via en USBnøgle. Th. er en patient i tvivl om, om systemet starter korrekt.

”Jeg glemmer det, når det går for godt” - kapitlets hovedpointer

- > Restriktioner fylder meget for både patient og støtteperson i tiden efter operationen og udskrivelsen
- > Overholdelse af restriktioner reducerer angst
- > At overholde restriktioner er svær
- > Hjælpemidler anvendes, hvis brugen af dem giver mening
- > Hjælpemidler øger tryghedsfølelsen i hjemmet
- > Hjælpemidler og anvendelsen af dem tilpasses hverdagens vilkår og forhandles mellem patient og personale/støtteperson og patient og hjælpemiddel
- > At stoppe med at bruge hjælpemidler samt ikke at skulle overholde restriktioner anses som milepæle

9. ”Jeg glemmer det, når det går for godt” - restriktioner og hjælpemidler

Patienter i både døgnhofte- og standardforløbene blev tilbudt en række hjælpemidler for at gøre hverdagen lettere og overholde restriktionerne. Hjælpemidler skulle afhentes på eget hjemsygehus, efter at patienten og støttepersonen i samarbejde med en ergoterapeut ved informationsmødet havde fundet frem til, hvad der var brug for. Der blev undervist i og informeret om brug af hjælpemidler og restriktioner på informationsmødet, i pjecer, under indlæggelse, i forbindelse med hjemmebesøg og videosamtaler, og via videofilm tilgængelig på den udleverede teknologi. I det følgende behandles først restriktioner/regimet og dernæst anvendelse af hjælpemidler, og analysen gælder for både døgnhofte- og standardpatienter.

9.1 Restriktioner i dagligdagen

Patienter og støttepersoner havde generelt god viden om og fokus på de gældende restriktioner⁵, hvilket bl.a. skyldtes, at en potentiel og skræmmende konsekvens ved ikke at overholde restriktioner var, at hoften gik af led. For nogle betød det, at de allerede før operationen opøvede nye vaner, fx ikke at række frem efter smørret på bordet. Allerede før operationen havde Finn besluttet, at ”...jeg gør det, de siger. Færdigt arbejde. Altså hvis noget går galt, så skal et ikke være min egen skyld”. Restriktionerne fyldte meget, indtil de blev kropsliggjorte og ikke krævede bevidst tænkning. Men ”...det er saftsuseme svært” at opnå dette, som Irma sagde. Hun manglede ikke vilje, men det var svært at huske på dem, i en dagligdag,

⁵ Restriktionerne skal overholdes i seks uger efter operationen. Patienten må ikke krydse benene eller lægge dem over kors, dreje benet/foden indad, ikke bøje mere end 90 grader i hoften og ikke køre bil.

hvor hun så småt vendte tilbage til daglige gøremål som fx at samle garnnøglen op fra gulvet. Dette gjaldt også Anna, der udtalte titlens citat, og som af og til ved et uheld kom ud i ikke-tilladte stillinger. Nogle patienter reagerede på sådanne uheld med øget frygt, andre reagerede ved at konstatere, at de måtte passe bedre på næste gang, og for nogle blev angsten reduceret, fordi de erfarede, at hoften kunne holde til mere end forventet.

Både personale og støttepersoner hjalp patienten til at overholde regimet om end, der blev observeret eksempler på personale, der ikke var vant til at arbejde med hoftepatienter, og som derfor ikke lagde samme vægt på restriktionerne. Den teoretiske viden fra informationsmødet og pjecer blev ved hjælp af personalet omsat til praksis under indlæggelsen og i forbindelse med hjemmebesøg. Irmas mand forklarede, hvordan han via informationsmødet lærte om restriktionerne "...og der har jeg så råbt et par gange efter hende", når hun var vej ud i ikke-tilladte stillinger. Støttepersonerne hjælper også patienten til at overholde restriktionerne ved fx at samle den tabte sæbe op i brusebadet og dermed hjælpe patienten til at undgå de forbudte bevægelser. Personalet anerkendte støttepersonernes rolle og oplevede, at det var vigtigt, at de deltog i informationsmødet og i undervisningen på sengestuen så de "...ved hvad det er, og hvordan teknikker skal bruges".

Med tiden blev restriktionerne kropsliggjorte handlinger, patienterne fik større tiltro til hoftens holdbarhed, og efterhånden som patienten blev mere mobil og havde færre smerter, blev han eller hun ikke mindet om restriktionerne på samme måde som tidligere i forløbet. Patienterne glædede sig til de seks uger var gået, og de måtte lægge restriktionerne på hylden. Flere havde datoen noteret i kalenderen og stolede på, at deres hofte efter den dato var blevet stærk, mens enkelte andre havde sværere ved at lægge restriktionerne på hylden.

9.2 Hjælpemidler

Mange patienter øvede sig i at anvende hjælpemidlerne⁶ før operationen, og andre begyndte endda at anvende dem aktivt, fordi de fx reducerede deres smerter. Personalet oplevede, at dette bidrog til patienternes mentale forberedelse. De fleste patienter og støttepersoner værdsatte at hjælpemidlerne var installeret i deres hjem før operationen. Dette gjaldt dog ikke Jette, der fortalte: "Jeg sagde til mine børn 'I klodser *ikke* op eller stiller noget op, før jeg er ude af døren". For Jette signalerede hjælpemidlerne den forestående operation samtidig med, at de var i modstrid med hendes opfattelse af hjemlighed og æstetik. Også Irma var påvirket af hjælpemidlernes symbolværdi, og for hende drejede det sig om, at de signalerede sygdom og svaghed. Irma forsøgte derfor at begrænse antallet af hjælpemidlerne i huset, særligt i de såkaldt offentlige rum, hvor gæster kunne forventes at opholde sig. Det betød, at hun i stuen sad i en almindelig stol, som var polstret med puder og tæpper, i stedet for at anvende klodser under stolens ben. Modsat var der klodser under sengen soveværelset, som hun dog betegnede "et lazaret". Den begrænsede periode hjælpemidlerne skulle anvendes, gjorde det lettere for mange at acceptere dem trods symbolværdi og æstetik.

At være i stand til at bruge hjælpemidlerne korrekt var et af kriterierne for udskrivelse. Trods dette var der en tilvænningsperiode i hjemmet, hvor hjælpemidlerne til tider var mere til besvær end gavn. Derudover var der en kreativ brug af andre genstande til at gøre hverdagen lettere som nyopereret. Åse lavede et snor-system, som gjorde hende i stand til selv at

⁶ De udleverede hjemmehjælper omfattede: Toiletforhøjer, badebænk, forhøjere til stole og senge, stokke, strømpepåtagere, skohorn, skråpude og gribetang. Efter behov kunne andre hjælpemidler udleveres. Elastik til træning, pude mellem knæ, motionscykel, elastiksnørebånd, mobiltelefon, pose til bilsæde, kiler ved benlængdeforskel, teknologien, etc. blev ligeledes opfattet som hjælpemidler.

lyne støvlerne, Hannes mand lavede en stepbænk til træning, og Ingrid transporterede alt i en lille rygsæk. Hun forklarede: "...det lyder simpelt, når jeg siger det, men det er det ikke, før du finder ud af det". Irma fandt ud af, at hun faktisk havde behov for en toiletstol, da hun pga. sin langsomme og usikre gang efter operationen samt øgede behov for toiletbesøg havde besvær med at nå ud på toilettet, der lå i den ene ende af huset.



Eksempler på anvendelse af hjælpemidler i hjemmet.

Generelt var patienterne motiverede til at bruge hjælpemidler, bl.a. fordi de ønskede at leve op til personalets/forløbets krav, oplevede et behov for og/eller ønske om selvstændighed, ville undgå ansvar ved komplikationer, ville lette hverdagen og handlinger, var utrygge, blev opfordret til brug af personale og støtteperson, og var drevet af et mål om et godt resultat af operation. Flere af de deltagende patienter boede alene, og her var behovet for selvstændighed en meget stærk motivationsfaktor; fx kan Anna ved hjælp af hjælpemidlerne selv vaske sit tøj. Gav anvendelsen af hjælpemidlerne mening for den enkelte i dagligdagen, blev de brugt. Ligesom med restriktionerne, så så patienter og støttepersoner dog frem til, at patienten kunne stoppe med at bruge hjælpemidlerne. For nogle handlede det om at blive fri for dem både mentalt og fysisk, for andre repræsenterede det ikke

at bruge hjælpemidler en milepæl. Beslutningen om at stoppe før de seks uger foregik i forhandlinger mellem patient og hjælpemidlet (det støttede ikke), mellem patient og støttepersoner og mellem personale og patient. Derudover inspireredes patienter af at se andre patienter til fx kontrollerne. Lilly begyndte at eksperimentere med at gå med én stok derhjemme, da dem, hun var blevet opereret på samme tid med, og som hun havde mødt til kontrollen, kunne nøjes med det. Denne eksperimenteren eller prøven sig frem var typisk for mange patienter, også for Jette: "Neej hvor var jeg tosset også på [puden]. Så når jeg ville vende mig om, så ville den ikke med, som jeg ville (...) så tænkte jeg det gjorde jeg her for et par dage siden. Du prøver altså at tage den væk, jeg lægger den bare lige her ved siden af, hvis nu du skulle få brug for den og op at hente den. Og det gik sådan set meget godt".



To eksempler på hjem, hvor en nyopereret hoftepatient bor. Tv. ønsker patienten at undgå hjælpemidlernes symbolværdi ved at anvende puder og tæpper til stolen frem for klodser, som det er tilfældet på billedet th.

”Man kan ikke bare køre solo”

- kapitlets hovedpointer

- > Den begrænsede tid, patienten er indlagt, stiller krav om tværfagligt samarbejde
- > En begrænset gruppe personaler er i direkte kontakt med patienten, hvilket bidrager til at muliggøre tidlig udskrivelse
- > Organisering af arbejdet begrænser afbrydelser og øger effektiviteten
- > Personalets commitment er vigtigt for at opnå de tidlige udskrivelser også hos de mindre stærke patienter
- > Inddragelse af tværfagligt personale i udvikling af forløb skaber et bedre forløb og en bedre modtagelse af forløbet blandt personaler, afsnit og afdelinger
- > At opleve at blive hørt i en udviklingsproces kan medføre en innovativ tankegang i øvrigt arbejde

10. ”Man kan ikke bare køre solo” - at være personale i korte forløb

Dette kapitel har fokus på personalet i døgnhofteforløbet. Den begrænsede tid, patienten var indlagt, medførte en anden organisering af arbejdet end i de almindelige standardforløb. Analysen viste, at denne organisering var essentiel for at opnå den tidlige udskrivelse – og det ikke blot hos de ’stærkeste’ patienter. Døgnhofteforløbet var karakteriseret ved en planlægning af arbejdet i mindre intervaller, et tæt samarbejde på tværs af faggrænser, og et tæt og førstehånds samarbejde med patient og støtteperson. Dette kapitel handler om organiseringen af arbejdet, om døgnhofteforløbet som del af en organisation og om personalets involvering i forløbets udvikling. Kapitlet har fokus på døgnhofteforløbet med perspektivering til standardforløbet.

10.1 Planlægning og samarbejde

I døgnhofteforløbet skulle patienten dagen efter operationen se en sygeplejerske, en læge, en bioanalytiker, en ergoterapeut, en fysioterapeut og til røntgen. Arbejdet var organiseret således, at én sygeplejerske, én fysioterapeut/koordinator samarbejdede om patienten og udgjorde de primære personaler tilknyttet den enkelte patient. Lægen og bioanalytikeren kom på sengestuen, når det passede i deres programmer, mens sygeplejersken, ergoterapeuten og fysioterapeuten havde en overordnet plan for, på hvilke tidspunkter de så patienten med mulighed for on-the-spot ændringer. De tre personalers arbejdsopgaver hos patienten påvirkedes af, hvorvidt de andre allerede havde set patienten, og som kapitlets titelcitater siger, var det ikke muligt at køre solo. Fx var fysioterapeuten afhængig af, at sygeplejersken havde iværksat smertebehandlingen, og blev der trænet

for hårdt, kunne det betyde, at energien var brugt til instruktion i hjælpemidler, hvilket var et problem pga. den korte indlæggelsestid. Det enkelte personale var nødt til at tænke sit arbejde ind i en helhed for at sikre bedst mulig udnyttelse af den begrænsede tid. Dette samarbejde mellem personaler med forskellige fagligheder kan beskrives ud fra en gensidig afhængig samarbejdsmodel (jf. Løvschall et al 2009), hvor et fælles mål netop kun kan opnås, hvis alle delopgaver er foretaget. Dette forudsætter, skriver Løvschall et al, at personalet har et indgående kendskab til hinanden, er villige til at bryde faggrænser, har en fælles tilgang til opgaverne og er fysisk tæt på hinanden.

Den overordnede plan for, hvilket personale, der så patienten hvornår, mindskede antallet af gange personalet gik forgæves til den enkelte patient, reducerede afbrydelser i deres arbejde og øgede patientens oplevelse af interaktionen med personalet. Afbrydelser forekom dog stadig, når patienten skulle i røntgen, lægen og bioanalytikeren kom, og patientens tilstand krævede afslapning eller ændring i planen. Fik patienten fx kvalme, måtte træning udskydes og dette formidlet til det øvrige personale, således at det ikke var patienten, der måtte informere det andet personale ved dets ankomst. Overleveringen af patientens tilstand og kunnen blev styrket af det begrænsede antal personaler, der var involveret i behandlingen af den enkelte patient. Samtidig var de forskellige personalers behandling og tilgang til patienten fokuseret på at muliggøre en tidlig udskrivelse og tog udgangspunkt i den enkelte patients specifikke situation. Et personale forklarede det således, "....det er det, vi har arbejdet på, at vi ved, de gerne skal hjem. Det er ligesom det, vi har som mål, og vi er gode til at snakke sammen, meget mere".

Fokusset på udskrivelse gennemsyrede som nævnt personalets interaktion med patienten. Et personale forklarede, "....man skal være lidt på forkant. Jeg tror, at man normalt handler måske mere, når problemerne, de er der". Ved at være på forkant fx i forhold til iværksættelse af en kvalmestillende behandling så var der større chance for, at patientens bedring ikke blev forsinket, ligesom patienten fik en bedre oplevelse. Det involverede

personale havde et godt kendskab til hinandens rutiner og kompetencer, og det enkelte personale kommunikerede til patienten, hvad der næste personale skulle ske, således at patienten var forberedt på, hvem det næste personale, der kom, var. Dette, oplevede personalet, gjorde patienterne bedre i stand til at håndtere de mange ting, de skulle igennem. Det indgående kendskab til hinandens rutiner og kompetencer betød i praksis, at det, der blandt øvrigt og ikke involveret personale kunne opfattes som opgaveglidning, ikke oplevedes som en trussel, men som et samarbejde, der øgede kvaliteten af udførelsen af opgaverne.

Som nævnt havde personalet et tæt samarbejde med patient og støtteperson. Dette muliggjorde, at der blev bygget oven på en handling frem for at begynde forfra til stor irritation for patienten og begrænsende for den tidlige udskrivelse. Dette var ligeledes med til at skabe den tætte relation, som tidligere beskrevet. Mens der ofte er fokus på patienters behov for kontinuitet i det personale, de ser, så viste analysen, at det også var vigtigt for personalet; både i forhold til deres arbejde med den enkelte patient og for at have en meningsfuld arbejdsdag: "....det er med til at gøre at, til at sætte kolorit på vores arbejde også" (personale).

10.2 Personalets commitment

Som nævnt ovenfor, kunne et kort, ikke-teknologistøttet forløb have indflydelse på personalers mulighed for læring af erfaring og forårsage usikkerhed, hvilket kunne påvirke personalets commitment i deres arbejde. I rapporten er 'det faste personale' nævnt flere gange. De udviste et engagement, der havde stor indflydelse på særligt implementeringen af forløbet, men også på de enkelte patientforløb. Undersøgelsens resultater er således opstået i et miljø med et personale, der udviste vilje til at få forløbet til at lykkes. Engagementet blev udvist ved at være tilpasningsparat, have et stærkt patient- frem for organisatorisk fokus, lyst til tværfaglighed, individualiseret tilgang i et system, konstant kritisk evaluering af

egen og andres indsats, innovativ tænkning og mod til at gå imod strømmen. Det faste personale diskuterede og implementerede løbende andre måder at gøre tingene på, udsprunget af deres erfaringer, med det formål at gøre forløbet endnu bedre. Det faste personale var drevet af et internt commitment (Dinesen og de Wit 2010) i deres arbejde i og med forløbet – de udviklede deres praksis, fordi de ville gøre deres job så godt som muligt. Dette interne commitment var vigtig i afviklingen af de individuelle forløb, da de var organisatorisk tidspresede. Dette interne commitment findes ikke hos alle personaler, der i stedet udfører deres arbejde ud fra andres kriterier og et ønske om at opfylde mål frem for refleksion over meningsfuldhed og dermed udvikling (ibid.). Personalets commitment var således påvirket af et ønske om at gøre deres job bedst muligt, ligesom også den tætte relation til patient og støtteperson påvirkede deres commitment. Det faste personales commitment udsprang desuden af deres involvering i udviklingen af forløbet, som gennemgås nedenfor. Det er dog vigtigt at slå fast, at personalets commitment kunne påvirkes negativt af fx organisatoriske ændringer inkl. besparelser og andre afdelingers tiltag.

10.3 Inddragelse af personale i udvikling af forløb

Døgnhofteforløbet blev udviklet med en medarbejder- og patient/pårørendeinddragende tilgang. Den primære udvikler var den kommende koordinator, der trak på tidligere forløb og viden hentet udenfor hospitalet (litteratur og erfaringer). Derudover blev der afholdt en række seancer, hvor medarbejdere med forskellig faglig baggrund blev inviteret til at give deres input til designet af det kommende forløb. Dette gav medarbejdere med bekymringer og gode forslag mulighed for at blive hørt og inddraget. Inddragelsen betød også, at de muligheder og besværligheder, der var og blev forventet kom frem i lyset og dermed bedre kunne håndteres. Medarbejdere, der er vant til at arbejde med hoftepatienter eller andre kirurgiske patienter, besidder fx en stor viden, der er relevant at få frem i lyset. Døgnhofteforløbet eksisterede desuden ikke adskilt fra resten

af hospitalet og påvirkedes dermed af, hvad der skete andre steder, ligesom introduceringen af forløbet også påvirkede andre afdelinger, opgaver, og organisering, hvilket stillede krav om samarbejde. Fx kunne døgnhofteforløbet ikke lade sig gøre, hvis røntgentider var bookede til akuttider eller ambulante forløb, og de indlagte fik en tid, når der var et hul. Ved at inddrage medarbejdere fra forskellige afdelinger kunne muligheder og besværligheder tages med i planlægningen. Endeligt spillede inddragelsen af medarbejderne i udviklingen af forløbet en rolle i at gøre personalet trygge i en forandringsituation, der ofte kan opleves som utryg. Ved at give medarbejderne indblik i tankerne undervejs i udviklingsforløbet og mulighed for at påvirke, blev der i højere grad taget hånd om denne utryghed og den umiddelbare modstand mod forløbet. Inddragelsen i udviklingen betød en bedre modtagelse af forløbet ved dets opstart, en større forståelse for de ændringer, det medførte i andre afdelinger, accept af de nye opgaver forløbet medførte, og påvirkede personalets commitment undervejs i forløbet. Et personale forklarede også at hendes inddragelse i udviklingen af forløbet havde givet hende et grundigt indblik i forløbets struktur og i tankerne bag, hvilket hun anvendte i sin interaktion med patienter og støttepersoner. Inddragelsen af medarbejderne kan også have påvirket det faste personales commitment og vilje til at videreudvikle og forbedre forløbet. Erfaringen - at det var muligt at påvirke og ændre ting - kunne øge lysten til at integrere en udviklende tilgang i deres arbejde.

11. Konklusion - kort er godt, men ikke nødvendigvis for alle

Den etnografiske undersøgelse af døgnhofteforløbet har vist, at der er en række potentialer i forløbet i forhold til patienter, støttepersoner og personalers oplevelse og deltagelse. Der er dog en række faktorer, der spiller ind på tilstedeværelsen af disse potentialer. Overordnet kan siges, at det i forløb, hvor patienten udskrives til eget hjem kort tid efter operation, er vigtigt at fokusere på, at sådanne udskrivelser både skal være *mulige* og *ønskelige* for patienter, pårørende og personaler, og at disse kan påvirkes i både negativ og positiv retning.

Nedenfor opsummeres de mange faktorer, der med deres tilstedeværelse og indflydelse på hinanden, kan have indflydelse på forløbets udfald.

Støttepersonen er vigtig i det korte forløb. Støttepersonen skal være aktivt deltagende, skal være til stede på hospitalet på udskrivelsesdagen, hvor megen undervisning foregår, patient og støtteperson skal have et godt indbyrdes forhold, og støttepersonen skal være villig til og i stand til at yde støtte. Også *angst og nervøsitet* har indflydelse på patientens mulighed for at få et godt forløb. *At være informeret og undervist* er en af grundstenene i døgnhofteforløbet. Informationen skal kunne omsættes til handling og give mening samt være tilgængelig, når behovet opstår. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at skoling kan betyde, at nogle patienter og pårørende udfordres i at leve op til kravene, og at det kan give bagslag i form af fx *for* aktive patienter, der ikke respekterer en sygemelding. En velfungerende *smertebehandling* uden bivirkninger er vigtig for, at patienten kan deltage aktivt i forløbet. Også *konkurrerende lidelser*, der ikke er velregulerede, kan påvirke patientens evne til deltagelse i en grad, så det får en negativ indvirkning på forløbet. Til konkurrerende lidelser hører diverse somatiske lidelser, men også misbrug, psykiske lidelser samt fx

syns- og hørehandicap. Patientens *mentale indstilling og væremåde* kan også have betydning for forløbet og den enkelte patients oplevelse af det. Er patienten grundlæggende positiv, har en evne til at se ud over 'her og nu' situationen, og kan lægge tidligere sygehuserfaringer bag sig, så kan det give tro på, at det, der er svært, bliver godt, hvilket giver tillid og motivation i forløbet. At patienten har *ro og overskud* i sit liv er også medvirkende til et positivt forløb. Er der et arbejde, der ikke respekterer en sygemelding, eller er der mange sociale aktiviteter, kan dette komplicere patientens mulighed for at deltage i forløbet. Ud over disse faktorer er det vigtigt at understrege, at *organiseringen* af forløbet, *personalets indstilling* til forløb og *relation* til patient/støtteperson også har stor indflydelse på, at en patient får et godt forløb.

Ud fra ovenstående ses, at det langt fra kun er de medicinske resultater af operationen og personalets konkrete arbejde, der påvirker patientens erfaringer i døgnhofteforløbet og dermed 'egnethed' til at indgå i det. I projektets levetid blev en eventuel screening af patienter da også et diskussionspunkt blandt det involverede personale. En screening som både ville være patienten/støttepersonen (oplevelse/resultat) og hospitalet til gavn (arbejdsforhold og -glæde/resultat/økonomi). Erfaringerne fra forløbet viste dog, at det var svært at stille nogle skarpe kriterier op for, hvem en egnet døgnhoftepatient var, men at det er vigtigt, at screeningskriterier ikke kun fokuserer på et eller få af de ovennævnte faktorer. Uddannelsesniveau, social klasse, alder og at bo/være alene er faktorer, der er kendte for at påvirke risiko for sygdom og resultat af behandling. Det etnografiske studie kan ikke konkludere på dette i døgnhofteforløbet.

Konklusionen er således, at kort er godt – men ikke for alle og ikke i alle typer af forløb/organisering. En række forhold, faktorer og omstændigheder skal være til stede for, at det er tilfældet. Udviklingen af døgnhofteforløbet er et eksempel på en innovation, der umiddelbart vanskeligt lader sig overføre til fx andre afsnit, afdelinger, hospitaler og behandlingsområder. Implementeringen af et sådant forløb kræver bl.a. ledelse- og personaleengagement og commitment, villighed til organisatoriske ændringer,

og respekt for forløbets forskellige komponenter. Konteksten er således en vigtig faktor for at kunne implementere erfaringer fra døgnhofteforløbet.

12. Litteratur

Aarhus, R. 2008. *Rapport over Feltstudie: Joint Care/Døgnhofte, Regions-hospitalet Silkeborg*. Aarhus Universitet, upubliceret. Downloadet d. 01.11.10 fra http://person.au.dk/fil/17594139/Rapport_over_hofte_feltstudie.pdf

Bernard, H.R. 1995. *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek: Sage.

Bourdieu, P. 1977. *Outline of a theory of practice*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.

Bruselius, E. 2000. Perioperativ sygepleje. I: *Klinisk sygepleje 1, 2, 3 – praksis og udvikling*. Ramhøj, Egerod & Taleham (red.): 440-457. København: Akademisk forlag.

Danske Patienter. 2008. *Inddragelse af patienterne – hvorfor og hvordan?* København: Danske Patienter.

Dinesen, B. et al. 2008. Under surveillance, yet looked after: Telehomecare as viewed by patients and their spouses/partners. *European journal of cardiovascular nursing*.

Dinesen, M. & C. de Wit. 2010. *Innovativ evaluering*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

Dreyfuss, H.L. & S.E. Dreyfuss. 2000 (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: FreePress.

FOA. 2010. Nej tak til kolde maskiner i stedet for varme hænder. Pressemeddelelse downloadet 01.12.10 fra: <http://www.denoffentligesektor.dk/pressemeddelelser/foa-nej-tak-til-kolde-maskiner-i-stedet-varme-h%C3%A6nder>.

Gitlin, L. et al. 1995. Understanding the family perspective: an ethnographic framework. *The American Journal of Occupational Therapy* 49 (8): 802-9.

Greco, M. 2009. Thinking beyond Polemics: Approaching the Health Society through Foucault. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*. Vol. 34 (2): 13-27.

Greenbaum, J. & M. Kyng. 1991. *Design at work. Cooperative design of computer systems*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Honoré, K. 2010. At være pårørende. Kap. 8 i: *Patientologi. At være patient*. A. Graubæk (red.): 167-189. Gads forlag.

Janzen, J. 1987. Therapy management: Concept, Reality, Process. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 1 (1): 68-84.

Jensen, S. et al. 1987. 'Hvad er meningen med kræft?' *En antropologisk undersøgelse blandt danske patienter og behandlere*. København: Kræftens bekæmpelse.

Kaufman D.R. et al. 2003. Usability in the real world: assessing medical information technologies in patients' homes. *Journal of Biomedical Informatics*. 36(1/2):45-60.

Kehlet, H. 2001. Accelererede operationsforløb – en faglig og administrativ udfordring. *Ugeskrift for læger*. Vol. 163 (4):420-4.

Kleinman, A. 1980. *Patient and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Løvschall, C. et al. 2009. *Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.

Martin, H. 2010. *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Mitchell, M. 2003, Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 12 (6): 806-815.

Oudshoorn, N. 2009. Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 31, 3: 390-405.

Oudshoorn, N. & T. Pinch. 2003. *How users matter. The co-construction of users and technology*. Massachusetts: MIT Press.

Pope, C. & N. Mays (eds.). 1996. *Qualitative research in healthcare*. Oxford: Blackwell Publishing, BMJbooks.

Region Midtjylland. 2009. *Sundhedsplan for Region Midtjylland*. Regionshuset Viborg. Downloadet d. 01.11.10 fra:
<http://www.regionmidtjylland.dk/sundhed/fremtidens+sundhedsv%c3%a6sen/sundhedspanen?>

Rolfson, O. et al. 2010. Variables determining outcome in total hip replacement surgery. *Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 92b, suppl. II, 310.

Schutz, A. & T. Luckman. 1974. *The structures of the life-world*. London: Heinemann.

Senge, P. et al. 2008. *Presense. Exploring profound change in people, organizations and society*. London: Nicholas Brealy Publishing.

Simovska, V. 2009. Participation og læring for sundhedsfremme: et socio-kulturelt perspektiv. I: *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis*. Carlsson, Simovska og Jensen (red.): 151-173. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Sjöling, M. et al. 2003. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counseling*. Vol. 51 (2): 169-176.

Sundhedsstyrelsen 2009. *Hvad med sundheden? Debathæfte om fremtidens sundhedsvæsen*. Sundhedsstyrelsen. Downloadet d. 01.11.10 fra
http://www.sst.dk/publ/publ2009/KOM/Hvad_med_sundheden_debathæfte2009.pdf

Unruh, K. & W. Pratt. 2008. The invisible work of being a patient and implications for health care. *Epic2008 Copenhagen*.