

Intervjuguide - hjemmebesøk

Prosjekt «Re-innleggelse KOLS»

Rød skrift er instruksjon til prosjektmedarbeider

Alle rute-punkter betyr ja/nei-svar (kryss av hvis ja) eller spørsmål med definerte kategorier

TEMA	OPPFØLGINGSSPØRSMÅL
Studie-ID	(Skal ha vært opplyst fra Ahus)
1. Bosituasjon	<input type="checkbox"/> Hjemme <input type="checkbox"/> Sykehjem
	Hvis hjemme: <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Med pårørende i samme boenhet
	Hvis sykehjem: <input type="checkbox"/> Korttidsopphold <input type="checkbox"/> Fast (Gå til spm 3)
2. Kommunale helsetjenester	Mottar du kommunale helsetjenester (pasientrapportert)? <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (antall pr uke: _____) <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp (antall pr uke: _____) <input type="checkbox"/> Fysioterapi (antall pr uke: _____) <input type="checkbox"/> Frisklivsentral (antall pr uke: _____) <input type="checkbox"/> Dagsenter (antall pr uke: _____) <input type="checkbox"/> Nei, mottar ingen slike tjenester, men ektefelle har <input type="checkbox"/> Nei, mottar ingen slike tjenester, men ønsker det <input type="checkbox"/> Nei, mottar ingen slike tjenester, og trenger det ikke
3. Medisiner	Hvilket system har du for å holde oversikt over dine daglige medisiner? <input type="checkbox"/> Ordner selv uten dosett <input type="checkbox"/> Ordner selv i dosett <input type="checkbox"/> Bistand fra pårørende <input type="checkbox"/> Bistand fra hjemmesykepleier <input type="checkbox"/> Dispenser
	<input type="checkbox"/> Startet du med nye medisiner på sykehuset? Hvis ja: - Hvilke(n)? _____ - Fikk du informasjon om <input type="checkbox"/> Hvorfor? <input type="checkbox"/> Hvordan?

	<input type="checkbox"/> Har du fått opplæring i inhalasjonsteknikk? Kan du (evt) vise meg hvordan du tar din inhalasjonsmedisin? (Fritekst)
4. Egenbehandlingsplan	<input type="checkbox"/> Har du en egenbehandlingsplan? Hvis ja, kan du finne den frem? Når fikk du den (er den datert)? _____ Hvem har laget den? _____ <input type="checkbox"/> Har du aktivt brukt den ved forverrelse? <input type="checkbox"/> Var du involvert i utarbeidelsen? Hvordan syns du den fungerer? (Fritekst)
5. Opplæring og bruk av behandlingshjelpemidler	<input type="checkbox"/> Har du BHM-utstyr? (Hvis nei: gå til spm 7) Hvis ja: <input type="checkbox"/> Forstøver <input type="checkbox"/> Oksygen <input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> Fikk du nytt utstyr ved forrige innleggelse? Hvis ja: Hvem ga opplæring? <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleier <input type="checkbox"/> Behandlingshjelpemidler <input type="checkbox"/> Sykepleier Ahus på hjemmebesøk <input type="checkbox"/> Opplæring på sykehuset <input type="checkbox"/> Ingen Var opplæringen tilstrekkelig? (Fritekst) Bruker du utstyret <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> 1-3 ganger/uke <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn 1 gang/uke <input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Er utstyret enkelt å bruke? Hvis nei: Hva er det som er vanskelig? (Fritekst)

	<p>Hvordan syns du utstyret fungerer for deg? (Fritekst)</p> <p>Er det noe du tenker burde vært annerledes? (Fritekst)</p>
<p>6. Brukervennlighet behandlingshjelpemidler</p>	<p>Hvor bestiller du forbruksmateriell? (Fritekst)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opplever du utstyret som stort/tungt? <input type="checkbox"/> Har det vært behov for reparasjon? <input type="checkbox"/> Kan hjemmesykepleien utstyret? <input type="checkbox"/> Kan din pårørende utstyret?
<p>7. Hjelpemidler (dosete, arbeidsstol ++)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Har du hjelpemidler i hjemmet? Hvis ja: Hvilke? (Fritekst) <input type="checkbox"/> Føler du at dette er viktige hjelpemidler i hverdagen? <input type="checkbox"/> Er det noe du mener mangler av hjelpemidler? Hvis ja: Hvilke? (Fritekst)
<p>8. Velferdsteknologi og helseteknologi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Har du utstyr utlevert fra kommunen? Hvis ja: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medisindispenser, <input type="checkbox"/> Elektronisk dørlås, <input type="checkbox"/> Fallalarm <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Komfyrvakt <input type="checkbox"/> Annet? (Fritekst)

	<input type="checkbox"/> Bruker du digital helseteknologi Hvis ja: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apper (Fritekst) <input type="checkbox"/> Måleapparater (eks. blodsukker, blodtrykk, SpO2 et.c.) (Fritekst) <input type="checkbox"/> Om du ikke har sånt utstyr, er dette noe du tror kunne hjelpe deg? <input type="checkbox"/> Bruker du smarttelefon? <input type="checkbox"/> Bruker du internett for tilgang til journal eller resepter? <input type="checkbox"/> Hvis du blir tilbudt, kunne du tenke deg å bruke oppfølging hjemme med hjelp av for eksempel nettbrett? (Fritekst)
9. Sosiale arenaer	Hvilke sosialt nettverk deltar du aktivt i (f.eks. familie, venner, naboer, organisasjoner, dagsenter, likemann LHL, annet). (Fritekst) Cirka hvor ofte deltar du i sosiale møteplasser utenfor hjemmet? (Antall pr uke)
10. Rehabilitering/ fysisk aktivitet	Hvilke "ikke-organisert" fysisk aktivitet utfører du vanligvis ildagen eller uken? (eks. gå tur, husvask, klippe gress ++). (Fritekst) <input type="checkbox"/> Deltar du på regelmessig på organisering trening Hvis ja: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Frisklivsentral <input type="checkbox"/> Treningssenter <input type="checkbox"/> LHL likemannsgrupper <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Annet Hvis nei: Hva er hovedårsaken til at du ikke er det? (Fritekst)

<p>11. Kommunikasjon og kompetanse i Helsevesenet</p>	<p>Hvordan opplever du tilgjengelighet til helsevesenet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <p>Hvordan opplever du tilliten til helsevesenet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <p><input type="checkbox"/> Har ansatte i helsevesenet tilstrekkelig kompetanse på din sykdom? Hvis nei: Kan du gi eksempel på hvor kompetanse mangler? (Fritekst)</p> <p><input type="checkbox"/> Opplever du at de ulike instansene snakket godt sammen om dine utfordringer når du trenger hjelp? Kan du gi noen eksempler? (Fritekst)</p>
<p>12. Utskrivelse</p>	<p><input type="checkbox"/> Opplevde du at utskrivelse kom overraskende/for tidlig? Hvis ja: Hvorfor? (Fritekst)</p> <p><input type="checkbox"/> Fikk du med deg utskrivelsespapirer?</p> <p><input type="checkbox"/> Fikk du utreisesamtale med lege?</p> <p><input type="checkbox"/> Har forløpet etter utskrivelse vært som planlagt? Hvis nei: Hvorfor? (Fritekst)</p> <p>Hvordan opplever du kommunikasjon mellom sykehuset og fastlege/kommunale tjenester i forbindelse med utskrivelse? (Fritekst)</p>
<p>13. Kjennskapen til egen sykdom?</p>	<p>Hva tenker du om informasjon du har om sykdommen din? (Fritekst)</p>
<p>14. Hva tror du kan hindre ny innleggelse?</p>	<p>(Fritekst)</p>

15. Er det noe vi har glemt å spørre deg om?	(Fritekst)
---	------------

For utfylling av prosjektmedarbeider uten spørsmål til pasienten:

Hvilke kommunale tjenester får pasienten i dag?	(Fritekst)
Har jeg tilbudt henvisning til kommunale tjenester etter dette besøket?	(Fritekst)
Har pasienten takket nei til henvisning til noen kommunale tjenester ved dette besøket?	(Fritekst)

Ved spørsmål om skjemaet kan undertegnede kontaktes.

Skjema samles opp og leveres ved avslutning av prosjektet til:

Gunnar Einvik

Lungeavdelingen

Akershus Universitetssykehus

Pb 1000

1470 Lørenskog

41 10 45 42