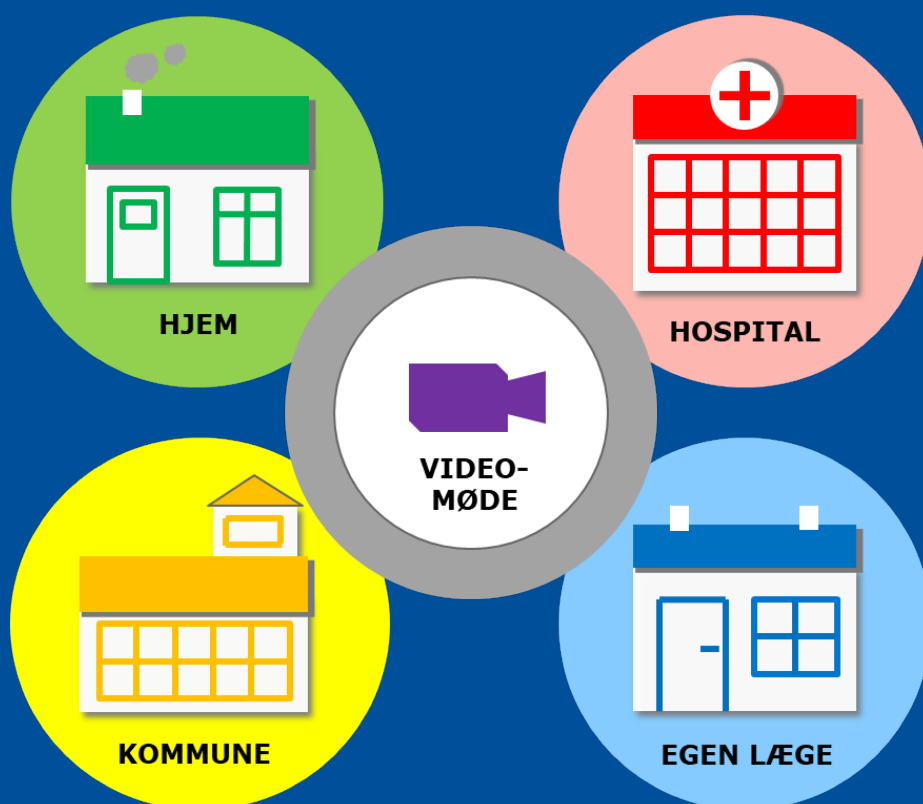


Tværasektorielle videomøder om den ustabile patient

En drejebog til at gennemføre virtuelle firepartsmøder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge



*Tværsæktorielle 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*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-089-4

Forsidegrafik: VIVE

Projekt: 302012

Finansiering: Novo Nordisk Fonden, Innovative patientforløb

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

Region Sjælland

Det Nære Sundhedsvæsen

Alleen 15

4180 Sorø

www.regionsjælland.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Tværasektorielt samarbejde om ældre medicinske patienter med flere sygdomme udfordrer sundhedsvæsenet, patienterne selv og deres pårørende. Denne rapport præsenterer, hvad der frimodigt kunne kaldes en gave til det tværasektorielle samarbejde, nemlig en drejebog for, at de mange vidensaktører, der er afgørende for et trygt og sikkert forløb på tværs af sektorerne, kan mødes virtuelt via video og gennem dialog skabe en fælles plan for den "ustabile" hospitalsindlagte ældre. "Gaven" tager afsæt i patientens og pårørendes bekymringer som retningsgivende input til planen.

Målgruppen for rapporten er klinikere, kvalitetskonsulenter og øvrige aktører i kommuner og regioner med interesse i tværasektorielle forløb og udvikling af sundhedsvæsenets kommunikative infrastruktur.

Tværasektorielle VideoMøder mellem de fire parter (V4M): hospital, kommune, egen læge samt den hospitalsindlagte patient og pårørende kræver planlægning. Rapporten indeholder V4M-drejebogen samt bilag med fælles mail og anvisninger til, hvorledes et møde mellem de fire parter kan organiseres. Målgruppen for V4M er hospitalsindlagte ældre, der er kendetegnet ved at være "ustabile" med behov for udvidet koordinering.

Drejebogen er udviklet på baggrund af 11 tværasektorielle videomøder. De deltagende patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle har tilkendegivet deres oplevelser og vurdering af videomødernes betydning for deres forløb. V4M-drejebogen gør det muligt at afprøve tværasektorielle videomøder på et stort antal ustabile patienter i Region Sjælland med henblik på at vurdere dens samlede effekt på patienterne og parternes samarbejde.

Rapporten er finansieret af Novo Nordisk Fonden til eksplorative forløb og er et resultat af et forskningssamarbejde mellem Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland og VIVE.

Projektet er udviklet og gennemført af seniorforsker, ph.d. Helle Sofie Wentzer og postdoc, ph.d. Ditte Høgsgaard, Det Nære Sundhedsvæsen og Region Sjælland i tæt samarbejde med praktikere fra Slagelse Sygehus, Sorø Kommune, Slagelse Kommune og patient- og pårørenderepræsentanter. Tak til de mange deltagere i projektet for deres arbejdstid, engagement og vilje til at give indblik og dele deres erfaringer til forbedring af tværasektorielle forløb.

Rapporten har været i eksternt review hos en lægefaglig forsker og en sygeplejefaglig forsker.

Mickael Beck

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

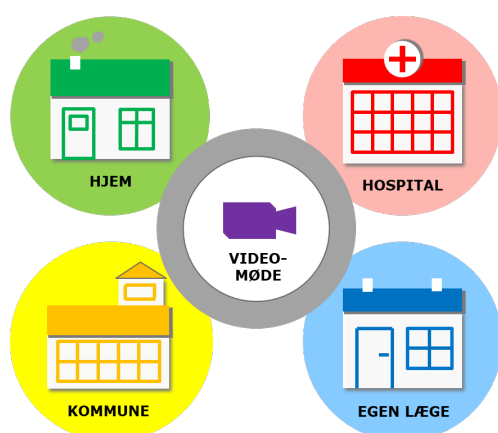


Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5	
<hr/>		
1	Indledning	12
1.1	Udvidet koordinering med video	13
1.2	De fire parter	14
1.3	Læsevejledning	15
<hr/>		
2	Aktionsforskning med dialogdesign	16
2.2	Analyse 1: Patientprofil	23
2.3	Analyse 2: Tematikker i V4M	27
2.4	Analyse 3: Brugerevaluering af V4M	32
2.5	Analyse 4: Lederrollen i V4M	46
2.6	Analyse 5: De fire parters roller i V4M	51
<hr/>		
3	Konklusion	57
3.1	Resultater	59
3.2	Perspektiveringer	60
<hr/>		
Litteratur	63	
<hr/>		
Bilag 1	Patient informationsbrev V4M	69
<hr/>		
Bilag 2	Brevskabelon til mødeindkaldelse	70
<hr/>		
Bilag 3	Drejebog til V4M	72

Hovedresultater

Denne rapport belyser, hvordan tværsektorielle videomøder kan bidrage til bedre sammenhængende forløb for multisyge ældre patienter med mange komplekse indlæggelser og kontakter med sundhedsvæsenet. Afprøvningen peger på, at "ustabile patienter" kan have gavn af videosamtaler med og imellem deres primære behandlere på sygehuset, i kommunen, hjemmet og almen praksis for at få et mere sikkert og trygt forløb. Med betegnelsen ustabile patienter refereres der til en mindre gruppe af hospitalsindlagte ældre med særlige patientkarakteristika, og hvis



Tværsektoriel, firepartsvideomøde, V4M (Wentzer & Høgsgaard, 2022)

hverdag som stabil, men skrøbelig, patient/borger netop afhænger af et godt samarbejde og koordinering mellem sektorerne og med pårørende. Video som teknologisk løsning har understøttet virtuelle møder mellem de fire parter og deres respektive videnskontekster: patient og pårørende, som repræsenterer 'Hjemmet', 'Hospitalet', som repræsenterer den specialfaglige viden, 'Kommune', som repræsenterer den kommunale og helhedsorienterede viden, og 'Egen læge', som repræsenterer den almenme-

dicinske viden. Deres lægmands- og tværfaglige dialoger har patientens bekymringer og spørgsmålet: *Hvad er vigtigt for dig?* – som afsæt for mødet og for selve undersøgelses- og forløbsdesignet.

På baggrund af 11 tværsektorielle videomøder har patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle tilkendegivet deres oplevelser og vurdering af videomødernes effekt og betydning for patienternes videre forløb. Transskriberede lyd- og videooptagelser af selve samtalerne, journalgennemgang, designworkshops og interview af patient, pårørende og sundhedsprofessionelle er analyseret og evalueret til tre kommunikationsprodukter, der understøtter afholdelse af videomøder med hospitalsindlagte multisyge ældre.

Tre kommunikationsprodukter

Produkterne er et Informationsbrev, en mailskabelon og en drejebog til videomøder mellem fire parter (V4M) (bilag 1-3). Bilag 3 forefindes som link. Informationsbrevet er vigtigt, fordi det understreger, at videomødet tager afsæt i, hvad der er vigtigt for patienten selv, samt patientens egne og pårørendes bekymringer. Mailskabelonen er en praktisk, interorganisationel guideline, idet

den præsenterer de fire parter for hinanden i en fælles mødeindkaldelse med link til det virtuelle møderum. Mailen har også drejebogen vedhæftet, så hver part, hospital, kommune, egen læge og pårørende kan se forventningerne til deres rolle i samtalen.

V4M-drejebog v.1

Drejebogens formål er at give anvisninger til, hvorledes sundhedsprofessionelle sammen med patient og pårørende kan gennemføre tværfaglige og tværsektorielle videomøder. Hensigten med videomøderne er at sikre patientens forløb ved sektorovergange i forbindelse med patientens indlæggelse og udskrivelse – og at skabe stærke sammenhængende forløb ved en udvidet koordinering mellem de fire parter. I drejebogens version 1 er den klar til at blive afprøvet på en større gruppe af patienter.

Tværasektoriel aktionsforskning

Drejebogen er udarbejdet af projektets aktionsforskningsgruppe og er afprøvet og justeret på baggrund af 11 gennemførte og analyserede videomøder. Videomøderne foregik under patientens indlæggelse, hvor pårørende, afdelingens speciallæge, sygeplejerske og andet relevant sundhedspersonale deltog fysisk på sygestuen. Patientens egen læge og sundhedsaktører fra den kommunale sektor deltog via videoskærm på patientstuen. Pårørende deltog også via videoskærm. Udgangspunkt for samtalen er aktiv inddragelse af patientens ønsker og pårørendes forventninger til indlæggelse og efterforløb, med det indledende spørgsmål: *Hvad er vigtigt for dig – og hvad bekymrer dig?* De sundhedsprofessionelle deltager i videomødet med udgangspunkt i spørgsmålet: *Hvad bekymrer dig i forhold til patientens sygdomsforløb under indlæggelsen og ved udskrivelsen?*



Videomøde på patientens sygestue med mødeleder, speciallæge, sygeplejerske og pårørende. På pc-skærbilledet figurerer kommunen, egen læge og en pårørende mere.

Udvikling af fælles mål og plan

Analysen af videomøderne viser, at der sker en udvidet koordinering, hvor deltagere deler deres bekymringer om deres forskellige vidensperspektiver og organisatoriske praksisser, som danner baggrund for aftaler om fælles mål og plan for patientens forløb.

Der peges på, at videomøderne bidrager til at:

- øge patientsikkerheden, FORDI behandling, medicinering og opfølgning aftales mellem alle parter
- skabe tryghed for patient og pårørende ved sektorovergange, FORDI alle har hørt det samme
- muliggøre koordinering og samarbejde om fælles sammenhængende løsninger, FORDI alle parter byder ind med forslag
- skabe viden- og datadeling, FORDI der opstår en cirkulær forståelse af borgerens forløb
- bidrage til kvalitet i det efterfølgende forløb, FORDI der aftales opfølgende hjemmebesøg af egen læge
- forebygge misforståelser, FORDI aktørernes manglende viden om *den anden* bliver tydelig.

Den dybdegående hermeneutiske analyse af de 11 videooptagede samtaler viser, at den udvidede koordinering foregår som en dynamisk samtale og forhandling mellem de fire parter, hvis partikulære viden – men også fragmenteret perspektiv på patienten, dennes situation, sygehistorie og hverdag i hjemmet – sættes i spil og samles i en cirkulær forståelse til en fælles plan for patienten. En plan, hvor helheden som bekendt er større end delene.

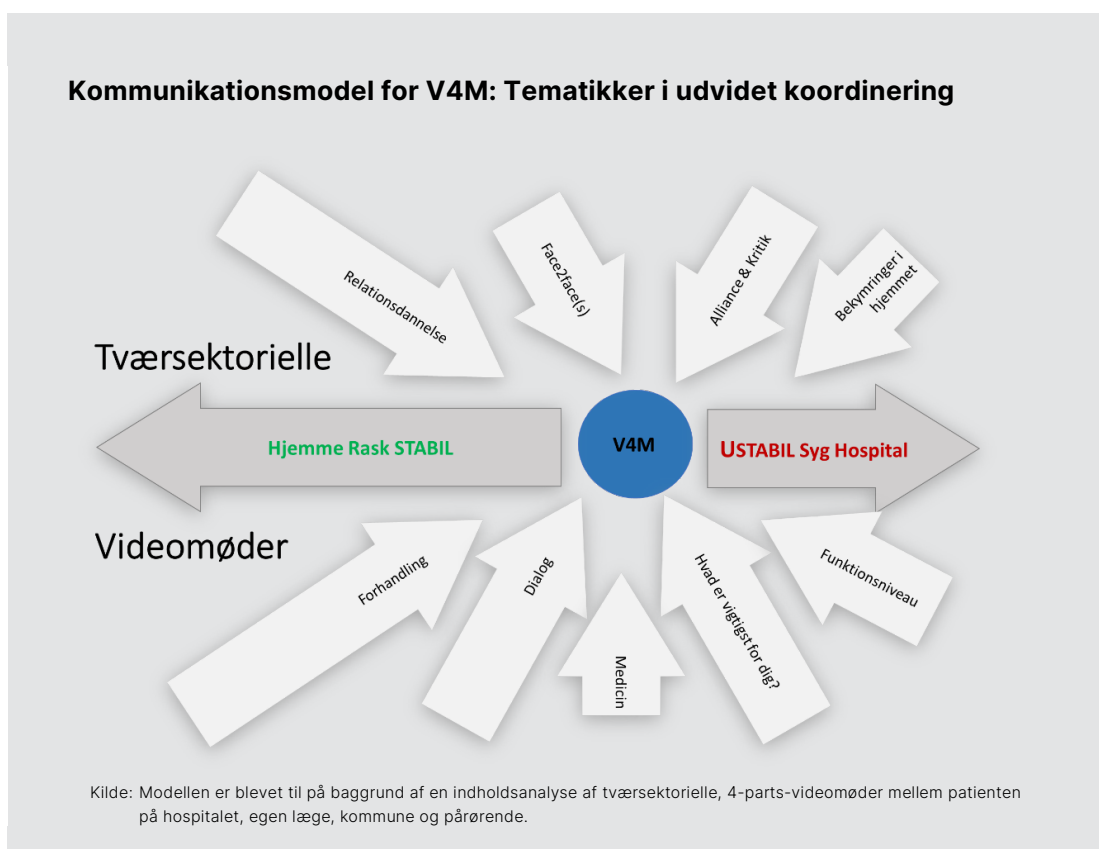
Videosamtaler til udvidet koordinering

Afprøvning af V4M viser, at videosamtalerne skaber et fælles rum for at koordinere patienters forløb imellem deres forskellige kontekster for pleje og behandling. På de virtuelle møder aftaler de fire parter fælles mål og plan for patientens videre forløb. V4M illustrerer således, hvordan sundhedsydelsen 'udvidet koordinering', der indgår i regioners, kommuners og almen praksis lægers 4-årige sundhedsaftale, tager sig ud i praksis.¹ Den udvidede koordinering på V4M foregår som en direkte, face-to-face-samtale mellem de involverede parter. Det er en dialog med mange 'stemmer', inklusive patient og pårørende, der bidrager til en meningsforhandling af patientens behov og mulige løsninger i en fælles plan og mål for patientens videre forløb. Det er således også en dialog om komplekse behov, der ikke lader sig koordinere ved udveksling af skriftlig dokumentation mellem parterne alene. Meningsforhandling og forståelse af hinandens rammer for opgavefordeling er vigtig.

¹ <https://www.sst.dk/da/viden/sundhedsaftaler>

Parternes forhandling af patientens stabilitet

Samtalerne i V4M udfolder sig på baggrund af deltagernes bekymringer om patientens forløb med afsæt i, hvad der er vigtigst for patient og pårørende. Analysen viser 10 gennemgående *tematikker*, såsom 'baggrund for indlæggelse', 'sygehistorie', 'medicin', 'funktionstab' og 'hverdag i hjemmet'. I V4M er det tydeligt, at planen for patientens forløb, herunder 'udskrivelsestidspunkt' og 'hjælp i hjemmet' koordineres og *forhandles* inden for en fælles italesættelse af, hvor *stabil/ustabil* patienten er. Det er en forhandling af, hvilke initiativer der er nødvendige, for at en patient kan blive i hjemmet på trods af forværring af symptomer – og af hvem der kan byde ind med indsats, der kan forhindre forværring eller genindlæggelse på hospitalet. For eksempel aftaler hjemmesygeplejerske og egen læge daglig vægtkontrol, der rapporteres til egen læge, som regulerer patientens vanddrivende medicin, hvilket har betydning for stabiliteten i patientens sundhedstilstand. Dialogen via video muliggør en forhandling om, hvordan fælles plan og koordinering forhindrer en grad af ustabilitet i den ældres tilstand, der kan betyde endnu en indlæggelse. Nedenstående figur illustrerer, hvordan V4M er et forum, hvor mål og plan forhandles ud fra de elementer, der er vigtigst for patienten. Modellen er uddybet i konklusionen.



Patientprofilen til V4-møder

Gennemgang af journalinformationer viser, at patienterne, der deltog i videomøderne, har en profil, hvor de gennemsnitligt er 83 år, har 10 indlæggelsesdi-

agnoser og har været indlagt mere end tre gange det seneste år med gennemsnitligt 15 indlæggelsesdage. Det er med andre ord meget syge patienter, der også modtager kommunal hjælp før og efter indlæggelse. Flere kan ikke henvende sig til almen praksis ved egen hjælp. De betegnes i projektet som patienter i cirkulære forløb, fordi patientgruppen fortløbende har behov for tværsektorielt samarbejde om deres pleje og behandling. Hovedparten bor også alene, således at de familiemæssige rammer for omsorg og kendskab til den ældres personlighed og hverdag også er et vigtigt tema i de fire parterers samtale på V4M.

Det virtuelle møde: relationsskabelse og tværsektoriel forståelse

Møderne varede fra 20-30 minutter. Videoteknikken skabte både et virtuelt rum for samtale mellem parterne og en visuel kontakt og genkendelse på tværs af dem, som bidrog til motivation og engagement i mødets gennemførelse, også når videoteknikken var ustabil.

Samtalerne styrkede parternes *cirkulære forståelse af hinanden og den ældres forløb i praksis*. Parterne, inklusive pårørende, blev således klogere på hinandens kontekster for at samarbejde om patienten med afsæt i både patientens, pårørendes og de sundhedsprofessionelles ønsker og bekymringer. De danner og afstemmer således et netværk og sikkerhedsnet af beslutninger omkring patienten, der rækker frem, *proaktivt*, for at skabe og opretholde stabilitet i patientens sygdomstilstand. Dette har tryghedsskabende effekter på patienter med cirkulære forløb (og deres pårørende), ligesom det potentielt kan forebygge tidspunktet for den næste indlæggelse.

Perspektivering og anbefalinger

Vi anbefaler på baggrund af analysefundene at afprøve V4M som dialogisk rum for udvidet koordinering af særligt ustabile patienters forløb. De er en afgrænset gruppe af hospitalsindlagte ældre patienter med behov for meningsforhandling af pleje og behandling på tværs af sektorer og fagtraditioner.

Resultaterne fra afprøvning af V4M beror på et begrænset antal patienter. Det er derfor uden for projektets design at opgøre den kvalitetsmæssige indvirkning af V4M-samtaler på det tværfaglige/-sektorielle samarbejde generelt, herunder effekter af at inddrage patienter og pårørendes bekymringer, ændringer i indlæggelsesmønstre for 'ustabile patienter' samt implementeringsmæssige fordele og ulemper i parternes organisationer. Et opfølgende projekt-design for afprøvning af V4M på en større patientgruppe vil derfor være ønskeligt og give viden om V4M's potentiale for at skabe bedre cirkulære forløb i forhold til kvalitet, patientsikkerhed og indlæggelsesmønstre, herunder forebyggelse af genindlæggelser.

V4M-drejbogen og de to øvrige kommunikationsprodukter kan understøtte tilrettelæggelse og gennemførelse af videomøder med et større antal patienter. Rekruttering af patienter med den beskrevne profil og behov for udvidet koordinering kan ske via deltagelse af flere hospitaler og kommuner. En udvidet afprøvning af V4M vil også give organisatorisk viden om barrierer og muligheder for udvikling af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde i sundhedsvæsenet.

Forskning i parternes oplevelser af V4M i forhold til effektivitet og resiliens i arbejdet er endvidere relevant viden for løsningens bæredygtighed og relevans i forhold til udbredelse til andre regioner.

Et kritisk opmærksomhedspunkt for videre afprøvning er inklusion af ældre uden pårørende og patienter med anden etnisk baggrund, som ikke taler dansk. Udvidelsen af patientprofilen med disse karakteristika vil kræve sproglige tilpasninger af de tre kommunikationsprodukter.

Ressourcer og kompetencer til udvidet koordinering med V4M

En forudsætning for at gennemføre V4M i større skala er at prioritere personaleressourcer på hospitalet og i kommuner. Samtaler med en varighed af ca. 30 minutter, hvor op til seks sundhedsprofessionelle skal mødes på samme tid virtuelt, kan være en udfordring. Det kræver en kompetent mødeleder, der både har indsigt i organisering og samarbejdsstrategier i sektorerne og har den "teknologibærende" forudsætning. Endvidere er mødelederen bestemt af, hvor patienten befinder sig, således at mødeledelsen, herunder planlægning og indkaldelse af parterne, udgår fra der, hvor patienten fysisk befinder sig.

V4M-mødelederen skal have kompetencer til at indgå mødeaftaler med parterne, etablere videoudstyr på patientens sygestue og moderere de fire parterers samtale, så alles perspektiver kommer frem, herunder også særligt patientens 'stemme'.

Boks 1.1 Datakilder

- **Samlet antal videosamtaler:** 11 optagelser med lyd og billede, transkriberet til tekstmateriale
- **Deltagere i 11 videomøder:** 64 personer fordelt på 11 patienter, 16 pårørende, 14 deltagere, som er sundhedsprofessionelle fra to hospitalsafsnit (hjerte & geriatri), 13 deltagere fra to kommuner, 10 almen praksis-læger
- **Kvalitative brugerinterviews:** i alt 41 interviews, heraf 22 med patienter og pårørende, 12 med hospital, 6 med kommune, 1 med almen praksis
- **Skriftlige informationer:** Almen praksis har via mailkorrespondance bidraget med 7 evalueringsskemaer med oplysninger til fx tidsforbrug
- **11 patientjournaler og epikriser:** gennemgang af diagnoser, indlæggelse og udskrivelse.

1 Indledning



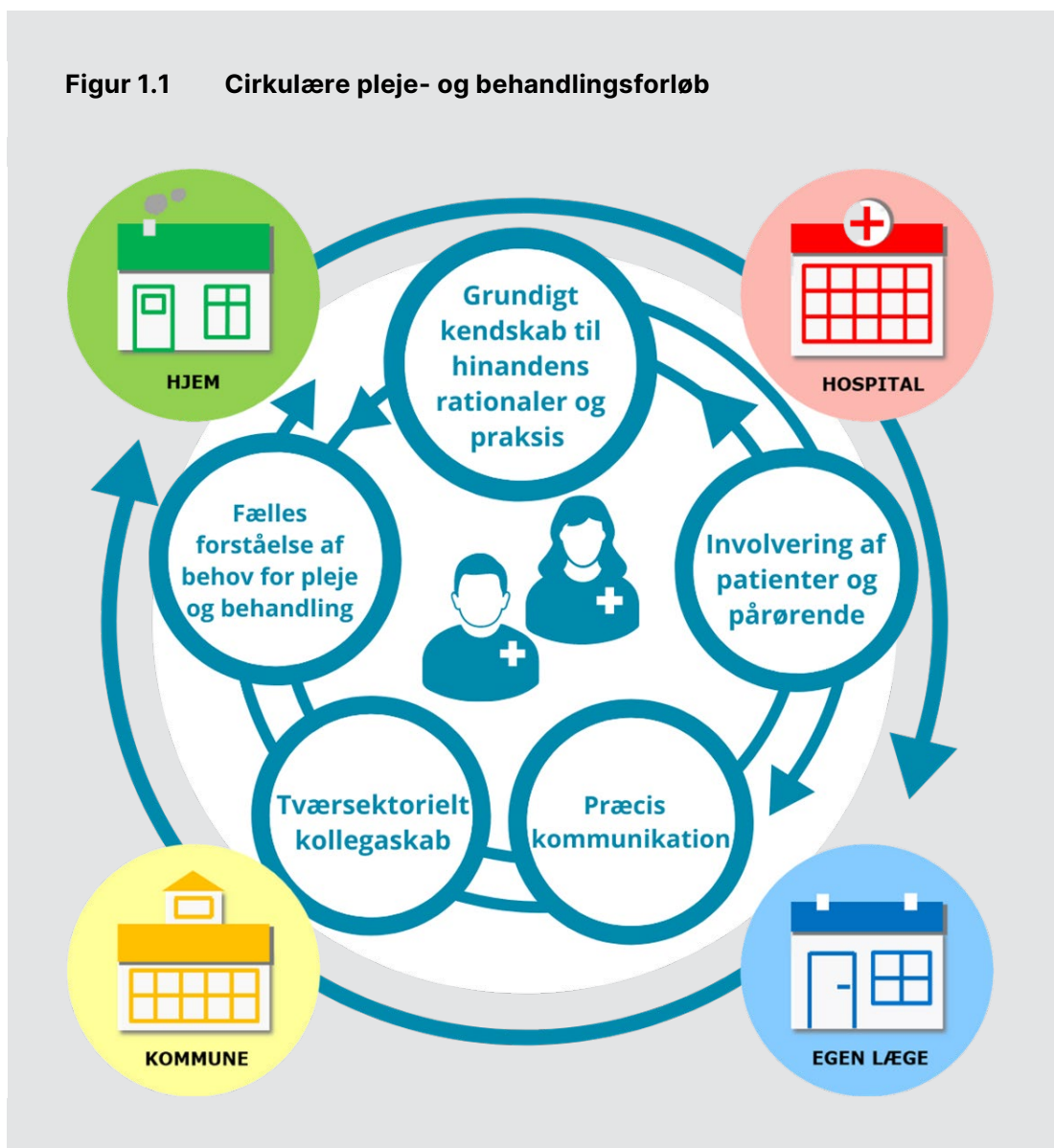
People with complex needs experience a lack of coordination across teams and sectors

Davidson et al. (2021) A systematic review,
International Journal of Care Coordination

Tværsektorielt samarbejde har i årtier været en udfordring, når det handler om at skabe sammenhængende patientforløb. Særligt udfordrende er det, når der er tale om skrøbelige ældre med flere og kroniske sygdomme, der har brug for vedvarende hjælp i begge sektorer (Høgsgaard 2017a, 2017b, 2018; Wentzer, 2020a, 2022b). Der er tale om borgere, som vedbliver at være patienter: De bliver ikke raske og skal leve et hverdagsliv med flere sygdomme. De er i en form for cirkulært forløb, hvor de cirkulerer mellem flere fagtraditioner, specialer og sektorer. Deres hverdag, herunder funktionsniveau og tryghed, afhænger af et *udvidet koordineret samarbejde* mellem de sundhedsprofessionelle. Et sådant samarbejde er forudsat af, at de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne og faggrænserne har kendskab til hinandens praksisser og har mulighed for at kommunikere om patientens behov og koordinere opgaver. Den elektroniske dokumentation er ikke tilstrækkelig til at sikre sammenhæng og patientsikkerhed. Det tværsektorielle felt er kendt som "Bermuda-trekanten" med mange "fejl", indrapporteret som utilsigtede hændelser og patientklager.

Figur 1.1 viser fem elementer, som er centrale for de sundhedsprofessionelles samarbejde på tværs af sektoren, idet de bidrager til en 'cirkulær forståelse' for det forløb, de er sammen om at skabe for patienten. I praksis er det tværsektorielle samarbejde dog kendetegnet ved silotænkning med negative konsekvenser for den multisyge patients forløb (Frølich et al., 2017). Der er derfor et særligt behov for innovative løsninger i tværsektorielle forløb, som kan skabe løsninger, der bidrager til en cirkulær forståelse på tværs af de centrale sundhedsaktørers organisationer og kontekster, 'hospital', 'kommune' og 'egen læge', også kendt som "siloer". Dette indbefatter også 'hjemmet' som den kontekst, der er rammen for patientens funktionsniveau, stabilitet i sundhedstilstand og hverdag.

Figur 1.1 Cirkulære pleje- og behandlingsforløb



Kilde: Høgsgaard, 2022; Wentzer, 2022b.

1.1 Udvidet koordinering med video

Der er udviklet andre forsøg på at forbedre tværsektorielt samarbejde om ældre patienter med mange indlæggelser. 'Opfølgende hjemmebesøg' er en national intervention til at forbedre det tværsektorielle samarbejde om den ældre 'medicinske patient' (Sundhedsstyrelsen, 2007; Voss, 2009), men har vist sig svær at implementere i praksis. Forhold som geografisk afstand, koordinering og rettidig fremmøde af egen læge (med henblik på at forebygge forebyggelige genindlæggelser) er barrierer (Hjelmar et al., 2011; Hendriksen & Vass,

2015; Bjørnholt & Gjørup, 2016). Opfølgende hjemmebesøg er også forsøgt innoveret med video (Wentzer, 2013, 2015). Men implementering var udfordret af mangelfuld og patientusikker videoinfrastruktur mellem parterne (Wentzer, 2018). Coronapandemien og restriktioner for fremmødekonsultationer har udvidet videokonsultationer til almen praksis (Greenhalgh et al., 2020; Wentzer, 2020a), kommuner og hospitaler (Wentzer & Ballegaard, 2022). Der er således skabt digitale organiseringer i begge sektorer og i patient/borger-kontakten, som gør eksperimenter med videoteknologi til en mulig løsning for at innovere tværsektorielle patientforløb (Wherton et al., 2021) og patientsikkerheden heri (Caspersen & Kristensen, 2020). I dette projekt undersøger VIVE og Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland i et aktionsforskningsdesign spørgsmålet:

Hvordan kan videomøder bidrage til en cirkulær forståelse af borgernes forløb på tværs af sektorer og dermed styrke kvalitet, sammenhænge og sikkerhed i patientens forløb?

Et afledt spørgsmål er: *Hvorledes understøtter videoens 'virtuelle møderum' deltageres forståelsesdannelse gennem en audiovisuel kommunikation mellem dem?*

Formålet er endvidere på baggrund af de afdækkende erfaringer fra videoeksperimentet at: *udvikle design, der kan understøtte den tværfaglige kommunikation og samarbejde med og om patienten.*

1.2 De fire parter

Deltagerne repræsenterer forskellige vidensk kontekster (Mol, 2002; Wentzer, 2006, 2015, 2020), som alle har afgørende betydning i cirkulære forløb:

- Hospitalet, hvor det er sygehuslægen og andre sundhedsprofessionelle, som er ansvarlige for den specialiserede behandling og pleje under patientens indlæggelse
- Kommunen og dens sundhedsmedarbejdere, der er ansvarlige for pleje, hjælpemidler, genoptræning/rehabilitering og hjemmehjælp i kommunalt regi
- Almen praksis er tovholder og patientens behandlingsansvarlige læge efter hospitalsudskrivelse
- Hjemmet er rammen om patientens hverdag, som pårørende også har viden om.

Deltagerne er således placeret i forskellige fysiske/geografiske og organisatoriske kontekster, som medbestemmer deres spørgsmål og viden om patienten, herunder også deres indholdsmæssige bidrag til samtalen om forløbet og koordineringen heraf. Videoafprøvninger giver således privilegeret viden og indblik i "Bermuda-trekanten", såsom de tværsektorielle emner og problematikker, som er centrale for at skabe en cirkulær forståelse. Analysespørgsmål til videomøderne mellem de fire parter er således:

*Hvad taler de om på V4M? Bliver patienten inddraget; set og hørt?
Hvordan interagerer og relaterer deltagerne sig til hinanden? Hvilke konflikter eller uoverensstemmelser viser sig, og hvad betyder de for samtalen og det cirkulære forløb?*

Evalueringsspørgsmålene til brugernes oplevelse af videomødet er: Hvad betød mødet for patientens videre forløb? Hvordan oplevede parterne at deltage i videomødet? Gav V4M mening indholdsmæssigt, teknisk og praktisk (tid)?

Afprøvningen er gennemført som del af et aktionsforskningsprojekt med repræsentanter fra de forskellige vidensparter, særligt hospital, kommune og patient og pårørende. Almen praksis er kun svagt repræsenteret i aktionsforskningsgruppen, men har deltaget aktivt med deres patienter i 10 af de 11 afprøvninger.

1.3 Læsevejledning



Rapporten er relevant for klinikere, kvalitetskonsulenter og øvrige aktører i regioner og kommuner med ansvar for og interesse i tværsektorielle forløb og udvikling af samarbejdsformer i sundhedsvæsenet med videoteknikker. Rapporten illustrer, hvilke muligheder og barrierer, der har vist sig at have betydning for at skabe kvalitet i sammenhængende forløb, og kan dermed give yderligere inspiration til arbejdet med videomøder.

Det følgende kapitel præsenterer kort aktionsforskning og brug af dialogdesign til at udvikle, afprøve og analysere V4M. Kapitlet indeholder også en samlet oversigt over det datamateriale, der indgår i projekt. Dernæst følger fem delanalyser, der beskriver henholdsvis:

1. Patientprofilen for de patienter, der deltog i V4M
2. Indholdet i V4M-samtaler
3. Brugernes interaktion og oplevelse af V4M-samtalen
4. Mødelederens rolle i V4M
5. Parternes rolle i V4M.

Konklusionen sammenfatter analyseresultaterne i henhold til forskningsspørgsmål om, hvordan video kan bidrage til cirkulær forståelse og parternes vurdering af samtalens betydning for patienternes forløb.

2 Aktionsforskning med dialogdesign

V4M-dregebogen er udviklet med afsæt i et aktionsforskningsprojekt (Høgs-gaard, 2017). Aktionsforskning sigter mod forståelse af praksis gennem den aktive forandring af den og mod en forståelse af praksis gennem deltagernes demokratiske, aktive og fælles meningskonstruktion (Nielsen, 2005, 2010). I projektet indgår tre grupper: aktionsforskningsgruppe, brugergruppe og netværksgruppe – alle sammen praktikere inden for sundhedsforskning, ledelse, pleje og behandling, herunder også patient- og pårørenderepræsentanter. Samlet har de indgående kendskab til udfordringerne i tværsektoriel samarbejde, dets mangler og behovet for forandring. Alle tre grupper er medforskere i projektet og bidrager herigennem til at identificere problemstillinger og behovet for løsninger, herunder afprøvning af video til at afhjælpe kommunikative udfordringer i det tværsektorielle felt. Dialogdesign er valgt til at understøtte aktionsforskningsgruppernes proces med at afprøve og organisere videosamtaler med hinanden, inklusive patient og pårørende (Nielsen et al., 2004). Dialogdesign er en systemudviklingsmetode, der søger at udvikle og tilpasse teknologier til brugernes praksis gennem dialog og meningsforhandler mellem dens centrale vidensrepræsentanter (Coto et al., 2009; Wentzer, 2013, 2015, 2022). I projektet er dialogdesignet gennemført ved afholdelse af en række workshops med de tre grupper. Workshopsene har sikret kontinuerlig udvikling i projektet med formålet:

1. At udvælge løsning på tværsektoriel kommunikationsproblem i cirkulære forløb via videomøde
2. At udvikle og afprøve kommunikationsdesign for tværsektorielle videomøder
3. At evaluere afprøvningsresultater til redesign af kommunikationsløsning: Drejebog for virtuelle firepartsmøder, 'V4M'
4. At udlede anbefalinger for brug af V4M-drejebog til patienter i tværsektorielle forløb.

I de følgende afsnit præsenteres de tre grupper, som har været centrale aktører i udviklingen og afprøvning af V4M

2.1.1 Aktionsforskningsgruppen

Aktionsforskningsgruppen har siden 2019 været en del af aktionsforskningsprojektet om at forandre og forbedre det tværsektorielle samarbejde ved

Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus i samarbejde med Slagelse og Sorø Kommuner, områdets praktiserende læger samt patient og pårørende repræsentanter. Med afsæt i problematisering, afklaring og beskrivelse af udfordringer i det tværsektorielle samarbejde har aktionsforskningsgruppen peget på fem elementer som centrale for at kunne opnå et godt sammenhængende forløb for multisyge patienter, der ofte cirkulerer mellem de fire kontekster hjem, hospital, egen læge og kommunal hjælp.

Figur 2.1 Tværsektoriel cirkulær forståelse

Fem elementer for at skabe tværsektoriel sammenhæng



Anm.: Cirkulær pleje og behandling bygger på fem centrale elementer: 1) grundigt kendskab til hinandens rationaler og praksis, 2) involvering af patienter og pårørende, 3) præcis og sikker kommunikation, 4) tværsektorielt kollegaskab, 5) fælles forståelse for behov for pleje og behandling.

Kilde: Høgsgaard, 2018.

For at opnå bedre cirkulære forløb peger aktionsforskningsgruppen på at afprøve tværsektorielle videomøder som et forum, hvor det vil være muligt at opnå 'udvidet koordinering' i en cirkulær forståelse.

Aktionsforskningsgruppen repræsenterer forskellige vidensområder og -praksisser i tværsektorielle patientforløb. Gruppen består af følgende deltagere:

- Patientrepræsentant Sabine Rasmussen
- Pårørenderepræsentant Sussie Lundberg
- Special sygeplejerske Elsebeth Heuser, Sygehus
- Udviklingssygeplejerske Mia Worm Hansen, Kommune
- Fysioterapeut Charlotte Eisvang, Kommune
- Sundhedsfaglig konsulent Tine Roland Hougaard, Kommune
- Sygeplejerske, hjerteafsnit, Marianne Kærlund Østergaard

- Sygeplejerske, geriatrisk afsnit, Lisbeth Bak Sørensen
- Kommunal læge Bo Lindberg
- Forskningsgruppeleder Ditte Høgsgaard, Det Nære Sundhedsvæsen
- Workshop- og procesleder, seniorforsker Helle Sofie Wentzer, VIVE.

Aktionsforskningsgruppen har afholdt i alt fem workshopsæt af 3-4 timers varighed.

Tabel 2.1 Oversigt over aktiviteter for udvikling og afprøvning af tværsektorielle videomøder

Design af videomøder	WS 1+2+3	WS 4+5	WS 6+7	WS 8+9+10	WS 11+12
Tema	Design af drejebog for V4M om fælles plan med fokus på indhold i samtalen Beslutning om målgruppe	IT- og teknisk udstyr	Forberedelse af V4M i praksis	Analyse og diskussion af V4M	Diskussion af resultater og forberedelse af afsluttende netværkskonference.
Deltagere	Aktionsforskningsgruppen	Aktionsforskningsgruppen, IT-eksperter fra region og kommuner	Aktionsforskningsgruppen	Aktionsforskningsgruppen	Aktionsforskningsgruppen

På workshops har der typisk været oplæg fra forskere, klinikere eller eksperter med efterfølgende gruppediskussioner og fælles beslutning om målgruppe, indhold og valg af IT-løsninger. Aktionsforskningsgruppen har valgt video som mulig innovationsløsning på tværsektorielle kommunikationsudfordringer (Wentzer, 2020b; Wentzer & Ballegaard, 2022). På baggrund af oplæg blev videoklienten fra MedCom, VDX valgt. VDX anvendes af alle regioner til datasikker patientkontakt/-konsultationer.

2.1.2 Brugergruppe

Undervejs i projektet har der været inviteret forskellige brugergrupper til at bidrage med deres perspektiver på, hvordan V4M kan gennemføres i praksis – og efterfølgende deres erfaringer med at deltage. Grupperne består af personer med "hands on-erfaringer" med afprøvningen af tværsektorielle videomøder i udvalgte patienters forløb. Desuden indgik patient og pårørende repræsentanter i gruppen. Hensigten med disse brugergrupper er at inkludere praktikere med direkte erfaringer i at afprøve V4M. Grupperne har deltaget i fire

workshops med henblik på at give brugerne indflydelse på designet af tværsektorielle møder med video (Spinuzzi, 2005). Brugergrupperne har således deltaget i at diskutere og nuancere udvikling af en samtaleguide for videomøder om indlæggelse og udskrivelse samt evaluering.

Tabel 2.2 Workshopaktiviteter i brugergruppen

Design af videomøder	WS 1	WS 2	WS 3	WS 4
Tema	Introduktion til design for V4M ved indlæggelse	Evaluering af V4M i forbindelse med indlæggelse	Introduktion til design for V4M ved udskrivelse	Evaluering af V4M i forbindelse med udskrivelse
Deltagere	Repræsentanter fra sygehus, kommuner og patient/pårørende repræsentanter	Repræsentanter fra sygehus, kommuner og patient/pårørende repræsentanter	Repræsentanter fra sygehus, kommuner og patient/pårørende repræsentanter	Repræsentanter fra sygehus, kommuner og patient/pårørende repræsentanter

Kilde: VIVE.

2.1.3 Netværksgruppen

Netværksgruppen består af personer fra det deltagende hospital og kommuner med ledelsesbeføjelser for at kunne realisere afprøvningen i praksis, herunder allokere personaleresourcer på hospital og i kommuner til at deltage. I alt har mellem 24 og 30 personer deltaget i de to møder. På netværksmøderne blev aktionsforskningsgruppens status og forslag diskuteret og nuanceret.

Tabel 2.3 Mødeaktiviteter i netværksgruppen

Design af videomøder	WS 1	WS 2
Tema	Indledende introduktion og diskussion af at afprøve V4M	Afsluttende præsentation og diskussion af de gennemførte V4M
Deltagere:	Ledere, kvalitetskonsulenter og specialister fra afdelinger og kommuner	Ledere, kvalitetskonsulenter og specialister fra afdelinger og kommuner

Kilde: VIVE.



Aktionsforskningscase

Middelstort regionshospital og to kommuner

Inklusionskriterier:

- Nyindlagt patient (ca. 2 døgn efter indlæggelse på medicinsk afdeling).
- 65+-årige, bosiddende i X eller Y Kommune
- Kronisk og multisyg (mere end én sygdom)
- Behov for hjemmepleje/hjemmesygepleje før og efter indlæggelsen
- Stamafdeling: geriatrisk eller hjerteafdeling.

Etik: De inkluderede patienter, i alt 19 personer, er alle blevet informeret mundtligt og skriftligt om forskningsprojektet og lovet anonymitet. Projektet er registreret i datatilsynet og overholder de dataetiske retningslinjer.

Organisering og fondsmidler: Aktionsforskningsprojektet er forankret ved Det Nære Sundhedsvæsen i Region Sjælland. Der er tilknyttet en følgegruppe bestående af ledere fra det deltagende hospital og fra de to kommuner, en praktiserende læge og patientrepræsentanter. Hospital og kommunerne har bidraget med egenfinansiering af medarbejdernes tidsforbrug i forbindelse med udvikling, gennemførelse og evaluering af V4M. Fondsmidler fra Novo Nordisk har dækket lønudgifter til forskere fra VIVE og Det Nære Sundhedsvæsen, udgifter til teknisk udstyr samt honorar til praktiserende lægers deltagelse.

Boks 2.1 Data og metode

Drejebogen er udviklet med afsæt i spørgsmålet: *Hvordan kan videomøder bidrage til en cirkulær forståelse af borgerens forløb på tværs af sektorer?*

- **Forskningsmødeaktiviteter:** gennemført fra marts 2021 til april 2022
 - Workshops
 - Aktionsforskningsgruppen: 12
 - Brugergruppemøder: 4
 - Netværksgruppemøder: 2.
- **Case for tværsektorielle forløb:** 1 hospital, hjerteafsnit og geriatrisk afsnit, 2 kommuner, 10 almen praksis.
- **Inklusion af patienter til videomøde:** 19 patienter
 - 11 patienter deltog i videomøderne
 - 3 patienter ønskede ikke at deltage
 - 3 egen læger kunne ikke prioritere tid
 - 2 videomøder aflyst på grund af travlhed på hospitalsafsnit.
- **Deltagere (64) i 11 videomøder**
 - Hospital: 14, heraf 3 hjertelæger, 2 geriatriske læger, 7 udviklingssygeplejersker, 2 fysioterapeuter. Fysisk tilstedeværelse.
 - Kommune: 13 deltagere, 9 hjemmesygeplejersker, 4 visitatorer, 2 fysioterapeuter. Videodeltagelse.
 - Patienter og pårørende: 11 patienter, 16 pårørende. Heraf 12 på sygestue og 3 via video. 1 udebleven pårørende pga. forglemmelse.
 - Almen praksis: 10 læger. 1 udebleven af ukendt årsag. Videodeltagelse.
- **Kvalitative brugerinterviews:** i alt 41 interviews, 7 rapporterede oplysninger.
 - Hospitaler: 12 heraf 5 læger, 7 sygeplejersker. Heraf 2 interviews med sygeplejersker som V4M-mødeledere.
 - Kommuner: Interview med 2 visitatorer, 3 hjemmesygeplejersker, 1 fysioterapeut.
 - Patient: 9 på hospitalet, 7 i hjemmet. 4 patienter døde umiddelbart efter udskrivelse.

- Pårørende: 6, heraf 2 til afdøde patienter.
- Almen praksis via spørgeguide/rapporterede oplysninger: 7 returneret, 1 mundtlig tilbagemelding, 1 mail-korrespondance.

■ **Interview-/spørgeguide sundhedspersoner:**

- Hvad vurderer du, at der kom ud af videomødet?
- Hvad var tidsforbruget og ressourceforbruget?
- Hvad var særligt godt/dårligt ved videomødet?
- Forslag til ændringer?

■ **Interviewguide patient/pårørende:**

- Hvad er din oplevelse af videomødet?
- Hvad var det vigtigste, der skete?
- Hvad var nyt?
- Ville du/I have lyst til det igen?
- Opleves videomødet relevant for din situation?

2.2 Analyse 1: Patientprofil

Boks 2.2 Data og metode

Gennemgang af 11 patienters journaler og epikriser til egen læge

Patientprofil på de inkluderede patienter

- Alder 83,3 (Median 80)
- Antal indlæggelsesdiagnoser 10,3, (Median 9)
- Antal indlæggelser seneste år 3,3 (Median 1)
- Indlæggelsesdage 15,1 (Median 14)
- Kvinder: 6, mænd: 5.

Gennemgang af patienternes journaler viser en gennemsnitlig profil i forhold til flere parametre, se Boks 2.3. Parametrene vil blive beskrevet i de følgende afsnit og udfoldet med eksempler fra analyse 2 med indholdsanalysen af V4M-samtalerne.

▪ Alder

Patienternes gennemsnitlige alder er 83,3 år. Den yngste er 73 år, og den ældste er 98. Det viser, at patienterne også er prægede af alderssvækkelse. Flere af V4M-afprøvningserne viser også, at flere patienter havde vanskeligheder med at se og høre, hvad der foregik på både sygestuen og på videoskærmen. Det betyder, at man skal være særligt opmærksom på, at det tekniske udstyr er tilpasset hensynet til patienternes niveau. Alderen og patienternes mange sygdomme indikerer også, at det kunne være oplagt, at der i samtalen indgik en dialog om, hvilke forventninger og ønsker patienten kunne have til den sidste tid, og hvilken indflydelse det kunne have på en fælles plan og koordinering af forløbene. I samtalerne blev spørgsmålet om livets afslutning ikke berørt, om end flere af deltagerne var højt op i alderen. Det peger på den velkendte udfordring, det er for sundhedsprofessionelle at medtænke en dialog med patienten om livets afslutning (Bergenholtz, 2020). Når patienten Birthe i videosamtalen fx siger, at: *"Jeg vil bare kunne stå og gå og hjem til Karlo"*, så er det måske et udtryk for, at hun ikke ønsker den fortsatte udredning af hendes sygdomme. Den kan også være udtryk for, at hun er utryg ved

hospitalet og sin livssituation; at Birthe helst vil tilbage til den hverdag og kropslige tilstand, som hun kendte, men som er ændret efter bl.a. et fald. Hendes fremtidsudsigter er usikre. Birthes fulde patientcase med V4M beskrives i Analyse 2, afsnit 2.3.

■ Indlæggelsesdiagnoser og sygdomsforløb

I gennemsnit havde patienterne 10,3 indlæggelsesdiagnoser fra 7 til 20. Dette er optalt som de indlæggelsesdiagnoser, der er noteret i patientens journal ved indlæggelsen. Det er et usikkert tal, da det kræver, at den læge, der indlægger patienten, er opmærksom på at fjerne evt. diagnoser, der ikke længere er aktuelle for patienterne. På trods af denne usikkerhed ser vi, at patienterne har mange sygdomme og dermed er udfordrede, når de møder et sundhedsvæsen, der er organiseret efter specialer (Frølich et al., 2017). Det kommer frem i casen med Birthe, hvor hun både har en aktuell smerteproblematik og lider af hjerteinsufficiens og nyresygdom, samtidig med at hun har en infektion. For syv patienter indgik en diagnose med en eller anden form for infektion, heraf var tre covid19-diagnoser. Med afsæt i patienternes mange diagnoser tyder det på, at det er en infektion, som "vælter" patienten. Det er, som Birthes egen læge fremhæver, hendes infektion som det, der gør, at han ikke længere kan klare hendes situation hjemme og må indlægge hende. Det høje antal diagnoser viser, at de inkluderede patienter har mange sygdomme, men indikerer også, at det er en aktuell infektion, som har "væltet" patienten og udløser indlæggelsen.

■ Brud på specialetænkning

Analyse 1 til kommunikationen og interaktionen i de 11 videosamtaler viser en tendens til, at det i samtalen mellem de fire parter er egen læge, der stiller spørgsmål, som går på tværs af specialerne, fx når egen læge spørger til udredning af KOL, smertebehandling og andet. Det vidner om den kompleksitet, der er i patientens situation, som egen læge er involveret i, hvorimod hjertelægen klart har fokus på Birthes hjerteproblematik, da hun er indlagt på et hjerteafsnit – og skal hun udredes for sin KOL, skal hun overføres til lungeafsnittet. I samtalen bliver det til et *brud* med specialetænkningen og en opmærksomhed på *både* den viden, egen læge har, som kan informere patientens nuværende lidelse, *og* en opmærksomhed på den *bekymring*, der kan være for fremtiden. Det viser, at de forskellige kontekster får betydning for samtalen. I de 11 videomøder deltager de praktiserende læger i 10 forløb. Det vidner om, at videomødet også bliver en ramme, hvor de praktiserende læger har mulighed for at stille spørgsmål til en ofte kompleks og specialiseret behandlingsplan – spørgsmål, der naturligt ikke kan stilles til en omfattende til dels autogenerated epikrise fra hospitalet.

- Indlæggelser inden for det seneste år – og genindlæggelse

Vi finder for denne patientgruppe, at de i gennemsnit har været indlagt 3,3 gange inden for det seneste år i et spænd fra 0 til 9. Data er indsamlet gennem patientens journal, hvor vi har set et år tilbage fra indlæggelsestidspunktet. Det vidner igen om, at denne patientgruppe er skrøbelig og har brug for sundhedsvæsenet på flere områder. Data viser, at de har behov for den kommunale pleje og behandling, men også, at de har behov for specialiseret behandling på sygehuset. Det generelle billede af patienternes tidligere diagnoser peger igen på infektion, og at deres grundlidelse, fx hjertesvigt, giver flere og flere sundhedsmæssige udfordringer.

Vi har fulgt patienterne efter udskrivelsen, herunder gennemgået deres epikriser. Ifølge aftale mellem sygehuse og de praktiserende læger, så skal sygehushægen stratificere patienterne efter, hvilken opmærksomhed egen læge skal have på den enkelte patient (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019; Danske Regioner, 2019, s. 3). I epikriserne er tre patienter stratificeret GUL og resten kategoriseret som GRØN.² Det er overraskende, at vi ikke finder patienter, der er RØDE netop grundet deres mange sygdomme og aktuelle svækkelse, der netop kalder på et koordinerende samarbejde på tværs af specialer og sektorer.

Vi har fulgt op på patienternes indlæggelse 3-4 måneder efter deres V4M-samtale og finder, at fire patienter er døde, og at fem af patienterne har været indlagt inden for 3 måneder. Vi kan ikke konkludere omkring, hvorvidt de tværsektorielle videomøder har haft indflydelse på antallet af nye indlæggelser. Datamaterialet, vi har på dette, er for begrænset til, at vi kan konkludere, om videomøderne nedsætter behovet for genindlæggelse. Vi ser ansatser til, at V4M bruges til at forebygge forværring i patientens tilstand og hermed genindlæggelser, fx når egen læge aftaler med hjemmesygeplejersken, at kommunen skal indrapportere Birthes vægt, så han kan justere den vanddrivende medicin. Aftalen og samarbejdet bidrager til at stabilisere Birthes tilstand efter hjemkomst. Ligeledes indgår egen læge ved fire af patienterne en aftale med hjemmesygeplejerskerne om at afholde opfølgende hjemmebesøg, når patienten er udskrevet. Anden forskning viser, at netop opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse ved egen læge og hjemmesygeplejerske bidrager til færre indlæggelsesforløb (Sundhedsstyrelsen, 2007; Voss, 2009; Hjelmar et al., 2011).

² Danske Regioner (2019) har følgende definition: "Rød epikrise: Den udskrivende læge vurderer, at patienten har behov for opfølgning i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter udskrivelse fra sygehuset. Gul epikrise: Den udskrivende læge vurderer, at patienten er særligt sårbar og ikke selv (eller via netværk/hjemmepleje) forventes at henvende sig til almen praksis efter udskrivelse og har et særligt behov for aktiv opfølgning i almen praksis inden for 14 hverdage. Grøn epikrise: Øvrige epikriser, som indeholder anbefalinger om opfølgning i almen praksis. Hvid epikrise (tom): Epikriser uden anbefaling til egen læge om opfølgning", s. 1.

■ Indlæggelsesdage

Patienterne har i gennemsnit været indlagt 15,1 dage, fra 9 til 26 dage. Det er i sammenligning med den gennemsnitlige indlæggelsestid på 5,6 dage (KL, 2020) overraskede lange indlæggelsesperioder, hvilket igen peger på denne patientgruppes skrøbelighed og kompleksitet. Der var ingen af patienterne, der fik forlænget deres indlæggelsesperiode, på grund af at de ventede på et kommunalt tilbud. Den lange indlæggelse var primært begrundet i patientens sygdomsudvikling som: svingende infektionstal, diuretisk behandling, lungeproblemer, udredning af sygdom og tilsyn og samarbejde mellem specialerne.

Måske kan videomøderne på sigt bidrage til kortere indlæggelsestid, da videomøderne giver anledning til at drøfte plan, og hvilke opgaver der løses på tværs af sektorerne, og hvilke opgaver der kan varetages af hjemmesygeplejersken. Et eksempel fra videosamtalerne er visitator og pårørende, som aftaler, hvor mange gange hjemmesygeplejersken skal komme i hjemmet efter patientens udskrivelse, og at patienten ikke har behov for at komme på en midlertidig plads, hvilket kunne have betydet yderligere indlæggelsesdage på grund af begrænsede pladser i kommunen.

■ Køn og hjemmesituation

Seks kvinder og fem mænd deltog i videomøderne. De havde alle pårørende. Fire boede sammen med en partner, og syv boede alene. En boede på et plejecenter, og to skulle efterfølgende på en aflastning/midlertidig plads ved kommunen. De havde alle kontakt med kommunale sundhedsaktører før indlæggelsen. Igen peger dette på, at det er en patientgruppe, der er udfordret, også i deres hjemmesituation, hvor de lever alene, hvilket stemmer overens med, at det kan give yderligere problemer (Siren et al., 2018). Vi finder, at alle havde pårørende, som boede på Sjælland. De fleste havde tæt kontakt, og det var tydeligt, at de pårørende var meget interesserede i at deltage i videomøderne, ikke mindst for at få afklaret de udfordringer, som de ser i forbindelse med en udskrivelse og ikke mindst på grund af deres bekymringer for forløbet.

2.2.1 Opsamling

Analysen af profilen for patienter, der deltog i videomøderne, giver anledning til at danne nogle opmærksomhedspunkter og mulige forskningshypoteser for yderligere afdækning. Det gælder, at V4M-samtalen giver mulighed for opbrud af specialetænkning ved komplekse patienter. Det viser sig også, at egen læge spiller en central rolle for den udvidede specialfaglige, koordinerende dialog. Derudover ser vi, at V4M kan forebygge genindlæggelser via indgåelse af aftale mellem kommune og almen praksis om opfølgende hjemmebesøg. Vi ser også, at V4M kan forebygge unødigt forlængelse af indlæggelsestid ved

ventetid på kommunal plads gennem inddragelse af pårørende i koordineringen. V4M virker særligt lovende som et egnet tilbud til enlige patienter og/eller patienter, som er udfordret i deres hjemmesituation.

2.3 Analyse 2: Tematikker i V4M

Boks 2.3 Tværgående analyse af 11 V4M-samtaler

Tekstualiseret data, etik og analysespørgsmål (Ricoeur, 1981)

- Tematikkerne er udledt på baggrund af en tværgående analyse af:
 - 11 V4M-samtaler, hvoraf 10 er båndet med både lyd og billede, og 1 er optaget som lydfil. Alle lydoptagelser er transskriberet til tekst
 - Observationsnoter af videosamtalerne.
- Analysen har dels identificeret emner via meningskondensering og interaktionsanalyse:
 - Hvilke parter bringer hvilke emner op?
 - Hvad skaber udvikling og fremdrift i dialogen?
 - Hvorledes positionerer deltagerne sig, og hvor aktive og passive er de?
 - Hvilke relationer indgår de i og med hvilke overordnede formål?
 - Hvad siger deres indbyrdes perspektiver om deres respektive kontekst?

Følgende tematikker giver indblik i indholdet af de tværsektorielle samtaler.

Tematikker i V4M

Den tværsektorielle og tværfaglige videosamtale mellem hospital, egen læge, kommune og pårørende varer 25-30 minutter og har følgende temaer:

Samtalens indhold

- Status og resume af indlæggelse
- Behandlingsplan/niveau – justering af medicin
- Funktionsniveau - at kunne det samme som før
- Pårørendes bekymring/frustration
- Forhandling om udskrivelses-tidspunktet
- Situationen før indlæggelsen
- Behandlingsansvar
- Bekymringer for fremtiden
- Plan for opfølgning efter udskrivelse
- Stabilitet og ustabilitet.

Kilde: Analyse af videomaterialer og transskriberede lydfile af 11 V4M-samtaler.

De 10 tematikker oplyst i ovenstående boks giver et indblik i mødet og samtalerens indhold. Tematikkerne udfolder sig dynamisk mellem deltagerne og deres respektive perspektiver, der således kommer hele vejen rundt om patientens situation før og under indlæggelsen, og fremadrettet; hvornår patient skal udskrives, og hvad der skal ske i hjemmet og rammerne herfor.

Patient-casen Birthe i nedenstående boks udfolder de 10 temaer.



Patient-case Birthes V4M-samtale

Birthe sidder oprejst i hospitalssengen. På stuen sammen med hende er der yderligere fire personer: den behandlingsansvarlige hjertelæge og en sygeplejerske, som også er mødeleder, og som styrer udstyret og samtalen, samt pårørende. Birthes samboende Karlo og hendes ene datter er også på stuen. På videoskærmen deltager endnu en datter, den kommunale hjemmesygeplejerske og terapeut fra kommunens akutteam og Birthes egen læge. Alle præsenterer sig for hinanden, og det er tydeligt, at de kender hinanden, fx siger egen læge: *"Hej Birthe, kan du kende mig? Det er Jens, jeg er din praktiserende læge, det er mig, der kommer og smider dig ind på sygehuset, når vi ikke kan klare det længere hjemme"*.

Efter en kort præsentationsrunde spørger mødelederen Birthe, hvad der er vigtigt for hende. Birthe svarer, at hun bare gerne vil kunne komme op og stå og gå og så komme hjem til Karlo.

▪ Status og resume for indlæggelse

Hospitalslægen åbner samtalen med at forklare, hvorfor Birthe er på afdelingen, nemlig pga. vand i lungerne, hvilket kan skyldes et svækket hjerte. Birthe hjerte er derfor ved at blive undersøgt, ligesom hun modtager vanddrivende behandling. Egen læge bryder efterfølgende ind og spørger: *"Har I fået styr på Birthes smertebehandling i forbindelse med den bækkenfraktur, hun kom hjem med sidst?"*. Hospitalslæge og sygeplejerske ser overraskede på hinanden. De har ikke haft fokus på smertebehandling og forklarer det med, at Birthe endnu ikke har været meget ude af sengen og derfor ikke har så mange smerter i bækkenet. Der opstår en dialog om Birthes smertebehandling, der netop er vigtig for, at hun kan komme op at gå og stå. I denne udveksler egen læge og kardiologen viden og erfaringer. Kardiologen spørger fx egen læge om, hvilken smertebehandling han har bedst erfaringer med. Egen læge siger, at det er vanskeligt, fordi Birthe får meget kvalme, og der også skal tages hensyn til hendes dårlige nyre.

▪ Situation før indlæggelsen

Kommune uddyber, at Birthe har haft svært ved at deltage i genoptræningsplanen fra sygehuset efter bækkenfrakturen. Det virker som om, hun ikke har luft/ilt nok til at træne. Karlo bekræfter, at det også er svært for Birthe

at komme op af stolen og ud på toilettet. Han hjælper hende. Kommune forklarer, at parret ikke har villet have en plejeseng i stuen til Birthe og derfor heller ikke har modtaget meget hjælp. Karlo giver grådkvalt tilsagn, om at de nu er parate til at modtage mere hjælp fra kommunen, hvilket understøttes af datteren, der siger: *"Ja, I har brug for mere hjælp. Du (Karlo) er jo heller ikke helt ung længere"*.

- **Behandlingsplan/-niveau og justering af medicin**

I løbet af samtalen flytter fokus fra væskeophobningen på grund af hjertet til Birthes smerter, træthed og manglende ilt til at kunne bevæge sig og træne i en hverdagskontekst, som er det vigtigste for Birthe. Egen læge siger, at han kan se, at der stod i den sidste epikrise, at hun har lungesygdommen KOL. Han siger, at det er nyt for ham, og spørger, om det er noget, de har udredt. Hospitalslægen siger, at de ikke kan lave den udredning nu på hjerteafdelingen, og at de kan sende en henvendelse til lungeafdelingen, men at der er lang ventetid.

- **Funktionsniveau – at kunne det samme som før**

Birthes ønske er blot at kunne det samme som før indlæggelsen, men hun erkender også, at hun er meget træt og ikke orker at træne, hverken på sygehuset eller i kommunen. Det er Karlo, der hjælper hende til og fra toilettet. Terapeuten byder ind med viden om, hvordan træningen gik inden indlæggelsen *"Birthe, der var du meget træt og orkede ikke at træne. Derfor giver det ikke mening med en GOP (genoptræningsplan), det er du for træt og ud-mattet til"*. De bliver enige om, at det er bedst, at Birthe får kommunal hjemmetræning.

- **Pårørendes bekymring/frustration**

Egen læge siger anerkendende til Karlo, at han ved, at Karlo har gjort et stort arbejde og haft et stor ansvar. Karlo nikker med tårer på kinderne. Datter på skærm bekræfter, at det er Karlo, der tager sig af deres mor. Kommunen foreslår, at de kommer og hjælper. Karlo siger, at det vil de begge gerne sige ja til. Han siger, at han ved godt, at det er ham, der har sagt, at de selv kunne klare det, og at de ikke ville have hjælpemidler, men det vil de gerne nu. Hjemmesygeplejersken vil tale med visitatoren om dette. Døtrene vil meget gerne, at Birthe kan blive på afsnittet under hele indlæggelsen. Sygeplejersken siger, at det vil de bestræbe sig på.

- **Forhandling om udskrivelsestidspunktet**

Egen læge forklarer, at Birthe er for svækket til selv at kunne komme hen i hans konsultation til undersøgelse, derfor kan hun ikke få lavet en masse blodprøver hos ham lige efter udskrivelsen. Der må laves en plan herfor ved udskrivelsen. Egen læge fremhæver også, at det er nødvendigt, at Birthe er

helt færdigudredt og færdigbehandlet ved udskrivelsen, at hun er meget skrøbelig og hurtigt "vælter", hvis ikke alt er på plads. Kardiologen siger, at Birthe endnu ikke er klar til udskrivelse, og at de nok skal sikre, at hun er færdigudredt, og at der er en klar behandlingsplan ved udskrivelsen.

- **Bekymringer for fremtiden**

Egen læge er bekymret for Birthes situation, hvis hun kommer for tidligt hjem. Hjemmesygeplejersken er bekymret for Birthes træthed. Hun fortæller, at Birthe nogle gange falder i søvn under samtalen. Sygeplejersken siger, at Birthe også er meget træt på sygehuset, og at de skal være opmærksomme på det. Kardiologen taler om at se på medicinen og på, om noget kan ændres. Karlo og døtrene er bekymrede for, om Birthe bliver for hurtigt udskrevet.

- **Plan for opfølgning efter udskrivelsen**

Egen læge foreslår hjemmesygeplejersken, at de melder Birthes vægt ind til ham og efterfølgende holder øje med, om hun tager på i vægt, hvis hun gør, så skal de kontakte ham, så vil han regulere i den vanddrivende behandling. Hjemmesygeplejersken nikker og bekræfter, at de dagligt måler Birthes vægt. Egen læge foreslår, at han kommer ud på et opfølgende hjemmebesøg. Det vil Birthe og Karlo gerne, og døtrene tilkendegiver også, at det giver tryghed at vide, at der bliver fulgt op på forløbet efter udskrivelsen. Sygeplejersken på hospitalet fortæller, at Birthe ikke har mange kræfter, og at hun skal have megen hjælp. Hjemmesygeplejersken vil efterfølgende tale med visitatoren om at komme på besøg hos Birthe og Karlo. Sygeplejersken fortæller også, at Birthe ikke orker træningen. Terapeuten fra kommunen foreslår, at de laver hjemmetræning frem for at træne i sundhedscentret.

- **Stabilitet og ustabilitet**

Egen læge fremhæver, at Birthe hurtig kan blive for ustabil til at være hjemme, hvis ikke hendes smerte- og hjertebehandling og medicin er på plads. Det kræver, at der nu kommer hjælpemidler, og at Karlo siger ja til hjælp fra kommunen også. Situationen hjemme kan hurtigt blive for presset for Karlo, der også har ydet meget de sidste måneder, og som døtrene siger, så er han jo heller ikke helt ung mere.

Kilde: Casen er konstrueret på baggrund af analyse af patienter i tværsektoriel videosamtale, V4M.

Patientcasen Birthe viser, at V4M-samtalen således skaber en helt ny ramme og kontekst for at lave tværsektorielt samarbejde og forløb. En virtuel kon-

tekst, der gør det muligt at føre en dialog med og mellem flere parter, der ellers ikke har haft mulighed for at tale sammen. Det er en dialog, hvis informationer adskiller sig fra den skrevne dokumentation, såvel som den inkluderer flere parter, herunder patientens egen stemme og pårørendes bekymringer. Den skaber også feedback mellem behandlerne, så deres igangværende planer for genoptræning, pleje, behandling og medicin kan justeres, cirkulere og skabe mere proaktive og forebyggende løsninger.

2.4 Analyse 3: Brugerevaluering af V4M

De 11 tværsektorielle videosamtaler mellem de fire mødeparter er evalueret på indholdssiden og i et brugerperspektiv. Den indholdsanalytiske evaluering af video-tekstmaterialet reflekterer patienternes aktive deltagelse i samtalen om deres forløb. Det er patienters svar på det indledende spørgsmål til V4M-samtalerne: *Hvad er vigtigt for dig?* I analysen undersøges, om patienters svar på spørgsmålet får indflydelse og bliver dagsordensættende for de fire parter samtale, hvorfor, hvordan og hvorfor ikke? Den indholdsmæssige analyse giver indblik i ikke kun den traditionelle 'dia'-log mellem *to* parter, fx patient og behandler, men mellem mange, en 'multi-log' med mange stemmer og relationdannelse mellem de fire parter samt de *dynamikker*, der skaber fremdrift i samtalen "på tværs" mellem hospitalet, almen praksis, kommunen og hjemmet.

Evalueringen af V4M-samtalerne i et brugerperspektiv beror på kvalitative interviews med patienterne 14-21 dage efter udskrivelsen med henblik på at få deres oplevelse af videosamtalens betydning for deres hjemkomst og efterfølgende forløb. De tre øvrige parter oplevelse af videomøderne er indhentet via mails fra almen praksis, interviews med mødelederne på hospitalet og via workshop med aktionsforskningsgruppen med deltagelse fra hospitalet og begge kommuner.

2.4.1 Indholdsanalyse af patientperspektivet i V4M-samtaler

Følgende perspektiver belyser patientens rolle og indflydelse på samtalen under V4M:

- "Patientens stemme" – et væsentligt element for at skabe sammenhæng i tværsektorielle forløb er at inddrage patienten. Patientens taletid er dog samlet set i de 11 gennemførte V4M begrænset og er derfor et særligt opmærksomhedspunkt for V4M-mødeleder. Udvidelsen af det indledende spørgsmål: *Hvad er vigtigt for dig?* med tillægsspørgsmålet: *Hvad bekymrer dig og dine pårørende?* – kan bidrage til at få patientens perspektiv,

herunder forventninger til hverdagen i hjemmet både før og efter indlæggelsen, bedre frem som rammesættende for de fire parter fortsættelse af samtalen.

- Samtale-dynamik sker gennem problematikker og alliancer, hvor deltagerne danner forskellige alliancer på tværs af faglighed og sektor. Alliancer opstår på baggrund af en af partnerne fremsat problematik og en anden parts mulighed for at bidrage til uddybning og/eller løsninger heraf. V4M-samtaler er som udgangspunkt ikke konfliktfrie, men tværtom er fx pårørendes oplevelse af manglende sammenhæng en anledning til at udvikle og genforhandle løsninger i fællesskab.
- Dialogiske blikke i V4M-samtalen muliggør i sin visuelle form en tværsektoriel og tværfaglig kommunikation, der ellers ikke ville have fundet sted. Den visuelle kontakt tilføjer noget særligt, som telefon og skreven dokumentation og læsning ikke har, nemlig øjeblikke af genkendelse og forundring. Genkendelse, når fx patienten ser sin egen læge eller sine pårørende, som skaber ekstra betydning i gruppen og styrker dens relationer. Genkendelsen gennem blikket skaber en særlig energi og motivation i kommunikationen. De andre er også hinandens vidner, hvilke samlet understøtter og skaber et medansvar for løsninger. Forundringen er øjeblikke af erkendelser, når en part siger noget om fx patientens historie eller egne rammer for at bidrage til behandling, som overrasker og skaber en "forståelse for den andens forståelse", altså øger den tværsektorielle indsigt og forståelse af hinandens perspektiv.

De følgende underafsnit uddyber disse kvalitative aspekter af V4M-samtaler med eksempler på deres potentialer for at understøtte cirkulære patientforløb og det tværsektorielle samarbejde.

2.4.1.1 Styrkelse af patientens rolle i samtalen

Selvom formålet med V4M er at give patienten en stærkere stemme i planlægning af sit eget forløb, så indvirker både hospitalet som kontekst, rollen som patient – som traditionelt er passiverende – og det faktum, at patienten er svækket af sygdom, på, hvor aktivt patienten selv deltager i videosamtalerne. Kun få af patientdeltagerne deltog i traditionel forstand med en aktiv og selvstændig stemme med en egen mening på grund af alderssvækkelse og deres alvorlige sygdomssituation. Det betød dog ikke, at videosamtale ikke var relevant eller havde betydning for de patienter, som ikke var aktive i samtalen. Mest påfaldende var en kvindelig patient, som forud for samtalen havde nægtet undersøgelse (kikkertundersøgelse i maven). Under videosamtalen vender hun ryggen til videoen og alle deltagerne under hele samtalen, men efter samtalen, der bl.a. kredser om, hvorvidt hendes symptomer er fysiske eller psykisk

betinget, ombestemmer hun sig og giver tilsagn til behandling. Selvom hun har ryggen til computeren, kan hun høre de fire parter tale om hendes situation og behov, således at hun genvinder tillid og motivation for udredning og evt. behandling.

En anden patient reducerer begrundelsen for sin indlæggelse til knæ smerter, hvilket får egen læge og søn på banen. De udfolder begge et massivt funktionstab hos patienten på meget kort tid, som bør inddrages i hospitalslægens samlede vurdering og plan under indlæggelsen. Egen læge og sønnens gensidigt supplerende beskrivelser skaber en helt ny kontekstforståelse hos kommune og hospital. Herefter udvikler de en fælles behandlingsplan, som tager udgangspunkt i patientens funktionstab og ikke kun knæ smerter. Ligesom egen læge aftaler med kommunen at gennemføre et opfølgende hjemmebesøg hos patienten sammen med hjemmesygeplejersken, når patienten er udskrevet.

Den mest selvstændige patient i klassisk, autonom forstand trumfede sin vilje igennem, nemlig at ville blive i sin bolig som gangbesværet trods mange trapper imod sin slægtnings anbefaling. Hun kaldte sin slægting "forræder", fordi hendes oplevelse var, at han tog kommunens perspektiv frem for hendes. Afgørende for V4M-samtalen var dog, at patienten fik tilrettelagt sit forløb og behandlingsplan, så det var målrettet hendes ønske om at forblive i sin bolig, samtidig med at slægtingen, sine bekymringer til trods, havde fået forståelse for, at denne om end syge, men åndsfriske dames vilje og ret til selvbestemmelse vejer tungest.

Disse forskellige måder, hvorpå patienten deltager mere eller mindre direkte i V4M-samtalen, bekræfter dog, at den har betydning for dem og indvirker på deres engagement i deres eget forløb, men også, at der under samtaler opstår forskellige alliancer mellem deltagerne, hvor igennem de positionerer sig og understøtter hinandens mening og forslag.

2.4.1.2 Dynamiske alliancer

Der opstår forskellige alliancer på kryds og tværs af deltagerne. Selvom de pårørendes rolle primært er at repræsentere hjemmet som den person, patienten er, og den hverdag, han/hun har, når han/hun ikke er indlagt, så kan alliancer flytte sig, som førnævnte eksempel med patienten, der beskylder sin pårørende for at være på kommunens side frem for på hendes side. Der er også eksempler på pårørende, der allierer sig med deres mor imod kommunens pleje, hvor praksislægen mægler mellem de to parter ved dels at forklare, hvordan patientens personlighed er: *"Hun siger altid pænt 'Nej, tak!'; hvis man spørger, om hun har brug for hjælp – selvom hun har brug for hjælp"* og ved videndeling. Lægen giver tip til, hvordan hjemmehjælperne bedre kan forudsige ændring i hendes helbreds(habitual)tilstand: *"Hvis I vejer hende hver dag, vil*

tydelig vægtøgning være tegn på, at hun har brug for mere vanddrivende, og så kan I altid kontakte mig' – og herved også forebygge (endnu) en indlæggelse. Samtidig opfordrer han til, at hjemmeplejen observerer, om patienten sover i sin stol, og i så fald hurtigt kontakter ham, "*Fordi patienten ikke kan ligge ned på grund af vand i lungerne*". Andre alliancer er fx mellem egen læge og pårørende, når lægen ser på videoskærmen, at ægteemanden er tydeligt berørt, og lægen ved, at han udfører et stort arbejde med at passe sin kone. I dette tilfælde bidrager lægens sympati og anerkendelse til, at ægteemanden indvilliger i, at kommunen nu alligevel får lov til at anbringe en plejeseng i deres dagligstue, så de kan hjælpe med at passe hende. En ændring i deres hverdag, som ellers var vanskelig for familien at acceptere. Det opfølgende patientinterview bekræfter, at patienten og familiens hverdag kom styrket ud af indlæggelsen på baggrund af V4M-samtalen.

Der sker også læge-læge-alliancer mellem egen læge og hjertelæge i en V4M-samtale, hvor patientens smertebehandling er meget kompleks og kræver dels hospitalslægens kendskab til forskellige muligheder og egen læges viden om, hvilken smertebehandling han allerede har afprøvet på patienten og med hvilken effekt. Disse alliancer skaber vidensdeling på højt fagligt niveau mellem lægefaglige specialer målrettet netop den "komplekse patient". Behandlingsplanen og -ansvaret løftes i disse alliancer også til et nyt niveau, som netop øger graden af stabilitet hos patienter med behov for "circular care".

Der opstår også alliancer mellem patient og kommune, fx når den pårørende er bekymret for sin far og gerne vil ansøge kommunen om at få forældrene flyttet i en plejebolig tættere på sig. Kommunes visitator kan så forklare, at det er forældrene, der selv skal søge; underforstået, at selvom man er indlagt på hospitalet, så mister man ikke sin ret som borger til selv at bestemme. Hospitalet bakker op om kommunen og patienten ved at berolige den pårørende med, at de har erfaring for, at en patient med samme sygdomsbillede som faren nok skal klare sig, når han kommer hjem. Kommunen træder til med viden om, hvordan de vil tage imod ham i hjemmet, som bidrager til en tryk udskrivelsessituation for de pårørende.

Disse alliancer, hvor man dels understøtter hinandens perspektiver, dels sympatiserer og forklarer, hvorledes man kan hjælpe patienten og pårørende, har en central betydning og effekt på deltagerne ved afslutning af samtalen. Den beroligende effekt vedrører ikke kun patient og pårørende, men også de andre parter i V4M-samtalen. Eksempelvis når:

- Speciallægen får forklaret kommunen, hvad de skal holde øje med hvornår for at forebygge en u hensigtsmæssig indlæggelse op til weekenden.

- Egen læge, der har brug for videndeling med hospitalslægen for at kunne give sin patient den bedst mulige behandling i en vanskelig behandlingssituation.
- Kommune og egen læge fortæller hinanden og hospitalet, hvad de kan gøre i deres praksis, og hvad de ikke kan. Sådanne afklaringer sparer tid hos både patient, egen læge og kommune, når patienten ikke udskrives med en behandling, som de rent praktisk ikke kan udføre.
- Hospitalet ændrer sin medicinbehandlingsplan, når egen læge oplyser, at han har afprøvet det medikament på patienten med meget negativ effekt.

Med andre ord skaber alliancerne dynamik i samtalerne og bidrager til, at de skaber et tværsektorielt samarbejde, hvor de "spiller hinanden gode" til patientens bedste.

2.4.1.3 Videoblikke og motivation for deltagelse

Blikket mellem mennesker har en særlig betydning. I den filosofiske etik (Levinas, 1996, 2016) er den udfoldet som den åbenhed og i princippet uudgrundelighed, man møder i den andens ansigt, som også er et kald for at forstå den anden som forskellig fra en selv, men som hermed også har en transformerende kraft for én selv, og hvem man kan blive (Wentzer, 2022). Der er således meget på spil i mødet mellem to ansigter. I de virtuelle møder er ansigterne repræsenteret via kameraet og gengivet på skærmen, ansigt-til-ansigt. Der er heller ikke to ansigter, men fire skærme med et til tre-fire ansigter på. I flere af de 11 V4M-samtaler deltager der op til otte personer, fordelt på de fire domæner eller kontekster af patientens hospitalstue, almen praksis-konsultationsrummet, den pårørendes kontekst eller de kommunale medarbejders kontekst. I et tilfælde deltog hjemmesygeplejersken via sin mobiltelefon fra bilen. Der er således både mange ansigter, og de er fysisk meget adskilt fra hinanden. I nogle tilfælde var teknikken også dårlig, således at deltagerne fx ikke kunne se patienten på grund af dårlig internetforbindelse på patientens stue eller blev forstyrret af forvrænget lyd. Det kunne også være svært at høre hospitalet, både patienten og klinikere, fx fordi de bar mundbind på grund af corona. På trods af dette blev ingen af V4M-samtalerne afbrudt eller opgivet på grund af tekniske mangelfuldheder i lyd og billede. Deltagerne så at sige *ville samtalen* og samarbejdet med og om patienten, også selvom det var svært og krævede ekstra koncentration. I analysen af video-billede-materialet ser man tydeligt, hvilken effekt det har, når fx egen læge siger patientens navn og udbryder: "*Det er mig, Rene, din læge!*" – og patienten genkender ansigtet og stemmen. Blikket og kroppen i hospitalssengen retter sig op og frem i fuld opmærksomhed, nikker og smiler. Genkendelsen af egen læge er tydelig,

og der opstår håb og glæde i patientens øjne, som også har værdi for de øvrige parter, fordi de mærker, at det gør en forskel at afholde videomøde, og at de sammen som et kortvarigt "virtuelt-team" – kan gøre en forskel for patientens på alle måder vanskelige helbredssituation som kompleks, skrøbelig og multisyg patient. Disse momenter af blikke, der genkender hinanden, skaber energi og motivation for samtalen og udspiller sig i forskellige relationer. Det er også bevægende at se pårørende og patient genkende hinanden via skærbilledet. Det skaber energi, eller måske rettere synergi, mellem deltagerne, fordi de ser og mærker, at de er fælles om patientens situation. Der er også momenter i samtalerne mellem speciallægerne fra hver sin sektor, hvor man ser, at begge parter giver, men også får noget igen i konstruktiv forstand. Kommunale medarbejdere tydeliggør i to tilfælde de kommunale rammer for, hvornår de kan modtage patienten, og hvad det kræver, hvis behandlingen skal fortsætte. Dette opfanger egen læge og hospital med det samme, således at de afstemmer medicinering og behandlingsplan hertil. For eksempel hvilke medicinpræparater patienten udskrives med, og hvordan og hvornår patienten kan overgå til medicinering fra egen læge. Disse video-sekvenser af sundhedsprofessionelle, der bliver set og hørt af hinanden, har en konstruktiv effekt, ikke kun på grund af den øgede kvalitet, sammenhæng og patientsikkerhed for den pågældende patient, men også på grund af sammenhængskraften i sundhedsvæsenet. Et analytisk fund i forbindelse med denne kvalitative analyse er derfor, at V4M-samtaler har potentiale for at skabe resilience og motivation hos sundhedsprofessionelle.

2.4.2 De fire parterers vurderinger af V4M-samtalernes betydning for forløbet

Boks 2.4 Data og metode

Kvalitative brugerinterviews og indrapporterede oplysninger

Antal kvalitative interviews: 41 og 7 skemaer med oplysninger

- Patientinterviews: 9 på hospitalet, 7 i hjemmet. 4 patienter døde, inden interview kunne gennemføres hjemme
- Pårørende: 6, heraf 2 til afdøde patienter
- Hospitaler: 12, heraf 5 læger, 7 sygeplejersker, heraf to interviews med sygeplejersker, som er V4M-mødeleder
- Kommuner: Interview med 6, heraf 2 visitatorer, 3 hjemmesygeplejersker, 1 fysioterapeut
- Almen praksis via rapporterede oplysninger: 7 returneret, 1 mundtlig tilbagemelding, 1 mailkorrespondance
- Et fokusgruppeinterview via video med én almen praksis-læge.

De fire parter, patient/pårørende, hospital, egen læge og kommunens vurdering af deres videosamtalens betydning for patientens videre forløb, præsenteres i dette afsnit. Boks 2.4 giver et overblik over det samlede datamateriale. Et eksempel på en patients forløb efter udskrivelsen præsenteres på næste side. Birthes case giver indblik i, hvilken positiv betydning videosamtalen mellem de fire parter får for hendes forløb og hjemkomst. Efter casen følger en række citater fra partnerne, som indkredser de centrale betydninger af V4M-samtalerne. Parternes forskellige "stemmer" og vurderinger udfoldes derefter i fire respektive afsnit. Afslutningsvis gives der en kort sammenfatning af analysen med udfoldelse af den praktiske del for parterne. Den omhandler særligt mødelederens forberedelse af V4M, hvorledes kontakten til egen læge og kommune er foregået, parternes brug af dokumentation og forskelle i tidslængden på selve samtalerne.



Patientcase Birthe med samboende Karlo efter udskrivelse

I Birthes situation oplever både patient og de pårørende, at V4M-samtalen blev afgørende for, at Karlo og Birthe siger ja til mere hjælp i hjemmet fra kommunen. I samtalen oplever de, at såvel den kommunale terapeut som deres egen læge netop anerkender Karlos bestræbelser på at tage sig af Birthe, og understøtter, at de har brug for mere hjælp. I hjemmeinterviewet fremhæver Karlo endvidere, at det var egen læges uforståenhed (under videosamtalen) over for, at Birthe i journalen havde diagnosen KOL, som gjorde, at hospitalet udredte hende. Udredningen betød, at Birthe efter udskrivelse ikke havde brug for det iltapparat, der ellers var blevet installeret i hjemmet.

Følgende udvalgte interviewcitater giver et indblik i de fire parterers oplevelse af V4M's betydning for patientens videre forløb:



Patient/pårørende

- *Det giver tryghed og er godt at vide, at de taler sammen om fars sygdom, men det går lidt hen over hovedet på far.*
- *Der tages hånd om alle problemstillinger, der sker noget, handling.*
- *Godt, at min egen læge deltog sammen med kommunen og dem på sygehuset.*



Egen læge

- *Dejligt overskueligt med virtuelt møde.*
- *Det er godt at blive involveret allerede under indlæggelse, det giver anledning til at gennemgå patienten.*

- *Det giver mulighed for at stille spørgsmål til behandling og plan.*



Sygehuslæge/sygehussygeplejerske

- *Fint med samtale, især når egen læge er med ved samtalen. Godt, at vi får lavet en fælles plan.*
- *Det er ikke helt klart, hvad rolle jeg har – hvilke forventninger er der til mig.*



Kommunal terapeut/hjemmesygeplejerske/visitator

- *Det giver et trygt udskrivelsesforløb og mere kvalitet i de vanskelige og komplekse patientforløb.*
- *Det er godt at dele bekymringer. Og oplysninger og vores tilbud til patient og pårørende.*

Patient og pårørendes vurdering af V4M's betydning

Analyse af interview med patienter og pårørende sker umiddelbart efter V4M under indlæggelsen og ved et interview mellem 2 og 3 uger efter udskrivelsen i patientens eget hjem eller pr. telefon med pårørende.

Det fremhæves i alle interview af patienter og pårørende, at der på V4M foregik en samtale, hvor alle parter deltog. Det fremhæves, at det er godt, at alle kan se hinanden, og at have en mulighed for at bidrage til en fælles plan. Især de pårørende oplever, at de føler sig forståede og trygge i forbindelse med indlæggelse og den kommende udskrivelse.

En pårørende fremhæver, at han nu ikke længere har behov for yderligere information fra kommunen i forbindelse med sin 98-årige fars indflytning på en midlertidig plads. Han siger: *"Hvis vi ikke havde haft dette videomøde, ville jeg helt sikkert have rendt kommunen på dørene, men nu føler jeg, at alt er på plads, og at det nok skal gå"*. Andre fremhæver efterfølgende, at der nu sker noget; en oplevelse af, at de har talt om deres problemer og ønsker, men at der nu igangsættes nye initiativer – der handles. V4M syntes således at forpligtede deltagerne til i højere grad at gennemføre den fælles plan. En pårørende fremhæver endvidere, at deltagelse i V4M betød, at han efterfølgende havde en anden form for samtale med farens praktiserende læge: *"Det var ligesom om, vi startede et andet sted, fordi vi begge vidste, hvad der var sket under indlæggelsen, og hvad der var fars problemer"*. Netop egen læges deltagelse i

V4M vurderes af patient og pårørende som værende afgørende og bidrager til, at der kommer fokus på deres samlede situation.

Patient og pårørende oplever, at der bliver taget hånd om problemerne, og at der handles. Dette indikerer en fornemmelse af, at alle sætter ind, og at der rent faktisk sker noget, netop fordi de sammen har aftalt den videre plan og "*set hinanden i øjnene*", som en pårørende udtrykker det.

At sikre, at patienten ved udskrivelsen får mere hjælp og hjælpemidler er en central del af en almindelig udskrivelse. Det særlige ved de muligheder, V4M giver, er en situation, hvor erkendelsen – og anerkendelsen – af de pårørendes indsats åbner for deres accept af behovet for, at de skal tage imod mere hjælp frem over for at opnå en stabil situation i hjemmet.

Det blev endvidere fremhævet, at det var OK, at der i V4M tales læge-til-læge, også selvom det kan være vanskeligt for patient og pårørende at forstå deres faglige snak. Det fremhæves netop som betryggende at vide, at lægerne taler sammen om patientens problemer. Dette viser, at patient og de pårørende oplever en tryghed i at opleve, at de professionelle taler sammen, at det ikke er patienten eller pårørende, der har ansvaret for at formidle fra den ene fagperson og sektor til den anden. En pårørende fremhævede, at der kom nye oplysninger frem om farens nyresygdom, som han blev nervøs over efterfølgende.

Vi finder, at det primært er de pårørende, der kan berette om deres oplevelser. Flere af patienterne er alderssvækkede og fortsat påvirkede af deres sygdomssituation, hvilket betyder, at de ved interviewene havde svært ved at tilkendegive deres oplevelse, ud over at det var godt at se alle, og at det føltes trygt. Flere pårørende nævner også, at det gik lidt hen over hovedet på patienten, men at de efterfølgende drøftede samtalen sammen med hospitalssygeplejersken. Vi finder således, at de pårørendes stemme fremstår styrket ved deltagelse i V4M, og at det netop ved denne aldersvækkede patientgruppe er centralt at inddrage dem. Men det rejser også et særligt opmærksomhedspunkt om, at det bør være patientens ønsker og vurdering af, hvad der er vigtigt, der er afsæt for planlægning af forløbet, og ikke alene de pårørendes bekymringer. Dette peger på den generelle etiske problemstilling, når patientens pårørende involveres i patientens pleje og behandling, hvor der kan være flere perspektiver i spil. For eksempel handler det om, hvad patientens ønske er, eller er det de pårørendes angst og magtesløshed over at være vidne til en syg og måske døende kære.

Praktiserende læges vurdering af V4M

Analysen bygger på de registreringsskemaer, som egen læge har udfyldt, fokusgruppeinterview og deres umiddelbare tilkendegivelse efter V4M.

Alle de deltagende praktiserende læger vurderer det positivt for deres patienter at deltage i V4M. Det opleves som et godt supplement og giver en større forståelse for patientens samlede forløb. Én læge udtaler: *"Det er godt at få flere informationer. Her får jeg flere informationer, end jeg gør ved et kort besøg"*. Det opleves som en god anledning til at gennemgå patienten og på den baggrund stille spørgsmål til speciallæge, plan og forløb på sygehuset: *"Det giver stor værdi, at jeg kan stille direkte spørgsmål til behandling og især opfølgning, som jeg ellers ikke har"*. De oplever det også givtigt at drøfte forløbet tværfagligt, og at det er givende for samarbejdet, at primær og sekundær sektor kommunikerer direkte allerede under indlæggelsen. Som én læge udtaler: *"Det (V4M) forestiller jeg mig giver et bedre forløb for patienten"*. En anden læge fremhæver, at det giver tilfredshed at deltage i dette initiativ, som gavner patienten.

Det er tydeligt, at de praktiserende læger vurderer, at V4M er et forum, som har betydning for deres forståelse og ikke mindst videndeling på tværs af sektorerne. Dels får de mulighed for at bidrage med deres erfaringer og viden om patientens samlede situation, dels får de anledning til at stille spørgsmål og bidrage til den aktuelle behandling og efterfølgende forløb.

Sygehusaktørernes vurdering af at deltage i V4M

Analysen bygger på interviews, registreringsskemaer og evalueringsmøder.

■ Hospitalslæger

De deltagende læger fra sygehuset vurderer, at V4M er et godt forum til at tale sammen om patientens forløb. Især fremhæves betydningen af, at egen læge deltager. Sygehuslæge tilkendegiver også, at netop egen læges mulighed for at kunne stille spørgsmål til behandlingen har betydning: *"De spørgsmål, egen læge stillede, kan han jo ikke stille til epikrisen"*. Lægerne på sygehuset vurderer også, at det er vigtigt, at det er en speciallæge – eller læge med erfaring og indsigt i patienten, der deltager. Det kan ikke være en yngre læge eller læge under uddannelse, der deltager. Det fremhæves, at det er optimalt, at den læge, der indgår i samtalen, har gået stuegang på patienten dagen før.

■ Sygeplejersker

Sygeplejerskerne fremhæver, at der på V4M er flere centrale elementer, der bliver afklaret, fx at medicin og plan for forløbet bliver ændret. For eksempel bliver en patients indlæggelse forlænget for at få mere styr på patientens vanddrivende behandling og dermed sikre et mere stabilt forløb efter indlæggelsen. Det bliver også tydeligt, hvilken fælles plan der er, og hvilke muligheder der er i kommunen for antal af hjemmebesøg, så en midlertidig plads kan

undgå. Der bliver talt om områder, som også bliver beskrevet i den skriftlige plejeforløbsplan, men V4M-samtalen giver sygeplejersken en mulighed for at fremhæve det, som er særligt afgørende for patienten, og som kan være svært at formidle skriftligt. For V4M-samtalerne afdækker også de løse ender; at det ikke nødvendigvis er klart, hvem der gør hvad – og ikke mindst, hvad der kan lade sig gøre i den anden sektor.

■ Terapeuter

De to terapeuter, der deltog, tilkendegav, at det var positivt at deltage, og at det gav anledning til justering i genoptræningsplanen, som hospitalet sender til kommunen.

■ Mødeledere

Mødelederrollen er placeret, hvor patienten opholder sig fysisk med henblik på det primære formål at styrke patientens "stemme" og situation som afsæt for samtalen på V4M. Mødelederrollen blev under afprøvningen varetaget af tre sygeplejersker med interesse for patientinddragelse. I efterfølgende interviews vurderede to mødeledere, at deres tværsektorielle indsigt fra ansættelser i både kommunal hjemmepleje og nuværende arbejdsplads på enten hjerte- eller geriatrisk afsnit var afgørende og vigtige kompetencer for at udvælge patienter til V4M-afprøvning, inddrage patient og pårørende og lave aftaler med de øvrige parter, der skal deltage i mødet. Mødelederne fremhæver også, at de har en vigtig rolle for at inddrage eller videreformidle deres samtale med patienten om dennes forventninger samt at styre tiden, herunder afslutningsvis at samle op på aftalerne og afstemme den fælles plan mundtligt og gennem dokumentation. Det viser, at det er vigtigt, at mødelederen har indsigt i sektorernes samarbejde.

■ Videoteknikken

Det tilkendegives også, at det er stressende for mødelederen, når teknikken ikke virker. Dette peger på den afgørende betydning af, at teknikken er i orden, og at det kan være vanskeligt at facilitere samtalen. Det peger igen på, at klar orientering om rollefordeling er vigtig.

Kommunale aktørers vurdering af V4M

Analysen bygger på interviews og evalueringsmøder med kommunal terapeut, hjemmesygeplejersker og visitator.

Aktørerne fra kommunen vurderer, at V4M giver anledning til at drøfte især de komplekse og vanskelige patientsituationer. Det giver anledning til at justere

behandlingen, fx bliver Birthes træning i sundhedscenteret ændret til hjemmetræning. Det fremhæves også, at der er mere kvalitet i udskrivelsen. Dels fordi de deler viden på tværs, dels fordi alle bidrager til den fælles plan. Terapeuten udtaler:

Det er svært helt klart at sige, hvad der kommer ud af det, men jeg fornemmer altså en større kvalitet. Det er også, som om det har gjort Birthe mere bevidst om, at hun selv kan bestemme i sit forløb.

Visitator udtaler, at det at deltage i V4M gav et mere klart billede af, hvilke behov og forventninger både patient og pårørende havde til både indlæggelse og udskrivelsesforløbet. Samtidig gav det mulighed for, at de pårørende fik information om kommunens muligheder og tilbud. Hjemmesygeplejersken fremhæver, at det er vigtigt, at teknikken er i orden, og at det er vigtigt, at V4M ikke afholdes for tæt på udskrivelsen, fordi så er det svært at effektuere aftaler og plan. Der udtrykkes tilfredshed med, at egen læge deltager, og at der udarbejdes en fælles plan.

En samlet vurdering

Opsummerende viser analysen, at alle parter vurderer, at V4M har en positiv effekt på mål og planlægning af patientens forløb.

Både sygehuslæge, sygeplejerske og hjemmesygeplejersken efterspørger klarhed, omkring hvilke forventninger der er til dem, og hvilken rolle de har i V4M. Det peger på, at en tydelig introduktion og kompetenceudvikling for alle aktører er vigtigt at medtænke.

Der bliver aftalt opfølgende hjemmebesøg ved fire af patienterne. Vi kan selvfølgelig ikke vide, om sygehuslægerne ville have tilkendegivet dette ønske i epikrisen, men det er bemærkelsesværdigt, at det ved de tre aftaler om opfølgende hjemmebesøg er egen læge, der foreslår et opfølgende hjemmebesøg. Det tyder på, at egen læge vurderer et potentiale i at gennemføre disse besøg efter udskrivelsen. Det opfølgende hjemmebesøg giver mulighed for at følge op på den fælles plan, der er aftalt på V4M.

Det, at der sker en koordinering og justering af medicinen, bidrager i høj grad til patientsikkerhed. At hjemmesygeplejersken og egen læge på baggrund af V4M koordinerer, at den vanddrivende behandling følges op med vægtskontrol, der indrapporteres til egen læge, viser en skærpet opmærksomhed på aftaler om den kontinuerlige behandling.

V4M giver mulighed for at inddrage patient og pårørende, både i forhold til at deres udfordringer og bekymringer bliver hørt, og at de bliver klart involveret i udviklingen af fælles plan og forløb.

Der bliver aftalt fælles plan for forløbet som undersøgelse, behandling, medicin og træning.

Der var ved flere forløb udfordringer med teknikken. Især var lyden en udfordring, hvor det var vanskeligt for såvel deltagere på videoskærmen at høre deltagerne på sygestuen og især for patienten at høre deltagerne på videoskærmen. Der var også et udfald af netforbindelsen på sygehuset. Det blev ved flere forløb nødvendigt at inddrage mobiltelefon, da netværksdækningen var for svag. Netop netforbindelsen er afgørende for, at V4M kan gennemføres. Det var dog bemærkelsesværdigt, hvor vedholdende alle parter var i forhold til at gennemføre mødet trods billed- og lysmæssige mangler. De tekniske forhindringer fik ikke nogen af parterne til at give op.

2.4.2.1 Opsamling, tidsforbrug og dokumentation

Det er tydeligt, at der på V4M forhandles om behandling, undersøgelsesforløb og efterforløbet. Justering af medicinen er med til at styrke patientsikkerhed, når egen læge bidrager med:

Jamen, det præparat har vi prøvet tidligere, og det havde ikke en god effekt for Viggo.

Det resulterer også i, at der foretages en yderligere udredning af fx Birthes lungeproblematik, som gør, at hendes efterforløb bliver bedre for hende og Karlos hjemmesituation. Aftalen om ændringer af træningsforløb kommer også frem, fordi den kommunale terapeut fremhæver problemstillingen om, at sygehusets generelle genoptræningsplan ikke vil være mulig at gennemføre, fordi Birthe er alt for svag hjemme til at kunne gennemføre dette.

Vi ser således tendenser til, at V4M gør det muligt at skabe en dialog om patientens forløb, om end der er områder, som kræver en særlig opmærksomhed. For det første skal teknikken være i orden, og det er vigtigt, at den person, der skal facilitere V4M, er fortrolig med teknikken. For det andet er mødelederens kompetencer og rolleafklaring central, og endelig kræver det prioritering af tid hos alle parter.

Tid og organisering

Tiden til organisering og planlægning af forløbet tager mødelederen mellem 2 og 3 timer pr. forløb. Dette inkluderer aftale med patient, pårørende, aktører på sygehuset, kommunen og egen læge. Det viste sig at være særligt vanskeligt at få kontakt med kommunale aktører, der også har eget kendskab til patienten. Kontakten til egen læge gik igennem sekretær/konsultationssygeplejerske, og egen læge ringede tilbage for at aftale nærmere.

Selve V4M varer 25 minutter i gennemsnit. Det korteste møde var 16 minutter, og det længste var 33 minutter. Egen læge blev betalt af projektmidler, men der er i den nye overenskomst nu afsat en takst, som gør, at egen læge kan indgå i denne form for koordinering. Det er vores vurdering, at ressourceforløbet ved et V4M kan sammenlignes med samtalen, som hospitalslægen afholder med pårørende på hospitalet, og at det giver færre telefonopkald mellem kommunens hjemmesygeplejerske, visitator og sygeplejersken på sygehuset.

Dokumentation

Det var aftalt, at dokumentation af forløbet skal ske dels i patientjournal – hvilket skete i seks tilfælde og i én epikrise – dels ved at sygeplejersken skulle dokumentere i et kendt korrespondancemodul i Sundhedsplatformen – hvilket skete i to tilfælde – der efterfølgende printes ud og gives til patienten. Det viser, at det tydeligvis var uklart formidlet, hvordan V4M skal dokumenteres, og at der er behov for klare retningslinjer herfor samt en præcisering af, hvem der har ansvaret for hvilken form for dokumentation.

2.5 Analyse 4: Lederrollen i V4M

Boks 2.5 Data og metode

Brugerroller i virtuelle 4-partsmøder

- To kvalitative interviews med to sygeplejersker, som stod for at arrangere og gennemføre videosamtalerne
- Analyse af transskriberet lyd- og billedmateriale for 11 gennemførte V4M med særlig fokus på billed- og lydkvaliteten, brugerinteraktioner, kommunikationsmønstre og mødelederens rolle
- Evaluering af brugeroplevelser i workshop 2 og 5.

Det er velkendt, at nye teknologier ikke implementerer sig selv, men er afhængige af en "teknologibærer", der tager teknologien til sig og "bærer" den ind i organisationen. Der er også velkendt, at dens brug og spredning afhænger af kompetencer og integration med kulturens øvrige redskaber og organiseringer. Teknologiers brug i praksis er forbundet med "roller" for brugernes interaktion og for deres relationer og samarbejde med teknologien (Barley, 2020). De to mødeledere er medforskere i aktionsforskningsgruppen og er i V4M-afprøvningen teknologibæreren. Afprøvning af video på 11 patientforløb

giver indblik i videoteknologiens krav til brugernes kompetencer og de organisatoriske rammer for brugen. De følgende to analyser giver indblik i de organisatoriske og kompetencemæssige forudsætninger for at arrangere videomøder mellem patientens centrale tovholdere og for at gennemføre udvidet koordinering mellem deltagerne med henblik på at skabe et sammenhængende tværsektorielt forløb for patienten. Den første analyse præsenterer mødelederens centrale rolle for at få mødet i stand, afholde det og dokumentere den fælles indgåede plan for patienten. Den efterfølgende analyse har fokus på de fire parter roller i det virtuelle møde, V4M – og i forhold til at udfolde en dialog, ikke kun mellem to parter, men mellem fire.

2.5.1 V4M-lederens kompetenceprofil og opgaver

V4M-mødelederen har en særlig rolle i forhold til gennemførelse af tværsektorielle videomøder. Hun er bindeled til patienten, de pårørende og for aftaler med de hospitalsklinikere, der skal deltage i videomødet. Hun tager endvidere initiativ til at kontakte patientens egen læge samt den kommune, hvor patienten er bosiddende og eventuelt også kendt i hjemmepleje, med henblik på at etablere et både tværsektorielt og tværfagligt team, der repræsenterer patientens igangværende behandlingsbehov og historik. Begge V4M-ledernes kompetencer trækker derfor på en baggrund med et bredt spektrum af erfaringer fra både det kommunale sundhedsvæsen og hospitalsvæsenet med henblik på både at have en helhedsforståelse for ældre borgeres hverdagsliv og det mere specialiserede blik på sygdomsbehandling, sådan som det udfolder sig på effektivitetsdrevne sygehuse.

Som del af projektfasen har V4M-mødelederen endvidere udvalgt patienter til videosamtalerne ud fra de af aktionsforskningsgruppen fastsatte kriterier. Denne rekrutteringsopgave med "håndholdt udvælgelse af patienter" forudsætter også specialerfaring med både hjerte og geriatriske patienter samt god kontakt til de hospitalsafdelinger, som har deltaget i projektet. Et delresultat af projektet er dog at etablere mere generelle visitationskriterier for at tilbyde ældre patienter tværsektorielle videomøder. Bilag 1 er et patientinformationsbrev, som oplyser patient og pårørende om, hvad mødet går ud på, samt hvorledes de kan forberede sig på at deltage og få noget ud af samtalen med mødets øvrige parter.

Det kræver særlige kompetencer at forberede tværsektorielle videomøder. Mødelederens rolle har fire kerneopgaver, som vil blive udfoldet i de efterfølgende afsnit:

1. at udvælge og inkludere patienten og få dennes tilsagn
2. at planlægge videomødet og invitere deltagere fra hospitalsafsnit, kommune, almen praksis og pårørende
3. at gennemføre videosamtalen teknisk og indholdsmæssigt
4. at sikre dokumentation for den fælles, tværsektorielle plan.



Det er vigtigt med mødelederrollen for rækkefølgen i samtalen, tid og struktur.

Plenumdiskussion,
hjemmesygeplejerske

Patientudvælgelse

Patienterne blev udvalgt ud fra de nævnte inklusionskriterier af mødelederen i et samarbejde med sygehuslæge og sygeplejerske. I de efterfølgende interviews har sygeplejersken tilkendegivet deres overvejelser i forbindelse med udvælgelse af patienterne. De lagde vægt på, at det ofte var patienter, der var i et komplekst behandlingsforløb, med behov for fortsat efterbehandling og opfølgning efter udskrivelsen. Der blev også lagt vægt på hjemmesituationen – altså om der var behov for yderligere hjælp efter udskrivelsen, som krævede udvidet koordinering med visitator og kommunen. Endelig havde de også fokus på de pårørendes situation og deres behov for at blive inddraget i processen.

V4M-opgaver forberedelse

At forberede et virtuelt, tværsektorielt møde er forbundet med flere opgaver for V4M-mødelederen:

- Sikre patientperspektivet: *"Hvad er vigtigt for dig – og hvilke bekymringer har du og dine pårørende?"*

Ældre patienter, der opfylder visitationskriteriet, informeres om formålet med det tværsektorielle videomøde, som er at sikre sammenhæng i samarbejdet om patientens forløb under både indlæggelse og udskrivelse samt at tage udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for patienten. Patientinformationsbrevet (bilag 1) kan gives til patient og pårørende. Giver patienten tilsagn, spørger V4M-

lederen patienten, *"Hvad er vigtigt for dig?"*, med henblik på at sikre sig en forståelse af patientens forventninger, bekymringer og håb. Som mødeleder understøtter hun patientens perspektiv, og i de situationer, hvor patientens stemme er svag, repræsenterer mødelederen patientens perspektiv.

- Opsøgende kontakt til de fire parter

V4M-lederen har en koordinerede opgave med henblik på inden for to hverdage at få en aftale på plads med både hospitalsafdeling, egen læge, kommune og pårørende. Det kan ske både ved at møde op på hospitalsafdelingen og spørge til behandlingsansvarlig læge og øvrige faggrupper med relevans for patientens fremadrettede behandling samt gennem telefonisk kontakt til almen praksis, kommune og pårørende. Ved forhåndstilsagn sendes en fælles mail og kalenderindkaldelse ud til deltagerne med dato, klokkeslæt og video-link.

- Fælles mail med video-link til V4M-deltagerne

Bilag 2 viser en skabelon, der er udformet til deltagerne i afprøvning af V4M-drejebogen. Mailen er bygget op, så det klart fremgår, hvem hovedpersonen er, nemlig patienten, og dernæst gives navnene på de sundhedsprofessionelle som henholdsvis hospital, kommune og egen læge er repræsenteret ved, samt navne og relationer for eventuelle pårørende, fx søn, datter, barnebarn. Skabelonen sikrer herigennem, at alle får et overblik over, hvem der deltager, og hvad deres funktion/relation er i forhold til patienten. Mailen ridser også kort op, hvor lang tid V4M-samtalen varer, og opfordrer til en respektfuld tone. Endelig så indeholder mailen et datasikkert link til det virtuelle rum, hvori video-samtalen kan finde sted. Den tekniske løsning, VDX, leveres af MedCom til alle regioner, og alle brugere med en mobil, pc eller tablet kan via deres browser aktivere linket og indgå i samtalen.

- Forberedelse af det videotekniske set-up på hospitalsstuen

Forud for det aftalte mødetidspunkt gøres teknikken og stuen klar til videomødet. Netværksforbindelsen afprøves, ligeså lyd og lys. Det sikres, at deltagerne er placeret, så alle kan se hinanden.

Opgaver under gennemførelse af V4M-samtalen

Selve gennemførelsen af den tværsektorielle samtale kræver også færdigheder i at moderere samtalen, så alle bliver præsenteret og kommer til orde. En god samtale er ikke nødvendigvis konfliktfri, men kræver interesse for hinandens perspektiv og et konstruktivt sindelag for at skabe løsninger. Følgende anvisninger eller opmærksomhedspunkter kan bidrage til at få de relevante perspektiver frem og samle dem i en fælles plan.

- Teknik og præsentation: 3-5 minutter:

- Start med at tjekke, om alle kan høre og se hinanden. I tilfælde af lydforstyrrelser kan man bede deltagerne om at mute deres mikrofon, når de ikke taler.
- Byd velkommen, og præsenter dig og eventuelt patienten. En saglig og imødekommende tone kan bidrage til at rammesætte samtalen på en respektfuld måde. En påmindelse (fra mailen) om tidsrammen på en halv time kan også bruges til at lade pårørende vide, at de er velkommen til en

Link til videomøde via mail

Tekstuddrag fra mail med brugeroplysninger

'Du har et videomøde med NN, dato, klokkeslæt (møderummet åbner 15 minutter før)

Bruger du en PC, skal din browser være Chrome eller Edge, og bruger du Mac, skal din browser være Safari (og tilsvarende på mobil/tablet). På en computer er det en god idé at kopiere linket i stedet for blot at klikke på det, da din standard browser måske ikke er Chrome/Edge/Safari. På mobil/tablet skal du blot klikke på nedenstående link.

Computer: Kopier nedenstående link, og sæt det ind i din browser for at starte mødet.

Mobil/tablet: Klik på nedenstående link for at starte mødet:

<https://portal.vconf.dk/XXXX>

Hvis du bruger en klient til afholdelse af videomøder som fx Polycom, Jabber, Skype for Business eller andre, skal du kopiere møderummets adresse og indsætte ind i den aktuelle klient.

Møderummets adresse: XXXX@video.regsj.dk

Indtast efterfølgende gæstekoden: **XXXXX'**

Anm.: Uddrag fra mailskabelon til indkaldelse af deltagere til V4M.

Videolink er baseret på MedCom VDX-løsning i Region Sjælland

Kilde: Aktionsforskningsprojekt, Region Sjælland & VIVE til tværsektorielle forløb.

opfølgende telefonsamtale i tilfælde af forhold, der kræver yderligere udbygning.

- Bed alle deltagere på skærmen og patientens stue om at præsentere sig, således at alle ved, hvem der er hvem. Man kan fx ikke se på et skærmbillede, hvem der er egen læge eller hjemmesygeplejerske, datter og lignende, så det kan skabe forvirring, hvis ikke folk får nævnt, i hvilken rolle de deltager.
- Moderation af samtalens indhold med afsæt i patientens perspektiv, derefter hospital og deltagerne rundt, til alle har fået præsenteret deres domæneviden/vidensperspektiver og spørgsmål til hinanden, 15-20 minutter:
 - Inddrag patienten, opsummer evt., hvad patienten har fortalt dig, er det vigtigste for ham eller hende
 - Hospitalslægen får herefter ordet for at forklare, hvorfor patienten er indlagt
 - Hvis ikke patientens egen læge, kommune eller pårørende selv kommenterer på lægens præsentation, opfordrer mødelederen dem til at give deres bekymringer og perspektiv til kende.
- Afslutning og dokumentation, 5 minutter:
 - Sørg rettidigt for at lave en kort opsamling på samtalen, hvad der er besluttet, og hvilke opgaver og fælles plan der skal dokumenteres i patientens journal og i sygeplejerskens dokumentationsredskab. Der printes et udskrift til patienten.
 - Mødet kan afsluttes. Videolink afbrydes, og udstyr fjernes fra patientens stue igen.
 - Mødelederen har en afsluttende samtale med patient om uklarheder.

2.6 Analyse 5: De fire parter roller i V4M

Boks 2.6 Data og metode

Brugerroller i virtuelle 4-partsmøder

- Analyse af lyd- og billedmateriale for 11 gennemførte V4M med særlig fokus på billed- og lyd kvaliteten, brugerinteraktioner og kommunikationsmønstre.

Partsroller: hospital, kommune, almen praksis og 'hjem' ved patient og pårørende

De fire parter hospital, kommune, almen praksis og patientens pårørende har alle en vigtig funktion i det virtuelle møde med den hospitalsindlagte ældre. De skal bidrage til samtalen på baggrund af deres specifikke kontekst og relation til patienten. De fire parter respektive, men ofte "fragmenterede" perspektiver på patientens forløb får gennem dialogen på det virtuelle møde mulighed for at supplere hinanden og give en mere helhedsorienteret forståelse af patientens situation, behov og muligheder. De pårørende repræsenterer patientens hjemme og hverdagssituation, da de ofte har indgående kendskab til patientens hverdag og bolig. Kommunens sundhedsprofessionelle bidrager også med et indgående kendskab til patientens rammer for hverdagen. Egen læge har sædvanligvis indgående kendskab til patientens sygehistorie og familieforhold. Hospitalet har de specialfaglige forhold til at undersøge patienten og igangsætte behandlinger. Tilsammen udgør de fire således et "virtuelt sundhedsteam" med udvidede, komplementære kompetencer til at koordinere og lave en fælles tværsektoriel plan for komplekse patienter.

V4M-mødeindkaldelse via mail

Uddrag fra mail-skabelon til alle fire parter med link og instrukser til video-etik

Kære deltager

Du inviteres til et videomøde med sygeplejerske NN og Speciallæge NN. Dato, klokkeslæt

Link til videokontakten findes nederst i mailen.

Mødet omhandler forventninger til indlæggelsen, udskrivelse og aftale om en fælles plan for patientens forløb. Til mødet er inviteret:

Pårørende: NN
Hospital: NN, sygeplejerske og mødeleder, NN, patient og geriatrisk speciallæge NN
Kommune: NN, hjemmesygeplejerske, afd. For Ældre og omsorg, NN fra plejecenter
Almen praksis: NN, egen læge, by/kommune

Dagsorden og formål:
På mødet bedes alle fire parter præsentere deres forventninger til patientens indlæggelse. Mødet skal sikre sammenhæng og samarbejde om patientens behandling og pleje, som en fælles opgave mellem nævnte fire parter. Den aftalte plan eftersendes af hospitalet til alle parter, som et fælles notat.
Der er vedhæftet en kort informationspjece.

Din partsrolle:
Du bedes præsentere dine forventninger og spørgsmål til patientens indlæggelse inden for 2-4 minutter. Meget gerne bidrage med informationer om patienten som du synes den anden part vil have behov for. Den vedhæftede spørgeguide er inspiration til de spørgsmål der kan være relevante. Mødet varer max. 30 min.

Video-etik:
Møde afholdes i god tone og med gensidig respekt. Øvrige behov for at tale om patientens forløb kan ske ved telefonisk henvendelse til mødeleder, som er afsender af denne mail. Vær opmærksom på at videomødet skal foregå i et rum, hvor uvedkommende ikke kan overhøre videomødet

Anm.: Den fulde ordlyd på mailskabelon kan ses i bilag 2, der kan kopieres og bruges sammen med V4M-drejebog.

Skabelonen udfyldes og sendes af hospitalets V4M-leder, som også booker virtuelt møderum til deltagerne.

Kilde: Udviklet og afprøvet med aktionsforskningsgruppe på 11 V4M-indkaldelser, i alt ca. 80 mailadresser og personer.

På linje med V4M-lederen stiller det også krav til de fire parter at forberede, gennemføre og dokumentere mødet. Følgende fire underafsnit uddyber de forventninger og krav, der indgår i at deltage i V4M som henholdsvis sundhedsprofessionel på hospitalet, i kommunen, i almen praksis og som pårørende. De fire afsnit uddyber med samme tidsstruktur af 'før', 'under' og 'efter' V4M-samtalen, hvilke overvejelser hver part skal gøre sig for at forberede sig til mødet, deltage i samtalen og dokumentere den fælles plan efterfølgende.

2.6.1 Hospital: Forventninger til læge, sygeplejerske og terapeutisk deltagelse i V4M

Hos patienten på hospitalet deltager flere sundhedspersonaler i videomødet på sygestuen. Det kan den være behandlende læge, der deltager som del af sin stuegang med patienten eller i tilknytning til sin samtale med pårørende. En sygeplejerske eller andet sundhedspersonale, der kender patientens situation, taler med patienten om, hvad der er vigtigt for den pågældende patients samtale, og evt. hvilke sundhedsproblemer der skal tages op.

■ Forud for mødet

Deltagerne modtager en mailindkaldelse i deres indbakke med oplysninger om patienten, tidspunkt og navn og funktion på de øvrige parter. Mailteksten oplyser formål og rammerne for deres møde, herunder deres partsrolle i samtalen. Forud for mødet er de forpligtet til at forberede patienten på samtalen og blive bekendt med patientens ønsker og bekymringer.

Hospitalspersonalet forbereder sig endvidere til det virtuelle møde og deres egen rolle i at bidrage til samtalen ved at overveje følgende spørgsmål:

- Hvilke spørgsmål har du til pårørende, kommune og egen læge?
- Hvilke problemer har der været under indlæggelsen?
- Hvad er særlig vigtigt at være opmærksom på ved udskrivelsen?
- Hvad skal egen læge og kommune være særligt opmærksomme på efter udskrivelsen?



Hvad er vigtigst for dig? Hvad bekymrer dig og dine pårørende?

Patientperspektivet
Forberedelse af V4M-samtalen

■ På mødet

- Præsenter resumé, status og særlige problemstillinger. Bidrag med din viden og vurdering.
- Videoetik: Mødet skal afholdes med respekt for hinandens fagligheder. Patienten sikres tavshedspligten, ved at deltagerne på skærmen opholder sig i rum, hvor de sundhedsprofessionelle kan tale frit. Øvrige behov for samtale for pårørende kan ske via opkald til V4M-lederes telefon efterfølgende eller via de sædvanlige kliniske korrespondancer.

■ Efter mødet

- Dokumentér plan og aftaler i korrespondance SP, journalnotat, der overføres til epikrisen til egen læge. Der udskrives et notat om mødet til patient og pårørende.

De ovennævnte spørgsmål til forberedelse og gennemførelse af videomødet giver anledning til refleksion hos hospitalsklinikkerne og til at inddrage de andre tre parter i den hospitalsfunderede kontekst. Det skaber en udvidelse af hospitalets forståelseshorisont ud mod kommunen, patientens hjem og almen praksis.

2.6.2 Kommune: Forventninger til sundhedsprofessionelles deltagelse i V4M

■ Forud for mødet

De sundhedsprofessionelle deltagere i patientens hjemkommune kan med fordel gøre sig følgende overvejelser forud for deltagelsen i V4M:

- Hvilken information fra borgerens hverdag er det vigtigt at dele med de pårørende, egen læge og sygehus?
- Hvad er du bekymret for i forhold til borgerens/familiens situation?
- Hvad vil du gerne vide om indlæggelsesforløbet?
- Hvad mangler du af viden i forhold til udskrivesituationen?
- Hvad vurderer du er væsentligt for at undgå en efterfølgende hurtig genindlæggelse?
- Hvad er vigtigt for en god fælles plan?

■ På selve mødet

På selve mødet får kommunen anledning til at bidrage med sin viden og vurdering for at sikre en plan for fx udskrivelse, som også er hensigtsmæssig og praktisk i forhold til kommunens organisering og samarbejde med både egen læge og pårørende.

- **Efter mødet**

Efter mødet skal der følges op på aftaler og dokumentation.

2.6.3 Almen praksis: Forventninger til egen læges deltagelse i V4M

Forud for deltagelse i V4M forventes det, at egen læge har forberedt status for patientens forløb i almen praksis. Egen læge kan med fordel overveje:

- Hvad er særligt vigtigt for sygehuset at være opmærksom på ved patientens og familiens situation?
- Hvad er du bekymret for ved patientens/familiens situation?
- Hvilken viden har du brug for i forbindelse med patientens udskrivelse?
- Hvad er vigtigt for sygehuset og de øvrige parter at vide for opfølgning og videre behandlingsmuligheder i praksis?
- Behov og aftale for opfølgende hjemmebesøg.

På selve mødet forventes egen læge at bidrage med sin viden og vurdering af patientens forløb. Efter mødet, at der bliver fulgt op på aftaler, herunder i de tilfælde, hvor der er aftalt opfølgende hjemmebesøg, at planlægge dette med patienten og kommunen.

2.6.4 Hjem: Forberedelser for patients og pårørendes deltagelse i V4M

- **Forud for mødet**

Patient og pårørende kan med fordel overveje følgende spørgsmål forud for mødet:

- Hvad har haft betydning for din sundhed og sygdom i hverdagen op til indlæggelsen?
- Hvad er vigtigst for dig under indlæggelsen og ved udskrivelsen?
- Hvad er du og dine pårørende utrygge og bekymrede for?
- Hvad vil være en god plan for dig?
- Hvad bekymrer dig i forhold til udskrivelsen og dine forventninger til hverdagen, du skal tilbage til?

- Hvordan kan en indlæggelse forebygges?
- Hvordan kan du få hjælp af dine pårørende?
- Hvordan bruger du frivillige og kommunens tilbud?

■ **Under mødet**

Under mødet vil patient og pårørende få anledning til at udtrykke deres bekymringer samt stille spørgsmål inden for den afsatte tidsramme.

■ **Efter mødet**

Efter mødet vil patient og pårørende kunne se og læse aftalen om plan i den tilgængelige elektroniske journal på sundhed.dk, og aftalen printes ud og gives til patienten.

3 Konklusion

Multisyge og skrøbelige patienter med mange indlæggelser og udskrivelser på tværs af sektorgrænser har brug for en form for udvidet koordinering, som rækker ud over den skriftlige dokumentation og standardiserede koordinering. Eksperimentet med videomøder mellem patienten på hospitalet, kommunen, egen læge og pårørende, V4M, viser, at det er muligt for de fire parter at skabe en fælles, tværsektoriel plan for den "ustabile patient".

Patientkarakteristika for V4M-tilbud

Den ustabile patientgruppe af hospitalsindlagte ældre, der har behov for udvidet koordinering i V4M, er kendetegnet ved, at de har:

- Komplex behandlings- og plejebehov
- Behov for mere hjælp efter udskrivelse
- Frustrerede pårørende
- Gentagne indlæggelser
- Ny genoptræningssituation
- Væsentligt nedsat funktionsevne
- Forsat behov for behandling efter udskrivelse
- Ønske om opfølgning efter udskrivelse
- Bor alene og har et svagt netværk.

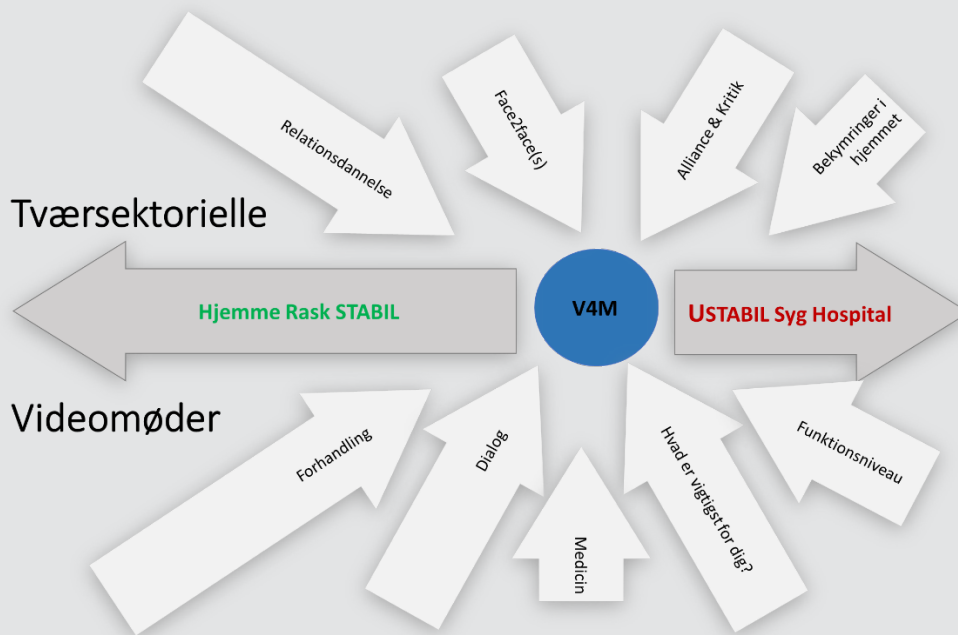
Den ustabile patient er således en mindre patientgruppe af indlagte ældre, som er i tværsektorielle forløb, hvis cirkularitet, herunder stabilitet i sundhedstilstand, kan bedres via tilbud om V4M.

Tværsektoriel forhandling og koordinering i V4M

I den udvidede, koordinerede plan for patienten indgår justeringer af væsentlige (gen-)indlæggelsesparametre, såsom udskrivelsestidspunkt, kommunal modtagelse, opfølgende hjemmebesøg ved egen læge, patientens behandlingsplan, medicin, genoptræningsplan, hjælpemidler og hjemmepleje. Planen

bliver til via de fire parter forhandling af patientens stabilitet/ustabilitet med 10 tematikker, der indgår i vurderingen heraf.

Kommunikationsmodel for V4M: Udvidet koordinering af patienters forløb i sektorovergang



Anm.: Tematikker og meningsforhandling i tværsektorielle videomøder om patientens grad af stabilitet.

Matrice for forhandling af ældre patienters stabilitet/ustabilitet inden for yderpunkterne 'Rask i hjemmet' og 'Syg på hospitalet'.

Kilde: Indholdsanalyse af 11 tværsektorielle, 4-parts-videomøder mellem patient, hospital, egen læge, kommune og pårørende.

Modellen viser, hvorledes V4M-samtalen muliggør udvidet koordinering som samtale mellem fire parter, der samlet skaber en *plan*, der tager højde for mange forhold omkring multisyge ældres forløb og hverdag i hjemmet. I samtalerne sker der en form for vidensforhandling, hvor patientens grad af stabilitet diskuteres. Altså, hvor stabil skal patienten være for at kunne være hjemme, og hvilke opgaver skal så løses af hvem. Video-setuppet skaber et virtuelt, 'tværsektorielt rum' mellem de fire mødeparter, der ellers sidder geografisk og organisatorisk adskilt og med hver deres forståelse af patientens

forløb. At de kan se og genkende hinandens ansigter, har en sammenhængs-
skabende og dialogudløsende effekt. Det gør en afgørende forskel for patient
og dennes inddragelse, at pårørende deltager, samt at mødelederen under-
støtter patientens perspektiv. Egen læges kendskab til patientens sygehistorie
og person er endvidere vigtig for den faglige dialog med hospitalet og ligele-
des kommunens kendskab til de mulige rammer for hjemkomst og hverdag.

3.1 Resultater

Rapporten indeholder en detaljeret beskrivelse af, hvordan V4M kan gennem-
føres med patient, pårørende og sundhedsprofessionelle fra de forskellige
sektorer. De fem analyser er:

1. Det producerede indhold af 11 videosamtaler mellem fire parter
2. Parternes respektive oplevelse af betydningen af samtalerne for pati-
entens videre forløb
3. Patientkarakteristikaene for at deltage i det tværsektorielle video-
møde
4. Mødelederens opgaver med at planlægge og gennemføre videomø-
der
5. Forventninger til de fire parters rolle i videosamtalen.

Analyserne illustrerer og svarer på forskningsspørgsmålet til forbedring af
tværsektorielt samarbejde, nemlig: *Hvordan kan videomøder bidrage til en cir-
kulær forståelse af borgernes forløb på tværs af sektorer?*

Analyseresultaterne peger på, at videomøder bidrager til patientsikkerhed, ud-
videt koordinering og til en cirkulær forståelse ved at:

1. skabe et virtuelt rum for tværsektoriel samtale, hvor man kan se hin-
anden og bringe hinandens partikulære viden i spil til en fælles plan
2. arbejde med en fælles plan, der får betydning for patientens forløb
ved at skabe tryghed om udskrivelsen og samarbejdet i primærseкто-
ren, fx ved justeringer af behandling, medicin, genoptræningsplan,
hjælpe midler, hjemmehjælp og aftale om opfølgende hjemmebesøg
med egen læge
3. inkludere såvel patient som pårørende aktivt i prioritering og plan.

Resultaterne peger således på, at videomøder kan bidrage til at skabe mere sammenhængende, tværsektorielle forløb, men også, at de forudsætter resourcer, kompetencer og information til at virkeliggøre i praksis.

Kommunikationsprodukter til V4M

Rapporten er vedhæftet tre kommunikationsprodukter (bilag 1-3) til understøttelse af tværsektorielle videomøder:

- Informationsbrev til patienten om at deltage i et tværsektorielt videomøde med afsæt i egne behov og bekymringer
- Mailskabelon til virtuel møde mellem hospital, kommune, egen læge og patient og pårørende, V4M
- Drejebog/manual til gennemførelse af V4M med informationer til mødelederens rolle og de fire parterers rolle i samtalen.

Disse tre produkter kan downloades på VIVE.dk, printes og vedhæftes mødelederens mail til de fire partnere med henblik på fremadrettet at understøtte ustabile ældres tværsektorielle forløb. Drejebogen har et format, hvor den kan foldes til A5-størrelse, således at den praktisk i lommeformat kan støtte mødelederen og de fire brugergrupper i at forberede og gennemføre tværsektorielle videomøder med hinanden.

3.2 Perspektiveringer

Analysens resultater er begrænset til 11 afprøvninger, således at endelige vurderinger af V4M's effekt på ældres forløb – fx på antallet af opfølgende hjemmebesøg, forebyggelse af forebyggelige genindlæggelser og sundhedsøkonomiske effekter af at skabe mere stabile forløb for multisyge ældre – vil afhænge af et større antal afprøvninger. En sådan opskalering af antallet af V4M vil kræve et andet case-design med patienter fra flere deltagende hospitaler og kommuner og naturligt nok også et øget antal praktiserende læger og pårørende. Dette vil give et andet datagrundlag for følgeforskning med henblik på at få yderligere viden om:

- Betydning af tværfaglige videosamtaler mellem parterne for kvalitet, videndeling og nedbrydning af siloer
- Et effektivt, interorganisatorisk samspil mellem booking af V4M og de respektive partners praksisser og organisatoriske arbejdsgange

- Effekten af tværfaglige sundhedsindsatser på komplekse forløb.

Opmærksomhedspunkter og anbefaling

Der er også en række opmærksomhedspunkter, som en opskalering og udbredelse af V4M som en del af den udvidede koordinering om ustabile patienter vil afhænge af.

- Øvrige patientkarakteristika

Alle patienter, der deltog i eksperimentet, havde pårørende og talte dansk. Det anbefales, at V4M også afprøves på patienter uden pårørende og patienter med anden etnisk baggrund, herunder ikke-dansktalende. Patienter uden pårørende har ikke de samme sociale og kommunikative ressourcer til rådighed for at italesætte, hvad der er vigtigt for deres hverdag og bekymringer (Martin, 2018; Wentzer, 2020b). Ligeså udgør andelen af ældre med anden etnisk baggrund en voksende del af den ældre befolkning. Begge patientkarakteristika er ligeledes væsentlige for at forebygge social ulighed i tilbuddet.

- Mødelederens kompetencer

Det anbefales, at udvalgte sundhedspersonaler kompetenceudvikles til at gennemføre V4M-samtaler. I denne kompetenceudvikling indgår kendskab til at udvælge ældre med den beskrevne patientprofil, opsætning og brug af videoudstyr samt moderation af 4-partsmøder. De vedhæftede bilag kan indgå som grundlag for et e-læringskursus til opkvalificering.

- Teknikkens kvalitet

Det anbefales, at videoudstyret på hospitalets sengestue udvikles til brugere med aldersrelateret nedsættelse af syn og hørelse og tager højde for værne-midler/hospitalsudstyr såsom mundbind.

- Effektiv booking

Det anbefales, at patienten efter tilsagn hertil modtager et V4M inden for 2 dage. Forhåndsftaler med hospitalets aftagerkommuner og evt. almen praksis vedrørende procedurer herfor kan understøtte effektiv organisering af aftaler for alle parter. Intraorganisatorisk anbefales det også, at hospitalet indgår aftaler om arbejdsgange i relation til de særskilte sengeafsnits personalers deltagelse.

- Dokumentation af fælles plan

Følgeforskningsgruppen anbefaler på baggrund af evalueringsworkshop af de 11 afprøvninger at udvikle dokumentationsværktøj og -praksis for de fire parter, inklusive patient og pårørendes adgang til aftale.

Litteratur

- Barley, S.R. (2020). *Work and Technological Change*. Oxford University Press, Oxford.
- Blaakilde, A.L., Hansen, B.H., Olesen, L.S., & Wingstrand, A. (2018). *Sundhedsprofil 2017*.
- Bjørnholt, P., Gjørup, J.P. (2016). *Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat*. Defactum, Region Midtjylland.
- Braun, V.C. (2015). Using Thematic analysis in psychology in Qualitative research. *Psychology, 3*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Caspersen, J. & Kristensen, I. (2020). Videokonsultationer hitter under corona – men pas på patientsikkerheden. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 3. april 2020: <https://patientsikkerhed.dk/blogs/videokonsultationer-hitter-corona-pas-paa-patientsikkerheden/>.
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2014). *Doing Action Research in Your Own Organisation*. SAGE Publications Ltd.
- Coto Chotto, M., Wentzer, H. & Dirckinck-Holmfeld, L. (2009). *Evaluation Strategy: Reflecting Practice through Design of Blended Learning Environments*, EU Education and Culture, Leonardo da Vinci Research Program, Poznan.
- Coulter, A. (2012). Patient engagement – what works? *The Journal of Ambulatory Care Management, 35*(2), 80-89.
- Danske Patienter & Lunding, K. (2020). *Patienter: Digital kontakt bør erstatte fysiske møder i sundhedsvæsenet*. Retrieved from <https://www.altin-get.dk/sundhed/artikel/patientforening-e-konsultationer-boer-erstatte-flere-fysiske-moeder>
- Danske Regioner (2019). *Faglig vejledning vedr. styrket opfølgingsindsats i almen praksis*. 30-04-2019. EMN-2017-04129

- Davidson, L., Scott, J. & Forster, N. (2021). Patient experiences of integrated care within the United Kingdom: A systematic review, *International Journal of Care Coordination*. doi.org/10.1177/20534345211004503
- Frölich, A., Olesen, F., Kristensen, I. (2017). Hvidbog om Multisygdom – Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotækning til sammenhæng. TrykFonden, http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf (tilgået 06-07-2022)
- Gittell, J.H. (2014). *Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet* (1st ed.). København: Munksgaard.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368: m998.
- Hendriksen, C., & Vass, M. (2015) Usikker effekt af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter efter hospitalsindlæggelse. Statusartikel. *Ugeskrift for Læger*, 177(4), 342-345.
- Hjelmar, U., Hendriksen, C., & Hansen, K. (2011). Motivation to take part in integrated care - an assessment of follow-up home visits to elderly persons. *International Journal of Integrated Care*. 11, July-September, 1-9. <http://doi.org/10.5334/ijic.649>
- Hughes, G., Shaw, S.E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446-492.
- Høgsgaard, D. (2017a). Spændingsfyldt top-down og bottom-up orienteret styring af tværsektorielle samarbejdsprocesser i det danske sundhedsvæsen, *Nordiske Udkast*, 45(1), 3-19.
- Høgsgaard, D. (2017b). *Tværasektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives. Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres*. Roskilde Universitet, ph.d.-afhandling.
- Høgsgaard, D. (2018). Det muliges kunst. Om betingelser for det tværasektorielle samarbejde i et New Public Management orienteret sundhedsvæsen. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18(3), 64-68.
- Jinks, A.M., & Chalder, G. (2007). Consensus and diversity: An action research study designed to analyse the roles of a group of mental health consultant nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1323-1332.

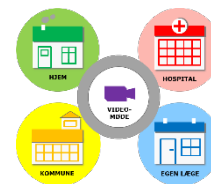
- Kommunernes Landsforening, KL (2020). *De ældre er indlagt markant kortere tid*. 29. sept. 2020: <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/2020-16/de-aeldste-patienter-er-indlagt-i-markant-kortere-tid/>.
- Kvæl, L.A.H., Hellesø, R., Bergland, A., & Debesay, J. (2022). Balancing standardisation and individualisation in transitional care pathways: a meta-ethnography of the perspectives of older patients, informal caregivers and healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-17.
- Leask, C.F., Sandlund, M., Skelton, D.A., Altenburg, T.M., Cardon, G., Chinapaw, M.J.M., de Bourdeaudhuij, I., Verloigne, M., & Chastin, S.F.M. (2019). Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*, 5(1). doi.org/10.1186/s40900-018-0136-9
- Lévinas, E. (2016). Mening og etik. I: *Den andens humanisme – en post-moderne etik*. Translated by L. Ebbesen. Forlaget Reflect. Brabrand (L'humanisme de l'autre homme, 1972).
- Liljas, A.E.M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., & Agerholm, J. (2019). Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes among Older People – A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 19(3). doi.org/10.5334/ijic.4632
- 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.
- Meier, N., & Dopson, S. (2021). What Is Context? Methodological Reflections on the Relationship between Context, Actors, and Change. In: Kislov, R., Burns, D., Mørk, B.E., Montgomery, K. (eds.) *Managing Healthcare Organizations in Challenging Policy Contexts. Organizational Behaviour in Healthcare*. Palgrave Macmillan, Cham.
- MacDonald, C. (2012). Understanding Participatory Action Research: A Qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34-50.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mol, A.M. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press, Durham & London.

- Morkisch, N., Upegui-Arango, L.D., Cardona, M.I., van den Heuvel, D., Rimmele, M., Sieber, C.C., & Freiberger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *20*(1). doi: 10.1186/s12877-020-01747-w.
- Møller, N., Kollerup, M.G., Lerbæk, B., & Berthelsen, C. (2022). Transitional Care Nurses' Self-Reported Characteristics of Work Areas, Job Satisfaction, Competencies and Need for Further Training: A Cross-Sectional Study. *Integrative Journal of Medical Sciences*, *9*, 1-7.
- Møller, S.P., Laursen, B., Klint, C., & Schramm, J.S. (2019). *Multisygdom i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M., & Hirschman, K.B. (2011). The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform. *Health affairs*, *30*(4), 746-754.
- Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *13*(1), 76-87.
- Nielsen, J., Dirckinck-Holmfeld, L., & Danielsen, O. (2004). Dialogue design: With mutual learning as guiding principle. *International Journal of Human-Computer Interaction*, *15*(1), 21-40.
- Nielsen, B.S., & Nielsen, K.A. (2010). Aktionsforskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder. En grundbog* (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, K.A., & Nielsen, B.S. (2005). Kritisk-utopisk aktionsforskning. Demokratisk naturforvaltning som kollektiv dannelsesproces. In T. B. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder*. Roskilde Universitetsforlag.
- Oxholm, A.S. & Kjellberg, J. (2012). *Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Baseret på fem omkostningsanalyser med særlig fokus på de kommunale økonomiske konsekvenser*. Dansk Sundhedsinstitut, DSI.
- Phillips, L. (2011). *The promise of Dialogue* (1st ed.). John Benjamins Publishing Company.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE handbook of action research*. SAGE.

- Reerink, A.T., Bussemaker, J., Leerink, C.B., & Kremer, J.A. (2021). Decision-making in complex health care situations: Shared understanding, experimenting, reflecting and learning. *International Journal of Care Coordination*, 24(2), 82-86.
- Region Sjælland (2018). *§ 2-aftale om opfølgende hjemmebesøg*. https://www.sundhed.dk/content/cms/31/79431_regional-aftale-om-honoring-af-laeger-der-deltager-i-opfoelgende-hjemmebesoeg.pdf.
- Ricoeur, P. (1981). The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: *Hermeneutics and the Human Sciences*. New York, Cambridge University Press.
- Rosen, R., Wieringa, S., Greenhalgh, T., Leone, C., Rybczynska-Bunt, S., Hughes, G., & Byng, R. (2022). Clinical risk in remote consultations in general practice: Findings from in-covid-19 pandemic qualitative research. *BJGP Open*, 2021.0204
- Rothmann, M.J., Mouritsen, J.D., Ladefoged, N.S., Jeppesen, M.N., Lillevang, A.S., & Laustrop, H., & Ellingsen, T. (2022). The use of telehealth for psychological counselling of vulnerable patients with rheumatic diseases or diabetes: Explorative study inspired by participatory design. *JMIR Human Factors*, 9(1), e30829.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.
- Siren, A., Casier, F., & Amilon, A. (2018). *Barnløshed og familieform i det sene voksenliv. Sammenligning af ældre barnløse og forældre i forhold til socio-økonomiske karakteristika, hverdagsliv og velbefindende*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Spinuzzi, C. (2005). The Methodology of Participatory Design. *Technical Communication*, 52(2), 163-174.
- Styrelsen for Patientsikkerhed (2019). *Patientsikre epikriser – hvad betyder den nye epikrise-vejledning for dig, der er sygehuslæge*. Styrelsen for Patientsikkerhed, København.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehuset – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.

- Svensson, L., & Nielsen, K.A. (2006). *Action Research and Interactive Research. Beyond Theory and Practice*. Shaker publishing.
- Tsoukas, H. (2009). A Dialogical Approach to the Creation of New Knowledge in Organizations. *Organization Science*, 20(6), 941-957.
- Voss, H. (2009). *Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer. Sammenfatning af publikation fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI)*. København: DSI.
- Wentzer, H.S. (2006). [Review af] The body multiple: ontology in medical practice/ Annemarie Mol. Den mangfoldige krop: værensformer i medicinsk praksis. *Medicinsk Teknologi og Informatik*, (3).
- 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 Frimann, S., Sørensen, M. & Wentzer, H.S. (Eds.), *Sammenhænge i sundhedskommunikation*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Wentzer, H.S.; & Bygholm, A. (2018). Turning Points in Intermediate Patient Care Paths of Elderly: Constructive Reflections on Video Experiments with GPs and Municipalities. A. Bygholm, L. Pape-Haugaard, K. Niss, O. Hejlesen, C. Zhou (Eds.). *Proceedings from The 16th Scandinavian Conference on Health Informatics 2018 Aalborg, Denmark*, pp. 38-44.
- Wentzer, H.S. (2019). Technology in context – exploring vulnerability in surgery. In Meier, N. & Dobson, S. (Eds.), *Context in action and how to study it: Illustrations from health care*. Oxford: Oxford University Press, pp. 138-154.
- Wentzer, H.S. (2020a). *Fra hospital til hjem. Skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Wentzer, H.S. (2020b). *Videokonsultationer: Genistreg eller åbning af Pando- ras æske?* Debatartikel. *Dagens Medicin*, 2. april 2020.
- Wherton, J., Greenhalgh, T., & Shaw, S.E. (2021). Expanding Video Consultation Services at Pace and Scale in Scotland during the COVID-19 Pandemic: National Mixed Methods Case Study. *Journal of Medical Internet Research* 23(10):e31374.
- WMA (2014). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American College of Dentists*, 81. 1-4.

Bilag 1 Patient informationsbrev V4M



Patient information

Du inviteres hermed til et **videomøde** om din sygdomssituation, hvor vi taler om, hvad der lige nu er vigtigst for dig. På mødet laves der fælles aftaler og plan for dit forløb og udskrivelse.

Mødet foregår på din sygestue på hospitalet. Ud over dig inviteres din familie eller andre pårørende til at deltage. Afsnittets læge deltager sammen med den sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, du kender, og andre sundheds-personer, som vil være relevante. På en videoskærm deltager personer fra kommunen, fx din hjemmesygeplejerske, terapeut eller visitator.

Der er tilknyttet en mødeleder, som vil tale med dig inden videomødet. Hun vil også sikre, at der bliver talt om det, der er vigtigt for dig, og om de emner, som de sundhedsprofessionelle gerne vil drøfte med dig og hinanden.

Mødet varer maks. 30 minutter, og dine **pårørende** har også mulighed for at deltage via video, hvis de ønsker det.

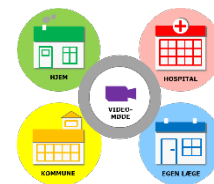
Du og dine pårørende kan forberede jer ved **at overveje**:

- Hvad har haft betydning for din sundhed og sygdom i hverdagen op til indlæggelsen?
- Hvad er vigtigst for dig under indlæggelsen og ved udskrivelsen?
- Hvad er du og dine pårørende utrygge over og bekymrede for?
- Hvad vil være en god plan for dig?
- Hvad bekymrer dig i forhold til udskrivelsen og dine forventninger til hverdagen, du skal tilbage til?
- Hvordan kan en indlæggelse forebygges?
- Hvordan kan du få hjælp af dine pårørende?
- Hvordan bruger du frivillige og kommunens tilbud?

Efter mødet skriver lægen et notat i journalen, som sendes til din praktiserende læge ved udskrivelsen. Sygeplejersken på afdelingen skriver et notat om aftaler og fælles plan til kommunen. Dette notat printes ud, og du får et eksemplar.

Har du spørgsmål, er du meget velkommen til at kontakte _____

Bilag 2 Brevskabelon til mødeindkaldelse



Kære deltager

Du inviteres til et videomøde med sygeplejerske NN og speciallæge NN.

Dato, klokkeslæt:

Link til videokontakten findes nederst i mailen.

Mødet omhandler forventninger til indlæggelsen, udskrivelse og aftale om en fælles plan for patientens forløb. Til mødet er inviteret:

Pårørende: NN

Hospital: NN, sygeplejerske og mødeleder, NN, patient og geriatrisk speciallæge NN

Kommune: NN, hjemmesygeplejerske, afd. For Ældre og omsorg, NN fra plejecenter

Almen praksis: NN, egen læge, by/kommune

Dagsorden og formål:

På mødet bedes alle fire parter præsentere deres forventninger til patientens indlæggelse. Mødet skal sikre sammenhæng i og samarbejde om patientens behandling og pleje som en fælles opgave mellem nævnte fire parter. Den aftalte plan eftersendes af hospitalet til alle parter som et fælles notat.

Der er vedhæftet en kort informationspjece, V4M-drejbog for videomødet.

Din partsrolle:

Du bedes præsentere dine forventninger og spørgsmål til patientens indlæggelse inden for 2-4 minutter. Meget gerne bidrage med informationer om patienten, som du synes, den anden part vil have behov for. Den vedhæftede spørgeguide er inspiration til de spørgsmål, der kan være relevante. Mødet varer maks. 30 minutter.

Videoetik:

Møde afholdes i en god tone og med gensidig respekt. Øvrige behov for at tale om patientens forløb kan imødekommes ved telefonisk henvendelse til mødeleder, som er afsender af denne mail. Vær opmærksom på, at videomødet skal foregå i et rum, hvor uvedkommende ikke kan overheøre videomødet.

Link til virtuelt møderum indgår i samme brev, fx med ordlyden:

Du har et videomøde med mødeleder NN, dato og klokkeslæt (møderummet åbner 15 minutter før mødet).

Bruger du en pc, skal din browser være Chrome eller Edge, og bruger du Mac, skal din browser være Safari (og tilsvarende på mobil/tablet). På en computer er det en god idé at kopiere linket i stedet for blot at klikke på det, da din standardbrowser måske ikke er Chrome/Edge/Safari. På mobil/tablet skal du blot klikke på nedenstående link.

Computer: Kopier nedenstående link, og sæt det ind i din browser for at starte mødet.

Mobil/tablet: Klik på nedenstående link for at starte mødet:

https://portal.vconf.dk/?url=70799@video.regsj.dk&pin=93019&start_dato=2021-11-19T12:15:00

Hvis du bruger en klient til afholdelse af videomøder som fx Polycom, Jabber, Skype for Business eller andre, skal du kopiere møderummets adresse og indsætte i den aktuelle klient.

Møderummets adresse: XX@video.regsj.dk

Indtast efterfølgende gæstekoden: XXXXX

Bilag 3 Drejebog til V4M

V4M Virtuelle-4-parts Møder

Øger patientsikkerheden, **FORDI** behandling, medicinering og opfølgning aftales imellem alle parter

Skaber tryghed for patient og pårørende ved sektorovergange, **FORDI** alle har hørt det samme

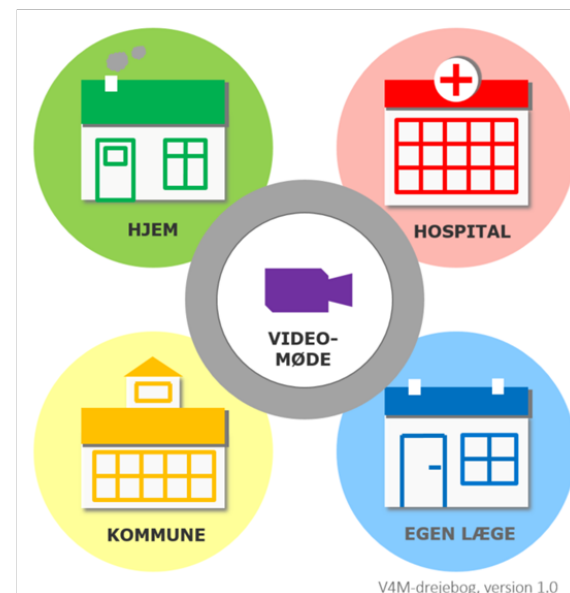
Muliggør koordinering og samarbejde om fælles sammenhængende løsninger, **FORDI** alle parter byder ind med forslag

Skaber viden- og datadeling, **FORDI** der opstår en cirkulær forståelse af borgerens forløb

Bidraget til kvalitet i det efterfølgende forløb, **FORDI** der aftales opfølgende hjemmebesøg af egen læge

Forebygger misforståelser, **FORDI** aktørernes manglende viden om *den anden* bliver tydelig.

Drejebog til Tværsektorielle videomøder (V4M)



Parter i tværsektorielle videomøder



Mødeleder, patientens sengestue på hospital



Speciallæge, sygeplejerske, terapeut på hospital



Patient og pårørende, hjemmet



Hjemmesygeplejerske, assistent, terapeut, planlægger eller visitator i kommune



Alment praktiserende læge

HVOR: På patientens sengestue på hospitalet. Enestue tilstræbes.

HVEM: Skrøbelige og sårbare multisyge patienter, der har behov for, at deres pleje og behandling koordineres på tværs af sektorerne. Pårørende kan deltage på stuen eller virtuelt. På stuen deltager afsnitslæge, sygeplejerske, terapeut, som har kendskab til patientens situation og forløb. Patientens egen læge, sundhedspersoner fra kommunen deltager virtuelt. I alt ca. 6-8 personer.

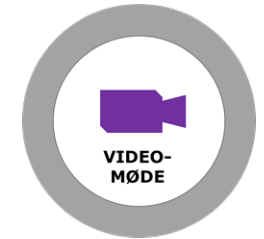


HVORDAN: Videomødet aftales mellem patient, pårørende og sygehusets personale. Mødeleder planlægger, koordinerer og styrer mødet. Mødet varer ca. 30 minutter. Deltagerne inviteres via mail med et link til det regionale mødested VDX. Deltagerne kan tilgå mødet via mobil, tablet og computer.

HVAD: Samtalen har fokus på patientens og de pårørendes bekymringer – og hvad der er vigtigt for patienten at tale om. Sundhedsprofessionelle bidrager med deres bekymring og vurdering af situationen. Det er en samtale, hvor alle bidrager med deres viden og aftaler fælles mål og plan for det videre forløb.

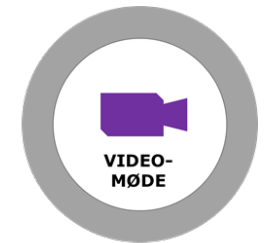
DOKUMENTATION: Samtalen dokumenteres i korrespondance af sygeplejersken, fx via SP, MedCom og Sundhed.dk. Læge dokumenterer i patientjournalen, som formidles til egen læge gennem epikrisen.

Mødeleders opgaver, før mødet



- Afklarer, hvilke patienter der har behov for udvidet koordinering af deres forløb, fx:
 - Kompleks pleje og behandling
 - Bekymringer for fremtiden
 - Frustrerede pårørende.
- Indgår aftaler med patient/pårørende om videomødet. Udleverer patientinformation.
- Kontakter egen læge for aftale om videomøde. Sender mail med link og information om mødet til egen læge.
- Kontakter kommunens planlægger for kontaktoplysninger til hjemmesygeplejerske/terapeut (evt. visitator), der kender borgerens aktuelle situation. Sender mail med link og information om mødet.
- Sender mail med videolink og information til pårørende, der ønsker at deltage virtuelt.

Mødelederen styrer mødet ved at



- opsætte IT-udstyr og gøre klar til samtalen
- introducere, præsentere og rammesætte mødet
- sikre, at alle inddrages i samtalen
- understøtte en dialogisk proces
- sikre opsamling om fælles mål og plan
- sikre skriftlig dokumentation af aftaler og plan i SP korrespondance, journalnotat og anden aftalt opfølgning.

Forberedelse, klinikere på hospitalet



Før mødet:

Tal med patienten om: *Hvad er vigtigst for dig? Hvad bekymrer dig?*

Overvej:

- Hvilke spørgsmål har du til pårørende, kommune og egen læge?
- Hvilke problemer har der været under indlæggelsen?
- Hvad er særlig vigtigt at være opmærksom på ved udskrivelsen?
- Hvad skal egen læge og kommune være særligt opmærksomme på efter udskrivelsen?
- Hvordan vurderer du, at en genindlæggelse kan undgås/forebygges?
- Hvad er en god fælles plan?

På mødet:

- Præsenter resumé, status og særlige problemstillinger. Bidrag med din viden og vurdering

Efter mødet:

- Dokumenter plan og aftaler i korrespondance via MEDCOM – eller lignende til kommune
- Journalnotat, der videregives i epikrisen til egen læge..

Forventninger til kommune



Før mødet, overvej:

- Hvilken information fra borgerens hverdag er det vigtigt at dele med de pårørende, egen læge og sygehus?
- Hvad er du bekymret for i forhold til borgerens/familiens situation?
- Hvad vil du gerne vide om indlæggelsesforløbet?
- Hvad mangler du af viden i forhold til udskrivelsessituationen?
- Hvad vurderer du er væsentligt for at undgå en efterfølgende hurtig genindlæggelse?
- Hvad er vigtigt for en god fælles plan?

På mødet:

- Bidrag med din viden og vurdering

Efter mødet:

- Følg op på aftaler og dokumentation

Forventninger til egen læges deltagelse



Før mødet: Forbered status for patientens forløb i almen praksis

Overvej:

- Hvad er særligt vigtigt for sygehuset at være opmærksom på ved patientens og familiens situation?
- Hvad er du bekymret for ved patientens/familiens situation?
- Hvilken viden har du brug for i forbindelse med patientens udskrivelse?
- Hvad er vigtigt for sygehuset og de øvrige parter at vide for opfølgning og videre behandlingsmuligheder i praksis?
- Hvordan vurderer du, at en genindlæggelse kan undgås/forebygges?
- Hvad er en god fælles plan?
- Behov og aftale for opfølgende hjemmebesøg.

På mødet:

- Bidrag med din viden og vurdering af patientens forløb

Efter mødet:

- Følg op på aftaler, herunder evt. planlægning af opfølgende hjemmebesøg

VIVÉ