



VelfærdsInnovation
Sjælland



Evalueringsrapport

Apovideo

REGION SJÆLLAND
HOLBÆK SYGEHUS



-vi er til for dig



REGION SJÆLLAND
NÆSTVED SYGEHUS



-vi er til for dig



Kontaktpersoner:

Inger Helt Poulsen

mail: ihp@regionsjaelland.dk

telefon: 24 34 97 40

Trine Jensen

mail: trij@holb.dk

telefon: 72 36 74 66

Evalueringsrapporten er udarbejdet i samarbejde mellem Region Sjælland KU Sund, VelfærdsInnovation Sjælland, de 7 deltagende kommuner og de 3 deltagende sygehuse.

Version 1, d. 10. december 2015

Indholdsfortegnelse

1.	Resume	4
2.	Indledning	6
3.	Udgangspunkt for projektet	7
3.1	Projekt mål	7
3.2	Succeskriterier	7
3.3	Målgrupper i projektet	9
3.4	Intervention	9
4.	Metode til effektmåling	10
4.1	Metoder til effektmåling	10
4.2	Model til beskrivelse af resultater af effektmåling	11
5.	Resultater	13
5.1	Helbredsproblem og teknologi	13
5.2	Sikkerhed	15
5.3	Klinisk effekt (effekt på patientens/borgerens helbred)	16
5.4	Patientens/Borgerens perspektiver	16
5.5	Økonomiske aspekter	20
5.6	Organisatoriske aspekter	21
5.7	Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter	26
6.	Konklusion	28
7.	Perspektivering	30
8.	Anbefalinger	31
	Bilag 1: Skabelon til afholdelse af videokonferencer med terapeutfagligt indhold	34

1. RESUME

Apovideo er et telemedicinsk pilotprojekt, som har afprøvet videokonferencer mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter med inddragelse af patient/borger samt eventuelt pårørende. Målgruppen var patienter/borgere med apopleksi i fase 2, der var klar til udskrivelse fra sygehus. Projektets overordnede formål var at optimere koordination og kommunikation mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter ved sektorovergang for patienter/borgere med apopleksi i fase 2 via anvendelse af virtuel kommunikation.

Projektet forløb i perioden maj 2014 til december 2015. Syv kommuner samt tre ud af de fire sygehuse i Region Sjælland, som behandler patienter/borgere med apopleksi i fase 2, deltog i projektet. Evalueringen bygger på både kvantitativt og kvalitativt materiale. Evalueringen omfatter:

- besvarelse af skemaer efter hver afholdt videokonference
- spørgeskema ved projektets start og slutning
- fokusgruppeinterviews på de tre sygehuse med de tilknyttede kommuner
- evalueringsmøder med projektledere og borgerinterviews
- statistisk materiale fra eSundhed og Landspatientregisteret

I alt 31 videokonferencer blev afholdt i projektets forløbsstudie. I alle videokonferencer på nær tre deltog patienten/borgeren samt eventuelle pårørende. Den personalemæssige sammensætning på videokonferencerne var forskellig på de deltagende sygehuse. På to sygehuse blev konferencerne gennemført som terapeut-til-terapeut konference, mens et tredje sygehus gennemførte videokonferencen i forbindelse med tværfaglige planmøder med deltagelse af repræsentanter for sygeplejen, læge, visitator foruden ergo- og fysioterapeuter. I afprøvningsperioden stødte projektet ind i en hel del vanskeligheder, som resulterede i et lavere antal gennemførte videokonferencer end oprindelig planlagt. Dette indebar organisatoriske såvel som tekniske vanskeligheder. Som led i projektet er ny teknologi til virtuel kommunikation blevet installeret, afprøvet og testet på tværs af sygehuse og kommuner, og problemer blev løbende løst.

Sygehusterapeuterne udvalgte patienter/borgere inden for målgruppen og vurderede, om det ud fra patientens/borgerens kognitive tilstand var etisk i orden at lade vedkommende deltage. Videokonferencerne har muliggjort patientens/borgerens aktive medvirken i ligeværdig dialog i de tilfælde, hvor vedkommendes tilstand gjorde det muligt (eller hvor pårørende kunne deltage). Den øgede information om den fremtidige genoptræning, som patienten/borgeren erhvervede på videokonferencen, har bidraget til større tryghed omkring det videre forløb hos patienten/borgeren og hos de pårørende som medvirkede.

Som resultat af projektet vurderer sygehusterapeuter og kommuneterapeuter, at videokonferencer kan bidrage positivt til det samlede forløb for patienter/borgere med apopleksi i fase 2. Videokonference har

vist sig at have en særlig værdi for patienter/borgere med apopleksi i fase 2 som har et komplekst behov for genoptræning eller, hvor de eller deres pårørende er nervøse for det videre genoptræningsforløb.

På baggrund af erfaringer i dette projekt anbefaler projektdeltagerne fra sygehuse og kommuner at videreføre praksis med afholdelse af videokonferencer mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter. Udover anvendelse af videokonferencer til projektets målgruppe, kan det anbefales at anvende videokonference som metode til kommunikation i forhold til andre patientgrupper såvel som i forhold til andre faggrupper. Projektet kan sammen med andre telemedicinske projekter ses som en slags isbryder for indførelse af systematisk brug af videokonferencer på tværs af sektorer i Region Sjælland, hvor det giver mening.

2. INDLEDNING

Dette er en evalueringsrapport for det tværsektorielle samarbejdsprojekt Apovideo mellem 3 sygehuse i Region Sjælland (Holbæk Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus og Center for Neurorehabilitering Næstved) samt 7 kommuner (Holbæk, Kalundborg, Lolland, Næstved, Roskilde, Solrød og Vordingborg). Projektet omhandler optimering af koordination og kommunikation mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter ved sektorovergang for patienter/borgere med apopleksi i fase 2 via anvendelse af virtuel kommunikation. Projektperioden forløb i perioden fra maj 2014 til december 2015.

I 2012 blev der udskrevet i alt 7997 patienter/borgere med apopleksi fra sygehusene i Region Sjælland¹. For 1626 af disse blev der udarbejdet en genoptræningsplan som blev sendt fra sygehusene til kommunerne med henblik på genoptræning i kommunalt regi efter udskrivelse. En del af disse patienter/borgere udskrives med et relativt komplekst genoptræningsbehov. I nogle af disse tilfælde kan det være vanskeligt at videreformidle de nødvendige oplysninger via en genoptræningsplan. På denne baggrund blev der igangsat en dialog mellem Nykøbing Sygehus og Lolland Kommune med henblik på at finde en måde at håndtere denne udfordring på. Efterfølgende blev det besluttet at afprøve virtuel kommunikation som metode til at optimere koordination og kommunikation i sektorovergangen.

Da flere relevante oplysninger omkring projektet fremgår af Projektbeskrivelsen, er det vigtigt at læse denne Evalueringsrapport i sammenhæng med Projektbeskrivelsen.

¹ Kilde: eSundhed d. 4. november 2013, Landspatientregisteret d. 10. oktober 2013

3. UDGANGSPUNKT FOR PROJEKTET

I dette afsnit beskrives projektmål, succeskriterier, målgrupper og intervention for anvendelse af videokonference til dialog mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter.

3.1 Projektmål

Overordnet formål

Optimere koordination og kommunikation mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter ved sektorovergang for patienter/borgere med apopleksi i fase 2 via anvendelse af virtuel kommunikation.

Delmål

- 1) Opnå bedre koordineret og målrettet indsats samt planlægning vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi
- 2) Sikre øget medinddragelse i overgangen mellem sygehuse og kommuner for patienter/borgere med apopleksi samt pårørende
- 3) Foretage supplerende dialog og vidensdeling mellem kommuneterapeuter og sygehusterapeuter med henblik på at opkvalificere § 140 genoptræning af patienter/borgere med apopleksi
- 4) Give kommuneterapeuter bedre mulighed for at opkvalificere sin beslutningstagning omkring prioritering af indsats til patienter/borgere med apopleksi
- 5) Øge anvendelighed af resultaterne af sygehusterapeuters tests af patienter/borgere med apopleksi hos kommuneterapeuter

For yderligere oplysninger omkring projektets indhold og fremgangsmåde henvises til Projektbeskrivelsen.

3.2 Succeskriterier

Projektets Succeskriterier fremgår af Figur 1 nedenfor:

1**Opnå bedre koordineret og målrettet indsats samt planlægning vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi:**

- 1.1: 75 % af patienter/borgere og pårørende skal have oplyst kontaktoplysninger på kommuneterapeut ved hjemkomsttidspunktet og dato for første kontakt
- 1.2: 75 % af patienter/borgere oplever tryghed ved det videre genoptræningsforløb efter at have deltaget i videokonference
- 1.3: 75 % af sygehusterapeuterne og kommuneterapeuterne oplever, at de har opnået en bedre koordineret og målrettet indsats vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi ved brug af virtuel kommunikation
- 1.4: 50 % af kommuneterapeuterne oplever, at de har opnået en bedre koordineret og målrettet indsats vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi gennem øget anvendelighed af resultater fra funktionsevnevurderinger, som er udført på sygehuse

2**Sikre øget medinddragelse i overgangen mellem sygehuse og kommuner for patienter/borgere med apopleksi samt pårørende:**

- 2.1: Patienten/borgeren deltager i 100 % af de afholdte videokonferencer, evt. også med deltagelse af pårørende

3**Foretage supplerende dialog og vidensdeling mellem kommuneterapeuter og sygehusterapeuter med henblik på at opkvalificere § 140 genoptræning af patienter/borgere med apopleksi:**

- 3.1: 75 % af sygehusterapeuter og kommuneterapeuter oplever, at der sker en overlevering af flere relevante oplysninger igennem en virtuel dialog sammenlignet med informationsgrundlaget i genoptræningsplanen

4**Give kommuneterapeuter bedre mulighed for at opkvalificere sin beslutningstagning omkring prioritering af indsats til borgere med apopleksi:**

- 4.1: 75 % af kommuneterapeuter oplever, at beslutningstagning omkring prioritering af indsats til borgere sker hurtigere

5**Øge anvendelighed af resultaterne af sygehusterapeuters tests af patienter med apopleksi hos kommuneterapeuter:**

- 5.1: 20 % af kommuneterapeuterne anvender i højere grad resultater af sygehusterapeuters funktionsevnevurderinger og tests af patienter/borgere med apopleksi

6**Antal afholdte videokonferencer**

- 6.1: For patienter/borgere med apopleksi i fase 2, der udskrives fra Center for Neurorehabilitering Næstved, afholdes der videokonference i 25 % af tilfældene
- 6.2: For patienter/borgere med apopleksi i fase 2, der udskrives fra Holbæk Sygehus, afholdes der videokonference i 20 % af tilfældene
- 6.3: For patienter/borgere med apopleksi i fase 2, der udskrives fra Nykøbing Falster Sygehus, afholdes der videokonference i 18 % af tilfældene

Figur 1: Succeskriterier for Apovideo

3.3 Målgrupper i projektet

1. Inklusionskriterier for medarbejdere:

- Fysio- og ergoterapeuter på sygehuse der behandler patienter/borgere med apopleksi
- Fysio- og ergoterapeuter i kommunerne der udfører § 140 genoptræning efter Sundhedsloven af patienter/borgere med apopleksi

2. Inklusionskriterier for patienter/borgere:

- Patienter/borgere med apopleksi i fase 2 med behov for kompleks genoptræning²

3.4 Intervention

Projektets Intervention inkluderer anvendelse af videokonference (før udskrivelse af patienter/borgere med apopleksi i fase 2) til dialog mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter. Videokonferencen skal muliggøre patientinddragelse.

Samarbejdet med sygehuse og tilhørende kommuner er forløbet på denne måde:

- Nykøbing Sygehus med Lolland og Vordingborg kommuner – terapeut til terapeut
- Center for Neurorehabilitering Næstved med Holbæk, Kalundborg, Lolland, Næstved, Roskilde, Solrød og Vordingborg kommuner – terapeut til terapeut
- Holbæk Sygehus med Holbæk, Kalundborg, Solrød og Roskilde kommuner – tværfagligt planmøde/udskrivningskonference med deltagelse af terapeuter.

² Se evt. Afsnit 5.6.1 for yderligere information omkring målgruppen

4. METODE TIL EFFEKTMÅLING

I dette afsnit redegøres kort for de metoder, der er anvendt til effektmåling i henhold til projektets succeskriterier, samt evaluering af øvrige aspekter i projektet.

4.1 Metoder til effektmåling

Evalueringen bygger på både kvantitativt og kvalitativt materiale. Evalueringsmateriale er indhentet via besvarelse af skema efter afholdt videokonference (afkrydsningsskemaer), spørgeskema ved projektets start og slutning, fokusgruppeinterviews på de tre sygehuse med de tilknyttede kommuner, projektledersamtaler og interviews med patienter/borgere. Desuden er anvendt statistisk materiale fra databasen eSundhed og Landspatientregisteret (LPR). De anvendte metoder uddybes nedenfor.

4.1.1 Afkrydsningsskemaer

Efter hver afholdt videokonference har de terapeuter der deltog i konferencen udfyldt et kort skema, hvori de bl.a. besvarer spørgsmål om årsagen til at konferencen er blevet afholdt. Derudover angiver de information omkring deltagelse af patient/borger og pårørende, samt hvorvidt der er oplyst kontaktdetaljer på kommuneterapeuter og dato for opstart. Endelig angiver terapeuterne eventuelle udsagn fra patienter/borgere og pårørende omkring deltagelse, herunder deres oplevelse af om patienten/borgeren føler sig tryk ved det videre forløb.

Der er udfyldt skemaer for 31 afholdte konferencer. Beregninger i denne evaluering baserer sig på data fra disse skemaer.

4.1.2 Spørgeskemaundersøgelse

Der er gennemført spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejderne før- og efter projektets forløbsstudie. Spørgeskemaundersøgelsen er besvaret af sygehus- og kommuneterapeuter som potentielt i forløbsstudiet har arbejdet med genoptræning af patienter/borgere med apopleksi. I spørgeskemaundersøgelsen bliver medarbejderne bl.a. bedt om at forholde sig til forhold som koordinering og kommunikation på tværs af sektorer, muligheden for at prioritere indsats osv. Derudover bliver kommuneterapeuterne bedt om at besvare spørgsmål omkring genanvendelse af test osv. I slut-målingen bliver alle medarbejdere desuden bedt om at vurdere aspekter omkring den tekniske løsning, planlægning af konferencer osv.

I alt 82 medarbejdere fra sygehuse og kommuner besvarede spørgeskemaundersøgelsen i før-målingen. 55 besvarede slut-målingen. Fordelingen af ergo- og fysioterapeuter er relativt lige.

Det skal nævnes, at der er en række forhold omkring spørgeskemaundersøgelsen som bevirker, at resultatet af undersøgelsen må anskues med en vis usikkerhed. Spørgeskemaet præciserer eksempelvis ikke, at respondenterne i deres besvarelser udelukkende skal forholde sig til de kommuner/sygehuse, der

er omfattet af projektet. Der er derfor en risiko for, at besvarelser omfatter terapeuternes holdning til eksempelvis koordination og kommunikation med *alle* samarbejdspartnere og ikke kun de samarbejdspartnere, der er en del af projektet. Derudover er der i alle deltagende organisationer sket en udskiftning i medarbejderstaben i løbet af projektets løbetid. Det er derfor ikke nødvendigvis de samme terapeuter, der har besvaret skemaet i før- og slut-måling. Endelig er antal besvarelser i slut-målingen væsentlig mindre end i før-målingen.

4.1.3 Fokusgruppeinterviews med medarbejdere

I alt er der gennemført tre fokusgruppeinterviews med medarbejdere fra de deltagende organisationer. Der er afholdt et fokusgruppeinterview for hvert af de tre sygehuse, med deltagelse af medarbejderrepræsentanter fra sygehuset, samt de kommuner der har afholdt videokonference med det pågældende sygehus. Disse fokusgruppeinterview havde til formål at kvalificere besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen, samt indhente yderligere informationer som ikke er behandlet i undersøgelsen.

4.1.4 Interviews med patient/borger og pårørende

Der er afholdt to interviews med patienter/borgere og pårørende som har deltaget i videokonference i forbindelse med udskrivelse fra henholdsvis Nykøbing Sygehus og Center for Neurorehabilitering Næstved. På et interview deltog patienten/borgeren selv samt dennes hustru, som svarede på vegne af dem begge, da patienten/borgeren var ramt af afasi. På et andet interview deltog patienten/borgeren alene.

4.1.5 Evalueringsmøder med lokale projektledere

Der er afholdt individuelle samtaler med projektledere fra alle deltagende organisationer. På disse møder er bl.a. resultater af ovennævnte evalueringsaktiviteter diskuteret, og projektlederne har haft mulighed for at perspektivere resultaterne i forhold til f.eks. organisatoriske forhold.

4.1.6 Datagrundlag

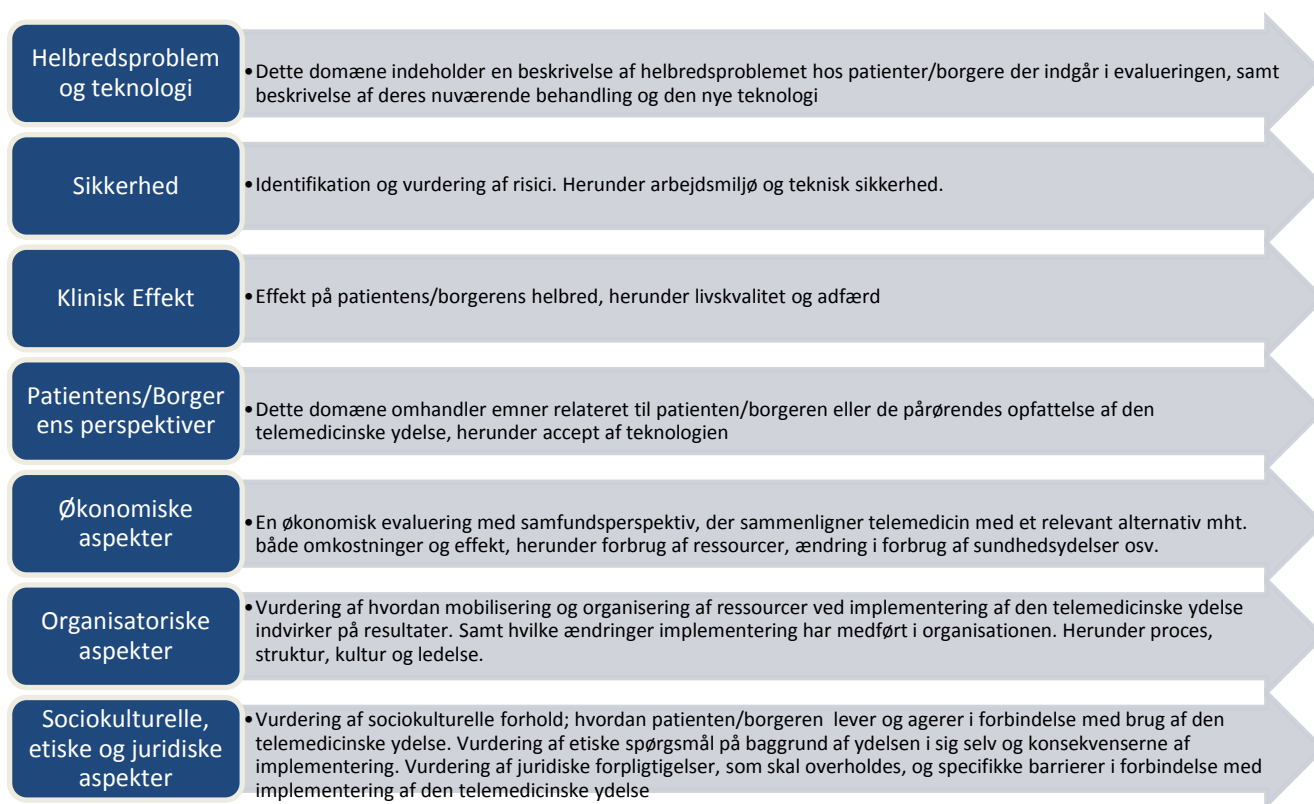
Datagrundlaget for estimat af antal mulige videokonferencer samt vurdering af målopfyldelse af succeskriterierne 6.1, 6.2 og 6.3, tager udgangspunkt i data fra eSundhed på antallet af patienter/borgere med apopleksi i fase 2 udskrevet med genoptræningsplan fra de tre sygehuse i hele 2014 samt 2015 indtil udgangen af oktober.

4.2 Model til beskrivelse af resultater af effektmåling

Resultaterne af effektmålingen beskrives i henhold til strukturen i MAST evalueringsmodellen (Model for ASsessment of Telemedicine)³. MAST er en standardiseret metode til en multidisciplinær evaluering af effekter og konsekvenser af telemedicinske og velfærdsteknologiske projekter. MAST modellen anvendes i dette projekt til at sikre en tværgående og dækkende beskrivelse af resultaterne fra anvendelse af

³ Se mere om MAST modellen på: <http://www.ouh.dk/wm330310>

projektets løsningsrum og de deraf ændrede arbejdsgange. Således beskrives resultater og erfaringer i henhold til de 7 domæner i MAST modellen (se Figur 2 nedenfor).



Figur 2: MAST modellens 7 domæner

5. RESULTATER

Dette kapitel omhandler de sammenfattede resultater ved afholdelse af videokonferencer med deltagelse af terapeuter fra henholdsvis sygehus og kommuner, samt patient/borger og evt. pårørende.

5.1 Helbredsproblem og teknologi

Patienter/borgere har været inkluderet i dette projekt, hvis de i projektperioden har været indlagt med diagnosen apopleksi på et af de tre deltagende sygehuse. Kriteriet for et tilbud om deltagelse i en videokonference har været, at patienten/borgeren er diagnosticeret med apopleksi i fase 2. Denne diagnose medfører ofte en indlæggelse af en vis varighed, samt et komplekst genoptræningsbehov med hjælp fra fysio- eller ergoterapeut (eller i nogle tilfælde begge).

Kompleksiteten i disse sager kan være svær at beskrive tilstrækkeligt grundigt i patientens/borgerens genoptræningsplan. Det samme gør sig gældende for patientens/borgerens tilstand ved udskrivelse, da der på kort tid kan ske en udvikling i den ene eller anden retning. Dette medfører i nogle tilfælde tab af viden i forbindelse med patientens/borgerens overgang fra sygehus til kommune. Da genoptræningsplanen først overføres til kommunens terapeuter i forbindelse med udskrivelse, har de ikke mulighed for på forhånd at vurdere omfanget og karakteren af den genoptræning der vil være nødvendig for den pågældende patient/borger. Derved går værdifuld tid tabt i patientens/borgerens genoptræningsforløb, hvilket kan have betydning for patientens/borgerens evne til hurtigt at genvinde funktionsniveau, og dermed for længden af det samlede genoptræningsforløb. Samtidig befinder patienten/borgeren og dennes pårørende sig i en meget sårbar og usikker situation, som følge af den pludselige livsændring en apopleksi forårsager. De vil derfor ofte have mange spørgsmål og behov for svar på, hvordan det videre forløb vil forme sig.

For at imødekomme ovennævnte udfordringer tilbydes videokonference som ydelse. Videokonference med deltagelse af terapeuter fra begge sektorer, samt patient/borger og evt. pårørende giver mulighed for at optimere kommunikation og koordination mellem terapeuter på henholdsvis sygehus og i kommune. Samtidig præsenterer videokonferencen en mulighed for patient/borger og pårørende til at få svar på nogle af de spørgsmål og usikkerheder, der er opstået i den nye situation.

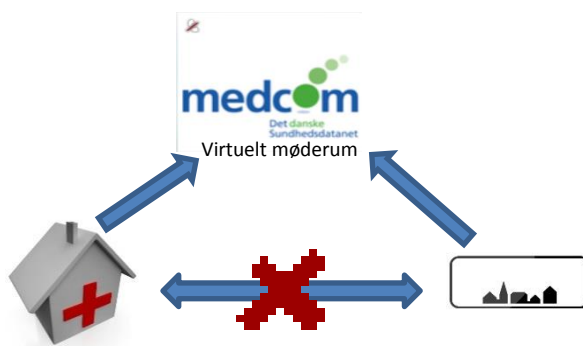
5.1.1 Teknisk Løsning

Det blev i projektet besluttet at anvende virtuelle møderum stillet til rådighed via MedCom. Ved at anvende denne løsning har sygehuse og kommuner mulighed for at koble sig op på det virtuelle møderum, uanset hvilket system der anvendes til at opnå forbindelse (så længe disse anvender gængse videostandarder). Sygehuse kobler sig på møderummet via Polycom, som i forvejen er installeret for anvendelse til andre formål på regionens sygehuse. På samme vis kobler kommunerne sig på via Skype for Business, Cisco eller andre systemer der i forvejen anvendes til videokommunikation i den enkelte kommune. Hvert af de tre sygehuse der deltog i projektet blev tildelt et virtuelt møderum (med unikt

opkalds-ID), som blev anvendt uanset hvilken kommune det pågældende sygehus etablerede videokonference med.

Denne løsning gjorde det muligt at holde omkostninger til indkøb af systemer og videoklienter på et minimum, da både sygehuse og kommuner havde mulighed for at anvende det system og de videoklienter som i forvejen var taget i brug de respektive steder. Ved at anvende de løsninger som organisationerne i forvejen havde taget i brug, var der samtidig øget mulighed for at få support til opsætning og fejlfinding fra lokale IT-afdelinger eller superbrugere.

Afholdelse af videokonferencer ved hjælp af denne løsning sker ved at begge parter kobler sig op på det udpegede møderum. Derved mødes de i et – for begge parter – eksternt virtuelt møderum. Se illustration nedenfor.



Figur 3: Illustration af teknisk løsning til virtuel kommunikation

Den anvendte løsning viste sig at præsentere enkelte udfordringer. Se evt. Afsnit 5.2 for yderligere beskrivelse af disse. Ikke desto mindre, vurderes det, at netop denne type af løsning vil være den mest optimale løsning til fremtidig virtuel kommunikation på tværs af sektorer. Et sådant set up vil medvirke til at forenkle system-landskabet, samt gøre det muligt for både sygehuse og kommuner at anvende de løsninger til videokonferencer, som allerede er taget i brug til intern videokommunikation.

Alternativet til den valgte løsning ville have været en af to løsninger:

- 1) Kommunerne indkøber og installerer Polycom løsning, og videokonferencer afholdes ved direkte kontakt mellem to Polycom ID'er
- 2) Sygehuse indkøber og installerer Skype for Business (som er den hyppigst anvendte løsning til videokommunikation i kommunerne), og videokonferencer afholdes ved direkte kontakt mellem to Skype for Business ID'er

Begge løsninger ville have medført højere omkostninger til indkøb og installation af teknisk løsning hos flere af de deltagende organisationer. Derudover ville anvendelse af en af de to skitserede løsninger potentielt have gjort den samlede pulje af løsninger til videokommunikation mere kompleks i de deltagende organisationer.

5.2 Sikkerhed

Der er ikke i projektet observeret effekter på patienters/borgeres eller medarbejdernes sikkerhed ved anvendelse af virtuel kommunikation til optimering af koordinering og kommunikation på tværs af sektorer.

Medarbejderne har i evalueringen beskrevet diverse udfordringer i relation til teknisk driftssikkerhed af den valgte løsning.

Løsningen med at anvende uafhængige virtuelle møderum viste sig at præsentere en udfordring i forhold til "booking" af og adgang til det virtuelle møderum. Som nævnt i Afsnit 5.1.1, blev hvert sygehus tildelt et virtuelt møderum. Dvs. det tildelte møderum blev udelukkende anvendt af det pågældende sygehus og de kommuner som modtog patienter/borgere fra dette sygehus. Da det virtuelle møderum ikke blokeres eller "melder optaget" når det er i brug, blev det pålagt sygehusene at sikre, at der ikke blev planlagt overlappende videokonferencer. På trods af disse forholdsregler blev der i nogle få tilfælde oplevet overlap i anvendelse af et møderum. Af hensyn til sikkerhed omkring fortrolighed i samtalerne var det i disse tilfælde nødvendigt at afbryde planlagte videokonferencer. Ved nærmere undersøgelse viste det sig, at årsagen til disse overlap bestod i, at en terapeut ikke havde fået logget korrekt af møderummet efter en tidligere konference og derfor stadig var koblet på møderummet uden reelt at være til stede. Ved en mere udbredt anvendelse af denne løsning med systemuafhængige virtuelle møderum, vil der derfor være behov for at imødekomme den ovennævnte udfordring med overlap.

Endvidere oplevede medarbejderne diverse andre udfordringer med anvendelse af teknikken. Her nævnes bl.a.:

- 1) Der kunne ikke skabes forbindelse. Typisk har udfordringen været, at en af de to deltagende parter ikke har kunnet opnå forbindelse til det virtuelle møderum. Nærmere undersøgelser viste, at det i de fleste tilfælde skyldtes enten anvendelse af forkert opkalds-ID eller udfordringer med Internetforbindelsen
- 2) Der er skabt forbindelse, men uden enten lyd eller billede hos den ene part. Årsagerne til denne udfordring har været mangeartede; eksempelvis firewall-settings, generelle lyd og/eller billede indstillinger, aktivering af lydløs funktion på PC osv.

Når ovennævnte er indtruffet har terapeuterne typisk forsøgt at finde en alternativ løsning for at gennemføre videokonferencen. F.eks. via telefonisk opkobling hvis lyden svigtede. I nogle tilfælde var det dog ikke muligt at gennemføre konferencen og kontakten måtte afbrydes.

Det vurderes, at sidstnævnte udfordringer ved anvendelse af teknikken ville forekomme, uanset hvilken teknisk løsning der vælges, når der indføres nye former for virtuel kommunikation.

På trods af startvanskeligheder og tekniske problemer lykkedes det at få den valgte tekniske løsning til at kunne fungere i alle deltagende organisationer, og deltagere har gennem projektet lært at håndtere

videokonferencer. Projektet kan, sammen med andre telemedicinske projekter, eksempelvis telesår⁴ og virtuelle udskrivningskonferencer⁵, være med til at bryde isen i forhold til systematisk anvendelse af videokonferencer som metode til kommunikation på tværs af sektorer i Region Sjælland.

5.3 Klinisk effekt (effekt på patientens/borgerens helbred)

Der er ikke i projektet observeret effekter på patienters/borgeres helbred og sygdomsforløb. Ikke desto mindre er der fremkommet indikationer på aspekter med potentiel positiv indvirkning på længere sigt, som dog ikke har kunnet påvises med sikkerhed i projektets evaluering.

Kvalitativt input fra medarbejderinterviews peger på, at kommuneterapeuterne efter at have deltaget i videokonference, i mange tilfælde har mulighed for at være mere målrettede i opstart af træning i kommunalt regi. Kommuneterapeuterne får desuden et større informationsgrundlag omkring patienten/borgeren tidligere i forløbet, eftersom oplysninger videregives allerede ved videokonferencen og ikke først med genoptræningsplanen i forbindelse med udskrivelse. Endelig vil det som oftest være muligt at igangsætte genoptræning lidt tidligere end ellers, da der allerede på videokonferencen kan sættes en dato for opstart af genoptræning i kommunalt regi. Se i øvrigt Afsnit 5.6.3 for yderligere information omkring disse aspekter.

Ovennævnte aspekter kan tilsammen være medvirkende til, at genoptræning i mange tilfælde nemmere (og i enkelte tilfælde også hurtigere) kan igangsættes. Kommunerne får tidligere prioriteret og vurderet patientens/borgerens behov og kan være bedre forberedt til opstart af genoptræningsforløbet, samt afsætte de rette ressourcer. Patienten/borgeren oplever dermed ikke et "slip" i forløbet, som potentielt kan være forsinkende i genoptræningsprocessen. Det er dog ikke muligt, ud fra det korte forløbsstudie i dette projekt, med sikkerhed at fastslå, hvorvidt den mere målrettede og hurtigere opstart reelt har en effekt i det lange løb. Dette skal ses i forhold til længden af patientens/borgerens genoptræningsforløb og/eller kurven for generhvervelse af tabte funktionsevner hos patienten/borgeren.

5.4 Patientens/Borgerens perspektiver

Under dette domæne beskrives patientens/borgerens oplevelse ved anvendelse af virtuel kommunikation i sektorovergangen, herunder tryghed i overgangen. Derudover beskrives patientens/borgerens og evt. pårørendes accept af eller oplevelse med den tekniske løsning.

⁴ For yderligere oplysning se eventuelt følgende link: <http://www.medcom.dk/default.asp?id=112455>

⁵ For yderligere oplysning se eventuelt følgende link: <http://www.medcom.dk/dwn5877>

5.4.1 Tryghed

Projektets Succeskriterium 1.2 omhandler oplevelsen af tryghed: *"75 % af patienter/borgere oplever tryghed ved det videre genoptræningsforløb efter at have deltaget i videokonference"*. Dette succeskriterium vurderes på basis af data fra spørgeskemaundersøgelse, afkrydsningsskemaer, samt input via interviews med medarbejdere og patienter/borgere og pårørende.

Fra afkrydsningsskemaer udfyldt efter hver videokonference fremgår det, at ved 42 % af konferencerne vurderer en eller begge parter (sygehusterapeuter og kommuneterapeuter), at patienten/borgeren følte sig tryk ved det videre forløb efter at have deltaget i videokonferencen. I 16 % er det ikke tilfældet, og 42 % er uoplyst. Hvis Succeskriterium 1.2 vurderes alene ud fra data i afkrydsningsskemaer er det ikke opfyldt. Imidlertid peger kvalitative data fra afkrydsningsskemaer, spørgeskemaundersøgelse og interviews med medarbejdere og patienter/borgere på, at videokonferencer alligevel i mange tilfælde har medvirket til at skabe tryghed omkring det videre forløb. Dette uddybes neden for.

Projektet har fokuseret på patientens/borgerens tryghed, og har i udarbejdelse af evalueringsmaterialet ikke taget højde for evaluering af tryghed blandt pårørende. I afkrydsningsskemaer bliver terapeuterne derfor udelukkende bedt om at vurdere deres oplevelse af, om *patienten/borgeren* føler sig tryk ved det videre forløb. Terapeuterne bliver ikke bedt om at vurdere hvorvidt det samme er tilfældet for pårørende. Tilbagemeldinger fra fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse viser, at de patienter/borgere, som kognitivt ikke er særlig velfungerende, ofte ikke kan huske konferencen eller i nogle tilfælde har fundet det forvirrende at tale med en person som ikke fysisk var til stede. I mange af disse tilfælde har pårørende deltaget i konferencen og derved repræsenteret patienten/borgeren. En betydelig del af disse pårørende har efterfølgende givet udtryk for at opleve en større tryghed ved det videre forløb, efter at have talt med og fået sat ansigt på kommuneterapeuterne.

Kvalitative data peger på, at den oplevede tryghed hos patienter/borgere og pårørende primært skyldes det visuelle indtryk, samt muligheden for at få svar på nogle af de mange spørgsmål, der opstår i forbindelse med den pludseligt ændrede situation, som de befinder sig i. Flere giver udtryk for, at trygheden i høj grad knytter sig til muligheden for:

- at få sat ansigt på kommuneterapeuterne
- at få vished for, at der er nogen uden for sygehuset der tager hånd om patienten/borgeren efter udskrivelse (evt. få oplyst dato for opstart)
- at få svar på spørgsmål om hvad der kommer til at ske når patienten/borgeren forlader sygehuset (forventningsafstemning)

I de tilfælde hvor den/de kommuneterapeut(er), der har deltaget på videokonferencen, også har været den, der efterfølgende har skullet træne med vedkommende efter udskrivelse, har patienter/borgere og pårørende ofte kunnet genkende vedkommende ved opstart. Dette har ifølge kommuneterapeuterne medvirket til at gøre den indledende introduktion nemmere. Der opstod en fornemmelse af allerede at kende hinanden, hvilket gjorde det nemmere at starte op.

Flere medarbejdere samt interviewede patienter/borgere og pårørende peger på, at muligheden for at få svar på spørgsmål samt vished om, hvad der skal ske i det videre forløb, giver ro. Klarhed omkring de praktiske aspekter gør typisk både patienten/borgeren selv og dennes pårørende mere rolige, og mindsker forvirring. Et eksempel herpå er en patient/borger som er så utryk ved udskrivelse, at vedkommende udviser symptomer på angst. Her vælger terapeuten på sygehuset at indkalde til videokonference, for at give patienten/borgeren mulighed for at få svar på sine spørgsmål og indhente oplysninger om hvad der skal ske efter udskrivelse. Det hjalp! Patienten/borgeren optrådte mere roligt i resten af forløbet på sygehuset, og var i stand til at fokusere på andre aspekter af sin rehabilitering.

Et element i oplevelsen af tryghed handler om at få oplyst kontaktoplysninger og dato for første kontakt efter udskrivelse. Succeskriterium 1.1 omhandler dette aspekt: *”75 % af patienter/borgere og pårørende skal have oplyst kontaktoplysninger på kommuneterapeut ved hjemkomsttidspunktet og dato for første kontakt”*. Jf. Tabel 1 nedenfor vurderes Succeskriterium 1.1 at være opfyldt for så vidt angår angivelse af navn på terapeut, men ikke for dato for kontakt.

Andel med 1) Oplyst navn på terapeut, som skulle træne patienten/borgeren i kommunen og 2) Dato for træningsstart?	Navn (%)	Kontakt dato (%)	Begge dele (%)	Antal afholdte konferencer
Center for Neurorehabilitering Næstved	86	57	43	7
Holbæk Sygehus	79	21	14	14
Nykøbing Sygehus	100	50	50	10
Holbæk Kommune	33	0	0	3
Kalundborg Kommune	100	20	20	5
Lolland Kommune	92	62	54	13
Næstved Kommune	100	50	50	2
Roskilde Kommune	33	17	17	6
Solrød Kommune	50	0	0	2
Vordingborg Kommune	-	-	-	0

Tabel 1: Oversigt over afholdte konferencer

Der er uoverensstemmelse mellem kommunernes og sygehusenes besvarelse af disse spørgsmål i afkrydsningsskemaerne – og størst uenighed i forhold til oplyst dato for start. Sygehusterapeuterne giver den forklaring, at de havde forventet, at kommunerne var mere præcise i forhold til at angive, hvilken terapeut der skulle træne med patienten, og hvornår træningen skulle starte. I en del tilfælde er den terapeut, der deltager på videokonferencen, ikke den samme terapeut, som skal træne med patienten/borgeren efter udskrivelsen. I nogle tilfælde kendes navnet på den trænende terapeut ikke på tidspunkt for videokonference. Tilsvarende kan den kontaktdato, som kommunerne angiver, være upræcis. F.eks. ”inden for tre dage”, ”inden for en uge”.

Som det fremgår af Tabel 1 ovenfor, oplyses der oftere navn ved de videokonferencer, der foregår på Nykøbing sygehus og Center for Neurorehabilitering Næstved i forhold til videokonferencer på Holbæk Sygehus. Det samme mønster gør sig gældende for oplysning af kontaktdato. Årsagen til, at videokonferencerne på Holbæk Sygehus adskiller sig, er, at videokonferencerne her afholdes som led i tværfaglige planmøder med andre faggrupper end terapeuter på et tidspunkt, hvor der ofte endnu ikke er taget stilling til, om patienten/borgeren skal udskrives til hjemmet eller til et aflastningssted, rehabiliteringsinstitution eller andet. Hvis ikke den beslutning er truffet, kan kommunen hverken oplyse hvilke terapeuter, der skal træne patienten/borgeren, eller hvornår træningen skal starte. På Center for Neurorehabilitering Næstved er patienter/borgere indlagt i lang tid, og videokonferencerne arrangeres som terapeut til terapeut, når udskrivningstidspunktet nærmer sig. På Nykøbing Sygehus er den gennemsnitlige indlæggelsestid kortere end på de øvrige to sygehuse, og videokonferencerne med terapeuter foregår tæt på udskrivningstidspunktet. I begge tilfælde kan kommunen lettere reagere hurtigt med navn og tid for opstart af genoptræningen.

5.4.2 Medinddragelse

I et interview med patient/borger udtalte vedkommende, at det var rart at vedkommende i videokonferencen ikke "bare var et nummer på et stykke papir", men var en aktiv part i forberedelse af genoptræningsforløbet i kommunen. Vedkommende udtrykte stor tilfredshed med den åbne form for dialog. I et fokusgruppinterview udtaler terapeuter samstemmende om en afholdt videokonference med en patient/borger, at dialogen i høj grad gik mellem patient/borger og kommuneterapeut og ikke mellem sygehusterapeut og kommuneterapeut. Patienten/borgeren gav også her efterfølgende udtryk for at have sat stor pris på den ligeværdige dialog under videokonferencen.

Ud fra perspektivet om inddragelse af patient/borger, er videokonferencer, som har et relativt lille antal deltagere, præcis timing og klare mål, umiddelbart mest tilfredsstillende. Videokonferencer, hvor den faglige setting er terapeuter fra sygehus og kommune, hvor fokus er på det fortsatte genoptræningsforløb, og hvor konferencen foregår lige før udskrivelse, giver god mulighed for at inddrage patient/borger samt eventuelle pårørende i dialogen. Videokonferencer, hvor den faglige setting er bredere med deltagelse af mange forskellige faggrupper inklusive terapeuter, og hvor fokus er hele patientens fremtid, gør det vanskeligere at inddrage patient/borger samt eventuelle pårørende i dialogen.

5.4.3 Accept af den tekniske løsning

Som nævnt ovenfor havde kognitivt dårligt fungerende patienter/borgere i nogle tilfælde svært ved at forholde sig til, at kommuneterapeuter ikke var fysisk til stede i rummet, men deltog via en skærm. Ifølge interviews med medarbejdere samt patienter/borgere og pårørende fandt nogle patienter/borgere det desuden en anelse grænseoverskridende at skulle deltage i et virtuelt møde, fordi de fleste ikke havde prøvet det før. Når videokonferencen var i gang, og alle deltagere havde vænnet sig til den lille forsinkelse, der i mange tilfælde opstod på lyden, blev det dog ikke oplevet som en forhindring, at mødet foregik virtuelt. Bortset fra ovennævnte, er der overvejende observeret positive tilkendegivelser fra patienter/borgere og pårørende vedrørende anvendelse af virtuel kommunikation.

5.5 Økonomiske aspekter

I dette afsnit beskrives aspekter ved genanvendelse af tests og funktionsevnevurderinger samt aspekter ved tidsforbrug blandt terapeuterne

5.5.1 Genanvendelse af tests og funktionsevne målinger

Projektet inkluderede et succeskriterium omhandlende effektivisering. Succeskriterium 5.1 lyder: *"20 % af kommuneterapeuterne anvender i højere grad resultater af sygehusterapeuters funktionsevnevurderinger og tests af patienter/borgere med apopleksi"*.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at før projektet anvendte 45 % af kommunens terapeuter jævnligt eller altid de funktionsevnevurderinger, som sygehuset fremsender sammen med genoptræningsplanen. Denne andel er faldet til 37 % ved projektets slutning. Så i stedet for at se en stigning, er andel faldet. Succeskriterie 5.1 er dermed ikke opfyldt. Der ses en tendens til at videokonference ikke bidrager positivt til, at kommunerne i højere grad anvender flere af sygehusenes tests og funktionsevnevurderinger. Disse anvendes generelt næsten altid kun som sammenligningsgrundlag. Derudover, er det ikke aftalt hvilke standardiserede tests der anvendes i Region Sjælland på tværs af sektorer. Ofte laves tests og funktionsevnevurderinger ved opstart af genoptræningsforløbet i kommunerne, fordi kommunerne enten har retningslinjer om at lave tests eller der er sket så meget i en patient/borgers tilstand, at det er nødvendigt med en re-vurdering.

5.5.2 Tidsforbrug

Der anvendes tid til selve konferencen, som for både kommune- og sygehusterapeuters vedkommende er en aktivitet der ikke tidligere var en del af dagligdagen. Det fremgår af afkrydsningskemaer, at videokonferencer i 59 % af tilfældene tog mere end 15 min. Dette var særligt tilfældet på Holbæk Sygehus (hvor videokonferencerne blev afholdt som led i tværfaglige planmøder). Udover den tid der bruges på selve konferencen nævnes også tidsforbrug på bl.a. planlægning af konferencerne, herunder kontakt mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter for at give oplysninger om konferencen og aftale tidspunkt for afholdelse. Der nævnes desuden tidsforbrug til at sikre, at udstyret fungerer og er klar til brug ved opstart af konferencer, samt fejlfinding hvis det ikke er tilfældet. Der er altså enighed om et ekstra tidsforbrug i relation til afholdelse af konferencer. Der er dog ikke samme enighed om, hvorvidt den anvendte tid til konferencer er godt givet ud og har skabt værdi.

Blandt sygehusterapeuter på Nykøbing og Holbæk Sygehuse har terapeuterne en oplevelse af, at tiden går fra patientens/borgerens træning, hvilket de ikke finder tilfredsstillende. Ved kortere indlæggelsesforløb vil terapeuterne ofte ikke have tid til meget andet end at påbegynde stabilisering af patienten/borgeren. Den egentlige genoptræning ligger i disse tilfælde i højere grad i kommunen. Af denne grund er god overlevering af information fra sygehusterapeuter til kommuneterapeuter et vigtigt aspekt i

patientens/borgerens videre forløb. Sygehusterapeuterne har i nogle tilfælde ikke formået at indtænke det sammenhængende patientforløb, men har i stedet haft fokus på egne arbejds gange.

På Center for Neurorehabilitering Næstved er patienten/borgeren typisk indlagt i længere perioder og terapeuterne kan derfor nemmere afse tid i forløbet til at deltage i videokonference. Det skal påpeges, at tid til videokonference på Center for Neurorehabilitering Næstved procentvis udgør en væsentlig mindre del af træningstiden pga. længere indlæggelsesforløb.

Blandt kommuneterapeuterne opvejes den ekstra tid der bruges på videokonferencer dog af, at man ved deltagelse får yderligere (og tidligere) information om patienten/borgeren, og i øvrigt har set vedkommende inden første fysiske møde. Derved kan indsatsen prioriteres bedre og opstart kan være mere målrettet end tidligere. Samtidig er der på videokonferencen mulighed for at besvare spørgsmål fra patienten/borgeren og dennes pårørende, så genoptræningens opstart kan forløbe nemmere. Derudover er det i nogle tilfælde muligt at håndtere koordinering af første møde med patienten/borgeren på videokonferencen, sådan at den opgave ikke skal håndteres efterfølgende.

En sidegevinst ved projektet viste sig at være, at visitator kunne deltage virtuelt i planmøder på Holbæk Sygehus og dermed i nogle tilfælde eliminere transporttid. Når visitatorer fra kommuner tilknyttet Holbæk Sygehus tidligere deltog i planmøder på sygehuset, kørte de til sygehuset og deltog fysisk i mødet. Eftersom der på planmøder nu etableres virtuel deltagelse med henblik på, at terapeuterne kan deltage i møderne, åbner det samtidig op for muligheden af, at også visitatorer deltager virtuelt. Denne mulighed har visitatorer fra Roskilde og Holbæk Kommune flere gange benyttet sig af, og har dermed reduceret tidsforbrug til at køre ind til møderne.

5.5.3 IT-udstyr

Flere af de deltagende organisationer har måttet investere i IT-udstyr for at kunne gennemføre videokonferencer. Omkostningerne til denne investering har været varierende afhængig af hvor meget udstyr der i forvejen var til rådighed og hvor meget der skulle ny indkøbes eller opgraderes.

5.6 Organisatoriske aspekter

Nedenfor beskrives de effekter der er observeret i relation til organisatoriske aspekter.

5.6.1 Afholdte konferencer

Succeskriterium 6.1, 6.2 og 6.3 omhandler estimater på antal videokonferencer afholdt fra de tre sygehuse i projektets forløbsstudie. Som nævnt i Afsnit 4.1.6, baseres vurderingen af målopfyldelsen af disse succeskriterier på data fra eSundhed og Landspatientregisteret fra den relevante periode, sammenholdt med antal afholdte videokonferencer som angivet i afkrydsningsskemaerne.

Center for Neurorehabilitering Næstved har afholdt 7 videokonferencer i forløbsstudiet. Dette udgør 51,5 % af antal patienter/borgere med apopleksi i fase 2 udskrevet med en genoptræningsplan fra Center for Neurorehabilitering Næstved i projektets afprøvningsperiode. Succeskriterium 6.1 er dermed opfyldt, da målet var 25 %.

Holbæk Sygehus har afholdt 14 videokonferencer i forløbsstudiet. Dette udgør 10 % af antal patienter/borgere med apopleksi i fase 2 udskrevet med en genoptræningsplan fra Holbæk Sygehus i projektets afprøvningsperiode. Succeskriterium 6.2 er dermed ikke opfyldt, da målet var 20 %.

Nykøbing Sygehus har afholdt 10 videokonferencer i forløbsstudiet. Dette udgør 6,6 % af antal patienter/borgere med apopleksi i fase 2 udskrevet med en genoptræningsplan fra Nykøbing Sygehus i projektets afprøvningsperiode. Succeskriterium 6.3 er dermed ikke opfyldt, da målet var 18 %.

Det viste sig i praksis, at sygehusterapeuterne havde udfordringer med klart at identificere patienter/borgere i projektets målgruppe, og ved tvivlsspørgsmål undlod terapeuterne typisk at indkalde til konference. Det blev derfor i projektledergruppen besluttet, at udvide målgruppen til at omfatte alle patienter/borgere med apopleksi i fase 2 der blev udskrevet med en genoptræningsplan (og altså ikke kun ved behov for kompleks genoptræning). Dog var det stadig sygehusterapeuternes vurdering af relevans, der i sidste ende var afgørende for, om der blev afholdt videokonference. Beslutningen om at inkludere en bredere målgruppe blev taget for at sikre afholdelse af et tilstrækkeligt antal konferencer, til at udgøre et velfunderet grundlag for denne evaluering. Denne beslutning har, ifølge de lokale projektledere, potentielt haft indvirkning på medarbejdernes opfattelse af videokonferencernes relevans.

Årsagerne til den manglende målopfyldelse på to af de tre succeskriterier er mangeartede. Her nævnes de væsentligste:

- Videokonferencer er blevet fravalgt til fordel for en træningssession. En del af terapeuterne på sygehusene har haft svært ved at se udbyttet af at afholde videokonferencer. I disse tilfælde, skyldes det oftest, at terapeuten har fokus på arbejdsgange og ikke i samme grad tænker patientens/borgerens oplevelse af sektorovergangen og hele patientens/borgerens forløb ind i vurderingen. Dette har efterladt terapeuterne med et indtryk af, at udbyttet ikke står mål med den investerede tid. Der er en oplevelse af, at tiden ville være bedre brugt på at træne med patienten/borgeren fremfor at deltage i en videokonference
- Den manglende målopfyldelse på Nykøbing Sygehus skyldes delvist, at indlæggelsestiden for patienter/borgere med apopleksi her er kortere end på de øvrige sygehuse. Udover ovennævnte problematik har den kortere indlæggelsesperiode betydning i forhold til, om der er tid til at planlægge og afholde en videokonference inden udskrivelse
- Det måtte opgives at afholde relevante videokonferencer. Indkaldelse og planlægning af videokonferencer har vist sig at give udfordringer. Udfordringerne har været af lidt forskellig

karakter afhængig af hvilke aftaler, der er indgået mellem sygehuse og kommuner i relation til kommunikationsveje. Der har bl.a. været udfordringer med at komme i kontakt med kommuneterapeuter for at aftale tidspunkt for videokonferencen (for mange led eller manglende videregivelse af information omkring indkaldelse til videokonference). En anden udfordring har været manglende ejerskabsfølelse hos de medarbejdergrupper, der skulle indkalde til konferencen. På Holbæk Sygehus er det plejepersonale, og ikke terapeuter, der udsender indkaldelse til planmøder, og der har været mangelfuld kommunikation om, at planmøde afholdes som videokonference, samt at sygehuset ønsker kommuneterapeuters deltagelse⁶. Disse udfordringer har resulteret i, at kommuneterapeuterne enten slet ikke har modtaget indkaldelsen eller har modtaget den så sent, at det ikke har været muligt at afse ressourcer til at deltage

- Endelig nævnes tekniske udfordringer som en årsag. Se evt. Afsnit 5.2 for en uddybning af disse.

Alle disse udfordringer har medvirket til, at videokonferencer, der kunne have været relevante, ikke er blevet afholdt. Det er ikke muligt ud fra det forhåndenværende data at sige noget om hvor mange videokonferencer, der ikke er blevet afholdt pga. ovennævnte udfordringer. Dermed kan det heller ikke med sikkerhed vurderes, om reducere eller eliminere af disse udfordringer ville have resulteret i opfyldelse af succeskriterier 6.2 og 6.3. Anbefalinger, inklusiv forslag til imødekomme af ovennævnte udfordringer er beskrevet i Afsnit 8. Derudover refereres til Bilag 1, som er et oplæg til skabelon for afholdelse af videokonferencer med terapeutfagligt indhold.

Succeskriterium 2.1 omhandler ønsket om at patienten/borgeren deltager i videokonferencer: *"Patienten/borgeren deltager i 100 % af de afholdte videokonferencer, evt. også med deltagelse af pårørende"*. I Tabel 2 nedenfor ses, at i over halvdelen af de afholdte videokonferencer deltog patienten/borgeren sammen med en pårørende, og i 39 % var patienten/borgeren alene. Tre patienter/borgere, svarende til 10 %, deltog ikke på videokonferencen. Som årsager til, at patienten/borgeren ikke har deltaget, angives bl.a. sygdom og forværring af tilstand.

Deltagelse af patient/borger og pårørende i afholdte konference	Patient/borger alene	Patient/borger og pårørende	Uden patient/borger
Antal	12	16	3
I procent	39	52	10

Tabel 2: Deltagelse af patient/borger og pårørende

5.6.2 Koordineret og målrettet indsats ved brug af virtuel kommunikation

Projektets Succeskriterium 1.3: *"75 % af sygehusterapeuterne og kommuneterapeuterne oplever, at de har opnået en bedre koordineret og målrettet indsats vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi ved brug af virtuel kommunikation"* vurderes ikke at være opfyldt.

⁶ Undervejs i forløbet blev kommunikationsaftalen for Holbæk Sygehus og tilhørende kommuner suppleret ved at sygehusterapeuterne ringede direkte til kommuneterapeuterne for at sikre at indkaldelsen var modtaget

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der sket en stigning fra 38 % til 61 % i antallet af Enig/Meget Enig besvarelser blandt alle terapeuter på spørgsmålet *"Jeg oplever, at indsatsen vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi er godt koordineret mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter"*.

Samtidig ses en stigning fra 36 % til 50 % i antallet af Enig/Meget Enig besvarelser blandt alle terapeuter på spørgsmålet *"Jeg oplever, at den nuværende koordinering og kommunikation mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter (i forbindelse med sektorovergangen) er medvirkende til at sikre en målrettet indsats vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi"*. Her observeres en større stigning blandt kommuneterapeuter (fra 30 % til 48 %), hvilket stemmer godt overens med det faktum, at det primært er kommunerne, der har høstet gevinster ved de afholdte videokonferencer. Se evt. Afsnit 5.6.3 for yderligere information.

Det skal her nævnes, at det fra start blev antaget, at en ændring i oplevelsen af ovennævnte aspekter (koordinering og målrettet indsats) primært ville kunne tilskrives den øgede kommunikation via videokonferencer. Der er dog sideløbende med dette projekt blevet igangsæt initiativer, som potentielt også har påvirket respondenternes besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen. Se evt. Afsnit 7 for yderligere information omkring dette.

Succeskriterium 3.1 lyder: *"75 % af sygehusterapeuter og kommuneterapeuter oplever, at der sker en overlevering af flere relevante oplysninger igennem en virtuel dialog sammenlignet med informationsgrundlaget i genoptræningsplanen"*. Projekt Apovideo tilføjede en yderligere virtuel dimension til genoptræningsplanen. Ovennævnte succeskriterium går på den ændring der er sket fra tiden før Apovideo (med genoptræningsplan uden virtuel dialog) til tiden efter Apovideo (med genoptræningsplan plus virtuel dialog).

Både kommuneterapeuter og sygehusterapeuter er mere tilfredse med overlevering af relevant information ved projektets slutning end før. Der observeres dog en forskel på tilfredsheden blandt terapeuter fra sygehus og fra kommune. 35 % af kommuneterapeuterne var enige eller meget enige i ovenstående udsagn før projektet, og andelen er steget til 50 % ved projektets slutning. Succeskriteriet på 75 % er dermed ikke nået for deres vedkommende. Samlet set steg sygehusterapeuternes andel fra 60 % til 83 %, hvorved succeskriteriet for deres vedkommende er nået.

En af årsagerne til denne forskel, kan evt. findes i, at terapeuterne i spørgeskemaundersøgelsen ikke specifikt bliver bedt om *kun* at forholde sig til projektets målgruppe af patienter/borgere med apopleksi. Det fremgår af projektlederinterviews, at kvaliteten af genoptræningsplaner, herunder også på apopleksipatienter, generelt opleves meget svingende blandt kommunerne. Det fremgår imidlertid af de gennemførte interviews, at der udtrykkes tilfredshed med de genoptræningsplaner der udsendes fra Center for Neurorehabilitering Næstved. Dette skyldes sandsynligvis både længere indlæggelsestid og bedre ressourcetildeling.

Der observeres en tendens til større stigning i tilfredshed med overlevering af information via videokonferencer i de organisationer, hvor dialogen på konferencerne er foregået terapeut-til-terapeut i modsætning til tværfaglige planmøder på Holbæk Sygehus. Dette skyldes primært den øgede mulighed for at spørge mere i dybden omkring terapeut-faglige aspekter af patientens/borgerens tilstand og forløb. Derudover har kommuneterapeuten i disse tilfælde bedre mulighed for at danne sig et visuelt indtryk af patienten/borgeren, da deltagerantallet er væsentlig mindre end på de tværfaglige konferencer, og de derfor ser patienten/borgeren tættere på.

Omvendt har enkelte kommuner omkring Holbæk Sygehus givet udtryk for, at muligheden for at få en bredere viden om patienten/borgeren på disse tværfaglige møder, har været medvirkende til at give dem et mere komplet helhedsbillede af patientens/borgerens situation.

Succeskriterium 1.4 hedder: *"50 % af kommuneterapeuterne oplever, at de har opnået en bedre koordineret og målrettet indsats vedrørende genoptræning af patienter/borgere med apopleksi gennem øget anvendelighed af resultater fra funktionsevnevurderinger, som er udført på sygehuse"*. Over 75 % af kommuneterapeuterne viste sig enige eller meget enige i ovenstående i begge spørgeskemamålinger. I løbet af projektperioden er der ikke sket en stigning i andelen af enige eller meget enige. I før-måling er 82 % enige eller meget enige med hensyn til koordinering mod 77 % i slut-måling. Når det gælder holdning til målrettet indsats er andelen uændret på 80 % fra projektstart til slut.

Kriteriet forudsætter, at terapeuterne i kommunerne anvender de funktionstest som sygehusterapeuterne fremsender med genoptræningsplanen. Som tidligere nævnt, fremgår det af interviews i fokusgrupper og med projektledere, at kommuneterapeuterne i mindre og mindre grad anvender sygehustests. Dels fordi patientens/borgerens funktionsevner kan ændre sig på nogle dage, og dels fordi det i nogen kommuner er et kvalitetskrav, at terapeuterne selv gennemfører test. Samtidig giver kommuneterapeuterne udtryk for, at de anvender de fremsendte funktionsevnevurderinger til sammenligning for at se udviklingstendens hos patienten/borgeren.

5.6.3 Beslutningstagen omkring prioritering af indsats

Succeskriterium 4.1 lyder: *"75 % af kommuneterapeuter oplever, at beslutningstagning omkring prioritering af indsats til patienter/borgere sker hurtigere"*. I spørgeskemaets slut-måling er 74 % af kommuneterapeuterne enige eller meget enige i, at de oplever at beslutningstagen omkring prioritering af indsats til patienter/borgere kan ske tilstrækkeligt hurtigt. Dette skal sammenholdes med at andelen i før-målingen var på 59 %. Sammenholdt med kvalitative data, som beskrives nedenfor, vurderes succeskriteriet derfor at være opfyldt.

Interviews med medarbejdere samt samtaler med projektledere, understøtter formodningen om, at videokonferencer kan være medvirkende til, at der hurtigere og nemmere kan tages beslutninger om hvilken indsats, der skal iværksættes i forhold til den enkelte patient/borger efter udskrivelse. Blandt de aspekter, der har indflydelse på dette perspektiv nævnes:

- Kommuneterapeuter får adgang til information om patienten/borgeren via videokonferencen, som de ellers først ville få i forbindelse med fremsendelse af genoptræningsplanen (ved udskrivelse). De har dermed tidligere i forløbet et overblik over patientens/borgerens behov, og kan prioritere indsatsområder, samt afsætte de rette ressourcer til genoptræningsforløbet. Dette betyder samtidig, at der er mulighed for at starte mere intensivt op, fordi terapeuten er bedre forberedt
- Kommuneterapeuter får supplerende information i forhold til, hvad der står i genoptræningsplanen, og dermed et bedre billede af patienten/borgerens situation. Samtidig gør videokonferencen det muligt for dem at danne sig et visuelt indtryk af patienten/borgeren og dennes formåen. Dette er medvirkende til, at kommuneterapeuterne er bedre forberedt på, hvad de skal arbejde med ved opstart
- Som nævnt i Afsnit 5.4.1, gør den visuelle kontakt på videokonferencen, at både patient/borger og pårørende samt kommuneterapeuten har en følelse af genkendelse ved første møde. Dette gør det nemmere at starte op, og dermed være lidt mere målrettet ved første fysiske møde (i de tilfælde hvor den trænende terapeut har deltaget på konferencen)
- Endelig nævnes det, at der oplyses en dato for opstart af genoptræningen på videokonferencen som et aspekt i forhold til hurtig opstart. Når dato for opstart oplyses på konferencen, er den i langt de fleste tilfælde blevet lagt i umiddelbar forlængelse af udskrivningsdato, og den er i stort set alle tilfælde blevet overholdt. Dette har været medvirkende til en hurtig opstart af genoptræning i kommunalt regi

Konferencen er medvirkende til at sikre en mere målrettet indsats, fordi de oplysninger, der videregives på videokonferencen, sikrer en bedre løsning for patient/borger, og kommunerne ved hvilke ressourcer, der skal bruges på vedkommende.

5.7 Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter

Der er ikke i projektet observeret effekter relateret til sociokulturelle aspekter. Derimod er der observeret etiske og juridiske aspekter.

5.7.1 Etiske aspekter

Medarbejdere har i spørgeskemaundersøgelsen samt i fokusgruppeinterviews påpeget en problemstilling ved at afholde videokonferencer med deltagelse af patienter/borgere (uden pårørende), i tilfælde, hvor vedkommende kognitivt er meget dårligt fungerende og/eller ramt af afasi. Medarbejderne har i nogle tilfælde følt, at de har talt "hen over hovedet" på patienten/borgeren, idet det ikke har været muligt at inddrage vedkommende i samtalen, og har følt sig utilpas ved situationen på patientens/borgerens vegne. Enkelte medarbejderne har stillet spørgsmålstegn ved, om det er forsvarligt at afholde videokonferencer med disse patienter/borgere uden deltagelse af pårørende. Videokonferencer adskiller sig på dette punkt ikke fra øvrige konferencer med deltagelse af patient/borger.

5.7.2 Juridiske aspekter

Ved opstart af projektet diskuterede projektteamet aspekter omkring datasikkerhed og fortrolighed ved anvendelse af virtuel kommunikation. Eftersom der på videokonferencerne ville blive fremlagt personfølsomme oplysninger, var det essentielt, at den løsning der blev valgt til virtuel kommunikation levede op til krav i forhold til datasikkerhed. Samtidig skulle det sikres, at kommunikation kunne foregå i fortrolighed. Den valgte tekniske løsning sikrer begge aspekter.

6. KONKLUSION

Ved afslutning af projektet bliver der udtrykt større tilfredshed med koordinationen mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter sammenlignet med tidspunktet for opstart af projektet. Tilsvarende oplevede en større andel af terapeuterne ved projektets slutning, at koordinering og kommunikation er medvirkede til at sikre et mere målrettet genoptræningsforløb.

På videokonferencen fik patienten/borgeren direkte svar på spørgsmål vedrørende genoptræning i kommunen samt fik sat ansigt på terapeuten. Dette har bidraget til øget trykthed for patient/borger og pårørende. Samtidig har videokonferencerne bidraget til at patienter/borgere i højere grad er indgået i en ligeværdig dialog om deres videre forløb.

Det var især videokonferencer med patienter/borgere, som havde et stort eller komplekst behov for genoptræning, der gav mening for de involverede parter. Her fungerede konferencen som et vigtigt supplement til genoptræningsplanen. Også timingen for afholdelse af videokonferencerne viste sig at være vigtig. Hvis konferencen lå tæt på udskrivningsdatoen, var kommunerne bedre i stand til at give patienten/borgeren konkrete oplysninger om hvad der skulle ske når vedkommende blev udskrevet. I de tilfælde hvor kommunerne ikke kunne give konkrete oplysninger om det videre forløb, gav konferencen ikke så meget mening for hverken patient/borger eller terapeuter.

Sygehusterapeuterne bidrog med at arrangere videokonferencerne til patienters/borgers erhvervelse af øget trykthed og realistiske forventninger til genoptræningen i kommunen, og dermed en lettere overgang fra sygehus til hjemmet. Alligevel har en del af sygehusterapeuterne i mindre grad oplevet, at den investerede tid er fornuftigt anvendt. Dette gælder dog ikke sygehusterapeuterne fra Center for Neurorehabilitering Næstved, hvor patienterne typisk har meget komplekse behov og er indlagt i længere tid. Her er terapeuterne mest positive i forhold til udbyttet af den investerede tid. Kommuneterapeuterne har tilsvarende investeret tid i planlægning og gennemførelsen af videokonferencer, men er generelt mere positive end sygehusterapeuterne i deres vurdering af udbyttet. Kommuneterapeuterne har oplevet at videokonferencer giver værdifulde oplysninger, de kunne handle på i forhold til patientens/borgerens genoptræning i kommunalt regi. Derudover gav konferencerne kommuneterapeuterne mulighed for at afstemme forventninger hos patienter/borgere og deres pårørende, omkring det videre genoptræningsforløb.

Ved opstart af projektet var det forventet, at den supplerende dialog via videokonferencerne kunne medvirke til at øge kommuneterapeuternes anvendelse af tests og funktionsevnevurderinger, som udarbejdes af sygehusene og fremsendes via genoptræningsplanerne. Dette har ikke været tilfældet, videokonferencerne har ikke bidraget til netop dette.

Via videokonferencer afholdt i projektperioden er der foregået en supplerende dialog og vidensdeling mellem kommuneterapeuter og sygehusterapeuter. Kommuneterapeuterne har på videokonferencen

modtaget supplerende oplysninger omkring patientens/borgerens forløb, og har haft mulighed for at få visuel verifikation af vedkommendes tilstand. Samtidig får kommuneterapeuterne information om patienten/borgeren allerede på videokonferencen og ikke først ved sygehusudskrivelsen. Begge disse aspekter har medvirket til, at kommuneterapeuterne har opkvalificeret deres beslutninger omkring prioritering af indsats over for patienten/borgeren og tildeling af ressourcer. Det at kommunerne har kunnet fremrykke planlægning og start for patientens/borgerens genoptræningsforløb, har formentlig været med til at sikre kvaliteten af det samlede forløb.

På baggrund af ovenstående må det konkluderes at projektet har været en succes, idet det er lykkedes at gennemføre videokonferencer med deltagelse af patienter/borgere med apopleksi og terapeuter fra sygehuse og kommuner. Videokonferencerne har dermed medvirket til at understøtte det sammenhængende patientforløb.

7. PERSPEKTIVERING

Det kan ikke udelukkes, at andre projekter inden for det terapeutiske område har korrelerede effekter i forhold til dette projekt. Der er således igangsat initiativer inden for det terapeutiske område, som potentielt også har påvirket respondenternes besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen. Eksempelvis er der mellem Nykøbing Sygehus og deres kommunale samarbejdspartnere (Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner), i forbindelse med implementering af Sundhedsaftalen, blevet iværksat et udvekslingsprogram, hvor terapeuter fra sygehuset udveksles med terapeuter i kommunerne. Sådanne tiltag bevirker, at det ikke med sikkerhed kan siges, at en ændring i medarbejdernes oplevelse af koordinering og kommunikation på tværs af sektorer fra før- til slut-måling alene kan tilskrives den øgede kommunikation via videokonferencer.

På trods af der i Vordingborg Kommune ikke er blevet afholdt videokonferencer med sygehusene omkring patienter/borgere med apopleksi, har projektet alligevel haft indvirkning på arbejdsgange i kommunen. Terapeuterne i Vordingborg Kommune er fordelt på to forskellige lokaliteter i hver sin ende af kommunen, og holder ugentlige statusmøder. Begge lokaliteter har fået installeret udstyr til videokonference for at kunne deltage i dette projekt. Det installerede udstyr anvendes nu til at afholde de ugentlige statusmøder som videomøder fremfor fysiske møder, hvorved der tidsforbrug til transport mellem lokaliteterne er reduceret.

8. ANBEFALINGER

På baggrund af resultaterne i dette projekt anbefaler terapeuter og projektdeltagere hos de deltagende sygehuse og kommuner at videreføre praksis med afholdelse af videokonferencer mellem sygehusterapeuter og kommuneterapeuter. Det anbefales at anvende videokonferencer i de tilfælde, hvor patient/borger kan have optimal gevinst af det. Det anbefales derfor at anvende virtuel kommunikation i de tilfælde hvor patienten/borgeren har omfattende og/eller komplekse behov for genoptræning. Videokonference kan desuden anvendes i tilfælde, hvor der er behov for at skabe tryghed omkring det videre forløb hos patienten/borgeren og pårørende.

Udover fortsat anvendelse af videokonferencer til projektets målgruppe, kan det anbefales at anvende videokonference som metode til kommunikation i forhold til andre patientgrupper såvel som i forhold til andre faggrupper. En vigtig læring fra dette projekt er, at succes med implementering af videokonferencer er betinget af, at formålet med videokonference giver mening for den faggruppe, der er involveret, samt for de patienter/borgere der inkluderes.

Ud fra mere konkrete erfaringer i projektet kommer her en række anbefalinger målrettet andre kommuner og sygehuse, som har interesse i at anvende virtuel kommunikation på tværs af afdelinger og/eller sektorer.

Planlægning

- Timing af videokonferencen bør overvejes grundigt. Videokonference bør planlægges til at foregå så tæt på udskrivelse som muligt. Desto tættere på udskrivelse videokonferencen placeres, desto større er chancen for, at sygehusterapeuterne kan videregive konkret status, og kommuneterapeuterne dermed kan træffe de rette valg omkring det videre forløb, samt give konkrete oplysninger om hvad der kommer til at ske efter udskrivelse
- Indkaldelse til videokonference skal kunne foregå via klare kommunikationsveje, og med så få aktører involveret som muligt. Kommunikationsveje og metode til indkaldelse skal være hurtig og sikker – både internt i organisationerne og på tværs af sektorer. Den bør konstrueres, så ekstra tidsforbrug omkring denne opgave elimineres, og chancen for, at indkaldelse når frem til rette modtager i tide, øges
- Det skal sikres, at kommunikationsaftaler opdateres løbende når der sker ændringer i kontaktpersoner osv. Samtidig er det vigtigt, at aftaler om kommunikationsveje videregives til nye medarbejdere
- Klare aftaler omkring mødeledelse og evt. udarbejdelse af retningslinjer for en dagsorden og/eller tjekliste for diskussionspunkter. For at undgå usikkerhed om, hvem der starter dialogen, bør der indgås aftaler om hvilken part, der påtager sig rollen som mødeleder. For at sikre, at alle relevante

emner bliver behandlet på videokonferencen, kan der evt. udarbejdes et skabelon for dagsorden og/eller tjekliste (se Bilag 1, for et eksempel på en sådan skabelon)

Målgruppen og medinddragelse

- I forhold til målgruppen af patienter/borgere der inddrages i videokonferencer, anbefales det at fokusere på patienter/borgere med et omfattende og eller komplekst behov for genoptræning. Ikke desto mindre, kan det i nogle tilfælde være en fordel at afholde videokonference med det formål at skabe tryghed hos patient/borger og/eller pårørende i sektorovergangen
- Beslutningen om, hvorvidt der bør afholdes videokonference med deltagelse af patient/borger, bør altid overvejes ud fra en vurdering af, hvorvidt det vil være etisk forsvarligt. I de tilfælde, hvor patient/borger er kognitivt dårligt fungerende og ikke har pårørende, der kan deltage i videokonferencen, anbefales det ikke at inkludere patienter/borgere i videokonferencen
- For at sikre størst muligt udbytte af videokonferencen, anbefales det at sikre, at patienten/borgeren og eventuelt pårørende er grundigt informeret om formålet forud for videokonferencen. Derudover bør vedkommende (og pårørende) introduceres til forløbet, samt til hvad der kan forventes i forhold til, at øvrige deltagere på konferencen ikke vil være fysisk til stede

Teknologi

- Det anbefales at anvende et teknisk set up, der sikrer uafhængighed af hvilke videokonference systemer og software, der anvendes til virtuel kommunikation i de involverede organisationer. Dette kan ske via anvendelse af eksterne virtuelle møderum, som muliggør opkobling fra eksempelvis både Polycom, Skype for Business, Cisco og andre løsninger
- Anvendes et set up med eksterne virtuelle møderum (som anbefalet ovenfor), bør der udarbejdes en struktur til at sikre, at der ikke kan planlægges overlappende videokonferencer
- Udstyr, der anvendes til videokonference (skærm, kamera, lyd osv.), bør matche behov i forhold til formålet med videokonferencen. Eksempelvis bør kamera have vidvinkel-funktion ved deltagelse af flere personer på en lokalitet
- På samme vis bør udstyret placeres i lokaler der er egnede til formålet. Alternativt kan udstyr til videokonference gøres mobilt, således at det kan flyttes til et lokale, der er velegnet til de enkelte konferencer (f.eks. træningslokale, hvis der vises en træningssituation)
- Især ved videokonferencer med mange deltagere er det vigtigt, at patienten/borgeren er placeret så vedkommende kan se ansigterne på skærmen

- Erfaringer fra projektet viser, at det kan være hensigtsmæssigt at sikre teknisk support fra lokale IT-organisationer eller superbrugere. Support bør ikke blot være tilgængelig i forhold til installation og opsætning af udstyr. Der bør også være en supportstruktur på plads, der sikrer mulighed for at få assistance, hvis det ikke lykkes at skabe forbindelse, eller hvis f.eks. billede eller lyd ikke fungerer i en etableret konference

Forandringsledelse

- Ledelsesopbakning har vist sig at være essentielt i forhold til succesfuld implementering af videokonferencer som supplement til genoptræningsplaner. Primært i forhold til at sikre, at der afsættes den nødvendige tid til at få planlagt og gennemført videokonferencer. Ledelsesopbakning er dog også vigtigt i forhold til at sikre kommunikation samt fastholdelse af det bredere patient/borger perspektiv, og ikke kun medarbejdervinklen.
- Det anbefales at gennemføre uddannelse i anvendelse af udstyr til videokonference som sidemandsoplæring ved brug af en eller flere superbrugere i organisationen
- Det anbefales at udarbejde en let tilgængelig step-by-step guide til, hvordan teknisk udstyr tændes og klargøres til videokonference, samt hvordan der kobles op på anvendte virtuelle mødefaciliteter

BILAG 1: SKABELON TIL AFHOLDELSE AF VIDEOKONFERENCER MED TERAPEUTFAGLIGT INDHOLD

I projektet blev det klart, at der var behov for aftaler omkring rammerne for videokonferencen. Projektgruppen udarbejdede derfor en skabelon til afholdelse af videokonferencer med terapeutfagligt indhold.

Bilag 1: Skabelon til afholdelse af videokonference med terapeutfagligt indhold

(Alle dokumenter relateret til Projekt Apovideo kan findes på www.vi-s.dk/download/Apovideo)