

Brugerperspektiver på 4-parts videomøder (V4M) med den multisyge patient

En evaluering med praktikere fra hospital, almen praksis og kommune samt hjemmet



*Brugerperspektiver på 4-parts videomøder (V4M) med den multisyge patient
– En evaluering med praktikere fra hospital, almen praksis og kommune samt hjemmet*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-481-6

Projekt: 302289

Finansiering: Novo Nordisk Fonden

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Sundhedsvæsenet er i transformation. Digitale løsninger er en del heraf. Andre vigtige forhold er flere ældre patienter med flere sygdomme og behov for udvidet koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter. Denne rapport evaluerer erfaringer med brug af videomøder mellem sygehus, egen læge, kommunal pleje og pårørende til inddragelse af den hospitalsindlagte patient med multisygdom og planlægning af den ældres videre forløb.

Rapporten giver et unikt indblik i, hvad der er på spil mellem de fire forskellige brugergrupper, og forslag til, hvorledes samarbejdet mellem parterne organisatorisk kan forbedres. Evalueringen udmærker sig metodisk ved at have en brugerinddragende og horisontal organisatorisk tilgang til, hvorledes parterne hospital, almen praksis, kommune og patientens pårørendes oplevelser af virtuel kommunikation og samarbejde kan bidrage til at identificere udviklingsveje i sundhedsvæsenet.

Rapporten er udarbejdet af lektor Helle Sofie Wentzer, Aalborg Universitet, og seniorforsker Signe Boe Rayce, VIVE. Helle Sofie Wentzer har forestået undersøgelsesdesignet, projektledelse og den kvalitative analyse. Signe Boe Rayce har bidraget til udvikling af spørgeskema og kvantitativ analyse. Studentervedhjælper Amalie Weiss Risbjerg har bidraget med litteraturstudie og survey-opsætning. Projektmedarbejder Katrine Hamborg har bidraget med litteratursøgning og transkribering af interviews. Rapporten har været i eksternt review. Vi takker reviewerne for gode og konstruktive kommentarer.

Evalueringen er finansieret af Novo Nordisk Fonden.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed og Ældre



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	14
1 Indledning	15
2 Metode	20
2.1 Fem principper for understøttelse af tværsektorielt samarbejde	21
2.2 Kvantitative og kvalitative brugerperspektiver på V4M	27
3 Evaluering af brugernes oplevelse af V4M	34
3.1 Tema 1: V4M's relevans for inddragelse af patienten og brugerne	35
3.2 Tema 2: Videomødets samspil med deltagernes ansvar, organisationer og kompetencer	44
3.3 Tema 3: Den tekniske og kommunikative kvalitet på videomødet	57
3.4 Tema 4: Videomødets betydning for patientens videre forløb	64
3.5 Tema 5: Interorganisatorisk kollegaskab? – sammenfattende overvejelser	69
4 Udvikling af parternes interorganisatoriske relationer	82
4.1 Pårørende	83
4.2 Kommune	86
4.3 Almen praksis	90
4.4 Sygehus	93
4.5 Sammenfatning af parternes interorganisationelle udvikling med V4M	98
5 Diskussion og konklusion	101
5.1 Brugernes oplevelse af redskabets relevans	103
5.2 Forslag til at styrke sammenhængskraften mellem de fire parter	106
5.3 Validitet og metodemæssige forbehold	108
Litteratur	110
Bilag 1 Søgeord litteratursøgning	114

Bilag 2 Flowchart for litteratursøgning	115
Bilag 3 Interviewguide til kvalitative interviews	116

Hovedresultater

Tværsektorielt samarbejde er en gammelkendt udfordring i sundhedsvæsenet. Problematikken er ikke blevet mindre, i takt med at antallet af ældre patienter, herunder ældre med multisygdom, stiger. Hertil kommer sundhedsvæsenets mangel på almen praksis læger, pressede sengeafsnit på sygehusene samt øgede plejeopgaver i kommunerne. Der er behov for organisatorisk nytænkning.

Denne rapport undersøger, hvorledes ny teknologi i form af videolink til virtuelle møder mellem patient og dennes tværsektorielle behandlere kan understøtte sundhedsaktørernes kommunikation og samarbejde om hospitalsindlagte patienter med behov for 'udvidet koordinering' i forbindelse med deres udskrivelse fra sygehuset til egen læge, kommunal pleje og pårørende, se blå boks.

V4M til ældre patienter i cirkulære forløb

Formålet med V4M er at inddrage patientens ønsker til sin udskrivelse og parternes forskellige vidensdomæner med henblik på at koordinere en samlet plan, skræddersyet til patienter i 'cirkulære forløb'. Cirkulære forløb refererer til, at det er en skrøbelig gruppe af ældre patienter, der er kendt af alle parter, og som har gentagne indlæggelser. En V4M-drejebog er udviklet i et innovationsprojekt til afholdelse af fælles koordineringsmøder via video (Wentzer & Høgsgaard, 2022). Drejebogen er afprøvet i et større studie med henblik på at evaluere gennemførligheden for implementering og spredning af V4M. Denne rapport er et bidrag til evalueringen med brugernes perspektiv.

Virtuelle 4-partsmøder (V4M) er afprøvet med 46 ældre patienter med multisygdom. De deltagende parter i mødet er hospitalet, egen læge, kommune og patient med pårørende. I undersøgelsen indgår patientperspektivet ikke direkte, men de sundhedsprofessionelles og pårørendes perspektiver på det virtuelle møde med patienten indgår.

Vi har gennem en spørgeskemaundersøgelse spurgt parterne, hvordan de som brugere af den virtuelle løsning oplevede mødet med patienten og samtalen med

hinanden. V4M-brugernes svar er evalueret på baggrund af fem temaer, der omhandler inddragelse, samspil med brugernes organisation, teknisk og kommunikativ kvalitet, betydning for patientens videre forløb og mødets bidrag til kollegaskab mellem parterne, også kaldet sammenhængskraft og interorganisatorisk resiliens. De fem temaer er udviklet i et forudgående innovationsprojekt af en tværfaglig og tværsektoriel aktionsforskningsgruppe, inklusive patient og pårørende repræsentanter, og valideret via et internationalt litteraturstudie. Signifikante forskelle mellem de fire brugergruppers oplevelser udfoldes med kvalitative data som input til udvikling af opmærksomhedspunkter for parternes virtuelle samarbejde. På baggrund af kvalitative interviews kommer brugerne også med forslag til, hvordan parternes interorganisatoriske samarbejde med hinanden kan understøttes fremadrettet. Forslagene er bidrag til organisatorisk læring i sundhedsvæsenet.

Brugernes oplevelse af V4M

Brugernes oplevelse af V4M, herunder muligheden for at høre patientens ønsker til sit forløb, selv at bidrage med sin viden og kendskab til patienten og høre de andre parter bidrage, er afgørende for at koordinere en samlet plan. Det er en plan, der både skal være sammenhængende med patientens forventninger til sit forløb og til understøttelse af de sundhedsprofessionelle og pårørendes fremadrettede samarbejde om patienten i overgangen mellem sygehuset og hverdagen i hjemmet med multisygdom. Inddragelse af patientens ønsker og parternes viden er derfor helt central for koordinering af en samlet plan. Patienten er ikke spurgt direkte i spørgeskemaundersøgelsen, men de fire deltagende parter: sygehus, pårørende, kommune og egen læge – er spurgt efter hvert af de 46 V4M, hvordan de oplevede de fem identificerede temaer med betydning for tværsektorielt samarbejde om ældre patienter med multisygdom. Parternes svar er som følgende:

■ Inddragelse

Et centralt fund er, at V4M muliggør inddragelse af patientens ønsker til sit forløb, også så det får indvirkning på planlægningen af patientens videre forløb. Pårørende ønsker sig dog mere inddragelse af patienten. Brugernes forbehold over for inddragelse med V4M er af døende patienter, patienter med nedsat hørelse samt pårørende med demens.

De fire parter oplever også at kunne bidrage med deres viden, så de sammen skaber en udvidet helhedsforståelse for patienten til koordination af en fælles plan. Kommunen oplever dog at bidrage mindre og få kortere taletid. Kommunale visitatorer er ikke relevante deltagere på V4M, hvis ikke de kan gå i dialog

om ydelser på mødet. Sygehusets deltagelse forudsætter erfaren speciallæge, der har gået stuegang med patienten.

Parterne oplever at få en større forståelse af hinanden, at det er meningsfyldt for dem at deltage, og at mødet er i overensstemmelse med deres ansvar for patienten. Særligt sygehuset, kommunen og pårørende oplever at få større forståelse for hinandens rolle i tværsektorielt samarbejde. Endvidere anbefaler 80,3 % af de sundhedsprofessionelle brugere at tilbyde V4M til patienter og kollegaer. Ligeledes anbefaler et stort flertal på 73,1 % af pårørende, at en ven deltager i et videomøde om en pårørende med kompleks multisygdom.

■ Samspil med brugernes organisationer

Et væsentligt analytisk fund er, at parternes virtuelle kommunikation bibringer en udvidet helhedsforståelse, hvor de mange faglige og familiemæssige perspektiver har mulighed for at komme i spil med hinanden til en fælles, koordineret plan.

Boks 1 Samtaleemner listet efter andel, der har angivet, at der blev talt om emnet, i procent. Emnerne er gengivet efter prioriteret hyppighed.

- Patientens indlæggelse, status på sygdomsproblemer og sygehistorie (90 %)*
- Udskrivelse, funktionsniveau og medicin i nævnte rækkefølge (68-79 %)
- Hjælp til hverdagen fra kommunen, behov for pleje** og for genoptræning (66 %)
- Bolig, hverdag og evne til at passe på sig selv (41-50 %)
- Modtagelse af kommunen ved udskrivelsen, hjælp til hverdag fra pårørende og ændringer i plejeplan (26-38 %)
- Andre emner, aftaler med speciallæge, diætist eller anden konsulent, fravalg af behandling, fx genoplivning eller anden behandling (6-17 %).

Anm.: N = 143.

Note: * Forekommer i tilknytning til alle 46 patienters V4M. ** forekommer i 91 % af samtalerne.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Deltagernes samtale på V4M indeholder mange emner, hvor det lægefaglige fylder mest, dernæst pleje, genoptræning og hjemkomst, men også flere andre emner, se Boks 1. Tonen er overvejende respektfuld og professionel, men der indgår også konflikt og uafklarede forventninger og ansvar. Pårørende forstår

ikke altid det hele. Emner som radikale ændringer i behandlingsniveau aftales bedst forud for V4M og ikke under selve V4M-samtalen.

De mange samtaleemner på V4M demonstrerer også kompleksiteten i at koordinere tværsektorielle forløb for svækkede ældre med multisygdom. Der er mange forhold, der skal tages højde for og integreres med hinanden for at kunne lave en samlet plan. Mange af samtaleemnerne formidles traditionelt skriftligt via forskellige kommunikationskanaler (udskrivelsesbrev fra sygehuset til egen læge med behandlingsplan og i plejeforløbsplan og genoptræningsplan til kommunen). Parternes virtuelle kommunikation bibringer en udvidet helhedsforståelse, hvor de mange faglige og familiemæssige perspektiver har mulighed for at komme i spil med hinanden til en fælles, koordineret plan.

Selvom mødet foregår virtuelt, er V4M stadig tids- og ressourcekrævende for særligt sygehuset, der arrangerer mødet og deltager med speciallæge, som kender patienten fra stuegang, samt sygeplejerske. For egen læge er det ligeledes en udfordring at finde ledig konsultationstid til at deltage.

■ Teknisk og kommunikativ kvalitet

Mødeledelse af V4M er vigtig for at sikre mailinvitation med link, det tekniske video-setup på patientens stue og struktur til samtalen, at alle bliver hørt, og at tiden holder. Respondenterne oplevede generelt ingen problemer med at tilgå V4M via mail med link. Kvaliteten af lydforhold ville kunne forbedres. I gennemsnit brugte de 30 minutter på V4M-samtalen. Egen læge så gerne, at den var 10 minutter kortere, og pårørende, at den varede længere.

V4M-samtalen muliggjorde vidensdeling mellem parterne til en 'udvidet helhedsforståelse' af patientens situation ved overgang til hjemmet med sygdomme. Med udvidet helhedsforståelse refereres der til en helhed – skabt gennem den virtuelle, emnerige samtale mellem parterne, som ikke kan reduceres til en plejefaglig, kommunal helhed eller speciallægefaglige forståelser, men en samlet forståelse, hvor alle parter, inklusive patientens ønsker og pårørendes viden om hjemmet, er i spil.

■ Betydning for patientens videre forløb

Koordinering af en samlet plan for patientens forløb er det væsentligste formål med V4M. Cirka 40 % oplevede, at dette lykkedes, men halvdelen oplevede, at det kun lykkedes delvist, og hver tiende slet ikke. De oplevede særligt, at det lykkedes at koordinere en lægefaglig behandlingsplan, men ikke plejeplan og genoptræningsplan. Der blev indgået flere aftaler om opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og kommune efter patientens hjemkomst. Brugere fra sygehuset oplevede, at der blev lavet signifikant flere plejeforløbsplaner, end

kommunen gjorde. Dette er et dilemma, da V4M særligt skal styrke det tværsektorielle samarbejde om patientens overgang til primærsektoren, hjemmet og kommunal pleje.

■ Bidrag til tværsektorielt kollegaskab

Evalueringsresultaterne peger på, at V4M kan bidrage til interorganisatorisk udvikling af kollegaskab mellem brugerne. Brugere vil fx generelt gerne anbefale deltagelse i V4M til andre kollegaer og patienter. Der er dog også en række opmærksomhedspunkter og dilemmaer for samarbejdet. Det gælder ulige ressourcer og udbytte af at deltage i V4M. Særligt sygehus er presset på at bruge ressourcer og bruger mere end 2 timer til at forberede og gennemføre V4M på patientens stue. Egen læge udtrykker manglende kapacitet til at gennemføre V4M med alle de patienter med multisygdom, der måtte have gavn af det. Kommunen indtog en dobbelt rolle, hvor de dels blev mødt med forventninger om at kunne visitere ydelser og hjælpemidler direkte på V4M, hvilket ikke er i overensstemmelse med alle kommuners praksis for visitation, dels selv forventede forbedret koordination af plejeforløbsplaner og genoptræning. Pårørende vil gerne have patienten inddraget mere samt mere viden om, hvem de skulle kontakte, hvis og når deres pårørende (patienten) fik det værre efter hjemkomst.

Brugerforslag til sammenhængskraft

Samlet set er brugernes oplevelse af V4M, at det kan bidrage til koordinering af ældre patienter med multisygdomsforløb, men også, at der er behov for bedre understøttelse af den interorganisatoriske sammenhæng mellem parterne. Figur 1 viser brugernes forslag til at forbedre sammenhængskraften mellem de fire parter om at koordinere komplekse patienters forløb.

Figur 1 Organisatoriske indsatser til at understøtte parternes samarbejde om skrøbelige ældre med multisygdom i cirkulære forløb*

*Mange indlæggelser og kontakter til sygehus, egen læge og kommune



Anm.: Forslagene er ikke udtømmende, men tænkt til inspiration og organisatorisk læring med henblik på kvalitetsudvikling.

Kilde: Kvalitative interviews med V4M-brugere fra tre kommuner, to sygehusafdelinger, tre pårørende og to interviews med egen læge, VIVE & Aalborg Universitet, 2025.

Af sygehusets forslag fremgår det, at V4M ikke er relevant for alle afdelinger, men først og fremmest afdelinger med interesse i kvalitetsudvikling via en helhedsorienteret tilgang til patientens behandlingsplan ved udskrivelsen. Andre afdelinger med specialiserede interesser kan bidrage som en femte virtuel part, så afdelingen ikke selv bruger ressourcer på at være vært for V4M. I stedet kan afdelinger med organspecialiseret behandling bistå egen læge med rådgivning. Andre forslag fra egen læge til sygehuset er, at sygehuset opbløder retningslinjer for behandling med henblik på mere reflekterede udskrivelser, hvori patient og pårørende er ordentligt informeret om behandlingsudsigter til forebyggelse af uetiske genindlæggelser. Egen

læge og sygehuslæge foreslår også i forbindelse med tovholderfunktionen for patienter med multisygdom mere fleksibel adgang til speciallægerådgivning i almen praksis. Parterne har således ikke kun brug for V4M i forbindelse med udskrivelsen fra sygehuset til hjemmet og kommunal pleje, men også fremadrettet som uhelbredeligt syge med kroniske sygdomme og multisygdom.

Kommunen har brug for flere informationer om patienten ved udskrivelsen, herunder udskrivelsesbrev og om tab af funktionsevne. Fremadrettet kan kommunen bidrage til sygehusets vurdering af funktionstab ved at indlægge borgere fra kommunale pladser med en manuel indlæggelsesrapport, der angiver patientens funktionsevne. Kommunen modtager også gerne handlingsinstrukser fra lægerne til monitoring af forværringer og forebyggelse af indlæggelse. Pårørendes relationer til parterne kan efter patientens hjemkomsten understøttes med en kontaktplan.

Undersøgelsens resultater bidrager med feedback til forskningsgruppen, der afprøver V4M, herunder også til justeringen af V4M-drejbogen, parters roller heri og kvalitetsudvikling med øget fokus på organisatorisk læring til forbedring af de interorganisatoriske rammer for effektiv brug af V4M. Resultaterne bidrager endvidere til inspiration til sundhedsvæsenet generelt, med særligt fokus på brug af virtuelle kontaktformer med henblik på at skabe en 'udvidet helhedsforståelse' for tværsektoriel koordinering af patienter med komplekse behandlingsbehovs forløb.

Fakta om undersøgelsen

- Evaluering af brugerperspektiver på deltagelse i videomøde er del af et samlet forskningsprojekt 'Cross-sectoral Virtual-4-Meeting to improve coordinated care for frail older people with multimorbidity (2022-2025)', grant Novo Nordic Foundation.
- 46 hospitalsindlagte ældre patienter med multisygdom har fået et virtuelt 4-partsmøde (V4M) med sundhedsprofessionelle fra sygehuset, kommunen, egen læge og pårørende om plan for deres videre forløb.
- Et hospital med flere specialafdelinger (geriatrisk, neurologisk, lungeafsnit, mave-tarm medicinsk afsnit, hjerteafsnit og kirurgisk afsnit), fem bopælskommuner og patienternes praktiserende læge deltager i afprøvning af V4M-drejebog.
- Evalueringen undersøger med mixed methods pårørendes og sundhedsprofessionelles erfaringer med at deltage i V4M.
- Spørgeskemaundersøgelsen tager afsæt i et litteraturstudie til tværsektorielt samarbejde om patienter med multisygdom og fem principper til understøttelse af ældre patienters forløb.
- V4M-spørgeskema er sendt til brugerne (eksklusive patienter), der har deltaget i samlet 46 V4M.
- Datagrundlag for evalueringen er samlet:
 - 147 V4M-spørgeskemabesvarelser (svarprocent 56 %) fra i alt 98 unikke respondenter, der har deltaget i et eller flere af 46 patienters V4M. Herudover 37 spørgeskemabesvarelser fra V4M's mødeledere. Kvalitative beskrivelser af brugernes individuelle oplevelser af det virtuelle møde (indsamlet i fritekstfelter i V4M-spørgeskemaet).
 - Kvalitative domænegruppebeskrivelser fra gruppeinterviews med de fire brugergrupper: sygehus, kommune, almen praksis og pårørende, i alt 19 deltagere.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Stadig flere ældre oplever multisygdom og komplekse sygdomsforløb (Boeckxstaens et al., 2020). Skrøbelige og multisyge ældre har øget risiko for genindlæggelse på hospitalet (Lilleheie et al., 2019), og den stigende kompleksitet i behandlingsforløb stiller højere krav til det involverede sundhedspersonale (Berntsen et al., 2019; Hedqvist et al., 2023). Denne kombination har resulteret i, at flere ældre møder et fragmenteret sundhedsvæsen (Berntsen et al., 2019; Hedqvist et al., 2023), og der er derfor behov for nytænkning og nye samarbejds måder for at løfte den opgave, som sundhedsvæsenet står overfor.

Videoteknologi giver sundhedsvæsenet nye muligheder for at samarbejde om patienter i tværsektorielle forløb – særligt komplekse forløb, der involverer mange aktører på tværs af både sygehuset, kommunen, almen praksis og hjemmet (Consorti et al., 2023; Smaradottir et al., 2020; Wentzer 2013, 2015; 2020a; Wentzer & Høgs-gaard, 2022). Ældre patienter med multisygdomsforløb kan falde mellem flere stole, også kendt som "Bermuda-trekanten", hvor de overvejende skriftlige korrespondancer mellem sygehuset, egen læge og kommune kommer til kort (Aggerholm et al., 2023). Der er videnshuller i samarbejdet mellem parterne, som forudsætter dialog og inddragelse af patienten for at skabe en fælles forståelse for samarbejdet og et overblik, der kan samle de løse ender til en samlet plan for patientens forløb (Consorti et al., 2023; Paukkonen et al., 2021). Videoteknologien muliggør virtuelle møder til fælles dialog med og om patienten, der ellers af praktiske grunde ikke ville finde sted, da parterne er geografisk spredte.

Patientens pårørende er en vigtig fjerde part i ældre patienters forløb og repræsenterer 'hjemmet' som den kontekst, hvor patientens hverdagsliv udfolder sig. De udfører mange forskellige opgaver for at støtte deres nærtstående med sygdom, såsom psykosociale opgaver, plejehjemsmæssige opgaver, praktiske opgaver og koordinerings- og overbliksopgaver (Martin & Ballegaard, 2021). Deres bidrag kompenserer i nogle tilfælde for systemets ressourcemæssige utilstrækkeligheder, fejl eller tilbud, der ikke modsvarer deres nærtståendes behov (Martin & Ballegaard, 2021). De pårørende bidrager desuden til samarbejde med sundhedsprofessionelle med en omfattende og meget værdifuld viden om borgeren og er derved centrale for at skabe en personcentreret omsorg og for at styrke indsatser i hjemmet (Marselisborg Consulting, 2023). Inddragelsen af de pårørendes forventninger til pleje og behandling i hjemmet anbefales som værende særlig vigtig i overgange fra hospital til hjemmeplejen (Marselisborg Consulting, 2023, s. 7).

Samlet set er sygehuset, kommunen, egen læge og pårørende således alle vigtige vidensressourcer i udvikling af samarbejde om ældre med komplekse forløb.

Udvidet koordinering af patientens forløb via virtuelt-4-parts møde, V4M

I et innovativt forskningsprojekt (Wentzer & Høgsgaard, 2022), se Boks 1.1, udviklede en aktionsforskningsgruppe bestående af sundhedsprofessionelle fra sygehus, kommune, inklusive kommunal læge og pårørenderepræsentanter en drejebog med tilhørende informationsmateriale (Wentzer & Høgsgaard, 2022) for at invitere hospitalsindlagte ældres egen læge, hjemkommune og pårørende til et virtuelt møde med patienten og behandlere på sygehuset, også kaldet virtuelt-4-partsmøde (V4M).

Formålet med V4M-drejebogen er at muliggøre 'udvidet koordinering' mellem de tværfaglige og tværsektorielle parter, som er centrale for at skabe et sammenhængende forløb for patienten. Ældre patienter skrøbeliggøres af forløb, hvor de ikke bliver inddraget i overgangen mellem hospital og hjem og cirkulerer frem og tilbage mellem hospital, hjem, kommunale pladser og almen praksis med gentagne indlæggelser (Wentzer, 2020b). Det er u hensigtsmæssigt for patienten, som svækkes af de mange genindlæggelser og er ressourcekrævende for sundhedsaktørerne i både primærsektoren med almen praksis og kommunalhjælp og sekundærsektoren med specialiseret hjælp fra sygehuset. Aktionsforskningsgruppen angiver fem principper til understøttelse af det tværsektorielle samarbejde om patienter i cirkulære forløb:

1. Inkluder borgere og patienter i forløbet
2. Styrk sikker kommunikation om borgerens/patientens forløb
3. Øg kendskabet til hinandens rutiner og praksis
4. Skab forståelse for patientens forløb på tværs
5. Bidrag til tværsektoriel fællesskabsfølelse.

(Wentzer & Høstgaard, 2022, s. 17).

Disse principper er vigtige for understøttelse af patientens forløb og for sammenhængskraften i samarbejdet med ny teknologi.

V4M-drejbogen understøtter på følgende vis de fire organisatoriske brugerrollers respektive ansvar for og viden om patienten med henblik på virtuelt at koordinere en plan for patientens tværsektorielle forløb:

- **Hospitalet** er ansvarlig for at:
 - **screene indlagte patienter** og tilbyde V4M til patienter med multisygdom, der kan have gavn af 'udvidet koordination' af deres forløb i forbindelse med indlæggelser og udskrivelse.
 - **deltage med V4M-leder**, der er ansvarlig for at arrangere og gennemføre V4M. Dette inkluderer at sende e-mail med V4M-indkaldelse med videolink til patientens hjemkommune, egen læge og pårørende, at klargøre videoudstyr på patientens stue, at informere om V4M og inddrage patienten, lede selve V4M-samtalen mellem parterne med afsæt i kort præsentationsrunde og patientinddragelses-spørgsmålet: "Hvad er vigtigt for dig?". Samt distribuere aftaler og fælles plan efter mødet til alle parter.
 - **deltage med afdelingslæge** på patientens sengestue under V4M (ansvarlig for patientens behandlingsplan).
 - **deltage med sygeplejerske** på patientens sengestue under V4M (ansvarlig for patientens plejeforløbsplan).
 - **deltage med anden relevant faglighed for patienten fysisk eller online.**
- **Egen læge** forbereder sig ud fra sit kendskab til patientens sygehistorie sin tovholderfunktion og med henblik på at overtage patientansvaret 48 timer efter patientens udskrivelse.
- **Kommunen** bidrager ud fra sin kontakt med borgeren, herunder levering af forskellige ydelser til borgeren forud for indlæggelse (fx hjemmepleje, sygepleje, genoptræning/rehabilitering, hjælpemidler med mere).
- **Pårørende** bidrager ud fra deres relation til den pågældende ældre og kendskab til hverdag i hjemmet. Pårørende kan deltage online via videolink ligesom egen læge og kommunale deltagere og/eller på patientens sengestue på hospitalet.

Virtuel resiliens med ny teknologi

Patientinddragelse og resiliens er kendt fra forskningslitteraturen som vigtige kilder til at skabe sammenhæng i både patientens perspektiv (Paukkonen et al., 2021) og det sundhedsfaglige perspektiv (Gittell et al., 2013). I et sundhedsvæsen, der er presset på medarbejderressourcer – særligt i de dele af landet, hvor der er mange ældre borgere med multisygdom – er det vigtigt at kunne fastholde medarbejdere. Eftersom digitalisering indebærer en risiko for et motivationstab hos medarbejdere (Bjørnholt et al., 2020), er medarbejdernes brugerperspektiver på nye redskaber til kommunikation og samarbejde særligt vigtige for at kunne fastholde motivation, skabe resiliens og for at kunne tilpasse digitale løsninger, så de *”understøtter medarbejdernes faglighed og fleksibilitet i forhold til at finde løsninger, der passer til borgerne”* (Bjørnholt et al., 2020, s. 6).

Som redskab rummer videoteknologien potentiale til afholdelse af virtuelle møder, der giver sundhedsmedarbejdere nye muligheder for en udvidet koordinering af komplekse forløb og for en inddragelse af patient og pårørende heri. Vigtigt for medarbejdernes brug er, at de finder redskabet relevant og brugbart i forhold til deres faglighed og ansvar for patienten, således at de oplever, at virtuelle møder bidrager til deres koordination af patientens tværsektorielle forløb på en sammenhængsskabende måde, der fastholder deres motivation og styrker sammenhængskraften mellem dem.

Formål

Formålet med denne rapport er at evaluere de fire parter og organisatoriske enheder hospital, almen praksis, kommune og pårørendes oplevelser af V4M, hvor de pårørende er repræsentanter for patientens hverdag i hjemmet. Mere specifikt at undersøge:

1. Brugernes oplevelser af redskabets relevans for parterne hver især
2. V4M's bidrag til sammenhængskraften mellem de fire parter om at koordinere patienter med multisygdomsforløb.

Undersøgelsen er et delprojekt i et større forskningsprojekt til afprøvning af resultaterne fra innovationsprojektet, altså V4M-drejbogen og de fem principper. Selve patientperspektivet evalueres i et andet delprojekt og indgår i denne undersøgelse kun indirekte via parternes oplevelse af patientens 'stemme' og indflydelse på mødet.

Rapportens problemstillinger er relevante for sundhedsvæsenet generelt med henblik på udvikling af interorganisatoriske kommunikationsløsninger, der med afsæt i brugerinddragelse støtter kompleks tværfaglig og tværsektoriel koordinering af individuelle patienter/borgeres forløb.

Undersøgelsen er gennemført i et evaluerings og organisatorisk læringsdesign med brug af kvantitative og kvalitative metoder. Formålet er udelukkende at evaluere den virtuelle kommunikation på selve videomødet, som den opleves af de fire brugergrupper. Undersøgelsen afgrænser sig således fra en evaluering af den kliniske effekt af V4M, fx på antallet af genindlæggelser, eller hvorledes patienten selv oplevede V4M-tilbuddet. En spørgeskemaundersøgelse til brugernes oplevelser af V4M svarer på delformål 1, og kvalitative brugergruppeinterviews svarer på delformål 2 med parternes respektive forslag til at udvikle deres interorganisatoriske samarbejde.

Læsevejledning



I kapitel 2 præsenteres undersøgelsens evalueringsdesign, der anvender mixed methods i form af en spørgeskemaundersøgelse om brugernes oplevelser samt en kvalitativ undersøgelse med brugergruppernes forslag til at understøtte parternes samarbejde.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen præsenteres i kapitel 3 og svarer på undersøgelsens delformål 1. Evalueringen har afsæt i de fem principper for virtuelt samarbejde med patienter i cirkulære forløb.

Kapitel 4 svarer på delformål 2. Resultaterne fra de kvalitative gruppeinterviews præsenteres som forslag fra de fire brugergrupper til at udvikle det interorganisatoriske samarbejde med V4M.

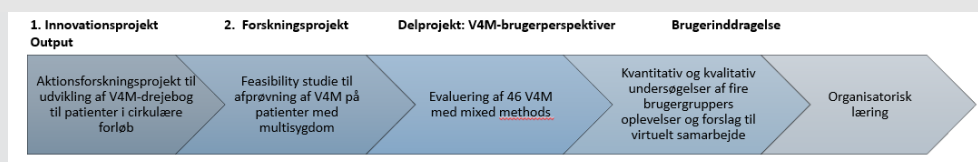
I konklusionen sammenfattes de to delformål i et organisatorisk læringsdesign med informationer om parternes brugerroller og forslag til at udvikle sammenhængskraften i parternes virtuelle samarbejde om patienter med multisygdom.

2 Metode

Rapporten indgår som et delprojekt i et større forskningsprojekt til afprøvning af V4M-drejbogen med ældre patienter med multisygdom (Møller et al., 2019). Patienterne er indlagt på hospitalet, og deres udskrivelse og videre forløb skal planlægges i form af 'udvidet koordinering' med de modtagende parter, som er kommunal pleje, egen læge og pårørende. Dette delprojekt er baseret på et brugerinddragende evalueringsdesign med henblik på organisatorisk læring (Argyris & Schön, 1978; Brandi & Elkjær, 2014; Consorti et al., 2023; Engeström, 2007). Figur 2.1 giver et overblik over processen for udvikling af V4M i et innovationsprojekt (Wentzer & Høstgaard, 2022) og dernæst afprøvningen af V4M-drejbogen i et feasibility-studie (Aschbrenner et al., 2022) med fem delprojekter. Dette delprojekt evaluerer de sundhedsprofessionelles og pårørendes brugeroplevelser med henblik på at levere brugergeneret viden om afprøvningen til parterne og det samlede projekt.

Figur 2.1 Undersøgelsesdesign for evaluering af brugerperspektiver

Afprøvning af V4M med henblik på organisatorisk læring



Anm.: Rapporten evaluerer resultater fra 1. projekt som delprojekt i 2. projekt.

De samlede fem delprojekter i 2. projekt omhandler 1) udvikling af e-læringsprodukter til brugerne, 2) udvikling af screeningskriterie for skrøbelige, ældre patienter med multisygdom, 3) selve afprøvningen, 4) evaluering med pårørendes og sundhedsprofessionelles brugerperspektiver i dette delprojekt og 5) patientperspektivet med behandlingseffekt i det sidste delprojekt.

Kilde: VIVE & AAU.

297 patienter er i en afprøvningsperiode på 11 måneder blevet screenet til et V4M med sundhedsprofessionelle på sygehuset, fra den kommunale pleje (i fem bopælskommuner), egen læge samt pårørende, der alle har givet tilsagn om at deltage i V4M-studiet, se blå boks for fremgangsmåde.

Alle brugerne (på nær patienterne) har fået tilsendt et link til et spørgeskema om deres oplevelse af V4M. Spørgeskemaet er udviklet med afsæt i et litteraturstudie til brug af video i tværsektorielt samarbejde om ældre patienter med multisygdom. Ud over lukkede svarkategorier indeholder spørgeskemaet også en række åbne svarfelter, hvor brugerne har kunnet uddybe deres oplevelser kvalitativt. De kvalitative svar inden for de fire brugergrupper (hospital, kommune, egen læge og pårørende) har givet input til fire semi-strukturerede interviewguides for afholdelse af kvalitative gruppeinterviews med brugergrupperne til uddybning af deres oplevelse af samarbejdet mellem de fire parter og deres forskellige organisatoriske kontekster.

Samlet set bidrager brugernes besvarelser til det samlede afprøvningsprojekt med læringsinput til parternes brugerroller og de interorganisatoriske rammer for deres samarbejde.

Deltagelse i V4M

Giver patienten tilsagn om at deltage i V4M, inviterer sygehuset patientens egen læge, hjemkommune og pårørende til et virtuelt møde med patienten på sygehuset.

Indvilliger alle parter, så afholdes mødet på patientens sengestue med deltagelse af sygehuslæge og sygeplejerske, evt. også terapeut, samt en V4M-leder, der inviterer til mødet via mail med videolink, gør videoudstyr klar og modererer samtalen på mødet. Egen læge, kommunale deltagere og evt. pårørende deltager i mødet med patienten via videolink.

Samlet er der i perioden gennemført V4M med 46 unikke patienter og 303 brugere fordelt på de fire brugergrupper hospital, egen læge, kommune og pårørende.

2.1 Fem principper for understøttelse af tværsektorielt samarbejde

Evalueringen af de fire parters brugerperspektiver tager afsæt i en operationalisering af fem principper for understøttelse af tværsektorielt samarbejde (Wentzer & Høgsgaard, 2022) og et systematisk litteraturstudie, der supplerer og uddyber principperne til fem evalueringstemaer. Temaerne er afgørende for parternes samarbejde med hinanden, se Figur 2.2.

Figur 2.2 Evalueringstemaer i interorganisatoriske forløb med V4M



Kilde: VIVE.

Figuren demonstrerer, hvorledes kommunikation og samarbejde medieres virtuelt gennem inddragelse af patienten og parternes viden (tema 1), samspillet med deres respektive organisationer (tema 2), kvaliteten af deres kommunikation (tema 3), herunder koordinationen af en samlet plan for patientens videre forløb (tema 4) og den sammenhængskraft, 'kollegaskab', (tema 5) mellem brugerne, som mødet kan bidrage til fremadrettet. Operationaliseringen af principperne til temaer er sket på baggrund af et litteraturstudie i den internationale forskningslitteratur. Litteraturstudiet har bidraget til udvikling af V4M-spørgeskemaet. Først præsenteres resultaterne fra litteraturstudiet, mens udviklingen af spørgeskemaet præsenteres i afsnit 2.2 til undersøgelse af kvantitative og kvalitative brugerperspektiver.

2.1.1 Litteratursøgning og søgestrategi

Der er foretaget en bloksøgning i PubMed og CINAHL i februar og marts 2023 af studier publiceret efter 1. januar 2018, hvor udgivelsessproget er enten engelsk eller et skandinavisk sprog (dansk, norsk eller svensk). Søgningen er foretaget ud fra en på forhånd defineret søgeprotokol ved hjælp af en blanding af fritekstsøgning og MeSH termer. Søgningen er senere udvidet ved at inkludere relevant litteratur på baggrund af de allerede inkluderede studiers referenceliste, en såkaldt snowball-sampling.

Søgeprotokollen indeholder søgeord (se Bilag 1) samt inklusions- og eksklusionskriterier for søgningen. Inklusionskriterierne er, at artiklerne omhandler den relevante målgruppe af skrøbelige og/eller multisyge ældre, der er i fare for gentagne genindlæggelser på hospitalet. Yderligere inklusionskriterier er, at studierne fokuserer på tværsektorielt samarbejde mellem relevante aktører, disse aktører er hospitalsansatte, kommunalt ansatte, almen praksis eller patient og pårørende. Eksklusionskriterierne indbefatter artikler, der ikke er udgivet på engelsk eller et skandinavisk sprog eller er fra før 1. januar 2018, samt studier, der ikke har noget tværsektorielt fokus eller udelukkende fokuserer på end-of-life care. Der er desuden fokuseret på studier, hvor konteksten kan relateres til det danske sundhedsvæsen. Dermed er der hovedsageligt fokuseret på nordisk og europæisk litteratur.

Der er bevidst foretaget en bred søgning, hvilket betyder, at der ikke udelukkende har været fokus på brugen af videokonsultationer til at understøtte det tværsektorielle samarbejde.

Der er foretaget 34 søgninger med i alt 2.320 antal hits. Efter gennemgang for dubletter er der screenet titel/abstract af 146 antal studier. 9 er inkluderet (se flowchart i Bilag 2).

2.1.2 Gennemgående temaer i litteraturstudiet

De gennemgående temaer i litteraturen er 1) vigtigheden af en integreret patientoplevelse, 2) organisatoriske strukturer og kulturer for tværsektorielt samarbejde, 3) kommunikation og samarbejde ved hjælp af digitale værktøjer, 4) patientens videre forløb og 5) udvikling i tillidsrelationer. De er uddybet som følgende i litteraturen:

Integreret patientoplevelse

Både patienter og pårørende er bekymrede for, om de involverede sundhedsprofessionelle samarbejder på tværs af patientens kontaktheder (Lilleheie et al., 2019; Östman et al., 2019). Integration af patientoplevelsen sker i samarbejdet på tværs af specialer omkring patienten og via inddragelse af pårørende. Familie og pårørende

er vigtige i planlægningen af forløb af multisyge ældre (Boeckxstaens et al., 2020). Et studie viser, at patienterne bruger deres netværk til at sikre deres egen deltagelse i udskrivesprocesser, overkomme kommunikationsbarrierer og til overlevering af information (Lilleheie et al., 2019). Samtidig anser de pårørende sig selv som en advokat for den ældre patient i mødet med sundhedsvæsenet (Östman et al., 2019). Inddragelse er for de pårørende en balance mellem løbende at blive opdateret på forløbet, uden at have en bærende rolle som ansvarlig for forløbet. De pårørende påpeger derfor vigtigheden af løbende opfølgning samt at holde sig opdateret omkring nye informationer, hvilket for dem både indebærer adgang til sundhedsinformationer om deres indlagte familiemedlem og information gennem brochurer og internettet (Östman et al., 2019). For de pårørende kan denne balance mellem et normalt hverdagsliv og rollen som pårørende være svær (Östman et al., 2019), og de ældre patienter kan da også overlade store dele af ansvaret til deres pårørende, hvis de ikke selv er i stand til at holde overblik over deres forløb (Lilleheie et al., 2019).

Oplevelsen af kontinuitet er et bærende element for en integreret patientoplevelse. Definitionen af kontinuitet varierer i litteraturen, hvilket komplicerer forståelsen af, hvad begrebet indebærer (Ladds et al., 2023). Sammenhængen i behandling anses for lægerne i almen praksis som en central opgave (Braut et al., 2022).

For de pårørende er oplevelsen af kontinuitet forbundet til deres rolle i sygdomsforløbet og den støtte, der blev udvist af fagprofessionelle undervejs. Pårørende ønsker en længerevarende kontakt med sundhedspersonalet uden at blive overset. Et velfungerende forhold til fagfolk er vigtigt, ligesom følelsen af at blive genkendt er (Östman et al., 2019).

Organisatoriske strukturer og kulturer for tværsektorielt samarbejde

Roller i det eksisterende sundhedsvæsen, den indbyrdes kommunikation og tillid mellem de fagprofessionelle er afgørende for det tværsektorielle samarbejde. Rollerne i samarbejde på tværs og integreret care er påvirket af øvrige organisationsstrukturer (Braut et al., 2022). Lægerne fra almen praksis bliver ofte først inddraget aktivt, når patienten er i en kritisk tilstand, det kan være lige op til eller efter en hospitalsindlæggelse. Almen praksis anser sig som tovholderen på patientens forløb, samtidig med at de skal prioritere mellem modstridende synspunkter fra de forskellige specialer (Braut et al., 2022). De praktiserende læger overlader dog ofte beslutninger og opgaver til speciallægerne (Braut et al., 2022).

Øget kommunikation mellem de fagprofessionelle på tværs af specialer og sektorer øger forståelsen for patientens situation, samtidig med at fokus skifter fra specialiseret viden til at centrere sig om patienten (Boeckxstaens et al., 2020). Yderligere bidrager kommunikationen til at udvide forståelsen for hinandens roller (Boeckxstaens et al., 2020; Ladds et al., 2023). En undersøgelse blandt praktiserende læger viser, at de

praktiserende læger arbejder bedre, når de har et tæt samarbejde med hjemmesygeplejersken. De praktiserende læger arbejder ud fra et helhedsorienteret syn og kan derfor savne informationer, der kun kan ses ved hjemmebesøg (Braut et al., 2022).

Mangel på tillid mellem de fagprofessionelle er en udfordring, der kan påvirke planlægningen af videre behandling og pleje for patienten (Hedqvist et al., 2023). I studiet af Braut et al. (2022) gav de praktiserende læger udtryk for, at de har tillid til de andre fagprofessionelle, men at de ønsker at overvåge, hvad der sker i forløbene. Her er de afhængige af digitale værktøjer (Braut et al., 2022).

Samarbejde på tværs ved hjælp af digitale værktøjer

Digitale værktøjer kan være et redskab til øget kommunikation med nye muligheder for at følge patienten. De forudsætter dog klare formål, rollefordeling og patientcentrering for at være meningsfulde.

Brug af videomøder kan komplimentere den allerede eksisterende kommunikation mellem sektorer omkring patienter, samtidig med at patienten og familie kan involveres i planlægningen af behandlingsforløbet (Hedqvist et al., 2023). Brug af digitale værktøjer, herunder video, kan være med til at støtte tværprofessionelt samarbejde og anvendes til at sætte fælles mål og lave en større plan, samtidig med at de kan bruges til efterfølgende evaluering (Berntsen et al., 2019). Dog kan digitale værktøjer også anses for at være anledning til kortere og monoton kommunikation uden plads til meget fleksibilitet, her især tekstbaserede digitale værktøjer. Dog kan effektive digitale værktøjer være med til at minimere uklarheder i kommunikationen (Braut et al., 2022).

Patientens videre forløb

At kunne følge patienten både før og efter indlæggelse bliver fremhævet som essentielt for de fagprofessionelle på tværs. Et andet vigtigt aspekt i deling af informationer er, at de forskellige aktører ved, hvad de hver især kan byde ind med i forhold til behandling og pleje for patienten (Hedqvist et al., 2023). Yderligere er regelmæssig dokumentation vigtig for det tværsektorielle samarbejde og videomøder. De, der ikke kan deltage på møderne, bør dokumentere deres vurderinger i et fælles IT system (Hedqvist et al., 2023). Digitale værktøjer med informationer bliver også af Berntsen et al. (2019) beskrevet som en kilde til at finde frem til mål ved netop at have adgang til informationer.

I studiet af Hedqvist et al. (2023) bliver det fremhævet, at der bliver brugt flere forskellige ord til at beskrive møderne, hvilket skaber forvirring omkring mødets formål. Derfor bør formålet med møderne være klart for deltagerne på forhånd (Hedqvist et al., 2023).

Det bliver i studiet af Hedqvist et al. (2023) understreget, at det er vigtigt med en formand og ordstyrer på digitale videomøder, men hvordan dette praktisk fungerer, er mere uklart. Ifølge Berntsen et al. (2019) kan digitale værktøjer være et redskab til at afklare, hvad der betyder noget for patienten, samtidig med at det er muligt for de fagprofessionelle at vurdere, hvad der er muligt, sikkert og relevant i forhold til dennes behandling og pleje (Berntsen et al., 2019). At lytte til patienten på videomøder er vigtigt, men det er samtidigt en afvejning mellem at lytte og vurdere, hvornår historier bliver for lange. Der skal under møderne udvises respekt over for patienten for at fastholde samspeilet. Inddragelse af familien gør møderne lettere, det samme gør forhåndskendskab mellem patienten og de fagprofessionelle på den anden side af skærmen (Hedqvist et al., 2023).

Udviklinger i tillidsrelationer ved videomøder, 'virtuelt kollegaskab'

I et studie af Hedqvist et al. (2023) blandt sygeplejersker i almen praksis, primærsektoren og hospitaler fandt man, at deltagelsen steg, når tværsektorielle møder var virtuelle videomøder frem for fysiske. Videomøderne blev her anset for kortere og mere fokuseret, hvilket var vigtigt for informanterne (Hedqvist et al., 2023). Samtidig viste studiet blandt praktiserende læger, at digitalt samarbejde forbedres efter fysiske møder (Braut et al., 2022), hvilket også er i overensstemmelse med, at patienterne er glade for at kende ansigterne bag skærmen (Hedqvist et al., 2023), og de pårørende sætter pris på at blive genkendt af de fagprofessionelle (Östman et al., 2019). Relationsopbygning og kontekst er vigtigt for et godt samarbejde, også digitalt (Braut et al., 2022).

En barriere ved videomøder er manglen på fysisk interaktion, hvilket af de fagprofessionelle bliver beskrevet som en udfordring. Det er svært at afholde møder, hvor øjenkontakt og aflæsning af fysisk fremtoning ikke er muligt. Yderligere besværliggøres videomøder med multisynge ældre af, at patienterne kan have udfordringer med syn, hørelse og kognitiv funktionsnedsættelse (Hedqvist et al., 2023). Yderligere fandt man i studiet af Braut et al. (2022), at praktiserende læger kan være bange for at overse vigtige informationer, når de ikke fysisk er ude ved patienten, men at det også er mere besværligt i stedet at vende uklarhederne digitalt med hjemmesygeplejersken.

2.1.3 Operationalisering af de fem principper til fem evalueringstemaer

Samlet set bekræfter den internationale litteratur videomødernes potentiale for at inddrage patienten og til at kommunikere og integrere forskellige specialeforståelser, inklusive pårørende. Det bekræfter, at der er behov for mere empirisk viden i både kvantitativ og kvalitativ forstand om betydningen af virtuelle tværsektorielle møder, brugernes roller heri og hvorledes de oplever deres indbyrdes relationer til

hinanden, inklusive tilliden til at kommunikere og samarbejde virtuelt med ny teknologi. Sidstnævnte er også begrebsliggjort som 'udvikling af kollegaskab' i det femte princip for understøttelse af tværsektorielt samarbejde.

Litteraturstudiet understøtter og udfolder således samlet set de fem principper for understøttelse af tværsektorielt samarbejde til fem evalueringstemaer, se Figur 2.2.

Studiet gør opmærksom på, at teknologien giver nye organisatoriske muligheder for at udvide forståelsen for hinanden og evt. opnå en mere smidig kontakt med mulighed for at følge patienten noget mere. Men også, at den virtuelle kommunikation forudsætter mødeledelse og klare roller, og at patienten kan være kognitivt udfordret, samt at egen læge kan være nervøs for ikke at kunne undersøge patienten. I V4M er patienten fysisk på hospitalet og således under hospitalslægenes behandlingsansvar og ikke egen læges.

2.2 Kvantitative og kvalitative brugerperspektiver på V4M

V4M-brugerevalueringen er baseret på mixed methods (Silverman, 2013) med brug af kvantitative og kvalitative data, der supplerer hinanden til besvarelse af delformål 1 og delformål 2 (Riis, 2005; Kvale, 1996; Wentzer, 2015). Brugernes oplevelser af V4M undersøges kvantitativt og kvalitativt via:

- en spørgeskemaundersøgelse, der giver generaliseret indblik i deres oplevelser af de i Figur 2.2 beskrevne evalueringstemaer
- brugergruppeinterviews, hvor informanter med erfaringer fra V4M får mulighed for at uddybe kvalitative aspekter af sammenhængskraften i parternes indbyrdes samarbejde.

2.2.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen er her designet til at skabe ligeværdige perspektiver på virtuelle møder med den hospitalsindlagte ældre patient med multisygdom på tværs af brugergrupper og deres respektive vidensdomæner. Ligeværdige perspektiver betyder i henhold til litteraturstudiet, at alle parternes vidensdomæner er relevante og uundværlige.

Spørgeskema og dataindsamling

I perioden oktober 2023 til september 2024 blev der samlet set gennemført V4M med 46 unikke patienter. Ud over de 46 patienter deltog 303 deltagere fordelt på de fire brugergrupper: 1) hospital, 2) egen læge, 3) kommune og 4) pårørende. Deltagerne fordeler sig ikke ligeligt i antal mellem de fire grupper, ej heller er de alle unikke deltagere, da særligt de sundhedsprofessionelle deltager i flere patienters V4M.

V4M-deltagerne blev ved mødets afslutning informeret om, at de ville blive kontaktet af VIVE med henblik på deltagelse i en spørgeskemaundersøgelse om deres oplevelse af det pågældende møde. Deltagerne blev efterfølgende kontaktet via mail, hvor de modtog et link til spørgeskemaet samt et informationsbrev (se afsnit 2.2.3).

Spørgeskemaet dækker fire overordnede temaer knyttet til brugernes oplevelse af at deltage i V4M: 1) V4M's relevans for inddragelse af patient og brugere, 2) samspil mellem deltagernes ansvar, organisationer og kompetencer, 3) den tekniske og kommunikative kvalitet på videomødet og 4) videomødets betydning for patientens videre forløb. Tema 5, udvikling af tillidsrelationer til virtuelt 'kollegaskab' om en afledt affekt af V4M, undersøges kvalitativt. Tabel 2.1 beskriver de mere specifikke temaer, som indgik i V4M-spørgeskemaet.

Tabel 2.1 Overordnede og specifikke temaer i V4M-spørgeskemaet

Overordnet evalueringstema	Specifikke temaer
1: V4M's relevans for inddragelse af patient og brugere	• Overordnet oplevelse af mødet • Oplevelse af egen deltagelse som relevant • Mulighed for at bidrage med kendskab til patient • Nødvendighed af mødet, patientens tilstand taget i betragtning • Patientens egne ønsker og betydning heraf • Samtalens indhold
2: Samspil mellem deltagernes ansvar, organisationer og kompetencer	• V4M som bidrag til varetagelse af ansvar for patient • V4M som styrkelse af mulighed for samarbejde om at lave en god plan for patienten • V4M som bidrag til øget forståelse for andre brugergruppers rolle i patientens forløb • V4M som effektiv måde til at få sygehus, egen læge, kommunen og pårørende til at tale sammen om patientens forløb • Tidsforbrug på 1) mødeforberedelse^a og 2) selve V4M-samtalen • Oplevelse af passende varighed af V4M • Foretrukket tidspunkt for mødeafholdelse • Teknisk kompetence til at bruge videomøder
3: Teknisk og kommunikativ kvalitet på videomødet	• Lydkvalitet • Billedkvalitet • Oplevelse af selve samtalen

Overordnet evalueringstema	Specifikke temaer
	Anbefaling af V4M til kollega/ven
4: V4M's betydning for patientens videre forløb	- Udarbejdelse af samlet plan for patientens videre forløb - Forståelse af egen rolle i samlet plan - Fagprofessionelles oplevelse af, om der blev aftalt hhv. lægefaglig behandlingsplan, plejeforløbsplan og opfølgende hjemmebesøg*

Anm.: * Kun fagprofessionelle.

Kilde: VIVE.

Spørgeskemaet er udviklet på baggrund af det gennemførte litteraturstudie (se afsnit 3.2.1), hvor fem temaer blev identificeret. De fire første temaer er blevet omsat til et spørgeskema, hvor der i udviklingen har været fokus på, at de fire brugergrupper i det omfang, det var relevant, er blevet bedt om at besvare de samme spørgsmål. Det femte tema til tillid og kollegaskab behandles ikke som selvstændigt tema i spørgeskemaet, men delvist under 2. tema, spørgsmålet *'om V4M bidrager til at øge forståelsen for de andre brugergruppers rolle i patientens forløb'*, samt indirekte via fritekstfelter, hvor respondenter i egne ord har kunnet udtrykke deres oplevelser, herunder kritik. Ud over spørgsmål om brugernes oplevelse af V4M har deltagerne besvaret baggrundsspørgsmål om køn, alder, uddannelse, sprog talt i hjemmet og for de fagprofessionelle deres faglige baggrund.

Skemaet er efterfølgende blevet pilottestet blandt repræsentanter for brugergrupperne og tilrettet på baggrund af disses tilbagemeldinger om relevans og forståelse af de spørgsmål, der indgår i spørgeskemaet. I pilottesten deltog: 1 kommunalt ansat (fysioterapeut), 1 sygehusansat (læge), 1 pårørende til en ældre borger med multisygdom, som har deltaget i et V4M, samt 1 forsker med ekspertise inden for e-sundhedsliteracy og spørgeskemadesign.

Studiepopulation

Samlet set modtog vi 184 besvarelser svarende til en samlet svarprocent på 60,7 % af de udsendte invitationer. De fleste deltagere deltog kun i ét V4M, mens andre deltog i flere V4M, men med forskellige patienter. Nogle respondenter indgår derfor i undersøgelsen med flere besvarelser. Dette skyldes, at oplevelsen af V4M kan være forskellig fra møde til møde. Besvarelserne repræsenterer således oplevelsen af det enkelte V4M.

Fælles for alle møder var, at de blev faciliteret af en V4M-leder med sygeplejefaglig baggrund, ansat af V4M-forskningsprojektet til at bistå afprøvningen af V4M. V4M-ledernes besvarelser (37 besvarelser) indgår ikke i den endelige studiepopulation, der danner grundlag for de følgende analyser af spørgeskemadata, men vil blive behandlet særskilt som input til den kvalitative analyse i kapitel 4.

Undersøgelsens endelige studiepopulation består således af 147 besvarelser ud af 261 inviterede deltager (eksklusive V4M-lederne). Det svarer til en svarprocent på 56 % (eksklusive V4M-lederne). Svarprocenten og antal respondenter i de fire brugergrupper var følgende:

- Sygehus: 63,3 % (N = 62 – heraf 28 unikke respondenter)
- Praktiserende læge: 32,6 % (N = 15 – heraf 13 unikke respondenter)
- Kommune: 66,7 % (N = 44 – heraf 29 unikke respondenter)
- Pårørende: 51 % (N = 26 unikke respondenter).

Antal deltagere på et V4M varierede mellem 4 og 9 deltagere (eksklusive V4M-ledere). Antallet af besvarelser pr. V4M varierer mellem 1 og 7. Alle 46 V4M var repræsenteret med mindst én besvarelse.

Tabel 2.2 viser respondents demografiske og faglige karakteristika.

Tabel 2.2 Demografiske karakteristika og faglighed blandt fagpersonale

	N	Procent
Køn (N = 116)		
Kvinde	105	90,5
Mand	11	9,5
Alder (N = 116)		
18-34 år	42	36,2
35-49 år	32	27,6
≥50	42	36,2
Faglighed		
Sygehus (N = 62)		
Sygeplejerske	23	37,1
Læge	39	62,9
Kommune (N = 44)		
Hjemmesygeplejerske	14	31,82
Visitor	18	40,91
Terapeut, SSA, SSH eller andet	12	27,89

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Blandt de 26 pårørende, der besvarede spørgeskemaundersøgelsen, var et stort flertal kvinder (mænd $n < 5$). Over halvdelen af de pårørende var i alderen 50-64 år (61,5 %), mens aldersgrupperne 18-49 år og 65+ år udgjorde hver 19,2 %. Over halvdelen havde en mellemlang (38,5 %) eller lang (26,9 %) videregående uddannelse. De resterende havde enten grundskole, gymnasium, erhvervsuddannelse eller 'andet' som højeste fuldførte uddannelse. Alle svarede, at der altid blev talt dansk i hjemmet.

Statistiske analyser og præsentation af resultater

Spørgeskemaundersøgelsens deskriptive analyser præsenteres først for den samlede brugergruppe. Herefter beskrives resultaterne for de enkelte brugergrupper, herunder eventuelle forskelle mellem brugergrupperne. Af diskretionshensyn præsenterer vi ikke resultater, hvor en procentandel er baseret på færre end 5 respondenter i en svarkategori. I disse tilfælde slås flere svarkategorier sammen, og/eller resultater beskrives på et mere overordnet niveau.

Til at undersøge, om besvarelsenerne adskiller sig statistisk signifikant fra hinanden, afhængigt af om der er tale om deltagere fra sygehus, egen læge, kommune eller pårørendebrugergruppe, er der anvendt Rao-Scott χ^2 -test, hvor der tages højde for, at der indgår flere besvarelsener, som er baseret på det samme V4M.

Opdelt på brugergruppe er andelen (især for egen læge og pårørende) baseret på relativt få besvarelsener. Det betyder, at de specifikke andele bør tolkes med forsigtighed. De relativt få besvarelsener i nogle af brugergrupperne betyder også, at forskelle mellem grupper, der umiddelbart kan synes store, ikke altid er forskellige i en statistisk forstand. Forskelle mellem grupper omtales kun eksplicit, hvis de er statistisk signifikant forskellige ved et 5-procents-signifikansniveau, dvs. at sandsynligheden for, at den fundne sammenhæng beror på en tilfældighed, er mindre end 5 %.

2.2.2 Kvalitative interviews med de fire brugergrupper

Der er gennemført i alt fire gruppeinterviews: en gruppe med informanter fra sygehuset, to grupper fra fire kommuner, en gruppe af pårørende og to interviews med en praktiserende læge, der også var formand for lægeforening. I det ene interview deltog også en speciallæge fra sygehuset med henblik på at tale om behandlingsansvaret for ældre patienter med multisygdom.

Alle interviews er gennemført som onlinemøde via videolink. Informanterne er rekrutteret via interessetilkendegivelser med mailadresser i V4M-spørgeskemaundersøgelsen. I alt tilkendegav 15 personer fra sygehuset deres interesse i at deltage i fokusgruppeinterview med hhv. kollegaer/andre pårørende: 6 læger fra almen

praksis, 14 personer fra fire kommuner og 10 pårørende. I alt endte 19 informanter med at deltage i gruppeinterviewene. Frafaldet tilskrives bl.a., at alle interviews blev gennemført i august 2024, hvor nogle respondenter fortsat var på ferie.

- **Sygehus:** 5 tilmeldte med 1 frafald, i alt gruppeinterview med 4 personer (læger og sygeplejersker).
- **Almen praksis:** 2 interviews med 1 praksislæge, hvoraf der deltog speciallæge fra sygehus i det ene interview.
- **Kommune:** Gruppeinterview I med 7 deltagere fra fire kommuner (sygeplejersker og terapeuter), gruppeinterview II med 2 personer fra en kommune (visitatorer med baggrund som sygeplejerske og terapeut).
- **Pårørende:** 3 deltagere (1 mand og 2 kvinder).

Interviewenes varighed lå mellem 40 minutter og 1 time, i alt ca. 4 timer og 50 minutter. Lydfilerne er transskriberet.

Fire semistrukturerede interviewguides til gruppeinterviewene er udviklet på baggrund af kvalitative udsagn fra de respektive brugergrupper i spørgeskemaets fritekstfelter og fra observation af otte V4M med patienter. Observationerne har givet interviewer (Helle Wentzer) en for forståelse af V4M-samtalernes karakter og deltageres interaktioner. Interviewguidens spørgsmål spørger ind til nogle af de erfaringer, som informanterne selv fremhæver som vigtige i fritekstfelterne med henblik på at få dem udfoldet i gruppen.

De transskriberede gruppeinterviews er analyseret på baggrund af kritisk hermeneutik (Ihde, 1999; Ricoeur, 1988), som fire tegnsemiotiske tekster, hvori deltagere fra hver af de fire organisatoriske parter udfolder deres respektive perspektiver på samarbejdet med de andre parter samt det virtuelle mødes betydning herfor.

Interviewteksterne er meget forskellige fra hinanden og er relateret til informanternes forskellige erfaringer og kontekster. Resultaterne fra den kvantitative analyse, særligt i form af *statistisk signifikante forskelle* mellem brugergruppernes oplevelser, er indgået som analysespørgsmål til interviewteksterne med henblik på at få uddybende svar. Interviewteksterne er således genereret ud fra spørgsmål i interviewguiden, delvist baseret på baggrund af brugergruppernes kvalitative kommentar i fritekstfelterne, og analyseret kritisk på baggrund af resultater i spørgeskemaanalysen med henblik på at uddybe forskelle og ligheder mellem parterne.

Disse forskelle er sammen med brugergruppernes forslag til udvikling af samarbejdet med hinanden samlet fortolket som "informationer", der i læringsforstand, "gør en forskel" for parterne (Bateson, 2000; Engestrøm, 2014). Brugernes erfaringer med

hinanden i det virtuelle samarbejde udvider deres kontekstforståelse og åbner potentielt for nye udviklinger og organiseringer af samarbejdet.

2.2.3 Etik og forbehold

Forskningsprojektet er godkendt af VIVEs etiske udvalg (december 2023). Information om projektet er alment tilgængeligt på <https://www.vive.dk/da/undersogelser-i-gang/vive-evaluerer-tvaersektorielle-videomoeder-om-det-komplekse-patientforloeb-0dx4nkvo/>

I evalueringen indgår ikke patientdata. Deltagerne i projektet er informeret både mundtligt om deltagelse i forskningsprojektet på sygehusafdelingen, hvor V4M er gennemført med patienten, og skriftligt af VIVE. Deltagerne har modtaget et informationsbrev om deltagelse i et videnskabeligt projekt fra projektleder Helle Sofie Wentzer i tilknytning til spørgeskemaundersøgelsen og igen et brev i tilknytning til det kvalitative online fokusgruppeinterview (21. juni 2024). Af informationsbrevene fremgår retsgrundlag for udarbejdelsen af en videnskabelig undersøgelse i samfundets interesse og GDPR Databeskyttelsesloven. Deltagerne oplyses, at det er frivilligt at deltage, at deltagelse eller ej ikke påvirker konkrete indsatser eller tilbud herom, at data behandles fortroligt, at anonymitet sikres, og at informationer ikke bruges til at træffe afgørelser om konkrete patienters forløb eller om en eller flere sundhedsparters ansvar herfor.

3

Evaluering af brugernes oplevelse af V4M

Kapitlet præsenterer analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen til besvarelse af delformål 1: brugernes oplevelser af V4M's relevans for parterne hver især.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen evalueres med afsæt i de fem evalueringstemaer, præsenteret i afsnit 2.1.3, der er centrale for at styrke den tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om ældre patienter med multisygdom og gentagne indlæggelser:

- Evalueringstema 1: V4M's relevans for inddragelse af patienten og brugerne
- Evalueringstema 2: Videomødets samspil med deltagernes ansvar, organisationer og kompetencer
- Evalueringstema 3: Den tekniske og kommunikative kvalitet på videomødet
- Evalueringstema 4: Videomødets betydning for patientens videre forløb
- Evalueringstema 5: Interorganisationelt kollegaskab.

Data i spørgeskemaundersøgelsen er overvejende kvantitative, men kvalitative data indgår også fra fritekstfelter i spørgeskemaet. Resultaterne giver samlet set et indblik i brugernes oplevelse af V4M som et redskab til kommunikation og samarbejde om skrøbelige ældre, der er hospitalsindlagte med multisygdomsforløb.

I afsnittene 3.1-3.4 præsenteres først brugernes samlede besvarelser til oplevelsen af det pågældende princip. Dernæst præsenteres besvarelserne opdelt på de fire brugergrupper hospital, kommune, almen praksis og pårørende. Forskelle mellem brugergrupperne, der er statistisk signifikante, trækkes frem i analysen med henblik på at identificere vigtige forskelle i brugergruppernes oplevelser af de fire overordnede principper.

Afsnit 3.5 sammenfatter resultaterne fra de fire afsnit 3.1-3.4 i samlet refleksion af, hvorvidt brugernes erfaringer med V4M samlet set bidrager til det 5. tema om 'kollegaskab', der er særligt ved at være interorganisationelt og relatere til brugernes tillid til hinanden i virtuelt samarbejde. Udvikling af interorganisatorisk kollegaskab er vigtig for sammenhængskraften mellem parterne; at brugerne forventer og oplever på tværs af deres vidensdomæner og organisationer, og at de virtuelt kan koordinere ældre patienters cirkulære forløb tilfredsstillende. Resultaterne herfra udfoldes efterfølgende i kapitel 4 via kvalitative data fra gruppeinterviews med de fire parter.

3.1 Tema 1: V4M's relevans for inddragelse af patienten og brugerne

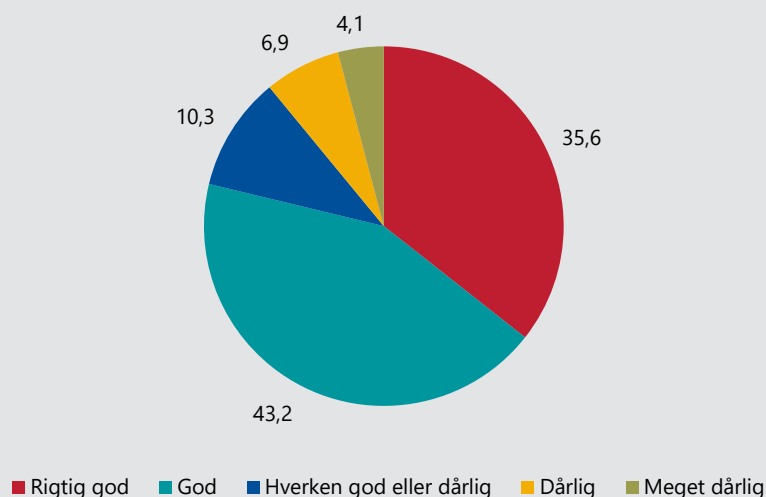
Formålet med V4M er at muliggøre tættere kommunikation mellem de mange parter, der er afgørende for at skabe en sammenhængende plan for den svækkede ældre med multisygdom. Det er en kommunikation, der traditionelt set sker asynkront gennem udveksling af digitale oplysninger mellem de respektive parter it-systemer. Det virtuelle møde muliggør synkron kommunikation med dialog mellem de fire parter med en anden struktur for vidensdeling og meningsforhandling end den skriftlige form. Dette afsnit præsenterer resultaterne til det første evalueringstema: V4M's relevans for inddragelse af patienten og brugerne, Respondenternes oplevelse af mødet.

Brugerne dækker forskellige vidensdomæner og ansvarsområder, der kan have betydning for oplevelsen af redskabets relevans. Ligeledes er inddragelsen af patienten i planlægning af forløbet helt centralt for mødets legitimitet og som fælles fokus og udgangspunkt for V4M-samtalen. Patientgruppen af indlagte ældre med multisygdom kan være meget alders- og sygdomssvækket, hvorved deres opmærksomhed og stemmekraft kan være nedsat. Dette gør dem også i højere grad afhængige af, at pårørende og sundhedsprofessionelle bidrager til at italesætte deres situation og muligheder.

Spørgeskemaundersøgelsens deltagere bliver spurgt til: 1) deres overordnede oplevelse af deres deltagelse i det specifikke V4M, 2) om de oplevede deres deltagelse som relevant, 3) om de fik mulighed for at bidrage med deres kendskab til patienten, 4) deres holdning til, om V4M var nødvendigt i forhold til patientens situation, 5) patientens stemme og betydningen for samtalen, samt 6) hvilke emner der indgik i de specifikke V4M-samtaler til koordination af patientens forløb.

Figur 3.1 viser respondenternes overordnede oplevelse af at deltage i V4M samlet set. Det ses, at et stort flertal på 78,8 % af brugerne svarede, at deres oplevelse af V4M var god (43,2 %) eller rigtig god (35,6 %). De resterende svar fordeler sig på 10,1 %, som svarede, at oplevelsen hverken var god eller dårlig, mens samlet set 11 % svarede, at det havde været en dårlig (6,9 %) eller meget dårlig oplevelse (4,1 %).

Figur 3.1 Overordnet oplevelse af V4M. Alle respondenter samlet set. Procent.



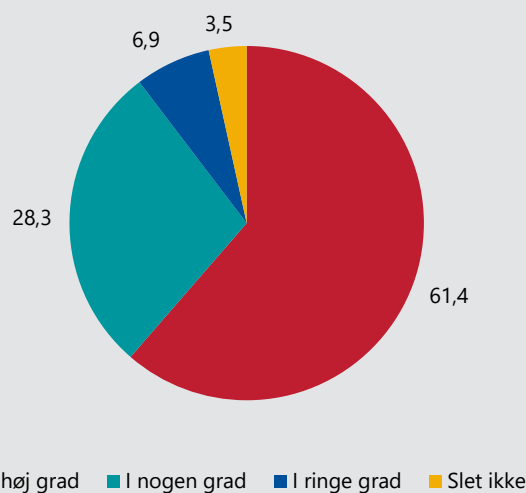
Anm.: N = 146.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergrupper gælder det for alle fire brugergrupper, at et stort flertal på mellem 71,9 % og 82,2 % svarer, at mødet var en god eller rigtig god oplevelse, og at der ikke er nogen statistisk signifikant forskel i denne andel afhængigt af brugergruppe. Ser vi omvendt på andelen, der svarede, at deres oplevelse af V4M var dårlig eller meget dårlig, ses der en signifikant forskel på tværs af brugergrupper. Her svarer de pårørende i signifikant højere grad (23,2 %), at deres oplevelse var dårlig eller meget dårlig, end respondenter fra sygehuset (8,1 %). Der var ingen signifikante forskelle mellem de øvrige brugergrupper. Fælles for de fire brugergrupper er imidlertid, at kun få respondenter har svaret, at deres overordnede oplevelse af V4M var dårlig eller meget dårlig. Af diskretionshensyn vises resultaterne opdelt på brugergruppe ikke i denne rapport.

Figur 3.2 viser, i hvilken grad respondenternes oplevede, at deres deltagelse i V4M var relevant. Et flertal på 61,4 % svarede, at deres deltagelse ved mødet 'i høj grad' var relevant, mens 28,4 % vurderede, at deres deltagelse 'i nogen grad' var relevant. Godt hver tiende svarede, at deres deltagelse ved mødet kun 'i ringe grad' (6,9 %) eller 'slet ikke' (3,5 %) var relevant.

Figur 3.2 Oplevelse af deltagelse i V4M som relevant. Alle respondenter samlet set. Procent.



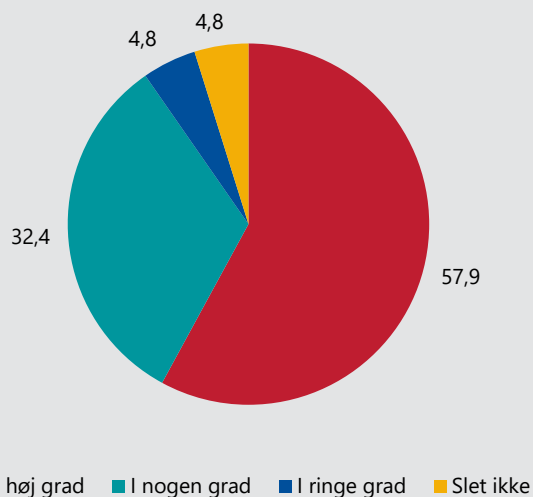
Anm.: N = 145.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe ses der forskelle i respondenternes oplevelse af deres deltagelse i V4M som relevant. Respondenter fra sygehuset svarede i signifikant højere grad, at deres deltagelse 'i høj grad' var relevant (67,7 %) end egen læge (35,7 %). Ligeledes vurderede et stort flertal (76,9 %) af de pårørende, at deres deltagelse 'i høj grad' var relevant. Det er en signifikant højere andel end blandt egen læge og respondenter fra kommunen (51,2 %). Der sås ikke yderligere statistisk signifikante forskelle mellem brugergrupperne. For alle brugergrupper gælder det, at kun relativt få respondenter svarede, at deres deltagelse i V4M kun 'i ringe grad' eller 'slet ikke' var relevant. Yderligere resultater præsenteres således ikke.

Figur 3.3 viser, i hvilken grad respondenterne oplevede, at de fik mulighed for at bidrage med deres kendskab til patienten. Her svarede et flertal på 57,9 %, at de 'i høj grad' fik mulighed for at bidrage med deres kendskab til patienten. Knap en tredjedel svarede, at det 'i nogen grad' var tilfældet, mens knap hver tiende svarede, at de kun 'i ringe grad' (4,8 %) eller 'slet ikke' (4,8 %) fik mulighed for at bidrage med deres kendskab til patienten.

Figur 3.3 Oplevelse af at få mulighed for at bidrage med kendskab til patienten. Alle respondenter samlet set. Procent.



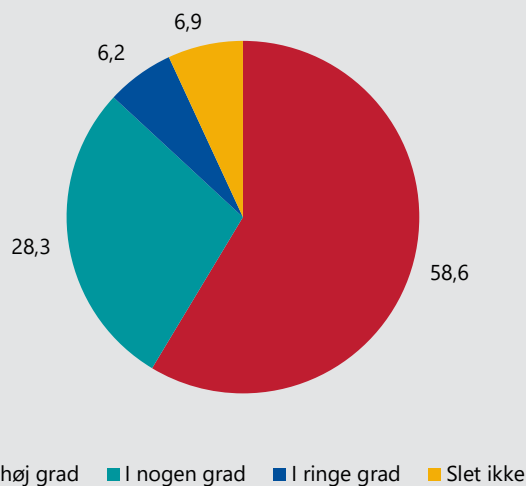
Anm.: N = 145.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe er der kun få respondenter, der svarerede, at de 'slet ikke' eller kun 'i ringe grad' fik mulighed for at bidrage med deres kendskab til patienten ved V4M. Et stort flertal (71,0 %) af deltagerne fra sygehuset svarerede, at de 'i høj grad' fik lov til at bidrage med deres viden om patienten. Det er en signifikant højere andel end blandt deltagerne fra kommunen, hvor 37,2 % angav, at de 'i høj grad' fik mulighed for at bidrage med viden om patienten. Blandt egen læge og de pårørende svarerede hhv. 57,1 % og 61,5 %, at de havde fået mulighed for at bidrage med deres viden om patienten. Andelen i disse brugergrupper er imidlertid ikke signifikant forskellig fra de to andre brugergrupper.

Figur 3.4 viser, i hvilken grad respondenterne oplevede, at V4M var nødvendigt i forhold til patientens situation. Et flertal på 58,6 % svarerede, at videomødet 'i høj grad' var nødvendigt, mens 28,3 % svarerede, at mødet 'i nogen grad' var nødvendigt, patientens situation taget i betragtning. Samlet set svarerede 13,1 %, at mødet 'slet ikke' eller kun 'i ringe grad' var nødvendigt.

Figur 3.4 Oplevelse af V4M som nødvendigt i forhold til patientens situation. Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N =145.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe er det kun få respondenter i de enkelte brugergrupper, der svarer, at V4M 'slet ikke' eller kun 'i ringe grad' var relevant i forhold til patientens situation. Blandt respondenter fra sygehuset og blandt de pårørende svarede et flertal på hhv. 66,1 % og 73,1 %, at de 'i høj grad' vurderede V4M som nødvendigt. Blandt egen læge og respondenter fra kommunen angav hhv. 42,9 % og 44,2 %, at mødet i høj grad var nødvendigt, patientens situation taget i betragtning. Det er imidlertid kun respondenter fra sygehuset, der adskiller sig statistisk signifikant i forhold til en anden brugergruppe. Respondenter fra sygehuset angav således i signifikant højere grad end respondenter fra kommunen, at mødet 'i høj grad' var nødvendigt.

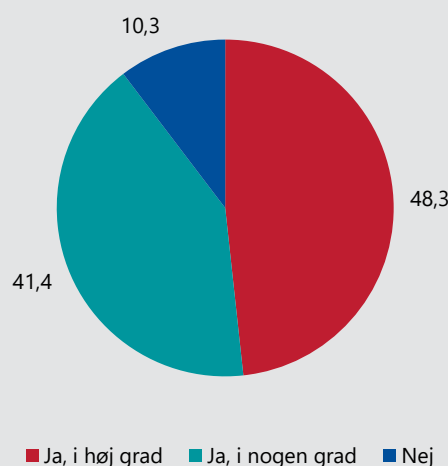
3.1.1 Patientens stemme og betydning for samtalen

Spørgeskemaundersøgelsens deltagere blev spurgt til: 1) om patienten under V4M gav udtryk for ønsker til sit forløb og i givet fald: 2) hvilken betydning patientens ønsker havde for samtals udvikling.

Ud af de 46 V4M er der kun ganske få møder, hvor der ikke er mindst én respondent, der har svaret, at patienten i høj eller nogen grad gav udtryk for ønsker til sit forløb.

Figur 3.5 viser, i hvilken grad den samlede gruppe af respondenter oplevede, at patienten gav udtryk for ønsker til sit forløb. Knap halvdelen af respondenterne (48,3 %) oplevede, at patienten 'i høj grad' gav udtryk for ønsker, mens 41,4 % svarede, at patienten 'i nogen grad' gav udtryk for ønsker til sit forløb. Godt hver tiende respondent svarede, at patienten ikke gav udtryk for nogle ønsker.

Figur 3.5 Oplevelse af, at patient gav udtryk for ønsker til sit forløb. Alle respondenter samlet set. Procent.



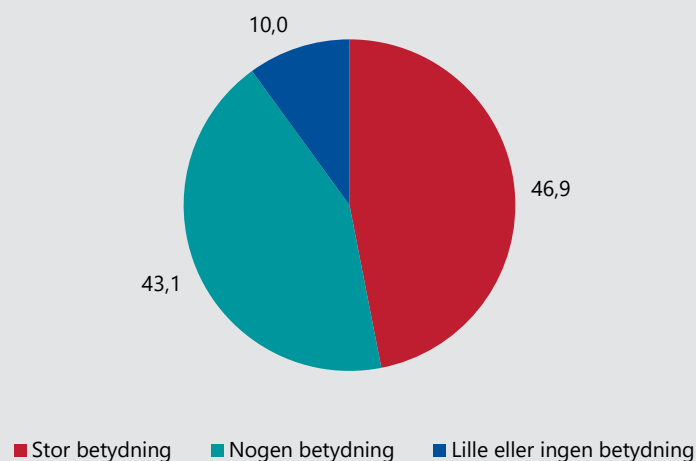
Anm.: N = 145.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarede et flertal på 61,3 % af respondenterne fra sygehuset, at de oplevede, at patienten i høj grad gav udtryk for ønsker til sit forløb. Det er en signifikant højere andel end blandt de pårørende, hvor 30,8 % oplevede, at patienten gav udtryk for ønsker til sit forløb. Blandt respondenter fra kommunen var andelen 51,2 %. Denne andel adskiller sig ikke signifikant fra de to andre grupper. Kun ganske få respondenter fra egen læge svarede hhv. 'i høj grad' eller 'nej' til, at patienten gav udtryk for ønsker til sit forløb. De specifikke andele præsenteres derfor ikke af diskretionshensyn.

Samlet blev der i 130 besvarelser markeret, at patienten gav udtryk for ønsker til sit forløb. Figur 3.6 viser, hvilken betydning de 130 respondenter oplevede, at patientens ønsker fik for samtaleudviklingen. Knap halvdelen (46,9 %) svarer, at patientens ønsker havde stor betydning, 43,1 %, at de havde nogen betydning, mens 10 % svarer, at patientens ønsker ingen eller kun lille betydning havde.

Figur 3.6 Oplevet betydning af patientens ønsker for samtals udvikling.
Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 130.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe er respondenter fra sygehuset signifikant mere tilbøjelige til at svare, at patientens ønsker havde en stor betydning for samtals forløb (69,1 %), end respondenter fra kommunen (30,8 %) eller pårørende (29,7 %). Den specifikke andel for egen læge præsenteres ikke af diskretionshensyn. Omvendt svarede egen læge (58,3 %), respondenter fra kommunen (59 %) samt pårørende (54,2 %) i signifikant højere grad end respondenter fra sygehuset (23,6 %), at patientens ønsker havde 'nogen betydning' for samtals forløb. Der var kun få i de enkelte brugergrupper, der svarede, at patientens ønsker ingen eller kun lille betydning havde.

3.1.2 Samtaleemner i V4M

I spørgeskemaet blev respondenterne bedt om at svare på, hvilke emner der var blevet talt om ved V4M efterfulgt af 20 forskellige emner, som de kunne krydse af. Antallet af besvarelser pr. V4M varierer, hvilket betyder, at nogle emner kan være angivet hyppigere, fordi der er flere respondenter fra et specifikt møde. Omvendt kan der inden for det samme møde være variation i de enkelte respondents opfattelse af, hvad der blev talt om ved det pågældende møde. Tabel 3.1 præsenterer, hvilke emner der blev talt om ved V4M.

Kolonne 2 i Tabel 3.1 viser andel besvarelser, der har svaret, at der blev talt om det pågældende emne på V4M. Kolonne 3 viser andelen af de 46 V4M, hvor mindst én respondent angav, at der var blevet talt om det pågældende emne. Af tabellen fremgår det, at patientens indlæggelse, sygehistorie, status på sygeproblemer, udskrivelse og funktionsniveau er nogle af de emner, som respondenterne hyppigst markerer, at der er blevet talt om, efterfulgt af emner som medicin, behov for pleje og hjælp i hverdagen fra kommunen. Dette understøttes af en høj andel af møder, hvor mindst én respondent svarer, at der er blevet talt om disse emner.

Det fremgår også af Tabel 3.1, at der i lavere grad er blevet talt om fravalg af behandling, fx genoplivning eller anden behandling. Blot 6,2 % af respondenterne svarer, at dette emne blev italesat på mødet. Andel af møder, hvor mindst én respondent har svaret, at der blev talt om fravalg af behandling, er 15,2 %. Hyppigere er forekomsten af, at der blev talt om andre emner, 'Andet' på 41,3 % af møderne, samt 'Aftaler med en speciallæge, diætist eller anden konsulent' på 41,3 % af møderne.

Tabel 3.1 Emner, der blev talt om på V4M, opdelt på andel respondenter og andel møder. Procent.

Samtaleemner ved V4M	Andel besvarelser, der har angivet, at der blev talt om emnet	Andel møder, hvor mindst én respondent har angivet, at der blev talt om emnet
Patientens indlæggelse	89,7	100
Patientens sygehistorie	82,8	100
Status på sygdomsproblemer	89,7	100
Udskrivelse	78,6	97,8
Bolig	49,7	71,7
Funktionsniveau	77,9	93,5
Medicin	68,3	91,3
Dagligdag	42,8	73,9
Evne til at deltage i behandlingen	24,8	50
Evne til at passe på sig selv	40,7	67,4
Behov for pleje	61,4	91,3
Behov for genoptræning	53,1	71,7
Ændringer i behandlingsplan	33,1	58,7
Ændringer i plejeplan	25,5	65,2
Fravalg af behandling, fx genoplivning eller anden behandling	6,2	15,2

Samtaleemner ved V4M	Andel besvarelser, der har angivet, at der blev talt om emnet	Andel møder, hvor mindst én respondent har angivet, at der blev talt om emnet
Modtagelse af kommune ved udskrivelse	37,9	65,2
Hjælp i hverdagen fra pårørende	33,8	56,5
Hjælp i hverdagen fra kommunen	65,5	87
Aftaler med speciallæge, diætist eller anden konsulent	17,2	41,3
Andet	17,9	41,3

Anm.: Respondenter: N = 145, antal møder = 46.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Tabel 3.1 med de mange samtaleemner på V4M demonstrerer også kompleksiteten i at koordinere tværsektorielle forløb for svækkede ældre med multisygdom. Der er mange forhold, der skal tages højde for og integreres med hinanden for at kunne lave en samlet plan.

3.1.3 Kvalitative betragtninger på patientinddragelsen i samtalen

Samlet set svarer brugerne, at der finder patientinddragelse sted på V4M. I spørgeskemaets fritekstfelt har brugerne kommenteret deres oplevelse af individuelle patienters V4M. De efterfølgende beskrivelser giver indblik i, at inddragelsen af patienterne har været uhensigtsmæssig på særlig tre områder.

Justering af screeningskriterie til V4M

På baggrund af brugernes oplevelse af konkrete patienters V4M anbefales det ved patientscreening til V4M at være særlig kritisk opmærksom på hensigtsmæssigheden af at tilbyde V4M til patienter, der er karakteriseret ved at være:

- hørehæmmet, have sprogproblemer, hukommelsespræget, nær livets afslutning, ønsker ophør af behandling.

Selvom intentionen med V4M er det modsatte, nemlig inddragelse – kan V4M få en ekskluderende effekt for disse patienter, når der af fx ovennævnte grunde bliver *"talt hen over hovedet på patienten"*.

Skift i behandlingsfokus på V4M

Kommentarer til patientinddragelse i V4M-samtalen gør opmærksom på, at det kan være vanskeligt for parterne at skifte behandlingsniveau under selve V4M-samtalen, også selvom det er patienten selv, der ønsker ophør af behandling. En anbefaling fra en sundhedsprofessionel lyder i kommentarfeltet: "... at det (aftaler om behandlingsniveau, red.) bedst gøres fysisk tæt på patienten, hvad enten det er egen læge eller hospitalets læge, der tager det overordnede ansvar for den diskussion". Underforstået, at samtaler med patient og pårørende om radikale ændringer i patientens behandlingsplan ikke foregår virtuelt, men aftales i en fysisk lægekonsultation. Dette forudsætter forud for V4M:

- Sensitivitet på sygehuset om patientens reelle ønsker til behandling, fx lindrende behandling med palliation frem for standard medicinsk behandling.

Rammebetingelser for patientsikkerhed på V4M

Andre forhold, brugerne gør opmærksom på i deres skriftlige kommentar til V4M-samtalen, er rammebetingelserne for patientinddragelse, såsom at:

- Pårørende med demens kan forstyrre det virtuelle møde u hensigtsmæssigt
- Deltagerne i V4M-samtalen fysisk befinder sig i aflukkede rum uden andre patienter og/eller fremmede personer, der kan se og høre samtalen.

Videoløsningen kræver en skærpet bevidsthed om GDPR, så som risikoen for visuelt og auditivt at dele patientens private oplysninger med uvedkommende. Alle parter bør derfor være opmærksomme på under planlægning af deres deltagelse i virtuelt møde, om de er i et rum, der er afskærmet på en patientsikker måde.

3.2 Tema 2: Videomødets samspil med deltagernes ansvar, organisationer og kompetencer

Relevansen af V4M som et sundhedsprofessionelt og tværsektorielt arbejdsredskab afhænger også af, hvorvidt den digitale løsning understøtter brugernes ansvarsområder og tilrettelæggelsen af arbejdet i deres respektive organisationer. Prioritering af V4M forudsætter brugernes motivation og tid til at deltage. Dette gælder også pårørende, hvis deltagelse og ansvar for syge venner eller familiemedlemmer hænger sammen med deres arbejdssituation. Virtuelle møder tilbydes umiddelbart som en bekvem løsning, men indebærer ifølge V4M-drejebogen også (arbejds-)tid til mødeforberedelse samt kompetencer til at koble sig på og deltage i det virtuelle

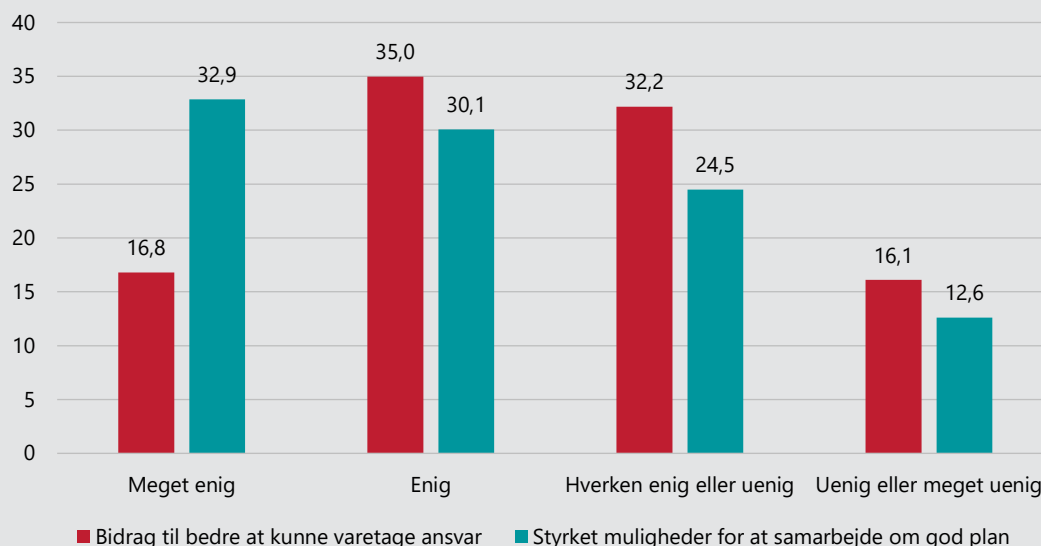
møde. Følgende afsnit præsenterer, hvorledes brugerne oplever V4M i samspil med deres ansvar, arbejdsgange, tidsforbrug og kompetencer.

3.2.1 Understøttelse af brugernes ansvar for patientens forløb

Centralt for evaluering af V4M er brugernes oplevelse af, at det er et redskab, der understøtter dem i deres respektive ansvarsområder for patienten. I spørgeskemaundersøgelsen blev deltagerne derfor spurgt om, hvorvidt V4M bidrager til varetagelse af deres ansvar for patienten. Figur 3.7 præsenterer, i hvilken grad den samlede gruppe af respondenter var enige eller uenige i: 1) at V4M bidrog til, at de bedre kunne varetage ansvaret for patienten, og 2) at V4M styrkede muligheden for samarbejde om at lave en god plan for patienten.

Knap hver tredje (32,9 %) svarede, at de var 'meget enige' i, at V4M havde styrket deres mulighed for at samarbejde om at lave en god plan for patienten, mens 30,1 % svarede, at de var 'enige' i dette. Hver fjerde (24,5 %) svarede, at de hverken var enige eller uenige. Når det kommer til V4M som bidrag til bedre at kunne varetage sit ansvar for patienten, er andelen, der svarer 'meget enig' til dette, signifikant lavere (16,8 %) i forhold til at kunne samarbejde om at lave en god plan for patienten. Godt en tredjedel (35,0 %) svarede 'enig', mens 32,2 % svarede, at de hverken var enige eller uenige i, at videomødet havde bidraget til, at de bedre kunne varetage deres ansvar for patienten. Et mindretal af respondenterne svarede, at de var uenige eller meget uenige i, at V4M bidrog til hhv. varetagelse af ansvar (16,1 %) og styrkede muligheder for samarbejde om plan for patienten (12,6 %).

Figur 3.7 V4M som bidrag til varetagelse af ansvar og at styrke muligheder for samarbejde om at lave en god plan for patienten. Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 143.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarer et flertal af respondenterne fra sygehuset (67,2 %), at de er 'enige' eller 'meget enige' i, at mødet har gjort det lettere at varetage deres ansvar for patienten. Det er en signifikant højere andel end blandt respondenter fra kommune og de pårørende, hvor hhv. 38,1 % og 42,3 % svarer, at de er 'enige' eller 'meget enige'. Respondenter fra kommune og de pårørende svarer i signifikant højere grad, at de hverken er enige eller uenige i, at det har bidraget til, at de bedre kan tage ansvar for patienten. For alle fire brugergrupper gælder det, at det er et mindretal (mellem 13,1 % og 15,4 %), som svarer, at de er uenige eller meget uenige. I flere brugergrupper handler det om få respondenter, hvorfor de præcise andele ikke vises.

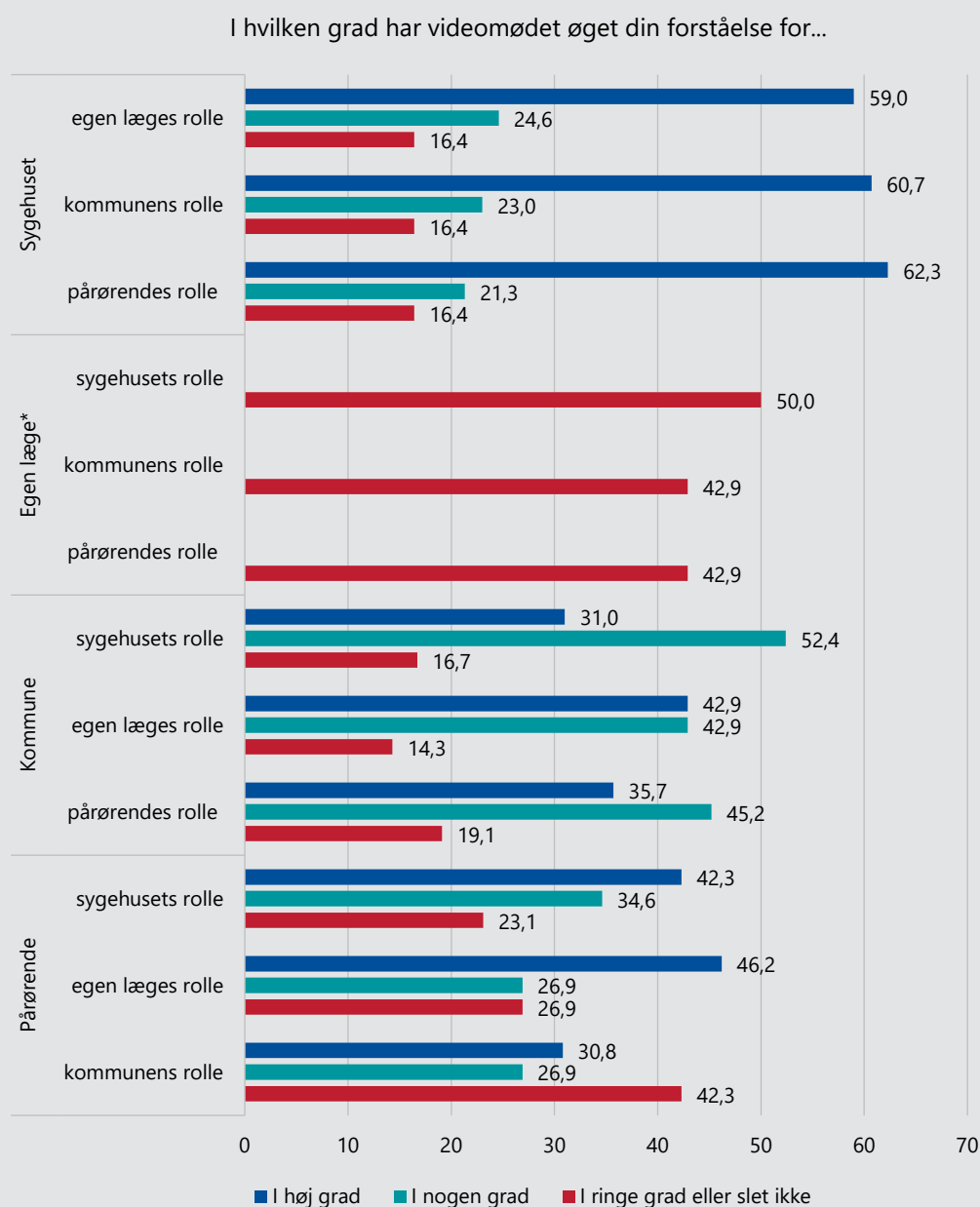
Hvad angår udsagnet om, at V4M har styrket deres muligheder for at samarbejde om at udarbejde en god plan for patienten, svarer et stort flertal af respondenterne fra sygehuset, at de er 'enige' eller 'meget enige' (72,1 %). Blandt egen læge og respondenter fra kommune gælder det 57,1 % i begge brugergrupper, mens 53,9 % af de pårørende erklærer sig 'enige' eller 'meget enige'. Forskellen mellem de fire brugergrupper er dog ikke statistisk signifikant. Kun få respondenter i de enkelte

brugergrupper svarer, at de er 'uenige' eller 'meget uenige' i, at V4M har styrket muligheden for at samarbejde om en god plan for patienten (mellem 9,8 % og 15,4 %).

3.2.2 Mødets betydning for tværsektorielt arbejde

Deltagere i spørgeskemaundersøgelsen blev spurgt til V4M's betydning for det tværsektorielle arbejde. Figur 3.8 viser, i hvilken grad V4M har øget respondenternes forståelse for de andre brugergruppers rolle i patientens forløb. Blandt respondenter fra sygehuset giver ca. 6 ud af 10 respondenter udtryk for, at V4M 'i høj grad' har øget forståelsen for de tre andre brugergruppers roller. Et mindretal på 16,4 % giver udtryk for, at mødet kun 'i ringe grad' eller 'slet ikke' har øget forståelsen for hhv. egen læges, kommunens og de pårørendes rolle i patientens forløb.

Figur 3.8 Grad V4M har øget forståelse for andre brugergruppers rolle i patientens forløb opdelt på brugergruppe. Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: Sygehuset: N = 61, Egen læge: N = 14, Kommune: N = 42, Pårørende: N = 26.

Note: * Kun få respondenter fra egen læge svarede 'i høj grad'. Andele for 'i høj grad' og 'i nogen grad' præsenteres derfor ikke.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Blandt respondenter fra kommunen svarer 31,0 %, at V4M 'i høj grad' har øget forståelsen af sygehusets rolle, mens godt halvdelen (52,4 %) svarer, at det 'i nogen grad' er tilfældet. Det er en signifikant højere andel end de 16,7 %, der svarer, at mødet 'slet ikke' eller kun 'i ringe grad' har øget forståelsen. Samme overordnede billede gør sig gældende, hvad angår forståelsen for de pårørendes rolle (se Figur 3.8). Samlet set svarer 85,8 % af de kommunale respondenter, at mødet 'i høj grad' (42,9 %) eller 'i nogen grad' (42,9 %) har øget deres forståelse for egen læges rolle.

Blandt de pårørende svarer samlet set 76,9 %, at mødet 'i høj grad' (42,3 %) eller 'i nogen grad' (34,6 %) har øget deres forståelse for sygehusets rolle, mens knap hver fjerde (23,1 %) svarer 'slet ikke' eller 'i ringe grad'. På tilsvarende vis svarer 73,1 %, at mødet 'i høj grad' eller 'nogen grad' har øget deres forståelse for egen læges rolle. Hvad angår de pårørendes forståelse for kommunens rolle, er den tilsvarende andel samlet set 57,7 %.

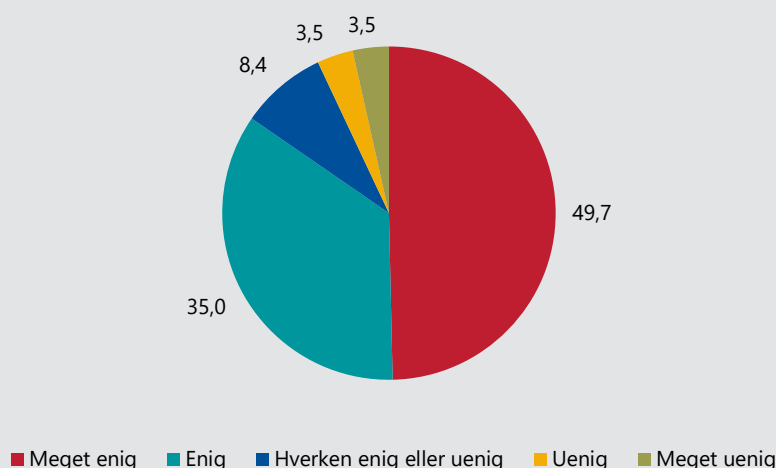
Blandt egen læge var der kun få respondenter, der svarer, at V4M 'i høj grad' har bidraget til en øget forståelse af de andre brugergruppers rolle i patientens forløb. Således er det udelukkende den andel af respondenter fra egen læge, som har svaret, at mødet 'slet ikke' eller 'i ringe grad' har bidraget til en øget forståelse af hhv. sygehusets (50 %), kommunens (42,9 %) og de pårørendes rolle (42,9 %), der præsenteres i figuren.

3.2.3 Effektivitet og tidsbrug

Deltagerne blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt til: 1) om V4M var en effektiv måde at få sygehus, egen læge, kommunen og pårørende til at tale sammen om patientens forløb, 2) hvor lang tid de brugte på mødeforberedelse, 3) hvor lang tid mødet tog, og 4) om de oplevede mødets længde som passende for samtalen. Endelig blev deltagerne spurgt til foretrukne tidspunkter på dagen for mødeafholdelse.

Figur 3.9 viser, i hvilken grad den samlede gruppe af respondenter oplevede, at videomødet var en effektiv måde at få de fire brugergrupper til at mødes og tale sammen om patientens forløb. Et stort flertal på 84,7 % svarede, at de var 'enige' (35,0 %) eller 'meget enige' (49,7 %) i udsagnet. 8,4 % var 'hverken enige eller uenige', men samlet set 7 % var 'uenige' eller 'meget uenige' i, at videomødet var en effektiv måde at tale sammen om patientens forløb.

Figur 3.9 Oplevelse af, at videomødet var en effektiv måde at få de fire brugergrupper til at mødes og tale om patientforløb. Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 143.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarede et flertal (73,7 %) af respondenter fra sygehuset, at de var 'enige' eller 'meget enige' i, at videomødet var en effektiv måde at tale sammen på, mens 8,2 % svarede, at de 'hverken var enige eller uenige'. Yderligere 8,2 % var 'uenige' eller 'meget uenige'. Blandt de resterende tre brugergrupper var det kun få, der svarede, at de var 'meget uenige', 'uenige' eller 'hverken enige eller uenige', hvilket betyder, at der ligesom blandt respondenterne er et stort flertal i disse grupper, som svarer, at de er 'enige' eller 'meget enige' i, at videomødet var en effektiv måde at tale sammen på. Denne andel er ikke statistisk forskellige grupperne imellem. De specifikke andele præsenteres dog ikke af diskretionshensyn.

Respondenter fra hhv. sygehus, egen læge og kommune blev spurgt, hvor lang tid de brugte til at forberede sig til mødet. Den gennemsnitlige forberedelse for respondenterne samlet set er 24 minutter (SD:18,2) med et spænd fra 0-75 minutters forberedelse. V4M-ledernes tidsforbrug indgår ikke i besvarelsene fra sygehuset.

Opdelt på brugergruppe er der imidlertid væsentlig forskel i den gennemsnitlige forberedelsestid brugergrupperne imellem (Tabel 3.2). Således brugte respondenter fra sygehus med en gennemsnitlig forberedelsestid på 31,5 minutter (SD:19,4) signifikant længere tid på at forberede sig til V4M end respondenter fra almen praksis

eller kommunen. Forskellen mellem egen læge og respondenter fra kommunen er derimod ikke signifikant forskellig.

Tabel 3.2 Gennemsnitlig forberedelsestid til V4M opdelt på brugergruppe

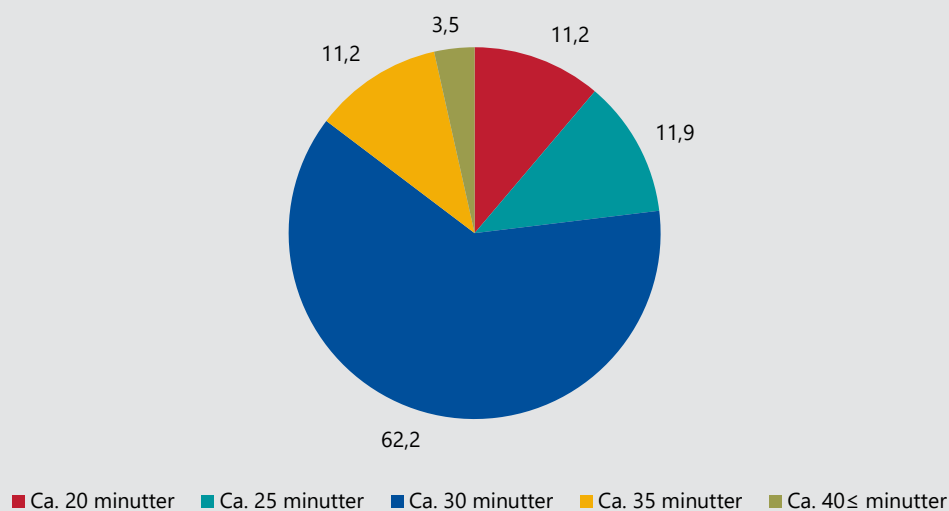
Brugergruppe	Gennemsnitligt antal minutter (SD)	95 % CI
Sygehus (N = 61)	31,5 (19,4)	25,6-36,5
Egen læge (N = 14)	11,4 (6,3)	7,8-15,1
Kommune (N = 26)	17,5 (13,9)	13,2-21,8

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Ser vi yderligere på tidsforbruget blandt de specifikke fagligheder inden for brugergrupperne, er der blandt respondenterne fra sygehuset signifikant forskel i den gennemsnitlige forberedelsestid på tværs af faglighed. Her har hospitalslægerne en signifikant højere forberedelsestid (38,6 minutter; SD: 20,3) end de deltagende hospitalssygeplejersker (19,8 minutter; SD: 9,9). Som nævnt indgår V4M-lederne ikke i analysen af sygeplejerskernes gennemsnitlige forberedelsestid. Der er derimod ikke nogen forskel mellem de respektive fagligheder inden for kommunen (resultater ikke vist).

Figur 3.10 viser fordelingen af respondenternes svar på, hvor lang tid selve V4M tog. Fordi nogle møder er repræsenteret ved flere respondenter end andre møder, er der udelukkende tale om respondenternes *oplevelse* af mødets længde og ikke fordelingen af længden på de 46 afholdte møder. Hertil kommer, at respondenter ved samme møde kan have forskellig oplevelse af mødets varighed. Yderligere analyser viste dog kun små afvigelser inden for det enkelte møde (resultater ikke vist).

Figur 3.10 Oplevelse af, hvor lang tid V4M tog. Alle respondenter samlet set. Procent.



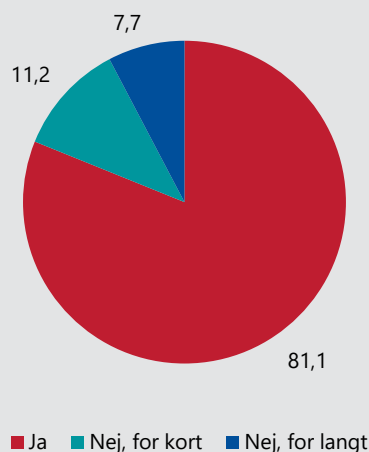
Anm.: N = 143.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Det ses, et flertal på 62,2 % svarede, at mødet tog 30 minutter. Samlet set svarede 85,3 % inden for kategorierne 25-35 minutter. **Opdelt på brugergrupper** afviger den oplevede længde af V4M ikke signifikant fra den fordeling, der ses for brugergrupperne samlet set.

Samlet set oplevede et stort flertal (81,12 %) af respondenterne videomødets længde som passende for samtalen. Godt hver tiende (11,2 %) svarede, at mødet var for kort, mens 7,7 % svarede, at mødet var for langt (Figur 3.11).

Figur 3.11 Oplevelse af videomødets længde som passende for samtalen.
Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 143.

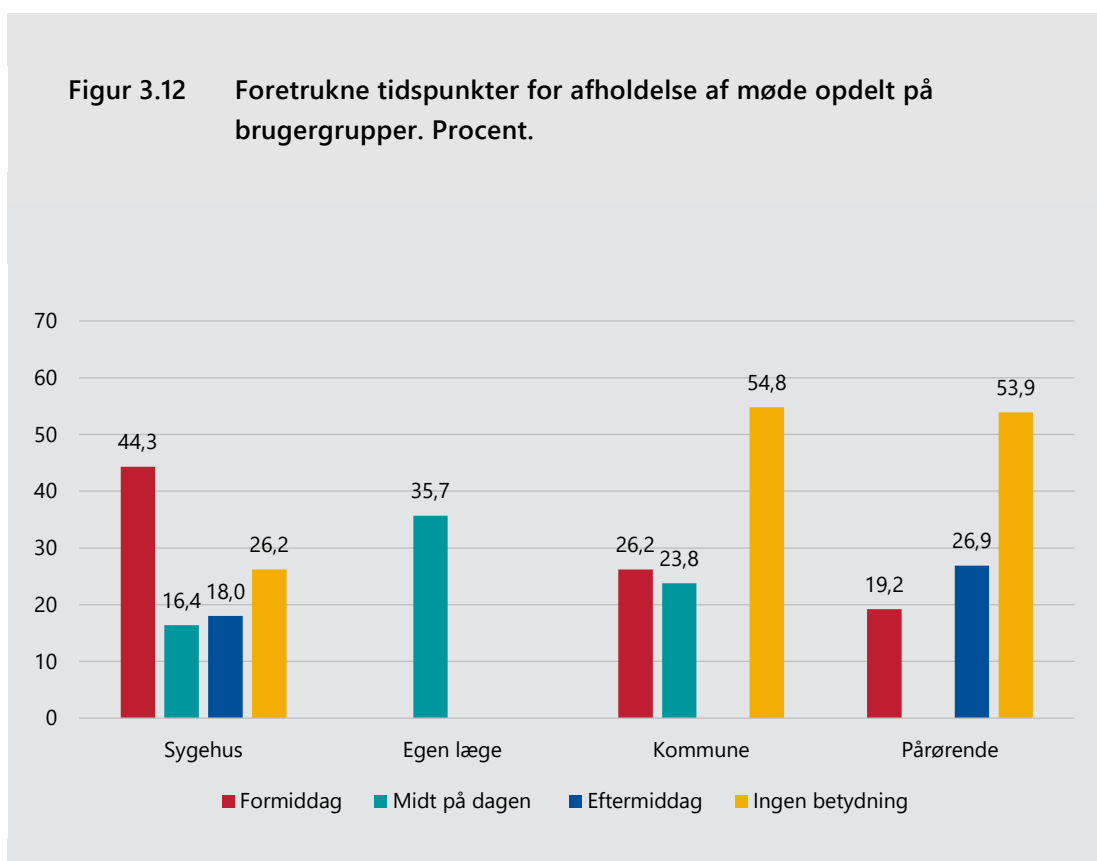
Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarede 90,2 % af respondenterne fra sygehuset, at videomødets længde var passende. Det er en signifikant højere andel end blandt respondenter fra hhv. almen praksis (57,1 %) og blandt pårørende (61,5 %). Blandt respondenter fra kommunen var andelen 88,1 %. Egen læge var mere tilbøjelig til at opfatte mødet som for langt, mens de pårørende var mere tilbøjelige til at opfatte mødet som værende for kort for samtalen. De specifikke andele vises ikke af diskretionshensyn.

Deltagerne blev i spørgeskemaundersøgelsen også spurgt om, hvilke tidspunkter på dagen, de foretrak, at mødet blev afholdt med mulighed for at svare: 1) formiddag, 2) midt på dagen, 3) eftermiddagen eller 4) at det ingen betydning har (flere svar muligt, hvis man ikke havde svaret ingen betydning). Samlet set svarer de største andele, at formiddag er bedst (31,5 %), eller at det ingen betydning har (39,9 %). Henholdsvis 18,2 % og 17,5 % svarer, at midt på dagen eller eftermiddag er bedst.

Figur 3.12 viser foretrukne tidspunkter opdelt på brugergruppe. Respondenter fra sygehuset svarer i signifikant højere grad end egen læge samt pårørende, at de foretrækker formiddag (44,3 %). Dog er der godt en fjerdedel (26,2 %), der svarer, at tidspunktet ingen betydning har. Respondenter fra kommunen (54,8 %) samt de pårørende (53,9 %) svarer i signifikant højere grad end sygehuset, at tidspunktet ingen betydning har. Blandt respondenterne fra kommunen er der kun få, der foretrækker eftermiddag. Blandt de pårørende er det kun få, der foretrækker, at mødet afholdes

midt på dagen. Endelig er der relativt få respondenter fra egen læge ($n < 5$), der foretrækker andre tidspunkter end midt på dagen. Disse vises derfor ikke i figuren.



Anm.: Sygehuset: N = 61, Egen læge: N = 14, Kommune: N = 42, Pårørende: N = 26.

Kun få respondenter fra egen læge svarede formiddag, eftermiddag eller ingen betydning. Kun få fra kommunen svarede eftermiddag. Kun få pårørende svarede midt på dagen.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

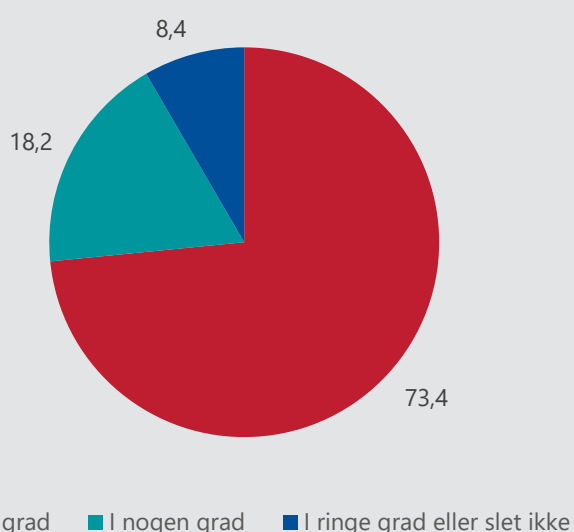
3.2.4 Mødeindkaldelse, teknik og kompetence

Deltagerne blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om en række forhold knyttet til selve mødeindkaldelsen, mere specifikt: 1) om mødeindkaldelsen fungerede, 2) om de følte sig kompetent til at bruge video som teknisk løsning, 3) om de brugte de udviklede e-læringsmoduler og 4) i hvilken grad, disse var en hjælp.

Samlet set svarede et stort flertal på 88,9 %, at mødeindkaldelsen fungerede for dem. Opdelt på brugergrupper var denne andel ikke statistisk signifikant forskellig (mellem 84,6 % og 92,86 %). Samlet set svarede 5,6 % af respondenterne, at mødeindkaldelsen fungerede med noget besvær, mens yderligere 5,6 % svarede nej til, at mødeindkaldelsen fungerede for dem.

Figur 3.13 viser, i hvilken grad respondenterne følte sig tilstrækkeligt kompetente til at bruge video som teknisk løsning. Knap 3 ud af 4 svarede, at de i høj grad følte sig kompetent. 18,2 % svarede 'i nogen grad', mens 8,4 % svarede i 'ringe grad' eller 'slet ikke' til, at de følte sig tilstrækkelig kompetent til at bruge video som teknisk løsning.

Figur 3.13 Følte du dig tilstrækkelig kompetent til at bruge video som teknisk løsning? Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 143.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarede 68,9 % af respondenterne fra sygehuset, at de i høj grad følte sig kompetent til at bruge video som teknisk løsning. Denne andel adskiller sig ikke statistisk signifikant fra de tre andre brugergrupper. Cirka hver femte respondent (19,7 %) fra sygehuset svarede 'i nogen grad', mens 11,5 % svarede, at de 'i ringe grad' eller 'slet ikke' følte sig kompetente til at bruge video. Blandt respondenter fra kommunen og blandt de pårørende svarede hhv. 78,6 % og 69,2 %, at de 'i høj grad' følte sig kompetente til at bruge video som teknisk løsning. Kun ganske få af respondenterne fra kommune svarede 'i ringe grad' eller 'slet ikke', mens der blandt de pårørende var ganske få, der svarede 'i nogen grad'. De specifikke andele for de resterende svarkategorier præsenteres derfor ikke. Blandt egen læge var der kun ganske få respondenter, der ikke svarede, at de 'i høj grad' følte sig kompetente til at bruge videoløsning.

Deltagerne ved V4M fik i mailen med mødeindkaldelsen et link til e-læringsmoduler om brug af videosamtale. Kun et lille mindretal på 6,3 % svarer, at de har brugt dette materiale forud for mødet. **Opdelt på brugergruppe** svarer 8,2 % af respondenterne fra sygehuset, at de har brugt e-læringsmoduler forud for mødet. Blandt de resterende brugergrupper er det kun ganske få, der har brugt dette materiale. Blandt de respondenter, der havde brugt materialet, svarede alle, at materialet 'i høj grad' eller 'i nogen grad' havde været en hjælp til: 1) teknikken omkring mødet og 2) til at skabe struktur for samtalens indhold.

3.2.5 Kvalitative betragtninger til V4M's effektivitet

Som det fremgår af de kvantitative besvarelser, er det tidskrævende for de sundhedsprofessionelle at deltage i V4M. I de kvalitative besvarelser af spørgeskemaet giver brugerne udtryk for nye opgaver relateret til V4M, som skal tænkes ind for at gøre V4M mere effektivt. Særligt sygehusets læger og egen læge giver udtryk for, at de er presset på ressourcer, mens pårørende og kommune godt kunne tænke sig et længere V4M. Fordelt på fire brugergrupper peger de hver især på nogle uafklarede effektivitetsopgaver mellem deres respektive arbejdsgange.

Egen læge giver udtryk for, at:

(Det er) urealistisk, at almen praksis kan deltage i alle de udskrivesmøder, der i realiteten er behov for. Vi kommer til at bruge vores frokostpause på det. Egen læge, skriftlig kommentar

Egen læge anerkender sine patienters behov for V4M, men også, at der ikke er kapacitet i almen praksis til at kunne imødekomme alle. Egen læge opfordrer til, at sygehuset kun inviterer til V4M, når behandlingsplan og udskrivelse af patienten ikke kan gennemføres *uden* egen læges tovholderfunktion og input til planen. Andet er spild af tid og ressourcer. Som nævnt så egen læge gerne, at mødet var "10 minutter kortere". Et opmærksomhedspunkt er derfor, at:

- Egen læge kun inviteres til V4M, når det er absolut nødvendigt for patienten.

Sygehuslægerne giver også udtryk for, at det er svært at finde tid til V4M. De oplever at bruge "tid efter mødet på at journalisere, lave henvisninger, lave ordinationer med mere". Det er tid, som er svært at finde i en "almindelig arbejdsdag til stuegang" og forudsætter, at lægen enten har noget forskningstid at investere i V4M eller bruger sin "fritid på at forberede sig ..[...].. og at kunne nå det hele i den kliniske hverdag". Et yderlige opmærksomhedspunkt er derfor:

- Nyt dokumentationsarbejde for sygehuslæge med at forberede V4M og videreformidle aftalte planer.

Sygehuset efterlyste mere *”dialog/diskussion med kommunen om nødvendigheden af forskellige tiltag i hjemmet”*, hvilket peger på en:

- Effektivitetsproblematik mellem sygehus og kommune om, hvorledes overgangen og ny tiltag i hjemmet bedst koordineres.

Effektiv brug af de kommunale ressourcer kræver mere afklaring. **Kommunen** efterlyser på den ene side mere taletid på V4M til den plejefaglige og rehabiliterende del af patientens plan, på den anden side oplever de også, at der går tid ”tabt” på emner som rengøring og pårørendes forventninger til kommunen, der ikke kan honoreres via et V4M. Hvorvidt kommunale visitatorer skal deltage på V4M, er også et diskussionsemne. Et yderligere opmærksomhedspunkt er derfor:

- Afklaring af en effektiv brug af de kommunale ressourcer.

For **pårørende** kan V4M gøres mere effektivt i forhold til *”at få en mere helhedsorienteret udskrivning”*, fordi der *”stadig er mange udeståender”*. De efterlyser informationer, fx *”en aktionsplan”* for, hvad de kan forvente, der skal ske også ved forværringer: en oversigt over *”hvem der er ansvarlig for hvad, trinnene heri og fordeling af ansvarsområder”*. Generelt er der en usikkerhed hos pårørende om, hvad de kan forvente af sygehuset og kommunen, særligt i forhold til, hvilken sundhedstilstand deres pårørende (patienten) udskrives med, og hvad de kan forvente/kræve af kommunal hjælp. Et yderligere opmærksomhedspunkt er derfor:

- Udvikling af redskaber til at støtte pårørendes rolle.

Disse fire opmærksomhedspunkter til effektiviteten af V4M har indvirkning på sammenhængskraften i parternes samarbejde og vil blive taget op i afsnit 3.5 til principet om interorganisatorisk kollegaskab.

3.3 Tema 3: Den tekniske og kommunikative kvalitet på videomødet

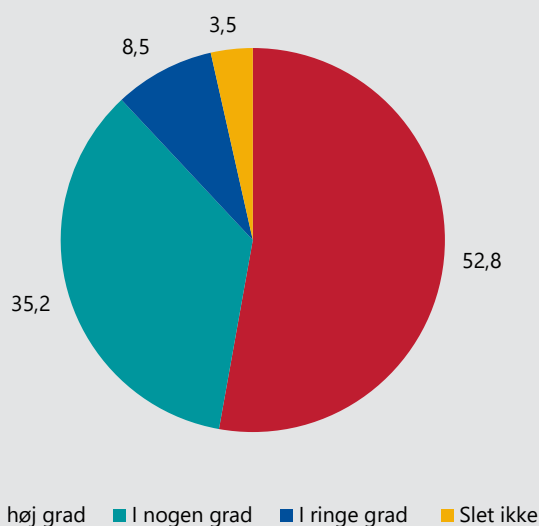
Den tekniske og kommunikative kvalitet er afgørende for, at et konkret virtuelt møde kan gennemføres, hvor deltagerne kan se og høre hinanden, samt at samtalen mellem parterne udfolder sig på en saglig og etisk forsvarlig måde. En række af spørgeskemaundersøgelsens spørgsmål handler om den tekniske og kommunika-

tive kvalitet på V4M, herunder: 1) om lyd- og billedkvaliteten var tilstrækkelig til, at man kunne høre og se de andre deltagere, 2) i hvilken grad det har betydning for samtalen at kunne se hinandens øjne via skærmen, 3) hvordan respondenten oplevede samtalen samt 4) tilfredshed med, hvordan samtalen forløb. Endelig blev deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om, hvorvidt de ville anbefale en kollega/ven at deltage i et tilsvarende V4M med en patient med kompleks sygdom.

3.3.1 Oplevelse af lyd- og billedkvalitet

Figur 3.14 beskriver, i hvilken grad respondenterne oplevede, at lydkvaliteten var tilstrækkelig til, at de kunne høre de andre deltagere. Lidt over halvdelen af respondenterne svarede, at lydkvaliteten 'i høj grad' var tilstrækkelig. 35,2 % svarede, at det 'i nogen grad' var tilfældet, mens samlet set 12 % svarede, at det kun 'i ringe grad' eller 'slet ikke' var tilfældet.

Figur 3.14 Var lydkvaliteten tilstrækkelig til at høre de andre deltagere? Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 143.

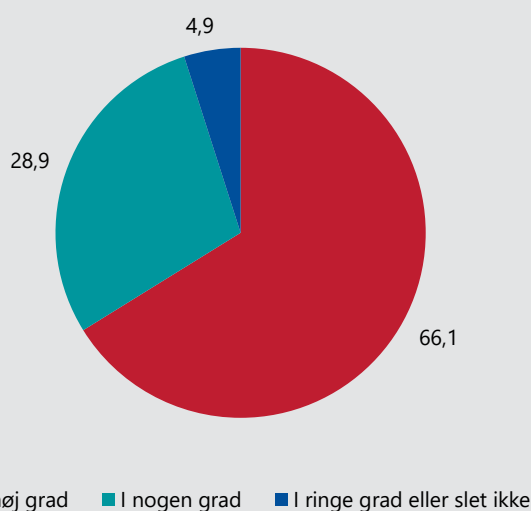
Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe var det kun få respondenter i de enkelte brugergrupper, der svarede, at lydkvaliteten 'i ringe grad' eller 'slet ikke' var tilstrækkelig. Derfor præsenteres udelukkende den andel, der har svaret, at lydkvaliteten 'i høj grad' var

tilstrækkelig. Her svarede respondenter fra sygehuset i signifikant højere grad (68,9 %) end respondenter fra kommunen (36,6 %), at lyden var tilstrækkelig til, at de kunne høre de andre deltagere. Blandt egen læge og de pårørende var andelen hhv. 35,7 % og 50 %. Disse brugergrupper adskiller sig dog ikke statistisk signifikant fra de andre brugergrupper.

Figur 3.15 beskriver, i hvilken grad respondenterne oplevede, at billedkvaliteten var tilstrækkelig til, at de kan se de andre deltagere. Et flertal på 66,1 % vurderede, at billedkvaliteten 'i høj grad' var tilstrækkelig, mens 28,9 % svarede, at det 'i nogen grad' var tilfældet. Knap 5 % svarede, at billedkvaliteten kun 'i ringe grad' eller 'slet ikke' var tilstrækkelig til at se de andre deltagere.

Figur 3.15 Var billedkvaliteten tilstrækkelig til at kunne se de andre? Alle respondenter samlet set. Procent.



Anm.: N = 142.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergrupper er det på tilsvarende vis få respondenter, der svarer, at billedkvaliteten 'i ringe grad' eller 'slet ikke' var tilstrækkelig til, at de kunne se de andre deltagere. Andelen, der svarede, at de 'i høj grad' kunne se de andre deltagere, var 72,1 % blandt respondenter fra sygehuset, 57,1 % blandt egen læge, 61 % blandt respondenter fra kommunen og 64 % blandt de pårørende. Andelen er ikke statistisk signifikant forskellige fra hinanden.

Adspurgte om betydningen af at kunne se hinandens øjne via skærmen svarer et stort flertal (70 %) af respondenterne samlet set, at det har stor betydning. Hver fjerde (24,7 %) svarer, at det har 'nogen betydning', mens blot 5 % svarer, at det 'ingen væsentlig betydning' har. Opdelt på brugergruppe svarer et flertal af respondenterne fra hhv. sygehus (77,1 %), kommune (65,9) og de pårørende (73,1 %), at det har 'stor betydning' at kunne se de andre deltagers øjne. Blandt egen læge gælder det 50 %. Det er en signifikant lavere andel end blandt respondenterne fra sygehuset.

3.3.2 Oplevelse af samtalen og anbefaling af V4M til andre

Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen blev spurgt til, hvordan de oplevede samtalen, hvorefter de kunne markere en række tillægsord, som de syntes karakteriserede samtalen.

Tabel 3.3 viser den andel besvarelser, der har markeret de respektive tillægsord. Det fremgår, at et flertal af respondenterne har oplevet samtalen som professionel (75,4 %), respektfuld (71,8 %) og inddragende (64,8 %), mens ca. halvdelen har markeret, at samtalen blev oplevet som hhv. løsningsorienteret (50 %) og meningsfuld (45,8 %). Et lille mindretal oplevede samtalen som svær at forstå (5,6 %), kaotisk (8,5 %), ulige hvad angår taletid (8,5 %) eller grænseoverskridende (4,9 %).

Tabel 3.3 Oplevelse af samtalen under V4M. Samlet og opdelt på brugergruppe. Procent.

	Samlet	Sygehus	Egen læge	Kommune	Pårørende
Oplevede samtalen som ...					
Professionel	75,4	85,3*	50,0*	80,5*	57,7
Respektfuld	71,8	70,5	78,6	78,1	61,5
Inddragende	64,8	60,7	78,6	68,3	61,5
Svær at forstå	5,6	*	-	-	19,2*
Kaotisk	8,5	8,2	-	-	19,2
Konfliktfuld	13,4	21,3	-	-	-
Interessant	19,7	24,6	-	12,2	30,8
Inspirerende	16,2	26,2*	-	*	23,1*
Forvirrende	10,6	*	*	-	30,8*
Meningsfuld	45,8	44,3	57,1	39,0	53,9

	Samlet	Sygehus	Egen læge	Kommune	Pårørende
Ligeværdig	31,7	34,4	42,9	29,3	23,1
Ulige, hvad angår taletid	8,5	-	-	14,6	-
Løsningsorienteret	50,0	59,0*	*	51,2*	46,2*
Informativ	30,3	31,2	35,7	31,7	23,1
Grænseoverskridende	4,9	-	-	-	-
Lærerig	23,2	27,9	-	17,1	26,9
Andet	24,7	19,7	-	31,7	23,1

Anm.: Samlet N = 142; Sygehus: N = 61, Egen læge: N = 14, Kommune: N = 41, Pårørende: N = 26.

Note: * Statistisk signifikant forskel mellem den laveste andel og de resterende kategorier markeret med *; - n < 5 og vises ikke af diskretionshensyn.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergrupper ses en række statistisk signifikante forskelle i oplevelsen af samtalen. Således er respondenter fra sygehus (85,3 %) og kommune (80,5 %) mere tilbøjelige til at markere samtalen som *professionel* end egen læge (50 %) og pårørende. Respondenter fra sygehuset (26,2 %) og de pårørende (23,1 %) er signifikant mere tilbøjelige til at have oplevet samtalen som *inspirerende* end kommunen (n < 5). Det ses også, at respondenter fra sygehus (59,0 %), kommune (51,2 %) og de pårørende (46,2 %) er signifikant mere tilbøjelige til at have oplevet samtalen som *løsningsorienteret* end egen læge (n < 5). Hvad angår forståelsen af samtalen markerer ca. hver femte pårørende, at samtalen var *svær at forstå*. Det er signifikant højere end blandt respondenter fra sygehuset (n > 5). Endelig markerer pårørende i højere grad (30,8 %) end respondenter fra sygehus og kommune (begge n < 5), at samtalen var *forvirrende*. Der var ingen signifikant forskelle mellem brugergrupper for de øvrige kategorier.

Spørgeskemaundersøgelsens deltagere blev afslutningsvis spurgt, om de baseret på deres oplevelse med V4M ville anbefale en kollega/ven at deltage i et lignende møde om en patient/pårørende med kompleks multisygdom. Det svarer et stort flertal (80,3 %) af de fagprofessionelle samlet set 'ja' til. 14 % svarer 'måske', mens 5,2 % svarer 'nej'. Opdelt på brugergrupper ses der ingen signifikant forskelle i fordelingen. Blandt de pårørende er det ligeledes et stort flertal på 73,1 %, der ville anbefale en ven at deltage i et videomøde om en pårørende med kompleks multisygdom. Kun få respondenter svarer 'måske' eller 'nej', hvorfor de specifikke andele ikke vises.

3.3.3 Kvalitative betragtninger på moderering af V4M-samtalen

Ulige muligheder for at bidrage til samtalen samt risikoen for negative oplevelser af mødet som fx kaotisk gør moderation af V4M-samtalen vigtig. I spørgeskemaets kvalitative svar kommenterer deltagere fra alle fire brugergrupper mødeledelsen som afgørende for, at patienten blev inddraget, og alle kom til orde. Et udvalg af kommentarer er som følgende:

Godt faciliteret. Min far havde meget på hjerte og ville gerne takke alle – han fik tid og blev kun blidt afbrudt, da vi skulle videre. (Pårørende)

Ordstyrer var meget god til at få alle i tale. (Sygehussygeplejerske)

Godt med ordstyrer, der dirigerede samtalen. (Egen læge)

Mødeleder strukturerede mødet fint og fik alle inddraget og samlede fint op til slut. (Hjemmesygeplejerske)

Mødet blev styret godt, således at alle kom til orde, og at vi overholdt tiden. God mødeledning. (Terapeut, kommune)

Jeg savnede en runde efter præsentationen, som var struktureret, hvor hver deltager fik sin egen taletid, før det gik over i dialog. (Kommune)

Citaterne understreger, at for at have en konstruktiv dialog på et virtuelt møde med mange deltagere og forskelligartede perspektiver på patienten, er en struktureret mødeledelse vigtig. V4M-lederen bidrager til at sikre, at alle deltagere bliver inddraget og hørt, at tiden bliver holdt, og at aftalte planer opsamles afslutningsvis til en samlet aftale for patientens forløb.

Mødeledelse i V4M-ledernes perspektiv

2 ud af i alt 3 mødeledere har også besvaret V4M-spørgeskemaet i forlængelse af deres deltagelse i V4M. Samlet set er der gennemført en besvarelse for 34 ud af de 46 gennemførte møder.

Mødelederne på V4M udtrykker sig generelt set positivt over for V4M som kommunikations- og koordineringsværktøj for patienternes forløb. I forhold til udvalgte besvarelser til de fire temaer i spørgeskemaet svarer de i forhold til det 1. tema, at de 'i høj grad' oplevede deres deltagelse i videomødet som relevant, ligeså at de 'i høj grad' (65 % af møderne) eller 'i nogen grad' (35 %) bidrog med deres kendskab til patienten.

I deres kvalitative beskrivelser præciserede de bl.a. oplevelse af V4M som et fælles rum, der gav virtuel mulighed for at koordinere patientens forløb sammen.

Alle var i samme "rum" og kunne lave fremtidige aftaler. (V4M-leder)

Andre vigtige kommentar til tema 1. inddragelse er oplevelsen af: *"Egen læge kunne bidrage med input til yderligere undersøgelser"*. Underforstået, at egen læges deltagelse bidrager til kvalitet i sygehusets behandling af patienten. Men også sårbarheder for planlægningen, når fx *"Kommunen meldte fra og kunne derfor ikke bidrage med, hvad de kunne byde ind med"*, eller *"Desværre var patient træt og mat og kunne ikke bidrage til samtalen – det gjorde pårørende så i stor stil – til sin fars fordel"*.

Vedrørende evalueringstema 2 er de enige i, at videomødet er en effektiv måde at få de fire parter til at mødes og tale sammen om patientens forløb, og enige i, at mødelængden i langt de fleste tilfælde er passende. De bruger i gennemsnit 2 timer (120 minutter)¹ på at forberede V4M med deltagerne, heri indgår mødeindkaldelse med videolink til patientens pårørende, sekretær ved egen læge og kommunen. De er i forbindelse med tema 3 ansvarlige for mødeledelsen og overvejende meget tilfredse med den måde, samtalerne forløber på.

I deres kvalitative besvarelser nuancerer de teknikkens betydning for mødets længde og samtalsforløb, fx med følgende udsagn:

Teknikken drillede for praktiserende læge + svoger, så de måtte begge være på højttaler på mine to telefoner. Lidt ærgerligt og rodet.

Grundet teknikproblemer hos pårørende og SÆRLIGT egen læge, gik der 10 minutter med det, og derfor blev samtalen kortet meget af.

Men også, at vanskelighederne blev omgået konstruktivt:

Lærerigt, idet teknikken drillede, og vi efterfølgende drøfter problemstillingerne.

V4M-lederne fandt også, at deltagerne ved 74 % af de møder, som de har besvaret, fik lavet en samlet plan og en delvis plan i resten af møderne, og at V4M således bidrog til det 4. princip om patientens videre forløb. Vedrørende planerne indgik opfølgende hjemmebesøg med egen læge og hjemmesygeplejerske med 13 patienter (36,1 % af de møder, de koordinerede).

¹ I de kvalitative bidrag nævnes to tilfælde, hvor teknikken driller, så det i det ene tilfælde tog længere tid (150 minutter) at forberede mødet, og i det andet tilfælde blev selve V4M-samtalen forkortet med 10 minutter (videoforbindelsen drillede for en praktiserende læge og en pårørende).

I deres kvalitative kommentarer nuancerede de nogle af vanskelighederne for koordineringen af en fælles plan. Det gjaldt kommunen, som først skulle *"undersøge, om der var mulighed for en rehabiliteringsplads"*. Men også interne forhold på sygehuset, nemlig samarbejdet mellem afdelinger, der kan have forskellige fokus på patientens behandling og udskrivelsestidspunkt.

En mødeleder sammenfatter resultatet fra et V4M:

Ganske tilfreds med selve samtalens forløb, men utilfreds med forløbet efter samtalen, hvor "anonym"-afdeling desværre fik "sat en kæp i hjulet" for den behandlingsplan, som vi havde lagt i videosamtalen. (V4M-leder)

En anden kommentar til samarbejdet mellem afdelinger om en patients behandlingsplan lød:

Men desværre måtte denne behandlingsplan laves om allerede samme eftermiddag, fordi "anonym"-afdeling valgte at udskrive patienten, på trods af at der var rådgivet om det modsatte fra en blødningsspecialist. (V4M-leder)

Det vil sige, at der er interne, intra-organisatoriske forhold, der indvirker på de planer for patienten, som V4M er resulteret i.

Sammenfattende til evalueringstema 3 til den tekniske og kommunikative kvalitet er der følgende opmærksomhedspunkter:

- Mødelederen er både teknisk og kommunikativt en vigtig del af V4M med henblik på at koordinere mødet, dets tekniske setup, men også selve samtalen med henblik på at sikre inddragelse og taletid til alle parter på mødet.
- Udfordringer for koordination af en samlet plan er dels, at alle parter deltager, samt at der er indgået aftaler med kommune forlods fx om muligheder for at udskrive patienten til en kommunal plads. Tillige kan der også fra sygehusets side indgå en ny part, en anden afdeling, der har indvirkning på de planer, der kan være indgået med patienten på dennes V4M.

3.4 Tema 4: Videomødets betydning for patientens videre forløb

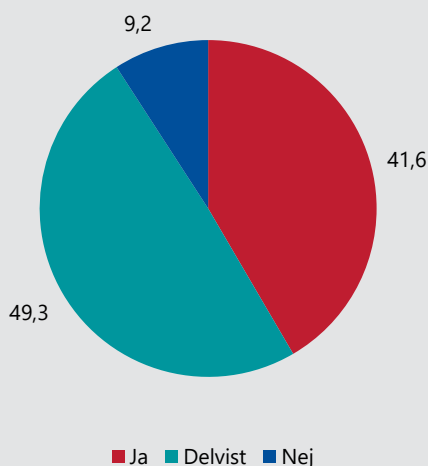
Det fjerde tema vedrører V4M's betydning for patientens videre forløb i form af, hvorvidt der blev lavet en samlet plan for patientens videre forløb og i givet fald,

om der indgik 1) en lægefaglig behandlingsplan, 2) en plejeforløbsplan og 3) et opfølgende hjemmebesøg i denne plan. Endelig bliver spørgeskemaundersøgelsens deltagere spurgt, om de forstår, hvad deres eventuelle rolle er i den samlede plan.

3.4.1 En samlet plan

Adspurgt, om der ved mødet blev lavet en samlet plan for patientens videre forløb, svarer godt 4 ud af 10 (41,6 %), at der blev lavet en samlet plan, mens halvdelen (49,3 %) svarer, at der delvist er lavet en plan (Figur 3.16). Knap hver tiende svarer, at der ikke blev lavet en samlet plan for patientens videre forløb. Det er dog værd at bemærke, at der inden for det samme V4M er forskelle i, hvorvidt, respondenterne svarer, at der er blevet lavet en samlet plan, eller om det kun er sket delvist (resultater ikke vist).

Figur 3.16 Blev der ved mødet udarbejdet en samlet plan for patientens videre forløb? Alle respondenter samlet set. Procent.



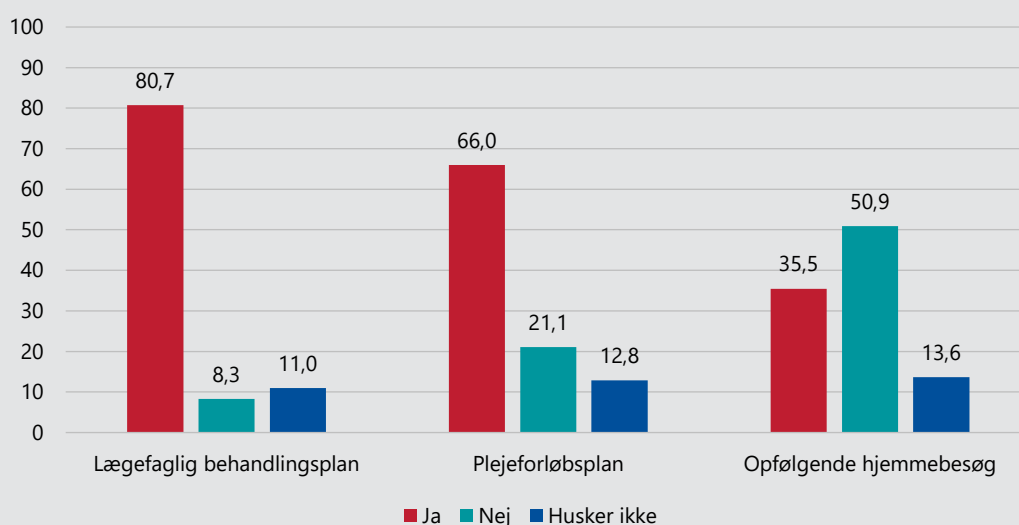
Anm.: N = 142.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe er respondenter fra sygehuset (44,3 %) samt kommune (56,1 %) signifikant mere tilbøjelige til at svare 'ja' til, at der blev lavet en samlet plan, end de pårørende er (19,2 %), der omvendt er signifikant mere tilbøjelige til at svare 'nej' (26,9 %) til, at der blev lavet en samlet plan for patientens videre forløb.

De fagprofessionelle, der svarede, at der var blevet lavet en samlet eller delvis plan for patientens videre forløb, blev spurgt yderligere ind til, hvad denne plan bestod af. Figur 3.17 viser respondenternes opfattelse af, hvorvidt, der blev udarbejdet hhv. en lægefaglig behandlingsplan, plejeforløbsplan og aftalt opfølgende hjemmebesøg. Det fremgår, at et stort flertal (80,7 %) svarer, at der indgik en lægefaglig behandlingsplan. Mens 2 ud af 3 (66 %) svarer, at der indgik en plejeforløbsplan, er det kun 35,5 %, der svarer, at opfølgende hjemmebesøg indgik som en del af planen for patientens videre forløb.

Figur 3.17 Fagprofessionelles oplevelse af, om der indgik lægefaglig behandlingsplan, plejeforløbsplan og opfølgende hjemmebesøg i planen for patientens videre forløb. Procent.



Anm.: N = 109-110.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Opdelt på brugergruppe svarer 89,8 % af respondenterne fra sygehuset, at der indgik en lægefaglig behandlingsplan. Det er en signifikant højere andel end blandt respondenter fra kommunen (65,8 %). Respondenter fra sygehuset er ligeledes signifikant mere tilbøjelige (77,6 %) end respondenter fra kommunen (46,2 %) til at svare 'ja' til, at der indgik en plejeforløbsplan i planen for patientens videre forløb. Omvendt svarer en signifikant højere andel af de kommunale respondenter (38,5 %) specifikt 'nej' til, at der indgik plejeforløbsplan end blandt respondenter fra sygehuset (12,1 %). Hvad angår opfølgende hjemmebesøg, svarede 40,7 % af respondenterne fra sygehuset, at der blev aftalt opfølgende hjemmebesøg. Blandt respon-

denterne fra kommunen var andelen 28,2 %. Forskellen mellem de tre brugergrupper er ikke statistisk signifikant forskellige.

Blandt egen læge svarede et stort flertal 'ja' til, at der indgik hhv. en lægefaglig behandlingsplan og plejeforløbsplan i planen for patientens videre forløb. Kun ganske få svarede 'nej' eller 'husker ikke'. Et flertal svarede, at der ikke indgik opfølgende hjemmebesøg i den samlede plan for patientens videreforløb. Kun få respondenter svarede 'ja' eller 'husker ikke'.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at de enkelte V4M er repræsenteret af et varierende antal respondenter, og at de i Figur 3.17 præsenterede andele ikke gælder for de 46 V4M samlet set. Således viser yderligere analyser, at der ved 91,3 % af de 46 V4M er mindst én respondent, der har svaret, at der i planen for patientens videre forløb indgik en lægefaglig behandlingsplan. Hvad angår plejeforløbsplan og opfølgende hjemmebesøg gælder det hhv. 80,4 % og 56,5 %.

Afslutningsvis blev de respondenter, der havde svaret, at der ved mødet helt eller delvist var blevet lavet en samlet plan for patientens videre forløb, spurgt, om de har forstået, hvad deres eventuelle rolle er i planen. Til det svarer 76,7 % af den samlede gruppe af respondenter 'ja'. Knap hver femte (19,4 %) svarer 'delvist', mens et lille mindretal på 3,9 % svarer 'nej'.

Opdelt på brugergruppe svarer et meget stort flertal af egen læge 'ja' til, at de har forstået deres rolle. I de andre brugergrupper gælder det 79,7 % af respondenterne fra sygehuset, 76,9 % af respondenterne fra kommunen og 57,9 % af de pårørende. Disse andele er ikke statistisk signifikant forskellige fra hinanden. Kun ganske få svarer 'nej' til, at de forstår deres eventuelle rolle i den samlede plan. Disse andele samt andelen, der svarede 'delvist', præsenteres derfor ikke.

3.4.2 Kvalitative betragtninger på behandlingsplanen i et V4M-helhedsperspektiv

Mange skriftlige kommentar til brugernes deltagelse i V4M vedrører samarbejdet om patientens behandlingsplan. De er beskrevet under spørgeskemaets fritekstfeltet 'Andet' i forbindelse med spørgsmål til 'samtaleemner' og til udfærdigelse af en 'fælles plan'. Det er kommentarer som: *"Hvordan genindlæggelse kunne undgås efter patientens ønske"* og *"De sygdomme, der ikke er den direkte årsag til indlæggelsen, men som fylder meget for patienten"*. Det bliver også beskrevet som forhold *"som der ikke har været fokus på fra sygehusets side"*. Disse kommentarer afslører, at V4M muliggør noget særligt for patienter med multisygdom, nemlig at bringe andre helbredsproblematikker i spil, der ligger uden for indlæggelsesdiagnosen, men som i et helhedsperspektiv er afgørende for at skabe en god plan for patienten. Et eksempel

er en "patient med angst" (indlagt på en somatisk afdeling), som ønsker psykolog-hjælp. Et andet eksempel er pårørende og egen læge, der ønsker en faldalarm som et hjælpemiddel fra kommunen til at gøre udskrivelsen til hjemmet tryk for både patient, pårørende og egen læge som tovholder. *"Samarbejdet mellem de to læger"*, altså behandlingsansvaret mellem sygehuslægen og egen læge, var også et vigtigt emne. Disse meget forskellige kommentarer fremstår som en række knudepunkter, som parterne skal forholde sig til for at kunne koordinere en samlet plan på V4M, såsom:

- Etablering af en bredere kontekstforståelse for patienten og dennes forventninger til hjemmet, der understøtter deltagerne i at udvikle en (tværfaglig og tværsektoriel) udvidet helhedsforståelse, der muliggør beslutninger for fremadrettede opgaver og ansvar i en fælles plan.

Den udvidede helhedsforståelse indeholder en forståelse af, hvad der kan bidrage til at skabe tryghed for patienten i den forestående overgang fra sygehuset til kommunen og en hverdag i hjemmet som gammel og uheldbredelig syg. Ligesom den skaber en vished om opgavefordeling: *"hvem gør hvad"*, som en pårørende udtrykker det efter udskrivelsen. Underforstået, at det er utrygt for pårørende på vegne af patienten – ikke at vide, hvem man skal kontakte, og hvem der gør det: *"Er det mig, der kontakter egen læge eller sygehuset, eller er det kommunen?"* skriver en pårørende. At undgå løse ender i planen er med til at gøre det trygt for patient (og pårørende) efter udskrivelse til hjemmet og kommunal hjælp.

- Behandlingsansvar ved udskrivelse til syg i hjemmet.

En egen læge reflekterer over vigtigheden af sin egen tovholderfunktion ved patienter med multisygdom: *"Patienten har komplekse problemer, som efter min mening burde være fulgt ved egen læge"*, men oplever også, at tovholderfunktionen ved en specifik sygdomsproblematik er 'flyttet ind' til ambulatorie- og sygehuslægen. Dette paradoks eller 'dobbelbinding' gentages af flere: At patienten med multisygdom har brug for egen læge som tovholder, samtidig med at blive fulgt af en speciallæge med 'tovholderfunktion' på den specifikke problematik (specifikt nævnes der lunge-medicinsk afdeling, hjerteambulatorie og geriatrisk afdeling). Der identificeres derfor et særligt behov for koordinering af behandlingsansvaret ved patienter med multisygdom, således at egen læges tovholderfunktion kan udvides og delvist varetages i samarbejde med speciallæge på sygehuset efter udskrivelsen.

Et andet vigtigt forhold for samarbejdet om patientens behandlingsplan på mødet er også det interne samarbejde mellem sygehusets afdelinger og med andre sygehuse.

- V4M er potentielt "konfliktfyldt" til ikke-færdig udredte patienter.

Færdiggørelsen af patientens behandlingsplan (og dermed tværsektorielle forløb og udskrivelse til pleje og behandling hos kommunen og egen læge) er i flere tilfælde forhindret af, at patienten ikke er færdigudredt og behandlet på sygehuset. Dette vanskeliggør de tre andre parter rolle på mødet og udstiller sygehusets sundhedsprofessionelle i et dårligt lys, når de af særlig pårørende bliver ansvarliggjort på mødet for lange og ufærdige indlæggelser.

- Afstemme pårørendes forventninger til patientens hjemkommune.

Samtalen om patientens udskrivelse vanskeliggøres af uafstemte forventninger mellem sygehus, pårørende og kommune om, hvilke kommunale tilbud patientens udskrives til. Kommunerne har forskellige tilbud i form af hjælpemidler, genoptræning, midlertidige sengepladser, ældrebolig og praktisk hjælp. Både patienter og pårørende mangler viden herom. Det kan lette kompleksiteten i V4M-samtalen at afbalancere, hvilke emner der kan tages på selve mødet, og hvilke der kan informeres om efterfølgende gennem kontakten mellem pårørende og kommunale deltagere. For eksempel vil pårørende forud for V4M i indkaldelsesmailen kunne oplyses overordnet om, hvilke kommunale services der ikke besluttet på mødet, fx hjælp til rengøring. Har sygehuset indgået aftale med kommunen som del af behandlings- og plejeforløbsplanerne, at patienten udskrives til kommunal sengeplads, fx til genoptræning, kan dette med fordel nævnes af sygehussygeplejerske eller kommunen i starten af V4M-samtalen.

3.5 Tema 5: Interorganisatorisk kollegaskab? – sammenfattende overvejelser

Spørgsmålet til interorganisatorisk kollegaskab handler i det femte evalueringstema for tværsektorielt samarbejde om udviklingen af tillid og bærende relationer mellem parterne med V4M. Som litteraturstudiet (Braut et al., 2022) pegede på, kan videokontakten styrke tillid i samarbejdet og hermed bidrage positivt til patientbehandling. Evalueringsresultaterne fra de fire foregående afsnit peger på, at brugerne i store træk har positive oplevelser af samarbejdet med hinanden på V4M, men også på signifikante forskelle mellem parterne, der fremadrettet vil have indvirkning på sammenhængskraften i deres tværsektorielle samarbejde. Dette afsnit sammenfatter resultaterne fra de fire foregående afsnit med henblik på en samlet vurdering af deres relationer og disses 'nærmeste udviklingszoner' med V4M. Ud over at sammenfatte resultaterne fra evalueringstemaerne 1 til 4: om brugerne oplever redskabet: 1) inddragende og relevant for patientbehandlingen, 2) effektivt i samspillet mellem deres forskellige organisationer, 3) understøttende (teknisk og etisk-sagligt) for deres virtuelle samtale og 4) resulterende i en samlet plan – præsenteres også nogle

kvalitative betragtninger fra brugerne selv om deres forventninger til hinanden. Samlet er resultaterne med til at konkretisere, hvad parternes brugerroller indebærer for dem selv og hinanden.

3.5.1 Tillid til inddragelse af hinanden og patienten på V4M

Generelt set oplever brugerne, at der finder inddragelse sted af både patienten og hinandens viden, men også, at der fremadrettet er en række forskelle og opmærksomhedspunkter for, hvilke patienter der inddrages og hvordan, det gøres, samt partners muligheder for at bidrage.

Patientinddragelse

Evalueringen af brugernes oplevelse af patientinddragelsen på V4M konkluderede, at det er muligt at inddrage patientens ønsker, så det får betydning for planlægning af dennes forløb. Pårørende og kommunen oplevede dog i signifikant mindre grad end sygehuset, at patientens ønsker fik betydning for forløbet. Egen læge, kommune og pårørende fandt, at patienten 'i nogen grad' fik indflydelse.

Af opmærksomhedspunkter for patientinddragelsen blev det fremhævet, at:

- Sygehuset skal være opmærksom på ikke at tilbyde V4M til patienter, der er hørehæmmet, har sprogproblemer, hukommelsespræget, nær livets afslutning eller ønsker ophør af behandling
- Sygehuslæge eller egen læge har aftalt behandlingsniveau med patienten inden V4M, særligt hvis denne har ønsker til behandlingsophør og palliation, da dette er vanskeligt for parterne på selve mødet
- Sygehuset skal være opmærksom på, at pårørende med demens kan forstyrre det virtuelle møde uhensigtsmæssigt
- GDPR også gælder på V4M og ikke kun i relation til, at den virtuelle forbindelse er sikker, men også, at deltagerne er opmærksomme på, at ingen kan se eller høre patientsamtalen på den fysiske lokation, de deltager fra.

Ligeværdig inddragelse og forståelse af hinandens patientviden

Alle parter oplevede det meningsfuldt og relevant at deltage i V4M, samt at de kunne bidrage med deres viden om patienten. Der var dog signifikante forskelle mellem brugergrupperne, såsom at respondenter fra kommunen ikke i samme grad oplevede at bidrage, få taletid og varetage deres faglige ansvar med V4M i sammenligning med særligt sygehuset. Samt at pårørende oplevede, at patientens

ønsker kunne inddrages mere. Et opmærksomhedspunkt for ligeværdig kommunikation mellem parterne er derfor:

- Opmærksomhedspunkt: Mere inddragelse af kommunen og af patientens ønsker i samtalen.

Respondenterne fra sygehuset, kommunen og pårørende oplevede generelt en øget forståelse for de tre andre parter rolle i patientens forløb. Herfra adskiller besvarelserne fra almen praksis sig dog signifikant. Egen læge oplever ikke eller kun i ringe grad at have øget sin forståelse for de andre parter via sin deltagelse i V4M. Et forbehold er dog, at egen læge er den brugergruppe, der er dårligst repræsenteret i besvarelserne. Forskellen mellem parterne og egen læge kan undersøges nærmere.

- Opmærksomhedspunkt: Egen læges motivation for at deltage i V4M kan undersøges yderligere.

De deltagende almenpraksis læger oplever, at V4M har styrket deres muligheder for at udarbejde en god plan for patienten og bidrager til deres varetagelse af deres patientansvar. De finder også, at det er en effektiv måde at mødes på, om end det gerne må være kortere end de 30 minutter. De er også den eneste brugergruppe, som kun angiver ét muligt tidsrum på dagen at afholde V4M, nemlig 'midt på dagen'. Egen læge har derfor ikke samme fleksibilitet som de andre parter for at deltage i V4M. En praktiserende læge skriver også som tidligere nævnt, at almen praksis ikke vil have kapacitet til at imødekomme alle de V4M, vedkommende vurderer, der er behov for. Et yderligere opmærksomhedspunkt for sygehuset er derfor også at overveje, hvorledes kontakten til egen læge kan gøres imødekommende, hensigtsmæssig og fleksibel ud fra almen praksis' vilkår.

- Opmærksomhedspunkt: Sygehuset bør kun invitere egen læge til virtuelt møde, når det er absolut nødvendigt for at lave plan for patienten og fortrinsvis til afholdelse midt på dagen.

3.5.2 Forventninger til et effektivt interorganisationelt samarbejde

V4M tager tid for alle parterne at planlægge og gennemføre og stiller spørgsmål til, hvad der er et effektivt, tværsektorielt, virtuelt møde. Det gælder ikke kun for egen læge som beskrevet i førnævnte opmærksomhedspunkt, men også sygehuset, kommunen og pårørende.

Figur 3.18 Samlede estimater for de sundhedsprofessionelles tidsforbrug til at planlægge og gennemføre V4M.



Anm.: Pårørende er ikke blevet bedt om at angive tid på forberedelse, ligesom ikke alle patienter kan forventes at have pårørende til at deltage i V4M.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Sygehusets værtskab for V4M er tids- og ressourcekrævende

Der var væsentlige forskelle i parternes oplevelse af sammenspillet mellem deres organisationer. Særligt sygehusets tidsforbrug med at forberede V4M er omfattende i forhold til de tre andre parter. Figur 3.18 sammenstiller estimerne for de sundhedsprofessionelles tidsforbrug til at planlægge og gennemføre V4M.

Sygehuslægen på V4M fungerer som den behandlingsansvarlige læge og brugte i gennemsnit 40 minutter til at forberede mødet. Sygeplejersken, der er ansvarlig for udfærdigelse af patientens plejeforløbsplan ved udskrivelsen, brugte 30 minutter til forberedelse af V4M. Selve V4M tog omkring 30 minutter. Det betyder, at hver deltager ud over tid til forberedelsen brugte 30 minutter på at deltage i V4M-samtalen. Sammenlægges forberedelsestid og tidslængden på V4M-samtalen, bruger et flertal af sygehuslægerne omkring 1 time og 10 minutter og sygeplejerskerne 1 time. Der til kommer øvrigt tidsforbrug, hvis fx terapeuter fra sygehuset deltager. Sygehuset bruger således henimod 2 timer og 10 minutter for at være vært for en patients V4M, hvilket er langt mere end de andre parter. Kommunen bruger vejledende 15 minutter til forberedelse af deltagelsen, hvilket giver samlet 45 minutter per person, der deltager. I nogle tilfælde deltager både sygeplejerske, fysioterapeut og visitator fra kommunen, hvilket bringer det samlede kommunale tidsforbrug op. Egen læge deltager med 10 minutter forberedelse til i alt 40 minutter. Pårørende angav, at mødet gerne må være længere end 30 minutter og egen læge kortere. Samlet set bruges der per V4M minimum 3,5 timers (215 minutter) sundhedsfaglig arbejdstid.

Forbedring af rammer for effektivitet med V4M

Selvom brugerne i spørgeskemaundersøgelsen generelt set svarer, at den virtuelle mødeform med video er en effektiv måde at mødes på (i sammenligning med fysisk fremmøde), så skal sygehuset som vært for patientens V4M investere megen tid. Af øvrige opmærksomhedspunkter fra de kvalitative data fremgik det for parterne:

- **Sygehus:** V4M ud over tid til forberedelse også efterfølgende skaber ekstra arbejde for sygehuslægen til at dokumentere aftaler med henblik på at skabe og fastholde kvaliteten i patientens behandling inkl. plan. Det er tid, som ikke findes inden for den normale arbejdstid.
- **Sygehuset og kommune:** Parterne har yderligere brug for at afstemme og koordinere nye tiltag i hjemmet i forbindelse med udskrivelser.
- **Kommune:** Afklaring af en effektiv brug af de kommunale ressourcer.
- **Pårørende:** Udvikling af redskaber til at støtte pårørendes rolle.

Selvom parterne generelt oplever V4M som et relevant og effektivt koordineringsredskab, så er der uklarheder i forhold til at finde ekstra tidsressourcer, deres indbyrdes roller, og hvordan de får mere ud af deres deltagelse.

- **Samlet opmærksomhedspunkt på effektivitet:** Parterne investerer meget ulige ressourcer i at deltage i V4M. Særligt sygehuset bruger megen tid, mens egen læge mangler tid. Ligeledes er det uklart, hvad parterne samlet får ud af det i henhold til formålet med V4M om at forbedre sammenhængen i udskrivelsen til primærsektoren, når kommunen og pårørende oplever mangelfuld inddragelse.

3.5.3 Den tekniske og kommunikative kvalitet mellem parterne

Den tekniske kvalitet af billede og lyd er afgørende for, at parterne kan opbygge en digitalt medieret relation, inklusive, at det er muligt at føre en virtuel samtale, hvor alle kan bringe deres perspektiver på patientens situation i spil på en saglig og etisk forsvarlig måde. Brugernes generaliserede oplevelser af teknikken og selve samtalens kvalitet i forhold til indhold og tonen (saglighed og konfliktniveau) fra afsnit 3.3 præciseres og uddybes yderligere i det følgende med kvalitative betragtninger på parternes forventninger til hinandens indbyrdes roller på det virtuelle møde.

Teknisk understøttelse af parternes relation med lyd og billede

Brugerne tilkendegav generelt, at videolink i mailen fungerede, og at de var kompetente til at bruge videoløsningen. Kompetencemæssigt var der få af respondenterne, som benyttede e-læringstilbuddet, men de, der gjorde, følte sig hjulpet med teknikken og strukturen for samtalen. Teknisk set oplever deltagerne fra kommune, egen læge og pårørende lydsiden af videoforbindelsen som ringere end sygehusdeltagerne. De tre parter er som eksterne deltagere i forhold til patientens placering på sygehuset også mere afhængige af gode tekniske rammer for at se og høre patienten end deltagerne på sygehusstuen.

- Opmærksomhedspunkt: Forbedre lydforhold for kommune, egen læge og pårørende, evt. med flere/bedre mikrofoner på sygehusstuen med patienten.

Visuel kontakt og virtuel-faglig samtale

Deltagerne vurderede videomødets mulighed for at skabe en visuel "øjeblikkontakt" med patienten som vigtig for samtalen. På en liste med 19 forskellige samtaleemner i spørgeskemaet angiver de, hvad der blev talt om på mødet. I Boks 3.1 er emnerne grupperet efter hyppighed og viser, hvorledes størstedelen af respondenterne oplever, at samtalen handler om lægefaglige forhold, udskrivelsen, funktionsniveau og medicin og dernæst de mere plejefaglige og kommunale ydelser såsom hjælp til

hverdagen, bolig, modtagelse og hjælp fra pårørende samt plejeændringer og forhold, der involverer andre emner og fagligheder.

Boks 3.1 Samtaleemner listet efter andel, der har angivet, at der blev talt om emnet, procent

- Patientens indlæggelse, status på sygdomsproblemer og sygehistorie (90 %)*
- Udskrivelse, funktionsniveau og medicin i nævnte rækkefølge (68-79 %)
- Hjælp til hverdagen fra kommunen, behov for pleje** og for genoptræning (66 %)
- Bolig, hverdag og evne til at passe på sig selv (41-50 %)
- Modtagelse af kommunen ved udskrivelsen, hjælp til hverdag fra pårørende og ændringer i plejeplan (26-38 %)
- Andre emner, aftaler med speciallæge, diætist eller anden konsulent, fravalg af behandling, fx genoplivning eller anden behandling (6-17 %).

Anm.: N = 143.

Note: * Forekommer i tilknytning til alle 46 patienters V4M. ** forekommer i 91 % af samtalerne.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Forekomsten af samtaleemner indikerer et videnshieraki i parternes bidrag i V4M-samtalerne. De lægefaglige emner gives mest opmærksomhed og dernæst emner, der er knyttet til kommunen, plejen og hjælp fra pårørende. De mange emner tydeliggør også, at meget er på spil i koordinering af ældre patienter med multisygdommes forløb. Det er komplekse samtaler om mange forhold, der kan være vigtige for deltagerne på forskellig vis, men med hovedvægten på den lægelige viden.

Brugerne oplevede overvejende, at deres samtale med hinanden foregik sagligt og i kategorien 'en positiv oplevelse'. De hyppigst valgte betegnelser for samtalen var, at den var 'professionel' og 'respektfuld'. I den negative ende af – omend mindre hyppigt – er oplevelsen af V4M-samtalen som 'kaotisk' og 'grænseoverskridende'. Hver femte pårørende oplevede, at samtalen var svær at forstå. Boks 3.2 viser de valgte adjektiver grupperet efter hyppighed. De positive beskrivelser er i stor overvægt, alligevel er den neutrale og de negative også interessante at bemærke.

Boks 3.2 Adjektiver, der beskriver de fire brugergruppers oplevelse af V4M-samtalen, grupperet efter værdiladning og hyppighed, procent.

- Positiv vurdering: positiv oplevelse (75 %), respektfuld (72 %), inddragende (65 %), løsningsorienteret (50 %), meningsfuld (46 %), ligeværdig (32 %), informativ (30 %), lærerig (23 %), inspirerende (16 %)
- Neutrale vurdering: andet (25 %)
- Negative vurderinger: konfliktfyldt (13 %), forvirrende (11 %), kaotisk (9 %), ulige i taletid (9 %), svær at forstå (6 %), grænseoverskridende (5 %).

Anm.: N = 109-110.

Kilde: Survey udført af VIVE i oktober 2023 til september 2024.

Et opmærksomhedspunkt er derfor, hvor konfliktfyldt parterne må forvente, at det potentielt er at deltage i V4M, og hvad det kan betyde fremadrettet for motivationen for at deltage. Det gælder særligt, hvis samtalen ikke skaber konstruktive løsninger på konfliktfyldte emner. Et vigtigt analysefund er dog i afsnit 3.4, at parterne generelt set ville anbefale V4M til andre kollegaer (80,3 % af de sundhedsprofessionelle uden signifikante forskelle mellem sygehus, egen læge og kommune). På tilsvarende vis ville 73,1 % af de pårørende anbefale V4M til andre pårørende. Parternes oplevelse af den komplekse V4M-samtale har således ikke skabt mistillid til samarbejdet, men er i tråd med princippet om interorganisatorisk kollegaskab. En vigtig pointe er dog betydningen af mødelederen for at moderere V4M-samtalen.

- Opmærksomhedspunkt: V4M-lederen har en vigtig funktion for at sikre interorganisationelt kollegaskab i form af at stå for det tekniske setup omkring patienten og moderere en kompleks samtale mellem parter med struktur, inddragelse og taletid.

Forventninger til parternes brugerrolle på V4M

Parternes tillid til hinanden kommer dog med konkrete forventninger til hinandens roller på V4M. I spørgeskemaets fritekstfelter uddyber brugere, hvad der ligger i oplevelsen af 'professionalisme' i V4M-samtalen. Det giver følgende beskrivelser af, hvilke kompetencer der knytter sig til parternes roller, nemlig at:

- Almen praksis lægen *"kender sin patient"*
- Sygehuslægen er *"en stuegangsgående læge, der som minimum har set patienten dagen inden"*

- Kommunal deltager er opdateret på patienten/borgeren fra eget journalsystem og *"villig til at indgå dialog"*
- Pårørende *"forstår 'spillereglerne' i vores sundhedsvæsen"*.

Det er forventninger, som ikke er fuldt ud realistiske i forhold til adgangen til lægefaglige ressourcer i både almen praksis og på sygehuset, samt at kommuner kan have forskellige visitationsprincipper og derfor forskellige rammer for at indgå i dialog, samt at sundhedsvæsenets spilleregler ikke er gennemskuelige for mange pårørende. Alligevel er det vigtige 'persona'et, altså idealtyper for rollen som hhv. almen praksis, sygehus, kommune og pårørende for at deltage i V4M. Respondenterne reflekterer også i deres kvalitative beskrivelser betydningen af den relation, der skabes mellem deres roller på V4M. Det drejer sig særligt om relationen mellem egen læge og sygehuslægen, og mellem kommune, sygehus og pårørende.

Læge-lægerelationen på V4M

En sygehuslæge reflekterer over betydningen af samtalen med egen læge som en effektiv og faglig meningsfuld måde at forbedre patientens behandlingsforløb efter udskrivelsen: *"Det var dejligt at have patientens egen læge involveret i behandlingen, hvor vi kunne allerede planlægge en dato for opfølgende hjemmebesøg, og hvad der skulle følges op på"*. Også egen læge giver udtryk for faglig tilfredsstillelse på egne og patientens vegne ved at deltage i V4M: *"Det gav mening for mig at kunne uddybe patientens situation. I det aktuelle tilfælde handlede det om en mistanke om demenslidelse, som var lidt misforstået"*. Udsagnene demonstrerer, hvorledes de indbyrdes lægeroller som egen læge og sygehus supplerer hinanden på en faglig og kvalitetsmæssig måde i forhold til sammenhængen i patientens behandlingsforløb og patientsikkerhed.

En sygehuslæge oplever ny faglig mulighed for via den virtuelle kontakt med egen læge at kunne understøtte dennes komplekse tovholderfunktion for patienter med multisygdom med sin specialviden. En egen læge vurderede, at samtale med speciallæge (kardiolog) bidrog til at forebygge forværring og indlæggelse af patienten.

Relationen mellem kommune, sygehus og pårørende

En kommunal deltager bruger spørgeskemaets fritekstfelt til at klargøre sin rolle og muligheder for at indgå i dialog på V4M om, hvilken hjælp patienten skal tilbydes efter udskrivelse:

Fint setup for de relevante parter. Når det konkret drejer sig om planlægning af behov for hjælp, fx rengøring ved udskrivelsen, bør borger ses i eget hjem, før der kan laves konkret visitation. (Kommunal deltager)

Dette bliver skrevet gentagne gange af både kommunale deltagere og egen læge, at V4M ikke er den rette kontekst for at visitere kommunale serviceydelser til patienten.

En anden kommunal deltager beskriver også rollen og relationen til den indlagte patient som vanskelig:

Det var svært at få lov at bidrage med kommunens tilbud, og det var lidt uklart, hvad kommunens rolle var, da borger ikke ønsker hjælp fra sygepleje eller hjemmepleje.

Underforstået, at kommunens deltagelse i V4M er legitimeret af patienten/borgers ønske om hjælp, og hvis denne ikke oplever kommunen som imødekommande og har tillid til kommunen, gør det samarbejdet svært. De pårørende kan have meget konkrete ønsker til kommunen på patienten/deres pårørendes vegne, fx *"ventetid på, hvornår hjemmeplejen vil komme* (hjem til borger efter udskrivelsen, red.), *samt at der ønskes aflastningsplads"*. Dette kan være svært for kommunen at honorere på V4M, hvorved både pårørende (på hjemmets vegne) og kommunen kan opleve planen for patientens forløb som ufuldstændig, hvilket også fremgik af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen i afsnit 3.4. Pårørende og kommunes oplevelse af samarbejdet på V4M kan sammendrages til følgende opmærksomhedspunkt:

- Opmærksomhedspunkt: Koordination af sammenhæng efter udskrivelse fra sygehuset til kommunal midlertidig plads og visitation af praktisk hjælp i hjemmet er ikke løst med V4M. Det kan udfordre tillidsrelationen og derfor 'kollegaskabet', altså samarbejdet mellem pårørende og kommunen.

De følgende kvalitative kommentarer fra brugernes oplevelser af V4M giver indblik i nuancer, der udfordrer tilliden mellem parterne og hermed også idealet om "kollegaskab".

Dilemmaer i pårørendes relationer til kommune og sygehus

De pårørende oplever det *"dybt provokerende"*, hvis sundhedsprofessionelle deltagere ikke er forberedt til V4M. De spiller selv en vigtig vidensrolle i at repræsentere deres syge pårørendes (patientens) hverdagssituation i hjemmet. Den viden kan i udskrivelsessammenhæng give anledning til, at pårørende foretrækker, at deres pårørende/patienten forbliver indlagt eller overflyttes til en midlertidig plads i kommunen frem for at komme direkte hjem. Dette genererer en potentiel konflikt på V4M, fordi sygehuset ikke råder over kommunale pladser, samt ifølge sygehusets retningslinjer skal udskrive, når patienten vurderes færdigbehandlet. De kommunale visitatorer undsiger sig dog forventningerne til, at visitation til kommunens ydelser foregår på V4M:

Det kan ikke være rigtigt, at visitationen skal "straksbehandle" ansøgninger under en videosamtale.

"Spillereglerne" betyder i den sammenhæng, at pårørende er placeret i et dilemma. De er utrygge ved, at sygehusets behandlingsansvarlige læge udskriver den aleneboende patient til hjemmet, uden at patienten er sikret tilstrækkelig hjælp i form af hjælpemidler eller ophold på en kommunal sengeplads. Sygehuset råder ikke over kommunale forhold, herunder brug af midlertidige pladser. Ligesom kommunen på mødet ikke kan love eller tildele (visitere) hjælp til hverken en tryghedsskabende "faldalarm" efter hjemkomst eller en kommunal plads. De pårørende efterlyser her, at kommunen er *"villig til at gå i dialog"*, mens sygehuset presses for at forlænge indlæggelsen. Egen læge bygger i nogle tilfælde bro ved at tilbyde et opfølgende hjemmebesøg hos patient med kommunen efter udskrivelsen. I andre tilfælde oplever sygehusets læge sig ansvarliggjort til at forlænge indlæggelsen og presset og *"truet"* i en sådan grad, *"at man som læge ikke ønsker at deltage i videomøderne"*.

Sygehusets værtskab for V4M åbner således for en forhandling af, hvad og hvis ansvar patienten udskrives til. Det lægger således et skiftevis pres på patientens pårørende, kommunens eventuelle sengepladser og visitation af ydelser samt egen læges tovholderfunktion og kan betyde, at en presset sygehuslæge udskyder udskrivelsen. Et yderligere opmærksomhedspunkt er derfor:

- Forventningsafklaring af ansvaret for en tryk udskrivelse til hjemmet, hvilken part har "det sidste ord"?

V4M bliver på mange måde katalysator for at synliggøre de mange opgaver, der er forbundet med at udskrive en ældre patient med multisygdom til andres varetægt, særligt pårørende og kommunen. Opgaverne findes ikke lige relevante af parterne, fx pårørendes spørgsmål til rengøring, betaling af badestol, krav på kommunal sengeplads eller et nødkald. I et pårørendeperspektiv mangler der afklaring og understøttelse af deres ansvars rolle for at sikre deres syge pårørende (patienten) tryghed efter udskrivelse til hjemmet. De pårørende har her en væsentlig rolle i at sikre rammerne om patientens hjemkomst og hverdag. Opmærksomhedspunkter, der relaterer sig til indragelsen og samarbejde med pårørende, er at:

- Opmærksomhedspunkt: Understøtte ansvars- og opgavedeling med pårørende bedre.
- Opmærksomhedspunkt: Vedrørende pårørendes ansvarliggørelse af sygehuslægen på V4M, særligt når kommunikationen omhandler, hvad der sker efter udskrivelsen: Jo mere klar opgavefordelingen er med og mellem pårørende, kommune og almen praksis, jo mindre pres vil der antageligt komme på sygehuslægen.

3.5.4 Virtuel koordinering af en fælles plan

Det 4. evalueringstema til koordinering af multisygge patienters forløb med V4M til udvikling af en samlet plan har ligeledes betydning for det tværsektorielle kollegaskab. Alle fire brugergrupper bekræfter V4M som relevant og som en effektiv måde for parterne at mødes på. Alligevel oplever de manglende og mange ufærdige planer. Af analyseresultatet i afsnit 3.4.1 fremgår det, at knap halvdelen af brugerne (41 %) oplever, at det lykkes at lave en samlet plan for patientens videre forløb. Halvdelen oplever, at det lykkes delvist, og hver tiende, at det slet ikke lykkes at lave en plan. Kigger man nærmere ind i, hvilke brugergrupper der oplever, at der bliver lavet en samlet plan, så oplever respondenter fra sygehus og egen læge i signifikant højere grad end pårørende, at der bliver lavet en samlet plan, samt at den lægefaglige plan er den, der hyppigst er blevet udarbejdet. Herefter kommer plejeforløbsplanen. Dette stemmer også overens med, at de kommunale respondenter i mindre grad end sygehus og egen læge oplever, at V4M bidrog til at varetage deres ansvar.

De kvalitative betragtninger i afsnit 3.4.2 fremhæver en række opmærksomhedspunkter, hvoraf et helt særligt fund er, at:

- Alle parter vidner om udvidet deltagernes (særligt i sygehusets, kommunes og pårørendes perspektiver) kontekstforståelse for samarbejdet med hinanden (og bidrager (inklusive egen læges perspektiv) til en udvidet helhedsforståelse for patienten og koordinering af en (delvis) samlet plan).

Denne udvidede helhedsforståelse mellem parterne på baggrund af V4M-samtalen er helt særligt og et nyfund for koordination af patienter med multisygdomsforløb. Det fremgår dog også, at helhedsforståelse er ufuldstændig og potentielt "konfliktfyldt" ved:

- V4M til ikke-færdig udredte patienter
- Uafstemte forventninger mellem pårørende og patientens hjemkommune.

Desuden gav den udvidede helhedsforståelse med V4M:

- Ny mulighed for deling af behandlingsansvar (og varetagelse af egen læges tovholderfunktion) ved udskrivelse af multisyg patient til hjemmet.

Den virtuelle samtale mellem de fire parter bidrager til en udvidet kontekstforståelse til koordinering af patientens plan, dog ikke i tilstrækkelig grad til, at alle oplever, at en samlet plan bliver lavet. En sådan plan vil forudsætte en udvidet helhedsforståelse mellem parterne af patienten til at rumme både bedre udredning og

muligheder for at koordinere og afstemme pleje og inddragelse af pårørende efter udskrivelsen.

Udvidet helhedsforståelse for interorganisationelt kollegaskab

De kvalitative betragtninger på den utilstrækkelige koordination af en samlet plan for patientens forløb bidrager til en større helhedsforståelse for distribution af opgave- og behandlingsansvar mellem parterne, således at.

- Den *udvidede helhedsforståelse* inkluderer:
 - at sygehuset skal være bedre til at udrede, herunder samarbejde mellem egne afdelinger og med andre sygehuse – inden de tilbyder V4M
 - at hjemkommune informerer pårørende, evt. forud for V4M
 - bedre muligheder for at følge patienten efter udskrivelsen ved hjælp af:
 - en udvidet tovholderfunktion mellem egen læge og speciallæge til stabilisering/justering af behandling efter udskrivelse
 - klargøring af opgaver i planen, og hvem der gør hvad, inklusive pårørendes opgaver og kontaktmuligheder.

En sådan udvidet helhedsforståelse for samarbejdet om den ældre patient med multisygdom vil interorganisatorisk også forudsætte udvikling af nogle støtteredskaber for opgaveløsning i forlængelse af sygehusudskrivelsen, som V4M ikke kan løse alene. Det vil også gøre "kollegaskabet" tættere mellem parterne og inkludere pårørende mere formelt heri.

4 Udvikling af parternes interorganisatoriske relationer

Dette kapitel undersøger, hvorledes brugernes erfaringer med V4M fremadrettet kan bruges til at udvikle parternes interorganisatoriske relationer og belyser delformål 2: V4M's bidrag til sammenhængskraften mellem de fire parter om at koordinere komplekse patienters forløb.

Viden fra de fire brugergrupper er indhentet via fire kvalitative gruppeinterviews med hhv. brugere, der repræsenterer pårørende (3 personer), kommuner (samlet 10 personer fra to interviews med hhv. 7 + 3 personer i hver gruppe) og sygehus (4 personer) samt to kvalitative interviews med hhv. en praktiserende læge og et interview med både en praktiserende læge og en speciallæge fra sygehuset. Tabel 4.1 viser en samlet oversigt.

Oprindelig havde i alt 46 personer givet tilsagn om at deltage i fokusgruppeinterviews. Alle modtog to kalenderindkaldelser med forslag til online-gruppeinterviews i august måned 2024. På de pågældende datoer kunne i alt 19 personer deltage. De fordelte sig dog i ulige antal mellem parterne, således at almen praksis ikke deltog med tilstrækkeligt mange personer til at fungere som en gruppe. Ligesom de kommunale deltagere fordelte sig på to datoer. Alle 19 informanter havde erfaring med at kommunikere og samarbejde om multisyge ældre patienter fra deltagelse i afprøvning af V4M. Interviewguiderne, se Bilag 3, er forberedt på baggrund af 8 videoer med V4M, der er gennemset med henblik på at identificere tematikker i parternes interaktion, inklusive underspørgsmål udledt på baggrund af kommentarerne i spørgeskemaundersøgelsens fritekstfelter. Selve analysen af det transskriberede interviewmateriale har afsæt i de i kapitel 3 identificerende forskelle og fokusområder for parternes samarbejde med V4M.

Tabel 4.1 Oversigt over informanter

Kvalitative interviews	Pårørende	Kommune	Egen læge	Hospital
Tilsagn til deltagelse	10	14	6	15
Gruppeinterview	Gruppe med 3 personer: en enke- mand og to døtre til hhv. en mor og en far	Gruppe 1: 6 infor- manter fra tre kom- muner: 1 fysiotera- peut, 4 sygeplejer- sker, 1 visitator		Gruppe med 4 personer: 3 syge- plejersker, heraf en afdelingsleder og en special- læge

Kvalitative interviews	Pårørende	Kommune	Egen læge	Hospital
Enkel og to-personers interviews		Interview med 2 visitatorer, som fagligt er ergoterapeut og sygeplejerske	1 person interview 2 persons interview med informant fra almen praksis samt en speciallæge fra sygehus	

Kilde: VIVE, kvalitative interviews gennemført i august 2024.

De følgende fire afsnit præsenterer brugergruppernes forslag til forbedringer af samarbejdet. Forslagene kan både omhandle udvikling af deres eget vidensdomænes rolle og en eller flere af de andre parter med henblik på at udvikle de interorganisatoriske relationer mellem dem til at understøtte patientens forløb.

4.1 Pårørende

Datamateriale fra gruppeinterview med 3 pårørende. Varighed 45 minutter

De pårørende har generelt en positiv oplevelse af de tre forskellige V4M, de har deltaget i. "V4M er genialt fundet på", siger en pårørende: "Det giver ro på i forhold til at komme hjem og have kontakten og samarbejdet med egen læge

og kommunen". Udsagnet understøtter V4M's potentiale til at understøtte de pårørende. De oplever sig beroliget af at kunne høre de sundhedsprofessionelle tale sammen og ved selv at kunne bidrage til samtalen og sikre sig, at deres kære får en skræddersyet plan til hjemkomst efter indlæggelsen.

4.1.1 Idealet om en skræddersyet plan til hjemmet

En pårørende udfolder sin oplevelse af V4M-samtalen og den plan, der kom ud af det virtuelle møde mellem kommunen, egen læge, den hospitalsindlagte forælder og de sundhedsprofessionelle på sygehuset:

Alle kunne se, hvor skrøbelig og dårlig min forælder er, og stille spørgsmål på tværs af faggrupper. Og for mig som pårørende var det godt at opleve, at der blev ændret forskellige ting i de oprindelige planer efter udskrivelsen, bl.a. behovet for meget mere hjælp, at genoptræningen ikke kan foregå ude af eget hjem, og egen læge kommer på hjemmebesøg om nogle dage. (Pårørende om V4M)

Den personaliserede plan er et ideal for, hvad der kan komme ud af V4M, fordi den viser, at det er muligt at justere patientens behandling hos alle parter (genoptræning i hjemmet, opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og mere hjælp fra kommunen), så den er skræddersyet til forælders nye situation. At den er ideal, afspejler også, at kun halvdelen af brugerne oplevede, at det lykkedes at lave en samlet plan for patienten på deres V4M, jf. evalueringen i kapitel 3.

Planen, der ikke holder i praksis

Interviewet med de pårørende er interessant, fordi det viser, at planens samlede holdbarhed ikke var det afgørende efter udskrivelsen fra sygehuset. Den var vigtig, men betydningen af V4M viste sig for dem, når planen *ikke* holdt. De fortæller alle tre, at tingene hurtigt forløb anderledes efter hjemkomst, end det var planlagt på V4M. Dette betød dog ikke, at deres respektive V4M var overflødig. Tværtimod gav V4M-samtalen dem en viden og nye relationer til at håndtere de uforudsete ændringer sammen med "systemet". De fortæller kort om forløbene:

- En forælder fik med afsæt i udskrivesplanen fra V4M en kommunal plads, men måtte alligevel indlægges igen på sygehuset
- En anden forælder fik efter udskrivelsen tilpasset hjemmet til sin funktionsnedsættelse, så hun stadig kunne komme i haven. Herefter skete der andre ting med yderligere funktionstab
- En ægtefælle var afgået ved døden i tiden mellem udskrivelsen og interviewet.

Sammenhængskraften via relationer fra V4M

De pårørendes oplevelse af de sundhedsprofessionelles engagement og indbyrdes samtaler på V4M havde stor betydning for deres tillid til "systemet". Selvom de ikke forstod alt det kliniske sprog, beroligede de fagprofessionelles vidensdeling dem. En pårørende reflekterer tilbage til sin oplevelse af V4M: *"Det gjorde en forskel at høre dem (de sundhedsprofessionelle, red.) tale sundhedsfagligt sammen, også med kommunen om alt det faglige"*. De følte sig inddraget, også af speciallæge fra et andet sygehus, der var med online som specialist, og som den pårørende oplevede *"var vigtig for lægen på afdelingen og egen læge, som fik en masse at vide"*.

V4M gjorde også efterfølgende en forskel for deres samarbejde med egen læge, fordi denne var blevet opdateret på deres forælders situation. De fandt også selv, at de indtog en vigtig rolle på V4M: *"som pårørende er man dem, der kender dem (patienten, red.) bedst"*.

Styrket samarbejde om forebyggelse i hjemmet

Mødet gav også de pårørende ny organisatorisk viden i form af behandlingsmuligheder, de ikke kendte til. Egen læge og kommunen oplyste fx en forælder på et fælles V4M om mulighed for at give væske- og antibiotikabehandling i hjemmet (intravenøs behandling, red.) frem for indlæggelse (med risiko for delir, ifølge egen læge), hvilket beroligede familien. De pårørende oplevede alle tre, at hospitalsindlæggelserne svækkede deres forælder/ægtefælle, hvorfor viden og samarbejde med kommunen og egen læge var vigtig for dem og fremadrettet gjort lettere via kontakten over V4M.

4.1.2 Forbedringer af V4M i pårørendes perspektiv

Samlet set gav de tre pårørende udtryk for, at V4M havde styrket dem i deres rolle som omsorgsperson for en pårørende, særligt i relationen til de sundhedsprofessionelle. En negativ erfaring er, når kommunen lover mere på V4M, end den kan holde efter udskrivelsen. De pårørende ville gerne forud for mødet have haft mere tid og støtte til at forberede sig på samtalen, fordi: *"Det går stærkt, og man kan føle, at man har glemt noget"*. Behandlingsniveauet er fint at tale om med forældrene/ægtefællen og evt. sundhedsprofessionelle før V4M, men ikke under mødet. Det er *"meget individuelt, hvordan man har det med det"*.

Af de centrale evalueringspointer fra interviewet med de pårørende fremgår det:

- En skræddersyet behandlingsplan til patienten er et vigtigt resultat, fordi det giver tryghed og overblik, men er *ikke det eneste* eller afgørende for patienten efter hjemkomst.
- V4M's vigtigste funktion er *etablering af relationer* til de sundhedsprofessionelle parter med henblik på fremadrettet at tilpasse behandling og forebyggelse i hjemmet.
- De sundhedsprofessionelles fagsprog på V4M opleves ikke som fremmedgørende. Det er derimod beroligende, at de som specialister taler sammen og inddrager hinanden i beslutninger. Fremadrettet forbedrer det samarbejdet med egen læge og kommune.
- Beslutninger om behandlingsniveau, fx ophør af behandling og fravalg af hjerte-/lungeredning, kan ikke besluttet på V4M-mødet, men skal besluttet i familien.
- Forberedelsestiden inden deltagelse i V4M kan forbedres og tænkes ind i udvikling af V4M i fremtiden.

4.2 Kommune

Datamateriale fra to gruppeinterviews med hhv. 6 og 3 informanter. Varighed 60 og 45 minutter

Der blev afholdt to gruppeinterviews med kommunale sundhedsprofessionelle. I det første deltog 1 fysioterapeut, 4 sygeplejersker og 1 visitator fra i alt tre kommuner. Samlet har de deltaget i omkring 18 V4M. Det andet fokusgruppeinterview var med 2 visitatorer og 1 terapeut fra samme kommune.

De to interviews supplerer hinanden, fordi det første har fokus på det sundhedsfaglige indhold af V4M-samtalerne, mens det andet beskæftiger sig med visitation af den sundhedsfaglige hjælp til patienten/borgeren i tilknytning til V4M. I nogle kommuner visiterer en sygeplejerske selv direkte. I andre kommuner er visitationen centraliseret. Fælles for kommunerne er en balance mellem at ville forbedre/opretholde borgernes sundhed, herunder funktionsniveau, og forebygge forværringer og indlæggelser, samt at økonomien følger med, fx når de overtager opgaver fra sygehuset og fra udviklingen i almen praksis. De to interviews viser, at dette er en hårfin balance. Interviewene giver indblik i, hvad der er deres fælles fokus for værdien af V4M. Bruger-evalueringen af V4M-afprøvningen i afsnit 3.1 viste, at kommunerne ikke oplever at få samme taletid og bidrager med deres viden i tilstrækkelig grad, at de ikke oplever, at der bliver planlagt lige så mange plejeforløbsplaner, som særligt sygehuset oplever det. Dette er særligt vigtigt, fordi plejeforløbsplanen og genoptræningsplanen er rettet mod kommunen, med henblik på at de kan overtage patienten og tilrettelægge en kontinuerlig pleje og genoptræning efter sygehusudskrivelsen.

Dette afsnit uddyber, hvad der er særligt vigtigt for informanterne fra kommunerne i V4M-samtalen, samt hvorledes de forventer, at de interorganisatoriske relationer til sygehus og almen praksis kan forbedres i samarbejdet om den hospitalsindlagte borger og dennes overgang til hjemmet med sygdom. Kommunernes fokus og ansvar er fremdeles plejen og hjælpen i hjemmet. Her er patientens funktionsniveau ved hjemkomst helt centralt for, hvilken pleje, genoptræning og hjælpemidler, denne har behov for og skal visiteres til. V4M er i den sammenhæng et nyt forum for kommunen, som kan bruges til at få indblik i patientens situation til planlægning og justering af hjælpen ved hjemkomsten.

4.2.1 Udvikling af V4M med vurderingsredskaber for funktionstab og til proaktiv sygepleje

Informanterne beskriver, at sygehuset ofte udskriver ældre patienter til 'samme hjælp', som de modtog fra kommunen før indlæggelsen, MEN hospitalsindlæggelse er ofte forbundet med et funktionstab for borgeren. Dette tab bliver ofte ikke

kommunikeret – og hvis en plan kommunikeres, sker det typisk i en genoptræningsplan (også kaldet GOP) fra sygehuset til kommunens fysioterapeut. Genoptræningsplanen har værdi for sygeplejen, fordi den angiver, hvad borgeren kan/ikke kan og skal have hjælp til. Det giver information til justering af plejen, men ofte følger genoptræningsplanen ikke med udskrivelsen. V4M skaber i det kommunale perspektiv en mulighed for at spørge ind til de informationer, der traditionelt mangler, og for at:

... lave en fælles (interorganisatorisk, red.) behandlingsplan og drøfte dét, der IKKE står i plejeforløbsplanen. (Informant, kommune)

Muliggøre dialog om det usagte/ikke-kommunikerede

V4M's vigtigste formål er ifølge de kommunale informanter at skabe "dialog" mellem parterne, så netop uklarheder kan italesættes og afklares. Plejeforløbsplanen fra sygehuset til kommunen er nemlig ufuldstændig:

Der kommunikeres ikke fra sygehuset eller egen læge, hvad der skal monitoreres på, tærskelværdier og handling herpå. Vi vil gerne kende til patientens behandlingsniveau, og fx hvordan der skal følges op på blodfortyndende behandling. (Informant, kommune)

Kommunen tager kun blodprøver eller infektionstal, hvis egen læge har ordineret det eller i akutte tilfælde. Det er derfor lidt op til kommunens sundhedsprofessionelle selv at holde øje med forværringer hos borgeren og derefter beslutte, hvordan de skal handle herpå, fx øget vægt. Ofte kan de "ikke andet end indlægge borgeren". V4M er derfor en velkommen anledning til at få informationer, de mangler, også i forhold til fremadrettet at give borgere en forebyggende pleje.

Proaktiv sygepleje

Kommunerne har plejefaglige indsatser til deres syge borgere, hvor de gerne vil have information fra de andre parter, særlig egen læge og sygehusets speciallæge til at kunne handle fremadrettet, når patienten er hjemme igen og oplever forværringer. Proaktivt vil de gerne vide fra lægerne, hvordan de bedst holder øje med den ældre borger/patient i hjemmet, "monitorerer" – og hvordan de skal handle, når patientens tilstand ændrer sig.

Mere struktureret information fra sygehuset

Ønsket om at kunne handle proaktivt i den kommunale pleje er også forstærket af, at de oplever, at borgerne udskrives fra sygehuset som "ikke-færdigbehandlet". V4M giver derfor et forum, hvor de kan stille spørgsmål og få adgang til informationer om fx behandlingsniveau, som ellers mangler i den sygeplejefaglige plan. Det

betyder også, at personalet efter udskrivelsen ikke bliver så afhængige af at spørge patienten og pårørende efter information fra sygehusopholdet. En forklaring på, at kommunen oplever at mangle informationer om patienten, er, at sygehuset i den skriftlige kommunikation med egen læge og kommune ikke deler den samme information. Den lægefaglige behandlingsplan i udskrivesbrevet fra sygehuset (epikrisen) sendes kun til egen læge og ikke til kommunen. Informanterne vil dog meget gerne have brevet med "udskrivesresuméet" fra sygehuset, der svarer på "*hvorfor patienten er indlagt, og hvad der er gjort*". Det vil gøre det lettere for kommunen at tilrettelægge plejen med mere.

Understøttelse af sygehuset med manuel indlæggelsesrapport

Gruppen reflekterer også over deres egen rolle i informationsmanglen fra sygehuset, og hvorledes de fremadrettet kan blive bedre. Et forslag er, at de som kommune bliver bedre til at skrive en "manuel indlæggelsesrapport", når de indlægger deres ældre borgere på sygehuset. I rapporten vil patientens funktionsniveau fremgå. Det vil gøre det lettere for sygehuset at være opmærksom på funktionstab under indlæggelsen og herigennem blive bedre til at identificere og informere kommunen om borgers funktionsniveau/-tab og hermed tilrettelægge udskrivelsen til hjem bedre.

4.2.2 Visitatorers refleksioner til V4M

I interviewet med de to visitatorer begrundes de begge, at V4M's værdi er, at "*det er godt for borgeren. Det giver større tryghed og opklarer lidt*". Med "lidt", forklarer de, at møderne dog ikke er afgørende for deres opgaver i visitationen. Som kommune oplever de, at "*vi har ikke mange klager over sektorovertagelse. Vi kan bare det her. Vi er meget fleksible*". De medgiver, at borgerens "*funktionsniveau er det vigtigste. Så kan vi sige, hvad det er for en hjælp, der kan ydes ved borgeren*", og også at:

Nogle gange melder sygehuset tilbage med 'vanlig hjælp' – og nogle gange er det helt forskellige borgere, vi får hjem! Når man lige har dem på en skærm (V4M, red.), så kan man bedre stikke en finger i jorden og sige 'hvor man har dem henne'. (Visitator om brug af video til at vurdere funktionstab)

For at visitatorerne kan visitere ydelser til borgeren, skal plejeforløbsplan og udskrivelsesrapport ligge klar. Det gør den ikke før V4M-samtalen, hvis formål netop er at lave en fælles plan (for komplekse patienter med behov for udvidet koordinering). De har derfor ikke selv brug for at deltage i V4M. I den pågældende kommune samler de som koordinatore al information, som kommer (via Medcom-korrespondancer) fra almen praksis, plejepersonaler og terapeuter hos dem selv. Har de brug for 'udvidet koordinering' ringer de bare til sygehuset, "*i hvert tilfælde inden for de 72*

timer, som sygehusets læger har behandlingsansvaret". Egen læges input vurderer de ikke som afgørende i den sammenhæng.

Visitorers refleksioner til almen praksis

At visitorerne ikke nødvendigvis sidder med til V4M, betyder ikke, at de ikke ser relevansen af V4M for kontakten og samarbejdet med borgeren og de pårørende. Fremadrettet finder de dog, at værdien ligger et andet sted. Bruges V4M fx til at informere patient, pårørende og kommunen om fx hjælp til rengøring, *"så spilder man egen læges tid"*. De reflekterer over de ændringer, de oplever i relationen til almen praksis og til sygehuset, og kan se en ny, proaktiv opgave i kommunerne for sig. De kan imidlertid også se, at fortsatte "opgaveglidninger" af specialiserede opgaver, der tidligere blev udført på sygehuset eller i almen praksis, til opgaver i kommunalt regi, ikke kan løses af kommunen, uden at midler hertil følger med. Der skal være tale om et formelt aftalt "opgaveflyt" til kommunen med dertilhørende rammer og midler.

Baggrundshistorien for, at de kan se en mere proaktiv rolle for kommunen, er deres oplevelse af *"store ændringer i almen praksis fra familielægens tid"*. Det betyder, at mange borgere ikke har en egen læge mere, som kender deres sygdomshistorik og familie. Situationen er nu:

... at få læger kører ud i kommunen, og det er tilfældige læger, der kommer, fordi de går i vagt i lægehuset. (Visitor)

Den udvikling undergraver værdien af V4M, hvis egen læge ikke kender patienten, men nødvendiggør også, finder de, en forankring af kontinuiteten et andet sted, såsom i en kommunal forebyggende indsats. V4M vil kunne bruges til, at parterne i fællesskab laver en handlingsplan, der proaktivt inddrager kommunen i at monitorere og handle på patienter med gentagne og forebyggelige indlæggelser. Kommunen vil hermed få en øget kontinuitetsrolle efter udskrivelsen. En rolle, de kan bruge proaktivt til at monitorere patienten og handle efter aftale med praksislæge eller speciallægen på sygehuset, så patienten kan behandles og stabiliseres i eget hjem frem for (gen-)indlægges.

4.2.3 Forbedringer af V4M i et kommunalt perspektiv

De kommunale informanter har flere pointer til udvikling og styrkelse af det interorganisatoriske samarbejde med V4M. Centralt er, at:

- V4M er brugbart til at informere borger og pårørende om kommunens ydelser, men ikke om emner, der er irrelevant for egen læge.

- V4M er ikke direkte relevant for de kommunale visitatorer, men de ser et udviklingspotentiale for, at kommunen kan bidrage til at styrke et forebyggende samarbejde om kontinuitet i ældre patienters behandling.
- V4M indgår i et behov hos kommunale sundhedsprofessionelle for dialog med sygehuset med henblik på at få informationer om *tabt funktionsevne* under indlæggelsen for at tilpasse plejen og forebygge indlæggelse efter hjemkomst. De har *tre proaktive forslag* til understøttelse af relationen til sygehuset og almen praksis til forbedring af behandling og pleje af borgeren i hjemmet/kommunalt regi:
 - At kommunen udvikler en 'manuel indlæggelsesrapport', der angiver borgerens funktionsniveau i forbindelse med indlæggelse til at understøtte sygehusets vurdering af funktionstab ved udskrivelsen, altså et funktionsvurderingsstøtteredskab til sygehuset.
 - At modtage lægefaglige instrukser (fra sygehuslæge eller egen læge) i forbindelse med udskrivelse, som muliggør monitorering af forværringer, fx væskeophobning i kroppen med handlingsinstruks på, hvem der skal kontaktes ved overskridelse af værdier. OBS på varetagelsen af tovholderfunktionen: Ikke alle patienter har en egen læge, der kender dem.
 - At modtage udskrivelserapporten fra sygehuset, herunder kendskab til behandlingsniveau.
- Udvikling af det interorganisatoriske samarbejde med V4M til proaktiv forebyggelse forudsætter ressourcer og rammer, der sikrer opgaveflyt fra fx almen praksis og sygehus til kommunen og hjemmet.

4.3 Almen praksis

Datamateriale fra to interviews med hhv. 1 og 2 informanter. Varighed 30 og 45 minutter

I interviewet med almen praksis udtaler egen læge, at *"det er en god idé"*, men påpeger også, at det kræver ressourcer af sygehuset både at forberede og gennemføre V4M.

*Det er ikke nok, at de deltager med en læge i uddannelse på sygehuset.
Det skal være én, der kender patienten.*

Egen læge forventer således, at det er en stuegangsgående speciallæge, der deltager, for at den behandlingsmæssige værdi af deres V4M-samtale gør en forskel for

patienten. Derudover er hospitalslæger i deres optik heller ikke vant til at være "opmærksomme på, hvad der sker efter hospitalet".

Det er et strukturelt problem på sygehusene. De kan ikke nå at planlægge, inden patienten er udskrevet. Der skal mere tid på sygehuset til at tænke på, hvad patienten skal bagefter.

Personalet ville skulle frigøres fra andre hospitalsopgaver, hvis de skal have mulighed for at interessere sig mere for patientens videre forløb efter hospitalet. (Egen læge)

Egen læge reflekterer over, at det kan gå for stærkt på sygehuset, så man ikke får tænkt og planlagt, før man udskrives. V4M-konceptet kan således også ses som udtryk for en koordineringsløsning på et strukturskabt problem. Egen læge reflekterer sygehusets praksis for at udskrive patienter.

4.3.1 Strukturændringer for retningslinjer og kommunikation

Egen læge ser opblødning af sygehusets retningslinjer for udskrivelse af patienten som væsentlig for at skabe mere hensigtsmæssige udskrivelser til primærsektoren og det fremadrettede samarbejde med sygehuslægen om at forebygge uetiske indlæggelser.

Retningslinjer for udskrivelse

Sygehuset overholder retningslinjer, hvori der står "'skal' og ikke 'kan'", så det vil kræve en "anden brug af retningslinjer med tid til at tænke 'kan' frem for 'skal'". Egen læge forventer, at et 'kan' muliggør mere refleksion hos sygehuslæger og hermed bidrager til mere fleksible udskrivelser, der er tilpasset den konkrete patient med stillingtagen til dennes fremtidsudsigter. I forlængelse heraf fremhæver sygehuslægen, at det er vigtigt at give tid og bruge kompetencer på at blive bedre til at afslutte patienter på sygehuset:

Vi skal blive bedre til at give en ordentlig afsked for patienter (der er multisyge og aldersvækkede, red.). Patienten og pårørende får ikke ren besked, derfor indlægges de uden (behandlingsmæssig) grund.

Egen læge forventer således i sin tovholderfunktion, at sygehuset stopper mere op i sit hurtige flow for behandling og udskrivelse og får blik for, hvad de indirekte lover patienter og pårørende ved ikke at tage ordentlig stilling til patientens (sidste) tid og informerer patient og pårørende herom, så de får mulighed for en ordentlig afsked. Det er underforstået, at mange ældre dør (modsat deres ønske om at dø

hjemme) på sygehuset eller under indlæggelsen, når ingen har taget stilling til behandlingsniveauet sammen med patienten og pårørende.

Let kontakt til speciallæge og sygehusets ressourcer

I interviewet med egen læge og sygehuslæge har de to læger flere forslag til forbedring af samarbejdet mellem dem om deres patienters forløb og udskrivelse fra sygehuset. Efter udskrivelsen ønsker almen praksis: *"let kontakt til speciallæge, som kender patienten, (og kontakten via) telefon er lettere og mere praktisk at organisere (end videomøde, red.)"*. Speciallægen fra sygehuset tilføjer, at *"almen praksis skal have en ret til at trække på sygehusets ressourcer"*.

De oplever dog begge, at infrastrukturen for en sådan kommunikation ikke er klar, men ufuldstændig, fx indgår informationen om det V4M, de har afholdt med indlagte patienter, ikke i informationsbrevet (epikrisen), som sygehuset efterfølgende sendte til egen læge om patientens indlæggelse, behandling og udskrivelse. Information og udskrivelsesforløb skal derfor spille bedre sammen, hvis de skal have *"let kontakt"*. Forbedring af deres kontakt og samarbejde indeholder:

- Opblødte retningslinjer til forbedring af sygehuslægens information af patient og pårørende og af behandlingsplan ved udsigtsløs behandling
- At hospitalet kan stille speciallægeressourcer fleksibelt til rådighed for almen praksis.

4.3.2 Forbedringer af V4M i et lægefagligt perspektiv

Informanterne gav således flere input til, hvor V4M-konceptet kan forbedres i relationen til særligt egen læges samarbejde med sygehuset om den ældre patient med multisygdomsforløb. Interorganisationelt kan deres lægefaglige behandlingsansvar kalibreres finere, ved at sygehuset prioriterer hospitalsopgaver anderledes. Fremadrettet foreslår egen læge således, at:

- Retningslinjer for udskrivelse af ældre patienter med multisygdom opblødes med 'kan' frem for 'skal'-formuleringer med henblik på at skabe refleksion og opmærksomhed på patientens forløb efter udskrivelsen
- Sygehuslægen i V4M-samtalen kender patienten som (færdiguddannet) stuegangsgående speciallæge
- Sygehuset bliver bedre til at informere patienten og pårørende, så de ikke indlægges uden behandlingsmæssig grund

- Sygehuset bliver bedre til at afslutte behandling og skabe en ordentlig afsked for patienten
- Egen læge får let kontakt til patientens speciallæge og til at trække på sygehusets ressourcer.

4.4 Sygehus

Datamateriale fra 4 informanter. Varighed 54 minutter

I gruppeinterviewet med sygehuset kom en ny forståelse af V4M til udtryk. Informanternes erfaringer med V4M blev katalysator for at sondre mellem forskellige typer af virtuelle kontakter til understøttelse af patienter med behov for

udvidet koordinering af deres forløb. Erfaringer på tværs af sygehusafdelinger peger på, at V4M kan bidrage til kvalitetsudvikling på afdelinger med interesse for at forbedre deres patienters behandlingsplaner i en helhedsorienteret retning. Det gælder ikke kun for ældre patienter med multisygdom, men også for andre aldersgrupper af patienter med komplekse behandlingsbehov i forbindelse med udskrivelsen. Brugen af V4M kan i den sammenhæng opleves som en naturlig mulighed for at koordinere mere tværsektorielt og tværfagligt sammenhængende behandlingsplaner for og med patienter. Afdelinger med andre lægefaglige specialer vil kunne opleve det modsat. De finder det svært at forene V4M til afdelinger med et specialiseret blik afgrænset til én sygdomsproblematik. En helhedsorienteret forståelse af patienters samlede behandlingsbehov kan i en afdeling med en special- og organfaglig sygdomsoptik virke forstyrrende og ressourcekrævende for afdelingens daglige virke. Disse to forskellige optikker på V4M eksemplificeres i gruppeinterview med sygehuset med informanter fra hhv. en medicinsk afdeling, der har et helhedsorienteret blik på patientens behandlingsplan, og fra hjerteafdelingen med et specialiseret blik på optimering af behandling. Deres blik adskiller sig fra hinanden, men på en komplementær måde for patienten med multisygdom, hvilket vi vender tilbage til.

Først præsenteres argumentationen fra den helhedsorienterede afdeling, og dernæst gives der et indblik i den specialespecifikke afdelings erfaringer med V4M. De væsentligste pointer fra begge sygehusafdelinger oplistes afslutningsvis i punktform.

4.4.1 Den helhedsorienterede sygehusafdeling

Afdelingen har gode erfaringer med V4M til deres ældre med multisygdom. Så gode erfaringer, at det har givet afdelingens overlæge og oversygeplejerske inspiration til, hvordan de kan bruge V4M-konceptet til andre, yngre grupper af patienter

med behandlingsforløb, hvor der indgår mange parter og løse ender for patienten at forholde sig til. Afdelingens motivation for at bruge V4M til afdelingens yngre patienter forklarer informanten med at: "*Patienten fortjener det*". Underforstået, at det ikke kun er ældre patienter, men også yngre patienter, der udskrives med komplekse behandlingsplaner, der kunne koordineres bedre til gavn for patienten. Selvom V4M kræver ressourcer, vurderer afdelingens informanter, at "*det er godt givet ud, absolut*". Bedre forløb kan øge patientens tryghed ved udskrivelsen og forebygge unødige henvendelser og (gen-)indlæggelser:

Vi kan virkelig forebygge noget, hvis de (patienterne, red.) er trygge ved deres udskrivelse. Trygge ved, at egen læge har styr på, hvad der er foregået, og hvad der er hans eller hendes opgave. Plus, at de også ved, at der er et samarbejde på tværs. At man ikke går og venter på, at nu er det hjerotelægerne, som skal tage stilling til et eller andet, og hvornår kommer der svar. Og hvis man har rigtig ondt i ryggen, hvem skal man så henvende sig til, så der er bare mange ting. (Sygehussygeplejerske)

Deres oplevelse er, at V4M styrker egen læges tovholderfunktion efter udskrivelse og derfor også fremadrettet skaber mere tryghed omkring patienten i primærsektoren og forbedrer den fremadrettede kontakt til behandlere.

V4M til dialog med egen læge om behandlingen

Informanterne finder, at en særlig fordel ved V4M er muligheden for dialog med egen læge i modsætning til den vante skriftlige envejskommunikation mellem sygehus og almen praksis: "*skriver du en epikrise, får du ikke noget svar!*". Dialogen med egen læge på V4M skaber en fælles, udvidet kontekstforståelse for patienten og dennes indlæggelsesmønstre, der samlet muliggør nye opgaveforståelser, -løsninger og -deling mellem parterne:

Det er godt at have egen læge med, for de kan spille ind med nogle ting, som er foregået tidligere. Og lige pludselig giver det hele måske meget mere mening, for hvad er det, der skete derhjemme, siden fr. Jensen kommer ind igen for tredje gang!? Egen læge får jo også en indsigt i, hvad er det, vi har gjort denne gang, og hvad kan vi forvente, at egen læge følger op på. Og hvad er det, du (afdelingen, red.) skal være særlig opmærksom på: Er det en patient med leverbetændelse, så skal vi have styr på, at maven fungerer, at de får nok at spise og drikke og særlig proteinrig kost ..[...].. Her kan vi have et samarbejde med egen læge, men også med hjemmesygeplejersken eller et plejehjem eller bosted, de bliver udskrevet til. (Oversygeplejerske)

For den helhedsorienterede sygehusafdeling er V4M et redskab med potentiale til at understøtte samarbejdet med vigtige samarbejdspartnere generelt om deres patients forløb. Det gælder ikke kun egen læge, men som nævnt i citatet også kommunen og de institutioner, patienten bliver udskrevet til.

V4M til kvalitet og kompetenceudvikling

Afdelingen ser gerne V4M som en fast kerneydelse, der indgår i afdelingens arbejdsgange på daglig basis. Kompetencemæssigt finder de, at V4M forudsætter deltagelse af en overlæge sammen med en sygeplejerske, der har erfaring med at organisere og lede V4M-samtalen. Andre medarbejderløsninger til at afholde V4M med afdelingens patienter finder de ikke ansvarligt over for hverken yngre læger eller læger i uddannelse. Rollen som behandlingsansvarlig læge på V4M opleves nemlig meget krævende.

Oversygeplejersken vurderer, at en erfaren sygeplejerske, der har deltaget i flere V4M, godt ville kunne overtage rollen som lokal mødeleder (frem for en ekstern, projektansat V4M-leader på tværs af afdelinger som under afprøvningen af V4M). Der vil således være en både speciallægefaglig og sygeplejefaglig synergi i at udvikle og tilrettelægge V4M med patienter, eventuelle pårørende og de fagpersoner, som de vurderer som centrale for at skabe patienten et godt forløb efter udskrivelsen.

4.4.2 Den sygdomsspecialiserede sygehusafdeling

På andre afdelinger indgår V4M ikke i lægespecialet og dets udvikling af patientbehandling på samme vis som på den helhedsorienterede afdeling. I stedet opleves ressourcerne for speciallægerne til at forbedre og gennemføre V4M som så omfattende, at det ikke kan foregå inden for normal arbejdstid. I overensstemmelse med budskabet i interviewet med almen praksis er mange lægespecialer på sygehuset ikke optagede af, hvad der sker med patienterne efter udskrivelsen. Ej heller er de interesserede i en helhedsorienteret tilgang til patienter med multisygdom, hvilket også er i overensstemmelse med årtiers udvikling af de danske sygehuse med fokus på specialiseret behandling:

Jeg har prøvet at få nogle af de større læger med (til V4M), men det har simpelthen været umuligt. Der er slet ingen interesse i det. Det er kun det kardiologiske, vi interesserer os for. (Sygehuslæge)

Informanten har oplevelsen af, at det inden for det pågældende lægespecialer er svært at finde erfarne læger, der vil prioritere V4M uden et specifikt fokus på specialet. De har på hjerteafdelingen afprøvet V4M og oplevet, at det ikke kun er ressourcekrævende i en afdeling, der i forvejen mangler læge og sygeplejersker. Rollen

som behandlingsansvarlig læge på V4M er også svær, endog grænseoverskridende, når lægen af de andre parter opfattes som ansvarlig for behandlingen af patienten, ikke kun inden for eget lægespeciale, men også for sygehusets ressourcer og samarbejde med andre specialer og afdelinger.

Speciallægen som online deltager og ny femte part

Afdelingen har haft succes med online deltagelse af en hjertespecialist (fra en forskningsafdeling) som en femte part i V4M. Online-speciallægen deltog med henblik på at understøtte egen læges behandlingsansvar for den multisyge patients hjertefejl efter udskrivelsen. Dette giver en ny, virtuel relation og samarbejds mulighed for specialiserede afdelinger. Frem for det ressourcekrævende værtskab for at planlægge og afholde V4M kan sygdomsspecialiserede afdelinger have en interesse i at deltage som en virtuel femte part på linje med kommune og egen læge – og ad den vej bidrage med specialiseret viden til behandlingsplanen for patienten med multisygdom.

Konflikthåndtering i V4M-samtalen

Der er mange forventninger til sygehuslægen på V4M særligt fra pårørende, men også fra egen læge. Disse forventninger kan være svære at honorere, fordi den enkelte læge ikke er ansvarlig for sygehusets (eller kommunens) mangel på ressourcer eller ikke selv har besluttet patientens tidligere behandlinger. Pårørende kan i bekymring for kvaliteten af behandlingen og udskrivelsen virke truende. V4M kan derfor involvere konflikthåndtering. Det gælder også i forhold til selve afdelingen, når planlægning og gennemførelse af V4M presser på tid og ressourcer. Deltagerne i interviewet fremhæver dog, at konflikterne fik et konstruktivt udfald i relationen til pårørende, der var "*mega glade*" for V4M-samtalen. Behandlingsplanen er også blevet bedre af sparring med egen læge. Det ses ifølge lægeinformant også ved, at hjerteafdelingens andre læger efterfølgende meget gerne bruger "*videonoterne*" (ligger i patientens journal som 'stuegangsnotat/kontinuation', red.) fra V4M-samtalen under resten af patientens indlæggelse. Afdelingens speciallæger vil således gerne bruge kvaliteten af, hvad der kommer ud af V4M, men motivations- og ressourcemæssigt kræver det noget mere at få kollegaer på afdelingen til aktivt at deltage i V4M.

To V4M-ledere med sygeplejefaglige baggrund bekræftede også i interviewet, at V4M er en ny aktivitet på sygehuset, der kan opleves forstyrrende og ressourcekrævende i forhold til en afdelings vante aktiviteter. Det kan skabe et negativt pres på V4M-lederen og selve V4M's legitimitet, når en afdeling er presset på ressourcer.

4.4.3 Forbedring af V4M i sygehusperspektiv

Interviewet med sygehuset viser, at rammerne for udvikling af V4M's interorganisatoriske relationer til primærsektoren er intraorganisatorisk bestemt. Det vil sige, at der er nogle helhedsorienterede afdelinger, hvor V4M konvergerer med kvalitetsudvikling i afdelingens patientbehandling, mens det modsatte kan være tilfældet på andre af sygehusets afdelinger. På stærkt specialiserede afdelinger kan V4M divergere med den igangværende praksis. Deres virtuelle muligheder for at bidrage til ældre patienter med multisygdomsforløb er placeret et andet sted, fx ved at indgå som femte part, der bistår egen læge og kommune i behandling af én specifik sygdomsproblematik (selvom patienten har flere). Potentielt vil speciallægen som femte part understøtte egen læges komplekse tovholderfunktion for patienter med multisygdom samt kommunen, når de indgår i fx svækkede ældres behandling i hjemmet. Sygehusets deltagelse med speciallægekompetencer i en femte parts funktion er mindre ressourcekrævende, da planlægning og værtskab ikke pålægges afdelingen. Dens rolle vil være fleksibelt at bistå andre sygehusafdelinger, egen læge og kommune i en virtuel, rådgivende funktion, der samlet set kan muliggøre et tættere interorganisatorisk samarbejde om patienten efter udskrivelse til hjemmet.

Sygehusets erfaringer med V4M åbner således for flere udviklingsveje med både interorganisatoriske relationer, men også intraorganisatoriske relationer til nye parter. De kan sammenfattes som hhv. konvergerende og divergerende organisatoriske udviklinger (Borum, 2014).

Konvergerende udvikling af interorganisatoriske relationer med V4M

- V4M bidrager til kvalitetsudvikling i form af at tilbyde patienter et mere helhedsorienteret behandlingsforløb på tværs af sektorer
- V4M kan tilbydes til andre patientgrupper med komplekse forløb, fx yngre patienter med komplekse behandlingsforløb og genindlæggelser, og indgå som del af afdelingens daglige aktivitet
- V4M er ressourcekrævende og forudsætter særlige lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer, sidstnævnte i forhold til at organisere V4M og lede V4M-samtalen
- Krav fra pårørende og egen læge til sygehuslægens viden, ansvar og adgang til ressourcer er store, hvilket gør sygehuslægens værtsrolle krævende. Lægen skal være færdiguddannet og kende patienten fra stuegang
- V4M ses som et redskab til dialog og vidensdeling med særlig egen læge, men også andre parter, der er vigtige for sammenhængen i patientens videre forløb, såsom samarbejdet med kommune og bosteder.

Divergerende udvikling af intraorganisatoriske relationer med V4M

- V4M egner sig ikke til alle typer afdeling. Afdelinger med et mere snævert fokus på en sygdomsproblematik vil udviklings- og ressourcemæssigt have svært ved at prioritere (organisering og afholdelse af) V4M
- I V4M er der i stedet erfaringer med, at speciallæge deltager online som en femte part, der rådgiver inden for sit specifikke speciale. Det er en virtuel, fleksibel og sygdomsspecifik rådgivning af patienten med multisygdom til understøttelse af dennes behandlingsplan og egen læges tovholderfunktion i primærsektoren.

4.5 Sammenfatning af parternes interorganisationelle udvikling med V4M

Interviewene med de fire parter peger på forskellige udviklingsveje for det tværsektorielle samarbejde om ældre patienter med multisygdom. De giver udtryk for forskellige forventninger og muligheder for udvikling af samarbejdet. Dette afsnit sammenfatter først hver parts nærmeste udviklingszone for dernæst at reflektere over synergier mellem dem i en samlet figur for udvikling af deres interorganisatoriske samarbejde om ældre patienter med multisygdomsforløb, se Figur 4.1.

4.5.1 Udviklingszoner for de fire parters samarbejder med V4M

Hver part giver udtryk for forskellige behov og forventninger til hinanden, der er som følgende:

De pårørende har brug for, at de sundhedsprofessionelle taler sammen og laver en koordineret plan, som inddrager dem og deres pårørende (patienten). De vil særlig gerne inddrages med *en kontaktplan*², så de ved, hvem de fremadrettet kan kontakte. Netværket via V4M er vigtigt for dem også til at koordinere deres pårørendes forløb, når ting forløber anderledes end planlagt efter hjemkomst.

Kommunen vil gerne styrke deres rolle og ansvar for borgere med multisygdom, som modtager hjælp, dels med henblik på at justere og give dem den rette pleje ved udskrivelse fra sygehuset, dels ved at understøtte kontinuiteten i deres behandling i hjemmet, fx ved at monitorere på af sygehus/egen læge valgte tilstande og

² Inspiration kan hentes fra 'Pårørendeseddel', der er udviklet i Sundhedsklyngen i Slagelse med Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse, Praktiserende lægers organisation (PLO), Sorø Kommune, Slagelse Kommune, Ringsted Kommune og Næstved Kommune til at sikre medicinering i overgang mellem sygehus og eget hjem, se <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7270057812242649088/>

handle herpå. De kommunale visitatorer finder ikke deres deltagelse i V4M relevant, men gør dog opmærksom på, at delegering af nye opgaver fra læger (region) til kommune via V4M vil skulle kompenseres. De vurderer, at manglen på familielæger i almen praksis, som kender borgeren/patienten, gør kontinuitetsindsatser i kommunen/hjemmet ekstra vigtig.

De foreslåede indsatser til forbedring af deres ældre borgers forløb er:

- en *manuel indlæggelsesrapport*, der angiver borgerens funktionsniveau ved indlæggelsen til understøttelse af sygehusets vurdering af funktions- tab ved udskrivelse, hvilke sikrer den rette justering af pleje og evt. genop- træning ved hjemkomst
- en *udskrivesrapport* fra sygehuset med oplysninger bl.a. om behand- lingsniveau
- *monitorerings- og handlingsinstrukser* fra lægerne til understøttelse af be- handlingskontinuiteten i hjemmet med angivelse af, hvilke værdier plejen skal handle på, og hvem de skal kontakte i tilfælde af forværringer.

Egen læge³ har flere forslag til samarbejdet med sygehuslæger om ældre patienter med multisygdom. De vigtigste tiltag vil være at:

- mindske presset på almen praksis. Hertil vil sygehusets retningslinjer for udskrivelse af ældre patienter med multisygdom kunne ændres fra et 'skal' til et 'kan'. Formålet vil være at skabe mere refleksion og bevidsthed hos sygehuslæger om, hvad man udskriver den ældre multisyge patient til.
- sygehuslægen informerer patient og pårørende mere reelt om behand- lingsudsigterne, så der skabes et bedre grundlag i familien for at skabe en god afsked (frem for unødige indlæggelser).
- tilbyde fleksibel kontakt til speciallæger, fx telefonisk for at trække på de- res viden.

Sygehuset har skabt sig et nyt erfaringsgrundlag for kvalitetsudvikling af multisyge patienters behandling med V4M. En afdelings værtskab for V4M kan udviklings- mæssigt være i tråd (konvergere) med forbedret behandlingsplan, når der er tale om afdelinger med et helhedsorienteret blik på behandlingen, men kvalitetsudvik- lingsmæssigt afvige (divergere) på afdelinger med et sygdomsspecifikt speciale. Komplementære udviklingsveje for kvalitetudvikling (og ressourceforbrug) på

³ Forslagene er ikke udtømmende eller generaliserbare til alle praksislæger. Det kvalitative datagrundlag for almen praksis' perspektiv er ufuldstændigt på grund af få informanter.

sygehuset med virtuelle møder vil være at differentiere mellem afdelingernes virtuelle kontaktformer og give dem forskellige muligheder for at tilbyde:

- V4M til patienter med komplekse behandlingsforløb med behov for en helhedsorienteret behandlingsplan
- Virtuel rådgivning med speciallæge i forhold til sygdomsspecifikke planer. Speciallægen kan være med online som 'femte part' på V4M⁴ og endvidere bistå aftaler med egen læge og kommune efter udskrivelsen, fx fleksibelt via telefon som foreslået i interviewene med egen læge og speciallæge fra sygehuset.

⁴ De lægefaglige ressourcer fordeles sig ujævnt i landet og er et politisk indsatsområde (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Den 'femte part' kan også være en speciallægefaglig ressource fra et andet sygehus, end hvor patienten er indlagt.

5 Diskussion og konklusion

V4M-drejbogen er udviklet i et aktionsforskningsprojekt til understøttelse af skrøbelig ældre i 'cirkulære forløb' mellem hospital, kommune, egen læge og hjem med gentagne indlæggelser. Denne rapport evaluerer afprøvelsen af drejbogen i et feasibility studie med 46 indlagte patienter og 303 brugere. Rapportens formål er at evaluere de fire organisatoriske enheder: hospital, almen praksis, kommune og pårørendes oplevelser af de virtuelle 4-partsmøder (V4M) med de pårørende som repræsentanter for patientens hverdag i hjemmet. Mere specifikt at undersøge:

- Brugernes oplevelser af redskabets relevans for parterne hver især
- V4M's bidrag til sammenhængskraften mellem de fire parter om at koordinere komplekse patienters forløb.

Evalueringsresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen finder i store træk, at brugere oplever, at V4M er et relevant redskab til at koordinere patientens tværsektorielle forløb ud fra evalueringstemaerne:

1. Inddragelse af patient og hinandens viden
2. Effektivt samspil med deres organisationer
3. Teknisk og kommunikativ kvalitet af deltagernes virtuelle samtale
4. V4M's betydning for patientens videre forløb
5. Bidrag til tværsektorielt kollegaskab.

Der er dog også signifikante forskelle mellem brugergruppernes oplevelser af redskabet til kommunikation og samarbejde. Forskelle, der giver anledning til en række opmærksomhedspunkter samt dilemmaer for parternes oplevelse af ligeværdig og effektiv deltagelse. Konklusionerne fra brugergruppeinterviewene er forslag fra parterne til, hvorledes deres respektive deltagelse i koordinering af ældre patienters cirkulære forløb og sammenhængskraften mellem deres organisationer kan videreudvikles.

Samlet bidrager rapportens hovedkonklusioner til at mindske vidensgab i litteraturen om tværsektoriel koordinering af patienter med multisygdomsforløb. Den giver et nuanceret indblik i, hvad der koordineres under V4M-samtalen, samt de virtuelle potentialer for at skabe relationer og afstemme en fælles plan, der indeholder og tilgodeser alle parter informationsbehov. Fundene vedrørende, at samtalen er kompleks, at de lægefaglige emner fylder mest, at kommunens bidrag er tvetydige (særligt, når der først visiteres ydelser efter hjemkomst), og at de pårørende gerne

vil indgå mere – er velkendt stof i tilknytning til tværsektorielle forløb. Det betyder også, at V4M ikke er en universal løsning på den i indledningen nævnte tværsektorielle problemstilling, Bermuda-trekanten. Strukturelle problemstillinger for sektorovergangen er ikke forsvundet i forhold til behandlingsansvaret, ufuldstændige planer, særligt for plejen og genoptræning efter funktionstab, forskydninger mellem udskrivelsestidspunkt og visitation af ydelser, pårørende, der ønsker (tid til) mere afklaring samt bedre digital understøttelse af aftaler og fælles planer. Men uafklarethederne kan italesættes og forhandles via muligheden for virtuel vidensdeling i V4M-samtalen. Samtalen muliggør udvikling af konstruktive løsninger, der er skræddersyet til patienten og parternes praktiske muligheder. Den skaber relationer mellem dem til understøttelse af det fremtidige og fortsatte samarbejde om patienter med multisygdom.

Vigtige fund er også, at spørgeskemaundersøgelsens respondenter generelt set svarer, at de finder V4M relevant for patientens situation, og at de oplever at kunne bidrage positivt hertil på baggrund af inddragelse af patienten, deres respektive vidensdomæner og ansvar for patienten. Denne værdi for patienten, pårørende og det tværsektorielle samarbejde forpligtiger fremadrettet, samtidig med at det også fremgår, at 'kollegaskab' og resiliens (i et sundhedsvæsen presset på medarbejderressourcer) kræver mere interorganisatorisk understøttelse. Et vigtigt afklaringspunkt er, hvad der legitimerer de store forskelle mellem parternes brug af (tids-)ressourcer, og om de står mål med formålet med V4M: at styrke patienter i cirkulære forløb, herunder også særlig hjemkomst og tryghed i hverdagen med sygdomme. Brugergruppernes forslag underbygger, at virtuelle møder potentielt kan tilpasses sygehusets kvalitetsudvikling på nye måder, muliggøre mere fleksibel kontakt til almenpraksis til understøttelse af dennes tovholderfunktion for patienter med multisygdom, samt at kommune og pårørende vil kunne bringes i spil på nye møder til understøttelse af patientens hverdag i hjemmet.

Brugergruppernes forslag til at styrke samarbejdet er ikke udtømmende, men vejledende. Forslagene har fokus på snitflader internt på sygehuset og mellem parterne for at udvikle interorganisatoriske samarbejder om patienter, som de har fælles ansvar for. Fælles ansvar, idet den pågældende gruppe af patienter vedbliver at være syge og plejekrævende, også refereret til som 'patienter i cirkulære forløb'. Forslagenes samlede formål er således at skabe aftaler og distribuere opgaver og ansvar, så "tempoet" for patienternes udskrivelse og indlæggelser er hensigtsmæssigt og stabiliserende for patienten i hjemmet.

5.1 Brugernes oplevelse af redskabets relevans

1. Inddragelse

Et centralt fund er, at V4M muliggør inddragelse af patientens ønsker til sit forløb. Pårørende ønsker sig dog mere inddragelse af patienten. Brugernes forbehold overfor inddragelse med V4M er af døende patienter, patienter med nedsat hørelse samt pårørende med demens.

Brugerne oplever også at kunne bidrage med deres viden. Kommunen oplever dog at bidrage mindre og få kortere taletid. Parterne oplever at få en større forståelse af hinanden, undtagen egen læge, som til forskel fra de andre ikke oplever at få ny viden om sygehuset, kommunen og pårørende. Sygehusets deltagelse forudsætter en (færdiguddannet) speciallæge, der har gået stuegang med patienten.

2. Samspil med brugernes organisationer

Sygehuset bruger mange tidressourcer på at planlægge og afholde V4M, også i en sådan grad, at nogle speciallæger ikke kan nå det inden for normal arbejdstid. Egen læge ser behovet for V4M til patienter med multisygdom, men har tidsmæssigt ikke samme daglige fleksibilitet til at deltage, som de andre parter. Deltagernes samtale på V4M indeholder mange emner, hvor det lægefaglige fylder mest, dernæst pleje, genoptræning og hjemkomst, men også flere andre emner. Tonen er overvejede respektfuld og professionel, men der indgår også konflikt og uafklarede forventninger og ansvar. Pårørende forstår ikke altid det hele. Emner som radikale ændringer i behandlingsniveau aftales bedst forud for V4M og ikke under selve V4M-samtalen.

3. Teknisk og kommunikativ kvalitet

Mødeledelse af V4M er vigtig for at sikre mailinvitation med link, det tekniske video-setup på patientens stue og struktur til samtalen, at alle bliver hørt, og tiden overholdt. Respondenterne oplevede generelt ingen problemer med at tilgå V4M via mail med link. Kvaliteten af lydforhold ville kunne forbedres. I gennemsnit brugte de 30 minutter på V4M-samtalen. Egen læge så gerne, at den var 10 minutter kortere, og pårørende, at den varede længere.

V4M-samtalen muliggjorde vidensdeling mellem parterne til en "udvidet helhedsforståelse" af patientens situation ved overgang til hjemmet med sygdomme. Med udvidet helhedsforståelse refereres der til en helhed – skabt gennem den virtuelle emnerige samtale mellem parterne, som ikke kan reduceres til en plejefaglig, kommunal helhed eller speciallægefaglige forståelser, men en samlet forståelse, hvor alle parter, inklusive patientens ønsker og pårørendes viden om hjemmet, er i spil.

4. Betydning for patientens videre forløb

Koordinering af en samlet plan for patientens forløb er det væsentligste formål med V4M. Cirka 40 % oplevede, at dette lykkedes, men halvdelen oplevede, at det kun lykkedes delvist, og hver tiende slet ikke. De oplevede særligt, at det lykkedes at koordinere en lægefaglig behandlingsplan, men ikke plejeplan og genoptræningsplan. Der blev indgået flere aftaler om opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og kommune efter patientens hjemkomst. Brugere fra sygehuset oplevede, at der blev lavet signifikant flere plejeforløbsplaner, end kommunen gjorde. Dette er et dilemma, da V4M særligt skal styrke det tværsektorielle samarbejde om patientens overgang til primærsektoren, hjemmet og kommunal pleje.

5. Bidrag til kollegaskab

Evalueringsresultaterne peger på, at V4M kan bidrage til interorganisatorisk udvikling af kollegaskab mellem brugerne. Brugere vil fx generelt gerne anbefale deltagelse i V4M til andre kollegaer og patienter. Der er dog også en række opmærksomhedspunkter og dilemmaer for samarbejdet. Det gælder ulige ressourcer og udbytte af at deltage i V4M. Særligt sygehus er presset på at bruge ressourcer og bruger mere end 2 timer til at forberede og gennemføre V4M på patientens stue. Egen læge udtrykker manglende kapacitet til at gennemføre V4M med alle de patienter, der måtte have gavn af det. Kommunen indtog en dobbelt rolle, hvor de dels blev mødt med forventninger om at kunne visitere ydelser og hjælpemidler direkte på V4M, hvilket ikke er i overensstemmelse med alle kommuners praksis for visitation, og selv forventede forbedret koordination af plejeforløbsplaner og genoptræning. Pårørende vil gerne have patienten inddraget mere samt mere viden om, hvem de skulle kontakte, hvis og når deres pårørende, patienten, fik det værre efter hjemkomst.

Figur 5.1 præsenterer evalueringspointer fra brugernes oplevelse af V4M-redskabets relevans.

Figur 5.1 **Evalueringsresultater for understøttelse af tværsektorielt samarbejde om patienter i cirkulære forløb med V4M**



Anm.: Pilene mellem evalueringsresultaterne henviser til, at de er gensidigt betingede.

Kilde: Wentzer et al., VIVE & Aalborg Universitet 2025.

Samlet set er brugernes oplevelse af V4M, at det kan bidrage til koordinering af ældre patienter med multisygdomsforløb, men også, at der er behov for bedre understøttelse af den interorganisatoriske sammenhæng mellem parterne, hvilket omhandler undersøgelsens delformål 2, nemlig V4M's bidrag til sammenhængskraften mellem de fire parter om at koordinere komplekse patienters forløb.

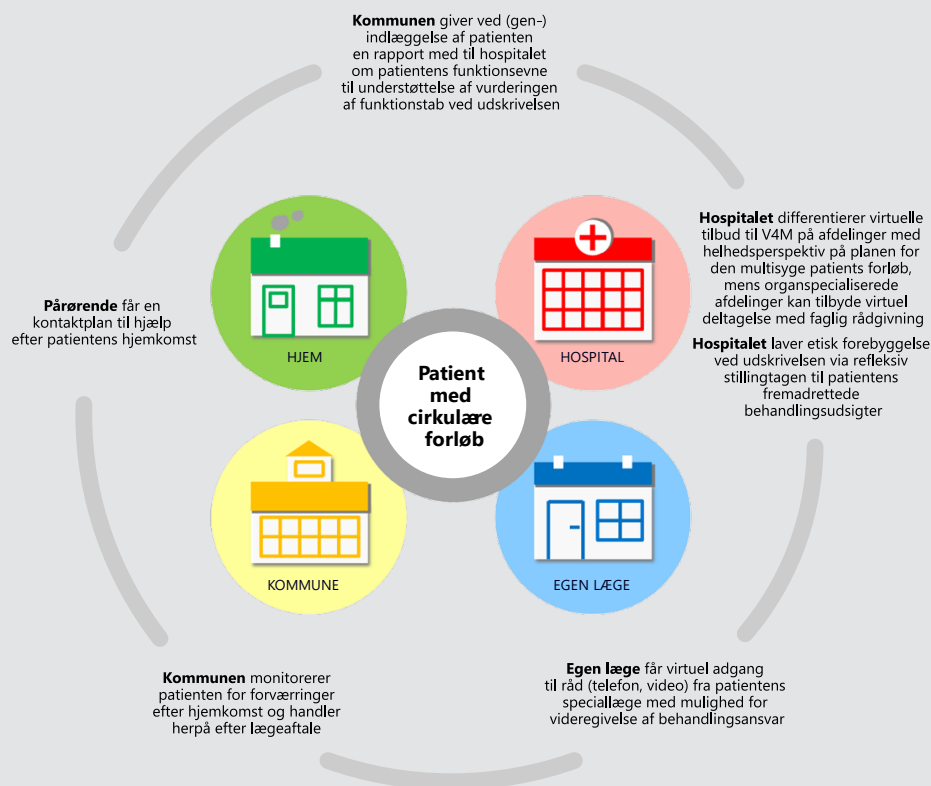
5.2 Forslag til at styrke sammenhængskraften mellem de fire parter

I gruppeinterviewene med informanter fra kommune, pårørende og sygehus samt interviews med egen læge, der alle har deltaget i V4M med patienter, fremkom de med forskellige forslag til, hvorledes deres egne organisatoriske enheder og andres kunne udvikles til at understøtte samarbejde om patienter i cirkulære forløb mere tilfredsstillende.

Figur 5.2 præsenterer forslagene fra hhv. sygehus, egen læge, kommune og pårørende, som deltog med informanter i brugergruppeinterviewene. Forslagene er ikke udtømmende, men tænkt til inspiration og organisatorisk læring med henblik på kvalitetsudvikling.

Figur 5.2 Organisatoriske indsatser til at understøtte parternes samarbejde om skrøbelige ældre med multisygdom i cirkulære forløb*

*Mange indlæggelser og kontakter til sygehus, egen læge og kommune.



Anm.: Forslagene til organisatoriske indsatser er fremkommet på baggrund af kvalitative interviews med deltagere i V4M.

Kilde: Wentzer et al., VIVE & Aalborg Universitet 2025.

Af sygehusets forslag fremgår det, at V4M ikke er relevant for alle afdelinger, men fremdeles afdelinger med interesse i kvalitetsudvikling via en helhedsorienteret tilgang til patientens behandlingsplan ved udskrivelsen. Andre afdelinger med specialiserede interesser kan bidrage som en femte virtuel part, så afdelingen ikke skal bruge ressourcer på at afholde V4M med patienten og de øvrige parter. I stedet kan afdelinger med organspecialiseret sygdomsbehandling bistå egen læge med rådgivning. Andre forslag fra egen læge til sygehuset er, at sygehuset opbløder retningslinjer for behandling med henblik på mere reflekterede udskrivelser, hvori patient og pårørende er ordentligt informeret om behandlingsudsigter til forebyggelse af uetiske genindlæggelser. Egen læge og sygehuslæge foreslår også i forbindelse med tovholderfunktionen for patienter med multisygdom mere fleksibel adgang til

speciallægerådgivning i almen praksis. Kommunen har brug for flere informationer om patienten ved udskrivelsen, herunder udskrivesbrev og information om tab af funktionsevne. Fremadrettet kan kommunen bidrage til sygehusets vurdering af funktionstab ved at indlægge borgere fra kommunale pladser med en manuel indlæggelsesrapport, der angiver patientens funktionsevne. Kommunen modtager også gerne handlingsinstrukser fra lægerne til monitorering af forværringer og forebyggelse af indlæggelse. Pårørendes relationer til parterne kan efter patientens hjemkomst understøttes med en kontaktplan.

Begge figurer om hhv. Evalueringsresultater for understøttelse af tværsektorielt samarbejde om patienter i cirkulære forløb (Figur 5.1) og Organisatori (Figur 5.2) supplerer hinanden som et samlet bidrag til organisatorisk læring (Argyris & Schön, 1978; Brandi & Elkjær, 2014). Ligeså får aktionsforskningsgruppen, der afprøver V4M med rapportens hovedresultater, generaliseret og systematisk feedback fra primærbrugerne. Endelig får projektets styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra sygehus, almen praksis, pårørende og deltagende kommuner inspiration til, hvorledes det gensidige samarbejde om patienter med multisygdom kan udvikles virtuelt med konkrete forslag.

5.3 Validitet og metodemæssige forbehold

Rapportens kvantitative resultater er baseret på en spørgeskemaundersøgelse med en samlet svarprocent på 56 % (eksklusive V4M-ledernes besvarelser) varierende mellem 32,6 og 66,7 % af brugergrupperne. Et opmærksomhedspunkt er således, at de brugere, der har besvaret spørgeskemaet, kan have andre karakteristika eller have oplevet deres deltagelse i V4M anderledes, end de brugere, der ikke har besvaret spørgeskemaet. Ud over forskelle i svarprocent har vi ikke haft mulighed for at foretage en bortfaldsanalyse. Et andet opmærksomhedspunkt er, at der ved nogle møder er mange respondenter, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, mens der ved andre møder kun er få respondenter, der besvarede spørgeskemaet. Det betyder, at vi kun kan belyse, hvordan respondenter med forskellige brugerbaggrunde oplever deltagelsen i V4M, men ikke, om de samme møder opleves forskelligt af sygehuset, kommune, læge og pårørende. Dette skyldes, at brugerne kan have deltaget i forskellige møder. Endelig ved vi ikke, om patienterne, der deltog i V4M, var lige syge, hvilket kan have påvirket V4M-samtalen.

Der er gennemført V4M med 46 patienter ud af 300 mulige patienter, hvilket svarer til en selekteret gruppe på ca. 15 %. Det er ukendt, i hvilken grad V4M med de resterende 85 % af patientgruppen ikke er gennemført, fordi patienten ikke har givet tilsagn til at deltage, fordi de er døde eller udskrevet, inden V4M har kunnet afholdes, eller fordi en eller flere af de øvrige parter, sygehuslæge og sygeplejerske, egen

lægen og kommune ikke har kunnet deltage i det givne tidsrum for afholdelse af mødet. Alt andet lige peger det på, at ud over, at det tager tid for sygehusets sundhedsprofessionelle at planlægge og gennemføre V4M med en patient, så er det også ressourcekrævende at arrangere aftaler med patienter og parterne om at afholde et fælles virtuelt møde.

Den kvalitative interviewundersøgelse er gennemført i sommerferieperioden og vil have opnået bedre repræsentation af særlig egen læge, hvor 6 personer forlods havde tilkendegivet deres interesse, hvis interviewet var afholdt på et andet tidspunkt. Interviewene er ingenlunde udtømmende, men vigtige stemmer i de pågående forandringsprocesser i organisering af det danske sundhedsvæsen. Særligt også i en optik med vægt på brugerinddragelse af både patienter, men også af de primære aktører, de sundhedsprofessionelle i front og pårørende, der er afgørende for levering af pleje og behandling i praksis og for italesættelse af rammebetingelserne for deres fælles og indbyrdes virke.

Litteratur

Agerholm, J., Jensen, N.K. & Liljas, A. (2023). Healthcare professionals' perception of barriers and facilitators for care coordination of older adults with complex care needs being discharged from hospital: A qualitative comparative study of two Nordic capitals. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1-12.

Argyris, C. & Schön, D.A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Aschbrenner, K.A., Kruse, G., Gallo, J.J. & Plano Clark, V.L. (2022). Applying mixed methods to pilot feasibility studies to inform intervention trials. *Pilot and feasibility studies*, 8(1), 217.

Bateson, G. (2000). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Bergenholtz, H. & Gaardboe, O. (2023). *Klar til at tage samtalen: En guide til sundhedsprofessionelle om samtaler ved livets afslutning*. Frederiksberg: Dansk selskab for patientsikkerhed.

Berntsen, G., Strisland, F., Malm-Nicolaisen, K., Smaradottir, B., Fensli, R. & Røhne, M. (2019). The evidence base for an ideal care pathway for frail multimorbid elderly: Combined scoping and systematic intervention review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), e12517.

Bjørnholt, B., Petersen, N.B.G., Andersen, C.M. & Pedersen, C.M. (2020). *Ledelse af digitalisering: Videnskortlægning af den skandinaviske litteratur og ledelse og digitalisering*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Boeckxstaens, P., Brown, J.B., Reichert, S.M., Smith, C.N.C., Stewart, M. & Fortin, M. (2020). Perspectives of specialists and family physicians in interprofessional teams in caring for patients with multimorbidity: a qualitative study. *CMAJ Open*, 8(2), e251–e256.

Borum, F. (2014). Organisationsforandring. In: S. Vikkelsø & P. Kjær (eds.), *Klassisk og moderne organisationsteori* (p. 497-521). København: Hans Reitzels Forlag.

- Brandi, U. & Elkjær B. (2014). Organisatorisk læring. In: S. Vikkelsø & P. Kjær (eds.), *Klassisk og moderne organisationsteori* (p. 257-277). København: Hans Reitzels Forlag.
- Braut, H., Øygarden, O., Storm, M. & Mikkelsen, A. (2022). General practitioners' perceptions of distributed leadership in providing integrated care for elderly chronic multi-morbid patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-12.
- Consorti, F., Borcea, M.C., Laca, A., Melcarne, R., Scorziello, C., Ventrone, L. & Giacomelli, L. (2023). Education of clinical reasoning in patients with multimorbidity: a scoping review and perspectives for technology-enhanced learning. *Frontiers in Education*, 8, 1-10.
- Engeström, Y. (2007). Expansive læring – på vej mod en ny formulering af den virksomhedsteoretiske tilgang. In: K. Illiris (ed.), *Læringsteorier: 6 aktuelle forståelser* (p. 443-467). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Engeström, Y. (2014). *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research* (2. ed). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gittell, J.H., Godfrey, M. & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210-213.
- Hedqvist, A.T., Svensson, A. & Larsson, L.G. (2023). Nurses' experiences of person-centred care planning using video-conferencing. *Nursing Open*, 10(3), 1879-1888.
- Ihde, D. (1999). *Expanding Hermeneutics: Visualism in Science*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024). *Ny aftale skal give bedre og mere rimelig fordeling af læger*. <https://www.ism.dk/nyheder/2024/december/ny-aftale-skal-give-bedre-og-mere-rimelig-fordeling-af-laeger>
- Kvale, S. (1996). *Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ladds, E., Khan, M., Moore, L., Kalin, A. & Greenhalgh, T. (2023). How have remote and digital approaches impacted continuity? A mixed-studies systematic review. *British Journal of General Practice*, 73(730), e374-e383.

- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019). Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ Open*, 9(11), 1-16.
- Marselisborg Consulting (2023). *Undersøgelse af samarbejdet mellem pårørende og hjemmeplejen*. København: Marselisborg Consulting.
- Martin, H.M. & Ballegaard, S.B. (2021). *Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp: En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Møller, S.P., Laursen, B., Johannesen, C.K. & Schramm, S. (2019). *Multisygdom i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Paukkonen, L., Oikarinen, A., Kähkönen, O. & Kyngäs, H. (2021). Patient participation during primary health-care encounters among adult patients with multimorbidity: a cross-sectional study. *Health Expectations*, 24(5), 1660-1676.
- Ricoeur, P. (1988). The world of the text and the world of the reader. In: *Time and Narrative* (vol. 3, p. 157-179). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Riis, O. (2005). *Samfundsvidenskab i praksis. Introduktion til anvendt metode*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook* (4. ed.). London: Sage Publications.
- Smaradottir, B.F., Berntsen, G.K.R. & Fensli, R.W. (2020). How to enhance digital support for cross-organisational health care teams? A user-based explorative study. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020(1), 1-8.
- Wentzer, H.S. (2013). *Opfølgende hjemmebesøg med video: Et telemedicinsk eksperiment til innovation af tværsektorielt samarbejde*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Wentzer, H.S. (2015). Koordinering af teamsamarbejde i opfølgende hjemmebesøg med video - et eksperiment til innovation af tværsektorielle patientforløb. In: S. Frimann, M. Sørensen & H.S. Wentzer (eds.), *Sammenhænge i sundhedskommunikation* (p. 83-130). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Wentzer, H.S. (2020a). *Videokonsultationer: Genistreg eller åbning af pandoras æske?* <https://dagensmedicin.dk/videokonsultationer-med-laegen-under-coronakrisen-genistreg-eller-aabning-af-pandoras-aeske/>

Wentzer, H.S. (2020b). *Fra hospital til hjem – Skrøbeligheder i ældres forløb i en land-kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Wentzer, H.S. & Høgsgaard, D. (2022). *Tværsektorielle videomøder om den ustabile patient: En drejebog til at gennemføre virtuelle firepartsmøder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Östman, M., Bäck-Pettersson, S., Sandvik, A.H. & Sundler, A.J. (2019). "Being in good hands": next of kin's perceptions of continuity of care in patients with heart failure. *BMC Geriatrics*, 19, 1-11.

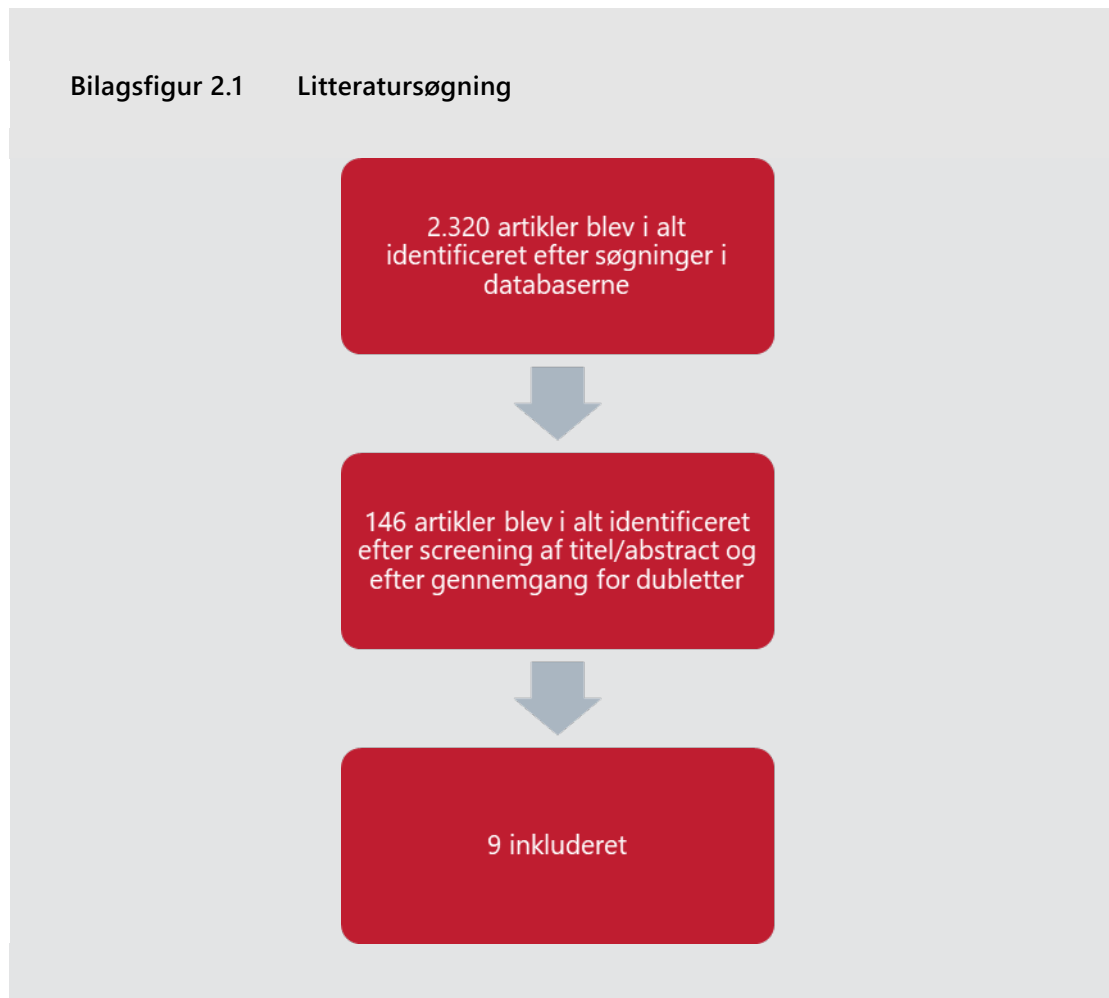
Bilag 1 Søgeord litteratursøgning

Bilagstabel 1.1 Søgeord

Kontekst	Persongruppe	Fænomen
Integrate	Geriatrics	Video
Cross-sectoral	Frail older patients	Video consultation
Intermediate care	Readmission	Telemedicine
General practice	Rehospitalization	Videoconferencing
Hospital	Multi-morbidity	
Healthcare facility	Elderly	
	Older adults	
	Kin	
	Next of kin	
	Family	
	Relatives	

Kilde: VIVE.

Bilag 2 Flowchart for litteratursøgning



Kilde: VIVE.

Bilag 3 Interviewguide til kvalitative interviews

Pårørende, interviewguide

Formål, informationsbrev og præsentationsrunde.

1. **TEMA: Krisesituation** at have et nærtstående menneske på sygehuset, hvordan oplever I rollen og ansvaret som pårørende på det 4-partsvideomøde, I deltog i?
2. **TEMA: "Nyt for mig, måden at kommunikere på"**, siger en pårørende i V4M-spørgeskemaet: Kan I sige noget mere hertil, både det tekniske, men også som del af samtalen og relationen til jeres familie(-medlem)?
 - a. Er det forbundet med særlige kompetencer (emotionelt, sprogligt, teknisk)
 - b. Noget, man kan forberede eller være bevidst om inden mødet?
3. **TEMA: Sundhedsvæsenets samarbejde** på 4-partsmødet (partnerne: hospital, egen læge, kommune), hvad tænker I her?
 - a. Er det værd at bruge ressourcer på, evt. flere?
4. **TEMA: Videomøde fremadrettet**: hvad kan forbedres i forhold til afholdelse af V4M?
 - a. Er det nogen, der ikke behøver være med, eller er særlig vigtige af partnerne?
 - b. Er der nogle sundhedsprofessionelle, hvis samarbejde (tværsektorielt og -fagligt team) om aftaler i planen fra V4M vil være en fordel at fastholde/understøtte efter dit familiemedlems hjemkomst?
5. **TEMA: Patientens hverdag** som syg i hjemmet efter udskrivelsen: er der noget, I som gruppe og vigtige personer for den pågældende vil tilføje?

Kommune 1, interviewguide

Velkomst (tid) – info-brev, præsentationsrunde

Formål: have dialog om, hvordan videomøderne kan styrkes og udvikles i jeres perspektiv. Hertil vil jeg gerne høre, hvad I syntes om:

1. **TEMA: den lægelige koordinering på møderne**: *er den vigtig for jer at være med til?*

- Hvordan sikrer I jer information efter V4M (fx altid GOP)?
- Kan I forestille jer V4M uden jer, hvor plejeforløbsplan eller andet er nok?

2. TEMA: Samarbejdet med almen praksis: Kan I sige lidt om samarbejde med almen praksis?

- Fx i forhold til mere fokus på infektioner, væskeophobning eller sår efter udskrivelsen: Er det opgaver og et samarbejde, I er klar til?
- Vil egen læge hellere selv bruge sit personale? Opfølgende hjemmebesøg
- Hvad er ideelt for jer?

3. TEMA: Hjælpemidler og visitation: kan give benspænd i forhold til udskrivelsestidspunkt

- Kan det gøres anderledes? Mere fleksibelt af kommune?

4. TEMA: Tovholderfunktion: dels den lægefaglige, men hvad med jer, (akut- og hjemmepleje) den plejefaglige del?

- Kan den kommunale spl/rehab tovholderfunktion styrkes med afsæt i de udskrivende videomøder og hermed også forebygge og bidrage til stabilitet?
- Styrke pt./hverdag: Hvordan sikre familie og pårørende overblik over deres både lægefaglige, plejefaglige og genoptræningsplan forløb (hverdag)?

5. TEMA/ ANDET: Noget du/I finder vigtigt for fremtiden og jeres arbejde/hverdag med multisynge patienter og svækkede borgere?

Kommune 2, interviewguide

Formål, informationsbrev, præsentation

Start: *Hvad tænker I her ud fra jeres erfaringer med videomøder?* I må også gerne diskutere med hinanden (jeg styrer tiden, 1 time)

A) Selve samtalen (20 min.): får I den taletid, I skal have/bruge? Hvordan kan optimeres herpå, forslag?

- Tematikker i jeres perspektiv: fokus på rehabilitering? Aftale med egen læge? Hjælpemidler (faldalarm), aflastningsplads, monitoring i hjemmet (tærskelværdier og handlinger herpå)
- Visitorator/ikke visitorator: Hvor går skillelinjen, og hvorledes kan hospitalets mødeleder afklare det forud for invitation?

- Samarbejdet fremadrettet med egen læge og hospital om borger?

B) Forberedelse (10 min.): Hvad er optimalt i forhold til jeres forberedelse af mødet?

- Forskel på kendte og ikke-kendte borgere? Andet, der er vigtigt, fx sproglige ting?

C) Afslutningen (20 min.): V4M-planen der ikke kommunikeres/deles digitalt: Hvad skal til med henblik på at understøtte jeres tværsektorielle/tværfaglige samarbejde? Hvordan sikre, at patient bliver ordentligt hørt/set (kan denne undværes fx rent telefon: Hvad betyder det for dig?

Opsamling (5-10 min.): Andet, I gerne vil dele? Problematik, der er overset?

Almen praksis, interviewguide

Indledning: V4M er en ny måde, som egen læge at være til stede i ens patients sygehusbehandling (udskrivning/behandling), i tilrettelæggelse af den kommunale pleje og genoptræning og at bevidne familiens og patientens ønsker og evt. konflikter og uklarheder: Hvad tænker I om det?

1. TEMA: Betydning for jeres samarbejdsrelationer?

- Medicinsk relation:** vigtige input, læringer/frustrationer i jeres samarbejde, herunder behandlingsansvaret?
 - Har I præferencer for V4M, fx mere til beslutning og palliation – eller bruge tiden på patienter, der ikke er så svækkede, at de ikke kan tale selv?
 - Behandlingsniveauet: Hvad betyder det for V4M?
- Relation til patienten og familien:** Giver V4M noget særligt her (forebygge klager og utilsigtede hændelser, ved at man får talt sammen?)
 - Vil I deltage i videomøde uden pt.** og pårørende, eller er deres direkte deltagelse vigtig for jeres deltagelse?
- Relation til kommunen:**
 - Aftaler om opfølgende hjemmebesøg
 - Relationsopbygning til sygeplejen og visitationen!?
 - Monitorering/forebyggelse af indlæggelser: følges tæt: hvad er fremtiden her for måling af infektionstal og væske-tal: (hvem skal komme hyppigt hos borger, BP, indrapportere tal og tage behandlingsansvar?

d. Fremadrettet medicinsk team i tilknytning til hjemmebehandling:

- i. Kan V4M bruges fremadrettet til at få lavet videnssamarbejder, der kan støtte/"skræddersy" din patientbehandling af skrøbelige kronikere? Forebygge ustabilitet og indlæggelser via tættere sparring/opbakning fra speciallæge? **Kvalitet i forhold til behandling og identificere overgangen til palliation?** Hvis ja, deltage i nyt onlinemøde med sygehus-specialist?
2. **TEMA: Den daglige klinik:** Kan V4M passes ind i den?
- a. Hvad skal til? Med hvem, til hvem og hvornår har videokoordinerings bedst mening for dig/jer?
3. **TEMA: Patientens** hverdag som syg i hjemmet efter udskrivelsen: Er der noget I som gruppe og vigtige personer for den pågældende, noget I vil tilføje?

Sygehus, interviewguide

Velkomst, informationsbrev. Præsentationsrunde.

Tre TEMAer: Hvis V4M fremadrettet skal være bæredygtig for sygehuset (underforstået tidskrævende) – hvordan optimere forberedelsen, selve mødet og kommunikationen, 'overleveringen'/bidraget til patient og pårørende videreforløb (mindre tidspresstet?

Hvad tænker I her ud fra jeres erfaringer med videomøder? I må også gerne diskutere med hinanden (jeg styrer tiden, tre kvarter)

1. TEMA: Forberedelsen af V4M (ikke KBU-læge, stuegangsgående læge: kvalitet, så tid ikke spildes)?

2. TEMA: Gennemførelse af V4M-samtalen:

- o Minder om "Morgenstuegang": Er det altid hensigtsmæssigt med kronologisk gennemgang (fx hvis der er aftalt kommunal plads med kommunen)?
- o Kan I uddybe betydning af:
 - Mødeledelse på V4M?
 - Spørgsmål og samtale med egen læge
 - information fra kommune/organisatoriske ting
 - Hvor vigtig finder I opfølgende hjemmebesøg: Ville I have foreslået det alligevel?

- Er det muligt på mødet at samtale om svære forhold som terminal, palliation (fremfor indlæggelse næste gang)? – men også multisygdom (krav mellem afdelinger og samarbejdet med andre sygehuse)
- Utilfredse pårørende med indlæggelsen/behandlingstilbud (personalemangel)
- Teknikken:
 - Lydkvalitet, sprog
 - Ansigterne/genkende og blive genkendt: mindre anonymt samarbejde med egen læge og kommune end gennem korrespondancer og telefon: Har video betydning for den faglige kvalitet i den plan, der udvikles?

3. TEMA: Afslutning:

- Overdragelse af planen/sikre sammenhænge i patientens videre forløb:
 - Sker ikke skriftligt, så alle sidder inden med aftalerne? Er det arbejdsgange omkring udskrivelsen, der ikke spiller sammen med V4M? – kan man forberede noget?
- Digital infrastruktur, som er besværlig – har mange brug for noget helt nyt, fælles platform til at understøtte samarbejde om patientens forløb?

Andet, I gerne vil dele? Problematik, der er overset?



AALBORG
UNIVERSITET

VIVE