

Evaluering af den tidlige implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland



**AALBORG
UNIVERSITET**

Udarbejdet af gruppe HST-23-KVT 4 gr.10504

Caroline Stephanie Orizi

Johannes Nøhr Foss

Morten Myrrhøj Nielsen

Title:

Evaluation of the early implementation of 72 hour extended medical treatment responsibility in the Region North Jutland

Project period:

01/02-2023 – 01/06-2023

Project group:

HST-23-KVT 4 gr. 10504

Authors:

Caroline Stephanie Orizi
Johannes Nøhr Foss
Morten Myrrhøj Nielsen

Supervisor:

Winnie Jensen

Characters incl. spaces:

141.569

Pages:

74

Appendixes:

6

Date of submission:

01/06-2023

Background: 72 hour extended medical treatment responsibility is a political initiative implemented in the Region of North Jutland in early 2023. The initiative aims to improve the patient transitions through a clearly defined treatment responsibility. The scientific literature describes challenges on the cross-sector collaborations including communication, lacking discharging documents and - plans. These challenges can cause unnecessary readmissions. The challenges have been tried to be solved through different interventions, where no advantageous intervention has been found.

Aim: The aim of this project was to investigate the healthcare workers experience of the early implementation phase of 72 hour extended medical treatment responsibility in the Region of North Jutland in primary- and secondary sector and investigate if the initiative can improve the cross-sector collaborations and reduce the challenges with cross sector transitions.

Methods: A mixed methods study consisting of quantitative data collection through NoMAD-questionnaire and qualitative data collection through semi-structured interviews were used to investigate the healthcare workers experience of the early implementation phase. The data analysis consisted of a quantitative descriptive analysis and a qualitative opinion analysis. The NPT's four key components "Coherence", "Cognitive participation", "Collective action" and "Reflexive monitoring" were used as framework through the method of the project.

Results: The project included 52 NoMAD-questionnaire responses and 9 interview informants allocated to doctors, nurses and social and health assistants. The descriptive analysis showed a discrepancy between the doctors compared to the nurses and social and health assistants in all four key components. Furthermore the descriptive analysis showed a cross sectoral discrepancy in all four key components. The exploratory analysis showed that the doctors responded significantly differently to the NoMAD-questionnaire compared to the remaining two professions. In "Coherence", "Cognitive participation", "Collective action" the results showed a significant difference between the two healthcare sectors and between the cross sectoral nursing staff. In "Reflexive monitoring" the results showed a significant difference between the two healthcare sectors. The qualitative data showed cross sectoral consensus for the key components "Coherence", "Cognitive participation" and "Collective action". In "Reflexive monitoring" the results showed a potential cross sectoral discrepancy.

Conclusion: The quantitative and qualitative analysis indicated ambiguous results, which made it difficult to conduct an overall unambiguous evaluation of the early implementation phase of 72 hour extended medical treatment responsibility in the Region of North Jutland. The healthcare workers experienced potential of the initiative to improve the cross sectoral collaborations and reduce challenges with the cross sectoral transitions.



AALBORG UNIVERSITET STUDENTERRAPPORT

Titel:

Evaluering af den tidlige implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland

Projektperiode:

01/02-2023 – 01/06-2023

Projektgruppe:

HST-23-KVT 4 gr. 10504

Forfattere:

Caroline Stephanie Orizi
Johannes Nøhr Foss
Morten Myrrhøj Nielsen

Vejleder:

Winnie Jensen

Antal anslag inkl. mellemrum:

141.569

Sidetæl:

74

Antal bilag:

6

Afleveringsdato:

01/06-2023

Baggrund: 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er et politisk tiltag, hvis tidlige implementering blev påbegyndt i Region Nordjylland primo 2023. Tiltaget havde til formål at forbedre patientforløb gennem et tydeligt defineret behandlingsansvar. Den videnskabelige litteratur beretter om udfordringer ved det tværsektorielle samarbejde herunder kommunikation, manglende udskrivesdokumenter og -planer. Disse udfordringer kan medføre unødvendige genindlæggelser. Udfordringerne er forsøgt løst gennem forskellige interventioner, hvor der ikke er fundet en mere fordelagtig intervention sammenlignet med andre.

Formål: Projektet havde til formål at undersøge sundhedspersonalets oplevelse af den tidlige implementeringsfase af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland i primær- og sekundærsektor og heraf, om tiltaget kan forbedre det tværsektorielle samarbejde samt reducere udfordringerne ved tværsektorielle overgange.

Metode: Et mixed methods studiedesign bestående af en kvantitativ dataindsamling gennem NoMAD-spørgeskemaet samt kvalitativ dataindsamling ved semistrukturerede interviews blev anvendt til at undersøge sundhedspersonalets oplevelse af den tidlige implementeringsfase. Dataanalysen bestod af en kvantitativ deskriptiv analyse samt en kvalitativ meningsanalyse. Strukturen for projektets metode blev opbygget gennem NPT's fire nøglekomponenter: "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" samt "Refleksiv monitorering".

Resultater: Projektet inkluderede 52 spørgeskemabesvarelser samt 9 informanter til interviews fordelt på læger, sygeplejersker samt SSA. Den deskriptive analyse viste uoverensstemmelse mellem lægerne sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA i samtlige nøglekomponenter. Ligeledes viste den deskriptive analyse en tværsektoriel uoverensstemmelse i samtlige nøglekomponenter. Den eksplorative analyse viste, at lægerne besvarede NoMAD statistisk signifikant forskelligt fra de resterende professioner. For "Kohærens", "Kognitiv deltagelse" og "Kollektiv handling" viste resultaterne statistisk signifikant forskel mellem sektorer samt tværsektorielt plejepersonale. For "Refleksiv monitorering" viste resultaterne statistisk signifikant forskel mellem sektorer. Kvalitative data viste tværsektoriel konsensus for nøglekomponenterne "Kohærens", "Kognitiv deltagelse" og "Kollektiv handling". For "Refleksiv monitorering" viste resultaterne en potentiel tværsektoriel diskrepans.

Konklusion: De kvantitative og kvalitative analyser indikerede tvetydige resultater, hvilket besværliggjorde udarbejdelsen af en samlet entydig evaluering af den tidlige implementeringsfase af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland. Sundhedspersonalet oplevede potentiale ved tiltaget, herunder forbedring af det tværsektorielle samarbejde samt reducere af udfordringerne ved tværsektorielle overgange.

Forord

Dette projekt blev udarbejdet på 4. semester ved kandidatuddannelsen "Klinisk Videnskab og Teknologi" på Aalborg Universitet. Projektperioden forløb fra februar 2023 til juni 2023.

Projektet blev udarbejdet af Caroline Stephanie Orizi, Johannes Nøhr Foss og Morten Myrrhøj Nielsen.

Projektgruppen takker vejleder Prof., PhD. Winnie Jensen, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, for vejledning og sparring gennem projektperioden. Ligeledes tak til projektgruppen i Region Nordjylland for etablering af kontakt til hospitalsafdelinger samt kommunale institutioner. Tilsvarende tak til alle involverede deltagere.

Læsevejledning

Inden projektstart rettede projektgruppen henvendelse til Idéklinikken Region Nordjylland for eventuelt samarbejde vedr. løsning af sundhedsfaglige problemstillinger. I denne forbindelse blev et samarbejde etableret med en projektgruppe fra Region Nordjylland, som beskæftigede sig med den tidlige implementeringsfase af det politiske tiltag 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland. Samarbejdspartnerne ønskede undersøgelse af tiltaget uden yderligere krav og uden klar defineret problemstilling.

Projektet er udarbejdet efter Aalborg-modellen for problembaseret læring, som forudsætter en tydelig problemstilling. Da tiltaget var politisk besluttet, havde dette betydning for projektets opbygning af problemanalyse, da problemstillingen på forhånd fremstod uklar. Grundlaget for projektet skulle således opbygges og defineres, inden projektet kunne påbegyndes, hvilket betød, at denne initierede fase blev højt prioriteret.

Tiltaget var i skriveperioden et højaktuelt emne, hvorfor uforudsigelighed i henhold til potentielle data var en betydende faktor. Projektet var afhængig af samarbejdspartnere fra flere større organisationer i forbindelse med levering af data. Dette skabte et omfangsrigt, koordinerende og administrativt arbejde grundet regulatoriske forhold, som krævede godkendelse fra flere beslutningstagere.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar vil blive refereret til som "tiltaget", "udvidet behandlingsansvar" eller i sin fulde længde.

Vancouver er benyttet som referencestandard. Citater præsenteres efter denne standard således, citater over to linjer er angivet med kursiv, indryk samt én linjeafstand. Citater under to linjer præsenteres i samme format som den resterende tekst.

Overskrifter og underoverskrifter er numerisk inddelt. Ligeledes er figurer, tabeller og bilag kronologisk nummereret og navngivet.

Bilag er separat vedhæftet. Oversigt over bilag ses i bilagsfortegnelse.

Begrebsafklaring

DRG-takster: Takster for Diagnose Relaterede Grupper

EPJ: Elektronisk Patientjournal

FMK: Fælles Medicinkort

NoMAD: Normalization Measure Development Questionnaire

NPT: Normalization Process Theory

Primærsektor: Kommunal sektor

REDCap: Research Evidence Data Capture

Sekundærsektor: Hospitalssektor

SSA: Social- og sundhedsassistent

WHO: World Health Organization

Indholdsfortegnelse

1	Kapitel - Introduktion.....	1
2	Kapitel - Problemanalyse.....	5
2.1	Ansvarsfordeling ved det tværsektorielle patientforløb.....	5
2.2	Sundhedsvæsenet som organisation.....	7
2.3	Metode til problemanalyse.....	8
2.4	Udfordringer ved tværsektorielle overgange	10
2.5	Genindlæggelser	11
2.5.1	Hvem er i risiko for genindlæggelse?	12
2.6	Løsninger på tværsektorielle udfordringer	13
2.6.1	Tværsektoriel informationsdeling	13
2.6.2	Interventioner	14
3	Kapitel - Afgrænsning og strategi	16
3.1	Problemafgrænsning	16
3.2	Problemformulering.....	17
3.3	Løsningsstrategi.....	17
4	Kapitel - Metode.....	18
4.1	Framework for metode.....	18
4.2	Studiedesign.....	20
4.3	Metode for kvantitativ dataindsamling	21
4.3.1	NoMAD	21
4.3.2	Rekruttering - kvantitativ	22
4.3.3	Opbevaring og behandling af kvantitative data	22
4.4	Metode for kvalitativ dataindsamling	23
4.4.1	Hermeneutisk videnskabelig tilgang	23
4.4.2	Kvale og Brinkmanns syv faser af interviewundersøgelse	24
4.4.3	Rekruttering - kvalitativ.....	31
4.5	Etiske overvejelser	31
5	Kapitel - Resultater	32
5.1	Deskriptiv analyse - Kvantitative resultater	32
5.1.1	Gruppering af data	33
5.1.2	Kohærens	33
5.1.3	Kognitiv deltagelse	35
5.1.4	Kollektiv handling	37
5.1.5	Refleksiv monitorering	39
5.2	Opsummering af kvantitative resultater	41
5.3	Eksplorativ analyse	42

5.3.1	Eksplorativ analyse for kohærens	43
5.3.2	Eksplorativ analyse for kognitiv deltagelse	44
5.3.3	Eksplorativ analyse for kollektiv handling	45
5.3.4	Eksplorativ analyse for refleksiv monitorering	46
5.4	<i>Opsummering af eksplorative resultater</i>	47
5.5	<i>Meningsanalyse - Kvalitative resultater</i>	48
5.5.1	Meningskodning samt -kondensering	48
5.5.2	Meningsfortolkning	49
5.6	<i>Opsummering af kvalitative resultater</i>	62
5.7	<i>Sammenligning af kvantitative og kvalitative resultater</i>	64
6	Kapitel - Diskussion	68
6.1	<i>Metodiske overvejelser</i>	68
6.2	<i>Sammenligning med videnskabelig litteratur</i>	69
6.3	<i>Anbefaling til implementering</i>	72
7	Kapitel - Konklusion	73
8	Referenceliste	74

1 Kapitel - Introduktion

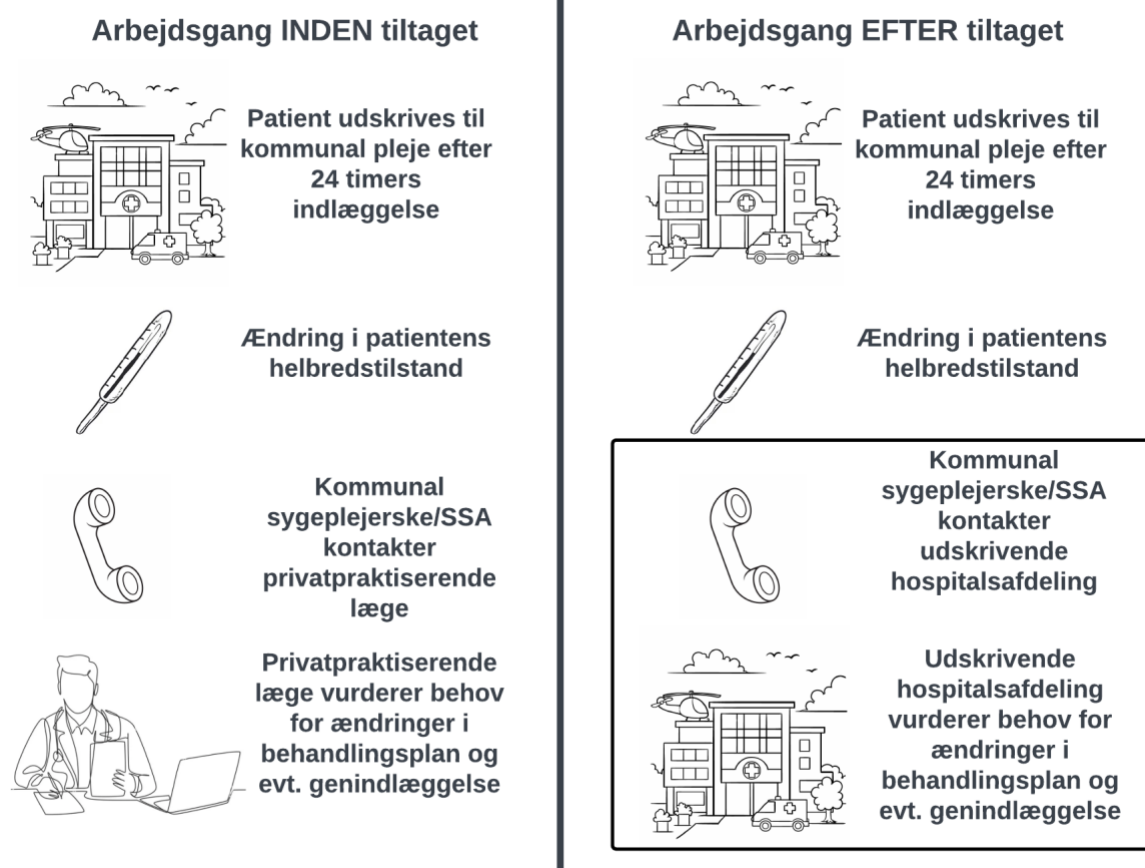
Følgende kapitel vil introducere og agere baggrundsviden for det politiske tiltag 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er et tiltag, hvorfra ansvaret for posthospitale patientforløb præciseres og pålægges den udskrivende hospitalsafdeling.

Tiltaget forventes implementeret i Region Nordjylland i løbet af 2023 jf. indeværende års budgetforlig (1).

Formålet med implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er at understøtte borgerens behandlingsforløb i form af øget kvalitet, øget patientsikkerhed, forbedret samspil mellem hospitaler og kommuner, samt mulig reduktion af genindlæggelser (2,3). Tidligere var behandlingsansvaret pålagt kommune og privatpraktiserende læge. I figur 1 visualiseres arbejdsgang og ansvarsfordeling hhv. inden og efter implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

Fokus for projektet var evaluering af den tidlige implementeringsfase i Region Nordjylland samt afdækning af personalets oplevelse af det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med patientforløb.



Figur 1 - Visualisering af arbejdsgang inden og efter implementering af udvidet behandlingsansvar. Ændring er markeret med firkant.

Region Hovedstadens visionsforslag fra juni 2021 *“Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”* har til formål at styrke det tværsektorielle samarbejde og derigennem forbedre patientforløb (4). I visionsforslaget blev seks mål fremlagt, hvoraf 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar indgik (4).

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar tager afsæt i den kommunale aftale omkring udskrivelse fra hospitalet til kommunale midlertidige sengepladser i forbindelse med COVID-19 (4,5). Ifølge kommunens aftale vedr. behandlingsansvar i forbindelse med COVID-19 fremgik, at behandlingsansvaret omfattede en varighed på 72 timer og var pålagt udskrivende hospitalsafdeling eller anden relevant hospitalsfunktion (5).

Forslaget *“Alle skal med”* blev i juni 2021 godkendt af Regionsrådet (6). Efterfølgende blev aftalen og model for implementering udarbejdet af en nedfældet arbejdsgruppe, bestående

af repræsentanter fra bl.a. hospitaler og kommuner (6). Pr. 1 februar 2022 trådte aftalen i kraft i Region Hovedstaden (6,7), som led i at understøtte sundhedslovens kapitel 16 vedr. regionernes ansvar for sygehusydelse (3,8).

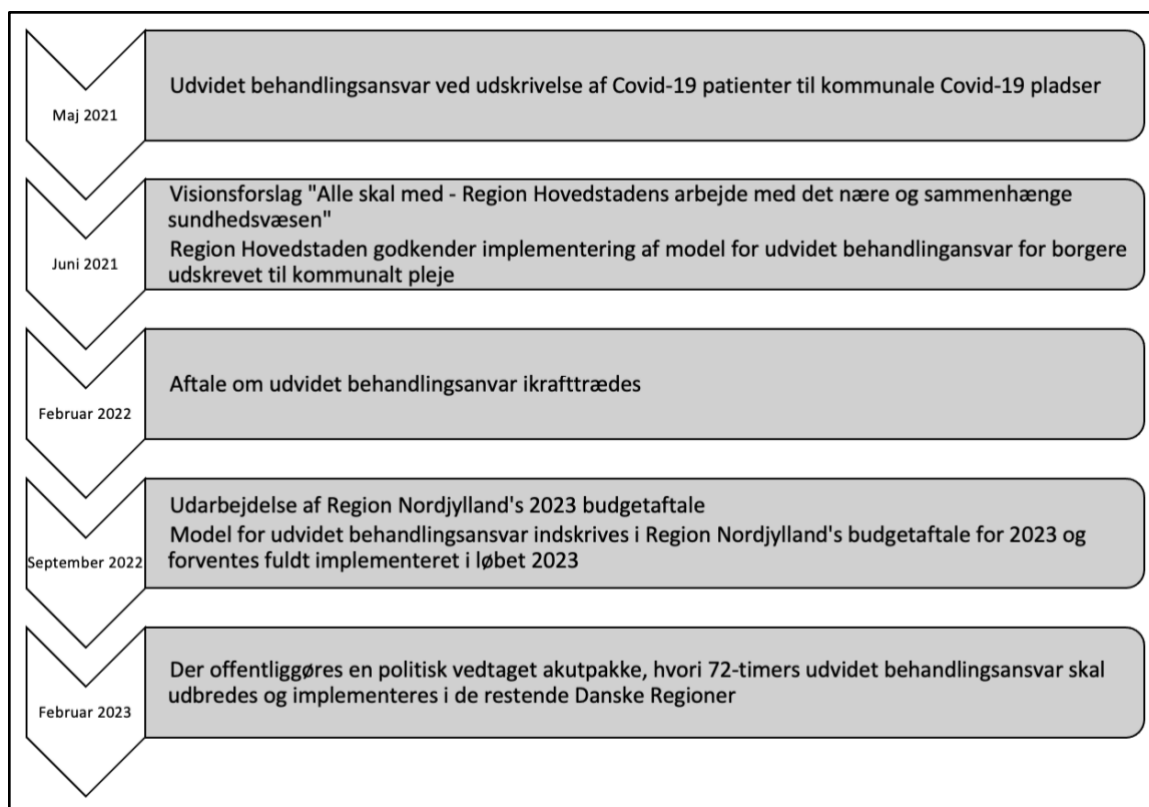
Implementeringsplanen var trinvis opdelt i tre dele (6). Første del omfattede patienter udskrevet til midlertidige kommunale døgnpladser, dernæst blev implementering udvidet til at omfatte patienter udskrevet til plejecentre (6). Afslutningsvis blev implementeringen udvidet til at inkludere patienter, som modtager kommunal sygepleje i eget hjem (6).

Det udvidede behandlingsansvar omfatter patienter, som efter minimum 24 timers indlæggelse, udskrives med kommunal sygepleje til midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre, kommunal sygepleje i eget hjem og på kommunale bosteder (3). Den udskrivende hospitalsafdeling varetager behandlingsansvaret for patienten i de efterfølgende 72 timer, såfremt afdelingen kontaktes af kommunal sygeplejerske, social- og sundhedsassistent (SSA) eller privatpraktiserende læge angående opfølgning og/eller ændring af patientens helbredstilstand (3).

På et pressemøde fra d. 3. februar 2023 præsenterede regeringen en akutplan for sundhedsvæsenet, hvori udbredelse af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar til resten af Danske Regioner indgik (9–11).

I Region Nordjyllands budgetaftale gældende primo 2023 beskrives, at 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar forventes implementeret i løbet af 2023 (1). Derfor havde Region Nordjylland allerede iværksat implementeringsplanen for udvidet behandlingsansvar forinden regeringens akutplan om udbredelse. Region Nordjylland befandt sig i afprøvningsfasen af implementeringen og anvender tilsvarende implementeringsmodel som Region Hovedstaden (6,12).

I nedenstående figur 2 ses tidslinjen over udvikling og implementering af udvidet behandlingsansvar.



Figur 2 - Visuel tidslinje over udvikling og implementering af 72 timers udvidet lægefaglige behandlingsansvar.

2 Kapitel - Problemanalyse

Følgende kapitel vil belyse problematikker ved patientforløb i tværsektorielle overgange samt samarbejde. Kapitlet indeholder afsnittene: Ansvarsfordeling ved det tværsektorielle patientforløb, Sundhedsvæsenet som organisation, Metode til problemanalyse, Udfordringer ved tværsektorielle overgange, Genindlæggelser og Løsninger på tværsektorielle udfordringer.

2.1 Ansvarsfordeling ved det tværsektorielle patientforløb

Region Nordjyllands dokument *“Kommunikation i det gode tværsektorielle indlæggelses- og udskrivesforløb for somatiske patienter - overdragelse af patienter mellem kommune og somatisk sygehus”* indeholder standardiserede beskrivelser af patientforløbets processer samt sundhedspersonalets ansvarsfordeling i forbindelse med tværsektorielle ind- og udskrivesforløb (13).

Dokumentet er udarbejdet i marts 2016 og af dokumentet fremgår det, at der pr. 1 januar 2023 er påbegyndt en opdatering af dokumentet (13), som formodes at omfatte den nye samarbejdsaftale omkring 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Forløbets aktiviteter ved udskrivelse af patienter til primærsektor og ansvarlige aktører beskrives i nedenstående tabeller. I tabel 1 beskrives aktiviteter og ansvarsfordelingen i sekundærsektor ved udskrivelse af patienter til primærsektor. I tabel 2 beskrives aktiviteter og ansvarsfordeling i primærsektor ved modtagelse af patienter udskrevet fra sekundærsektor. For at evaluere på udskrivelser og modtagelser af patienter vil det være fordelagtigt at inkludere involverede aktører i projektets undersøgelse af tiltaget.

Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig aktør
Koordinering/dokumentation	Aftaler og planer dokumenteres i EPJ. Udarbejdelse af udskrivesrapport, som danner grundlag for patientoverdragelsen til primærsektor. Rapporten indeholder bl.a. overblik over indlæggelsesforløb, diagnoser og fremtidige aftaler. Afklaring af behov afdækkes i samarbejde med patient og pårørende bl.a. ambulant kontrol og evt. hjemtransport.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Forebyggelse	Hvis relevant beskrives forebyggelsesindsatser.	Udskrivende læge og sygeplejerske

Plan for kontrol/efterbehandling/rehabilitering	Resumé over indlæggelse, som indeholder pleje- og behandlingstiltag, beskrives fyldestgørende til plan over senere plejeforløb. Telefonisk orientering af egen læge ved udskrivelse af kritisk syge patienter.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Medicin	Ordinering ajourføres i FMK. Medicinliste gennemgås af ansvarshavende aktør med patient og/eller pårørende og udleveres herefter. Epikrise tilsendes egen læge og tilgås. Orientering til hjemmepleje om plejeforløbsplan og ændringer i medicin.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Hjælpemidler	Såfremt varige hjælpemidler vurderes nødvendige kontaktes patientens kommune med henblik på bevilling. Patienter har selv ansvaret for midlertidige hjælpemidler.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Opfølgende hjemmebesøg	Vurdering om særlig opfølgning samt eventuel anbefaling til egen læge og kommune.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	Information om udskrivelse samt inddragelse af patient til planlægning af udskrivelse. Eventuelle pårørende inddrages og informeres.	Udskrivende læge og sygeplejerske
Patientinformation	Patient informeres vedr. relevant information under udskrivelsessamtale. Relevant materiale udleveres.	Udskrivende læge og sygeplejerske

Tabel 1 - Oversigt over kerneydelser, aktiviteter samt ansvarshavende i sekundærsektor.

Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig aktør
Modtagelse/dokumentation	Orientering i udskrivelsesrapport samt planlægning for modtagelse af borger.	Hjemmesygeplejerske
Behandling, pleje og rehabilitering	Medicin: Udskrevet borger får besøg af hjemmesygeplejerske dagen efter udskrivelse (2.-3. dag ved weekend), hvor medicin doseres. Opfølgende hjemmebesøg: Kommune og egen læge vurderer behov for særlig opfølgning.	Hjemmesygeplejerske Visitorator/hjemmesygeplejerske/egen læge
Forebyggelse	Igangsætter eller genoptager foranstaltninger med henblik på at forebygge	Hjemmesygeplejerske
Koordinering	Kommunal sundhedspersonale kontakter udskrivende	Hjemmesygeplejerske

	hospitalsafdeling ved eventuelle spørgsmål.	
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	Inddragelse af patienter og pårørende i tidligere/nye indsatser.	Hjemmesygeplejerske
Afslutning/Nye behandlingstiltag	Nye behandlingstiltag iværksættes efter ordination eller anbefalinger og dokumenteres.	Hjemmesygeplejerske

Tabel 2 - Oversigt over kerneydelser, aktiviteter samt ansvarshavende i primærsektor.

2.2 Sundhedsvæsenet som organisation

Det danske sundhedssystem er opbygget omkring stat, region og kommune (14). Danmarks velfærdssamfund er skattefinansieret og bygger på den nordiske velfærdsmodel (14,15). Den danske stat påtager sig ansvaret for borgernes helbred gennem fri adgang til sundhedsvæsenet. Staten udgør den overordnede, planlæggende og regulerende part, som skaber nationale politiske værdier samt mål for den offentlige sundhedssektor (16). Danmarks fem regioner er finansieret af statslig og kommunal støtte og er ansvarlige for varetagelse af driften af det danske sundhedsvæsen herunder hospitalsdrift samt driften af privatpraktiserende sundhedsprofessionelle (14,17). Kommunerne varetager opgaver i det nære sundhedsvæsen, herunder hjemmepleje, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremmende funktioner (16). For at underbygge forståelsen af det danske sundhedsvæsen som organisation kan Mintzbergs organisationsformer inddrages.

Ifølge Mintzberg består en organisation i varierende grad af fem elementer; operativ kerne, mellemlidelse, topledelse, teknostruktur og støttestruktur (18). Der findes i alt fem overordnede organisationsformer, som afhænger af organisationens fokus, opbygning og struktur (18). Disse organisationsformer og tilhørende elementers betydning varierer fra organisation til organisation og visualiseres gennem organisationsdiagrammer for transparens og forståelse (18).

Organisationsformen "det professionelle bureaukrati" er kendetegnet ved gennemgående professionalisering og overvejende decentralisering af beslutningskompetence til den operative kerne (18). I "det professionelle bureaukrati" fokuseres på faglighed og lægges vægt på formaliseret kompetence, som typisk erhverves gennem uddannelse (18). Opbygningen i

”det professionelle bureaukrati” er kraftigt specialiseret og består derfor af en række brede og komplekse horisontale strukturer i organisationsdiagrammet (18).

Det kan argumenteres, at sygehusvæsenet tilhører ”det professionelle bureaukrati”, da sygehusvæsenets afdelinger opdeles efter medicinsk specialisering. Dertil er beslutningskompetence og ansvar i høj grad uddelegeret til den operative kerne, som hovedsageligt består af plejepersonale – f.eks. ved vurdering af patient, indgift af medicin, prøvetagning mm. Dette muliggør, at sygehusvæsenets daglige drift kan fungere gennem hurtigere sagsbehandling og problemløsning.

I ”det professionelle bureaukrati” kan der opstå uoverensstemmelser, konflikter og indbyrdes rivalisering mellem faggrupper, hvilket kan medføre problemer med samarbejde og ledelse (18,19). Yderligere kan denne organisationsform have svært ved økonomistyring, da patienten og faglige standarder vægtes højere end økonomi (19), hvorfor sundhedsøkonomisk budgettering er politiske beslutninger. Dette kan medføre skiftende prioriteringer og besparelser, hvilket kan have betydning for sundhedspersonalets arbejdsgang.

Organisationsformens førnævnte brede og komplekse horisontale strukturer kan være medvirkende til at hindre kommunikationen til eksterne parter (19). Standardiseret informationsdeling og arbejdsgang muliggør effektiv intern informationsdeling mellem aktørerne i organisationen (19). Informationsdeling med eksterne aktører på tværs af organisationer kræver øget behov for tilpasning og kan være problematisk, da der bl.a. anvendes forskellige informationsteknologiske netværk og systemer (19). Primær og sekundær sundhedssektor anvender forskellige informationsteknologiske systemer, hvilket udgør en risiko for forringet kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne.

2.3 Metode til problemanalyse

Til identifikation af relevante søgeord og baggrundsviden for problemstillinger i forbindelse med sektorovergange og udfordringer blev foretaget en initierende usystematisk litteratursøgning gennem Google Scholar. Til udformning af problemanalysen blev der videre foretaget en systematisk litteratursøgning i de sundhedsvidenskabelige databaser PubMed og Embase.

Litteratursøgningen blev opstillet som bloksøgning med relevante søgeord fordelt i fire blokke (tabel 3 og 4). Søgeord i hver enkelt blok blev kombineret med den boolske operator "OR" for at sikre, at minimum ét ord fra hver blok indgik i søgningen. Blokkene blev kombineret med den boolske operator "AND" for at sikre, at søgeord fra hver blok indgik i søgningen.

Thesaurus for de respektive databaser blev anvendt til identifikation af termer. Relevante termer fra litteraturen, som ikke eksisterede i databasernes thesaurus, blev søgt som fritext. De to søgninger blev yderligere indskrænket til udelukkende at indeholde litteratur fra de seneste 10 år, for at reducere litteratur vedr. forældede problemstillinger. Embase og PubMed er to forskellige databaser, som benytter sig af forskellige brugerflader, hvorfor søgningerne blev tilpasset den enkelte database.

Danmark, Sverige, Norge, Island og Finland indgår i det fælles social- og sundhedspolitiske sektorprogram "Det nordiske samarbejde" (15). Landene samarbejder på baggrund af politiske, økonomiske, kulturelle og geografiske sammenligneligheder (15). Yderligere opererer disse lande med offentlige velfærdsstrategier og systemer, som grundlæggende er tilsvarende hinanden (15), hvorfor den systematiske søgning blev indskrænket til at indeholde litteratur fra Skandinavien.

Søgningerne resulterede i 100 og 95 publikationer i hhv. PubMed og Embase. Efterfølgende blev publikationerne gennemgået for relevans gennem titel og abstrakt samt efterfølgende gennemlæsning. Udvalgt litteratur ses i bilag 1.

Udvalgt litteratur fra den systematiske samt initierende søgning blev benyttet til udformning af problemanalysen.

Søgning i PubMed			
Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Continuity of Patient Care Posthospital transition Posthospital care Fragmentation Fragmented health care Fragmented health care system Discharge plan Discharge process Discharge instruction	Perspective Experience	Communication problem Information gap Error Adverse event Adverse reaction Patient readmission Patient readmissions	Denmark Danish Sweden Swedish Norway Norwegian Finland Finnish Iceland Icelandic Scandinavian

Tabel 3 - Bloksøgning i PubMed. Thesaurus-termer er markeret med fed.

Søgning i Embase			
Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Hospital discharge Fragmentation Fragmented health care Patient care planning Home care Posthospital transition Posthospital care	Perspective Experience	Information gap Error Adverse event Hospital readmission	Denmark Danish Sweden Swedish Norway Norwegian Finland Finnish Iceland Icelandic Scandinavian

Tabel 4 - Bloksøgning i Embase. Thesaurus-termer er markeret med fed.

2.4 Udfordringer ved tværsektorielle overgange

Hospitalsudskrivelse er en kompliceret proces, som ofte indebærer forskellige udfordringer (20). Den videnskabelige litteratur identificerer en række udfordringer ved tværsektorielle overgange mellem sundhedssektorer (21–24). Litteraturen beretter om udfordringer ved medicinadministration på tværs af sektorer (23,25,26), manglende udskrivelsesplaner (22), utilstrækkelig kvalitet i sektorovergang (23,27) og misforståelser mellem sundhedspersonale og patient (21).

Resultater af et amerikansk studie af Gadbois et al. fandt overgangene mellem sekundær- og primærsektor mangelfulde og problematiske, hvilket ifølge studiet skyldtes utilstrækkelig koordinering og organisering af pleje (23). Studiet konkluderede, at der var behov for ændringer, som kunne forbedre kvaliteten i overgangene efter udskrivelse til primærsektors sundhedstilbud (23).

I et norsk studie af Gautun, Bratt & Billings blev sygeplejerskers oplevelser af sektorielle overgange ved udskrivelse af ældre patienter i det norske sundhedssystem afdækket (27). Studiet inkluderede 4312 sygeplejersker ansat i primærsektor samt 2421 sygeplejersker ansat i sekundærsektor og undersøgte deres oplevelse vha. spørgeskema (27). Gautun, Bratt & Billings fandt diskrepans i sygeplejerskernes oplevelse, hvor sygeplejersker ansat i primærsektor anså kvaliteten af sektorovergange samt tværsektoriel informationsdeling som værende utilstrækkelig sammenlignet med sygeplejersker i sekundærsektor (27). Yderligere grupperede studiet sygeplejerskerne efter arbejdsgiver som ansat i hjemmepleje eller på plejecenter (27). Resultaterne viste, at sygeplejerskerne ansat i hjemmeplejen oplevede

større utilfredshed med kvaliteten af overgangene og tværsektoriel informationsdeling sammenlignet med sygeplejersker ansat på plejecentre (27).

Et svensk studie af Caleres et al. undersøgte overførsel af udskrivesdokumenter herunder medicinliste, behandlingsplan, udskrivesresumé mm. fra hospital til primærsektor ved udskrivelse af 115 inkluderede patienter >75 år (22). Caleres et al. fandt generelt mangelfulde overførsler af udskrivesdokumenter, hvor kun 41% af de udarbejdede udskrivesresuméer fra sekundærsektor blev overført og modtaget af primærsektor (22). Dertil blev procentsatsen for modtagne medicinlister fra sekundærsektor rapporteret til 46% (22). Yderligere blev rapporteret 31% opdaterede medicinlister i primærsektors system, hos patienter med ændring i medicinordinationen under hospitalsindlæggelse, hvilket blev beskrevet som utilstrækkeligt (22). Et norsk studie fandt lignende resultater, hvor der blev rapporteret, at 37% af patienter overført til primærsektor manglede medicinlister (25). Dertil fandt studiet, at det udskrivesansvarlige personale kontinuerligt afvigede fra retningslinjerne for udskrivelse i 94% af tilfældene (25).

Gennemgang og afstemning af medicinordination var afgørende for patientsikkerheden, da diskrepans i medicineringen kan føre til forværring af patientens helbredstilstand (28), hvilket potentielt kan føre til genindlæggelse.

2.5 Genindlæggelser

Internationale studier viser genindlæggelsesprocenter på 10-30% på tværs af landegrænser (29–32), hvilket kan tolkes som relativt hyppige, hvorfor dette udgør et globalt problem. Ifølge Danske Regioner var genindlæggelsesfrekvensen på somatiske patienter i 2021 opgjort til 10,9%, og har været konstant siden 2014, som er de tidligst tilgængelige data (33).

I Danmark er DRG-taksten fra 2021 opgjort til 2155 kr. pr. døgn for en indlæggelse (34), og ifølge en rapport fra Syddansk Universitet var de gennemsnitlige afdelingsdirekte indlæggelsesomkostninger opgjort til 30.000 kr. beregnet på baggrund af en gennemsnitlig indlæggelsestid på 7,5 dage (35). Af dette, sammenholdt med den relativt høje genindlæggelsesfrekvens, kan udledes, at genindlæggelser udgør høje omkostninger, og en reduktion heraf potentielt vil kunne skabe en sundhedsøkonomisk besparelse.

Et studie af Galen et al. fra 2017 undersøgte patienters og behandleres perspektiver vedr. muligheden for at forudse samt forebygge risikoen for genindlæggelser (31).

Dataindsamlingen blev foretaget på tværs af 15 lokationer fordelt på fire europæiske lande (31). Studiet konkluderede, at 27,8% af de undersøgte genindlæggelser blev vurderet som værende potentielt forudsigelige (31). Yderligere blev 14,4% af det samlede antal genindlæggelser vurderet til potentielt at kunne være forebygget og således undgået (31). Da genindlæggelser er relativt hyppige, og litteraturen samtidig viser, at en del af disse kan forudsiges og undgås, er det relevant at undersøge løsningsforslag, som kan nedbringe genindlæggelsesprocenten og derigennem skabe en besparelse.

2.5.1 Hvem er i risiko for genindlæggelse?

Ældre svækkede patienter er jf. litteraturen i høj risiko for at blive genindlagt (36,37). WHO beretter om en procentuel vækst af den ældre del af verdensbefolkningen (38). Danmarks Statistik rapporterer, at det forventes pr. 2030, at befolkningsgruppen > 80 år forøges med 59% sammenlignet med 2020 - dette svarer til yderligere 160.000 danskere > 80 år (39).

Ifølge den videnskabelige litteratur er diagnoserne hjertesvigt, KOL og lungebetændelse associeret med øget risiko for genindlæggelse (40). Yderligere rapporterer litteraturen, at flere forskellige faktorer har indflydelse på risikoen for genindlæggelse herunder faktorer som komorbiditet, polyfarmaci mm. (40).

Der er identificeret forskellige faktorer, som har indflydelse på beslutningsprocessen ved genindlæggelser fra kommunal sundhedssektor (41). Glette et al. har afdækket syv gennemgående temaer på baggrund af kvalitative interviews med kommunalt sundhedspersonale samt privatpraktiserende læger (41). Studiet rapporterede, at der ved udskrivelse og transition til kommunal sundhedssektor opstod et ansvarsskift fra hospital til kommune vedr. udarbejdelse af behandlingsplan og komplet udredning af patienten, såfremt dette ikke var udført inden udskrivelse (41). Studiet eksemplificerede, hvordan patienter blev udskrevet med en behandlingsplan, der ikke ressourcemæssigt kunne udføres i kommunal sundhedssektor, hvilket resulterede i genindlæggelser (41).

Ansvarsskiftet fra hospital til kommunal sundhedssektor kombineret med udskrivelse inden fuldkommen behandling af patient eller uigennemførlig behandlingsplan udgjorde således øget risiko for genindlæggelse. Manglende koordination samt informationsadgang og -deling skabte ifølge Glette et al. udfordringer i udskrivelsesprocessen (41). Kommunalt sundhedspersonale oplevede mangel på samarbejde på tværs af sektorer grundet bl.a.

utilstrækkelige/forsinkede udskrivesresuméer og timing af udskrivelse (41). Yderligere fandt studiet, at øget arbejdsbelastning, tidspres, sundhedspersonalets observationsevner og erfaringsniveau havde indflydelse på risikoen for genindlæggelse (41). Patientens præferencer og sociale relationer havde indflydelse på sundhedspersonalets beslutningstagen i forbindelse med genindlæggelse (41). Dertil viste litteraturen, at patientinvolvering havde betydning for risikoen for genindlæggelse (42,43), samt at velinformerede patienter ved udskrivelse var i mindre risiko for at blive genindlagt (42). Yderligere berettede patienter, at de følte sig utrygge og usikre ved udskrivelse til eget hjem, hvorfor litteraturen efterspørger en multimodal løsning på udfordringer ved udskrivelse af ældre patienter (44).

Af dette kan udledes, at adskillige faktorer og tilhørende udfordringer har indflydelse på genindlæggelser, hvilket kan være en ressourcekrævende proces både for sundhedspersonalet samt patienterne. Den stigende population af ældre, som er i øget risiko for genindlæggelse, vil potentielt udgøre et større fremtidigt problem, hvorfor mulige tiltag til at forbedre og sikre et sammenhængende patientforløb er relevante.

2.6 Løsninger på tværsektorielle udfordringer

Den videnskabelige litteratur har forsøgt at løse udfordringer i det fragmenterede sundhedssystem vha. forskellige interventioner for derigennem at gøre patientforløbet mere sammenhængende samt reducere genindlæggelser (24,45–53).

2.6.1 Tværsektoriel informationsdeling

I den videnskabelige litteratur er tværsektoriel kommunikation ved udskrivelse angivet som værende problematisk, hvor implementering af teknologiske kommunikationsredskaber har været afprøvet (46,47). Der rapporteres af sundhedspersonale, at teknologiske kommunikationsredskaber ikke leverede nødvendig information (46,47). Den manglende information kan forårsage ukorrekt medicinbehandling (47) og agere barriere for kommunikationen ved planlægning af patientforløb på tværs af sektorer (46). Årsagerne til den manglende information blev identificeret som strukturelle begrænsninger i de elektroniske kommunikationsplatforme samt manglende adgang til medicinoplysninger

(46,47). Dette kan jf. litteraturen skabe bekymringer fra sundhedspersonalet vedr. øget stress og arbejdspress (46,47). Yderligere beskrives manglende indsigt fra sekundærsektors sundhedspersonale i primærsektors arbejdsgang og derved kendskab til hvilke sundhedsinformationer, der er relevante i sektorovergangen (47). Den manglende indsigt kan påvirke det tværsektorielle samarbejde negativt (47) og derigennem øge en potentiel risiko for fejl i sektorovergangen, som kan forringe patientforløbet.

2.6.2 Interventioner

Litteraturens interventioner indebærer overordnet indgriben og ændringer i sundhedssystemernes arbejdsgange for at forbedre de tværsektorielle overgange og derigennem reducere antallet af genindlæggelser (24,45,49,51,54).

På baggrund af den systematiske litteratursøgning blev fem videnskabelige publikationer identificeret, som omhandlede førnævnte interventioner (24,45,49,51,54).

I to danske videnskabelige publikationer blev flerfasede interventioner ledet af sygeplejersker afprøvet og testet for effekt på genindlæggelser (49,51). De to studier viste ingen statistisk signifikante resultater på genindlæggelsesraten (49,51). Det norske studie af Danielsen et al. undersøgte effekten af en direkte hotline mellem hospital og patienter post hjerteoperation (45). Udover en direkte hotline-forbindelse bestod interventionen af to planlagte opfølgende opkald fra hospital til patient (45). Studiet viste ingen signifikant effekt på genindlæggelsesraten men fandt, at sundhedspersonalet efterspurgte yderligere forberedelse/oplæring inden implementeringen (45).

De resterende to identificerede studier, Torisson et al. og Pedersen et al., indebar hhv. et prospektivt ikke-randomiseret kontrolleret forsøg (24) samt et systematisk review (54) som begge viste statistisk signifikante reduktioner af genindlæggelser.

Interventionen i studiet af Torisson et al. indebar medicingennemgang af farmaceut, udskrivelseskonference, telefonisk follow-up samt direkte kontakt mellem undersøgelsesansvarlig hospitalslæge til privatpraktiserende læge (24). Det systematiske review af Pedersen et al. inkluderede 10 publikationer, som indebar forskellige typer interventioner med hensigten at reducere genindlæggelsesraten for KOL-patienter (54). Studiet konkluderede, at en struktureret planlægning af udskrivelsesprocessen havde en

statistisk signifikant reducerende effekt på genindlæggelsesraten (54). Studiet konkluderede ligeledes på baggrund af en metaanalyse, at der ikke kunne identificeres en mere fordelagtig intervention frem for andre typer (54).

Den videnskabelige litteratur tyder på, at det er muligt at reducere genindlæggelsesraten gennem ændringer i arbejdsgangen i forbindelse med udskrivesproceduren, som har til formål at forbedre de tværsektorielle overgange.

3 Kapitel - Afgrænsning og strategi

Følgende kapitel vil afgrænse problemfeltet samt beskrive løsningsstrategien for projektet. Kapitlet indeholder afsnittene: Problemafgrænsning, Problemformulering og Løsningsstrategi.

3.1 Problemafgrænsning

Den videnskabelige litteratur viser, at tværsektorielle overgange og udskrivelsesprocesser er forbundet med adskillige udfordringer (21–24).

Udfordringerne indebærer utilstrækkelig medicinadministration (23,25,26) manglende udskrivelsesplan (22), utilstrækkelig kvalitet i sektorovergang (23,27), misforståelser mellem sundhedspersonale og patient (21), samt manglende viden og indsigt om arbejdsgang på tværs af sektorer (47), hvilket kan have konsekvenser for patientens helbred og resultere i genindlæggelse. Dermed vil det være fordelagtigt at reducere disse for derigennem at skabe besparelser, sundhedsøkonomisk såvel som humanitært.

Dertil fremgår, at sundhedspersonalets oplevelse i forbindelse med tværsektoriel informationsdeling rapporteres som mangelfuld, hvilket kan skabe bekymringer, øget stress samt arbejdspress hos sundhedspersonalet (46,47).

Studier fra den videnskabelige litteratur har forsøgt at løse ovenstående udfordringer gennem interventioner, hvis formål var at skabe et mere sammenhængende patientforløb ved tværsektorielle overgange (24,45,49,51,54). Såfremt det tværsektorielle samarbejde forbedres, kan dette øge kvaliteten af sektorovergangen og patientforløbet.

Som led i at løse de tværsektorielle udfordringer er det politisk besluttet, at implementere tiltaget 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Danske Regioner.

Projektet vil omhandle evaluering af tiltaget i den tidlige implementeringsfase gennem afdækning af sundhedspersonalets perspektiv fra både sekundær- og primærsektor i Region Nordjylland.

3.2 Problemformulering

Hvordan oplever sundhedspersonale i Region Nordjylland den tidlige implementeringsfase af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i både primær- og sekundærsektor, og kan tiltaget bidrage til at forbedre det tværsektorielle samarbejde samt reducere udfordringer ved tværsektorielle overgange?

3.3 Løsningsstrategi

Til besvarelse af problemformulering og forståelse af projektets metodevalg præsenteres bagvedliggende teori.

Implementering er en kompleks proces, som berører mange komponenter herunder forståelse, interesse i forandring, involveringsgrad, omstillingsevne, motivation mm. (55). Den videnskabelige litteratur rapporterer om mange forskellige teorier til indsigt i specifikke områder, som indgår i implementeringsprocesser, fx teori om organisatorisk læring og teori om organisationskultur (55). Da førnævnte teorier omhandler specifikke indskrænkede områder, som overlapper og helt eller delvist indgår i implementeringsprocessen, vil det være fordelagtigt at inddrage en teori, som syntetiserer flere teorier og er målrettet implementering og evaluering heraf i sundhedsmæssig sammenhæng.

Normalization process theory (NPT) er en sociologisk teori udviklet til forståelse og evaluering af komplekse forandrings indgriben i daglig arbejdsgang i sundhedsregi (56). NPT er udviklet på baggrund af kvalitativ empiri og inkluderer fire nøglekomponenter: "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" og "Refleksiv monitorering" (56). NPT syntetiserer flere teorier, og benyttes til at evaluere implementeringer i sundhedsmæssige sammenhænge, hvorfor denne blev udvalgt til at belyse eventuelle forskelle i sundhedspersonalets opfattelse under forskellige implementeringsfaser. Region Hovedstaden blev valgt til sammenligning, da tiltaget i regionen er fuldt implementeret.

Da projektet undersøger sundhedspersonalets oplevelse af implementering af tiltaget, er kvalitative data fordelagtige. Yderligere kan indsamling af kvantitative data bidrage med et kvantificerbart perspektiv fra en større population, end kvalitative data tillader indenfor projektets rammer.

4 Kapitel - Metode

I følgende kapitel vil udvalgt metodisk fremgangsmåde til undersøgelse af projektets problemformulering blive beskrevet. Kapitlet indeholder afsnittene: Framework for metode, Studiedesign, Metode for kvantitativ dataindsamling, Metode for kvalitativ dataindsamling samt Ethiske overvejelser.

4.1 Framework for metode

NPT benyttes som tidligere beskrevet, og indgik som en gennemgående ramme for hele projektets metode. NPT består af de fire nøglekomponenter: "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" og "Refleksiv monitorering", som ifølge teorien defineres gennem 16 nøgleord fordelt på de fire nøglekomponenter (56).

"Kohærens" defineres ifølge May & Finch som værende en samling af faktorer, som skaber aktørernes opfattelse, hvilket er socialt bestemt af interventionen, og hvorvidt denne findes meningsfuld, anvendelig samt nyttig (56).

"Kognitiv deltagelse" defineres som værende en samling af faktorer, som er betydende for aktørernes deltagelse, ægte såvel som symbolsk (56). Faktorerne, som påvirker aktørernes deltagelse, inkluderer skabelse af engagement, involvering samt indarbejdelse af interventionen (56).

"Kollektiv handling" defineres som værende en samling af faktorer, som er betydende for, hvorvidt aktørerne er i stand til at udføre interventionen, herunder evner, organisatoriske og praktiske rammer såsom tilgængelige ressourcer (56).

"Refleksiv monitorering" defineres som værende en samling af faktorer, som er betydende for aktørernes refleksioner og vurderinger, såsom påskønnelse og udvikling af interventionen (56). De fire nøglekomponenter samt faktorerne beskrives som altafgørende for implementeringens udfald (56). Betydningen af disse kan variere i forskellig grad afhængig af interventionen samt implementeringsfasen (56).

I forskning, omhandlende evaluering af implementering i sundhedsregi, er NPT anvendt som framework for den videnskabelige metode (57–59).

NPT kan bidrage med et bredt perspektiv på implementering og evaluering af forandringer i sundhedssektoren, hvilket gør teorien fordelagtig at inddrage og anvende som analytisk

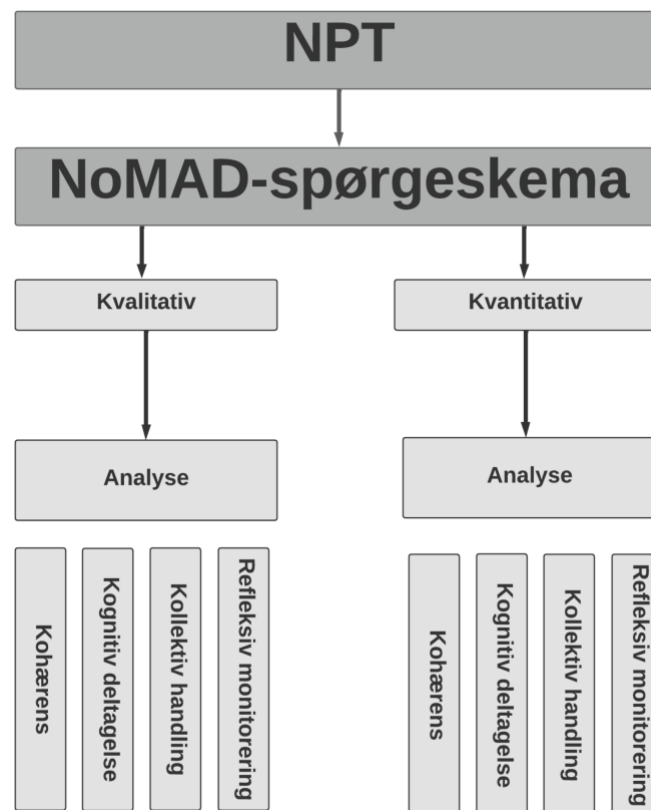
framework til besvarelse af projektets problemformulering omhandlende evaluering af implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar samt det tværsektorielle samarbejde. NOrmalization MeASURE Development Questionnaire (NoMAD) er et spørgeskema udviklet på baggrund af NPT og er et redskab til kvantitativ evaluering af implementering. Spørgeskemaet består af 20 udsagn, som er tilknyttet de fire nøglekomponenter fra NPT (60).

I nedenstående tabel 5 ses NoMAD-udsagn med tilhørende nøglekomponenter og -ord.

Nøglekomponent	Nøgleord	NoMAD-udsagn
Kohærens	Differentiering Fælles forståelse Individuel forståelse Internalisering	1. Det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar adskiller sig fra sædvanlige arbejdsgange. 2. Ansatte på min arbejdsplads har en fælles opfattelse af formålet med det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar. 3. Det er tydeligt for mig, hvordan det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar påvirker mit arbejdes karakter. 4. Jeg kan se den potentielle værdi af det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar i mit arbejde.
Kognitiv deltagelse	Indvielse Legitimation Indskoling Aktivering	5. Der er centrale personer, der driver det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar fremad og som får andre involveret. 6. Jeg mener at deltagelse i det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar er en legitim del af min arbejdsfunktion. 7. Jeg er åben overfor at arbejde sammen med kolleger på nye måder for at det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar kan leveres. 8. Jeg vil fortsat støtte tiltaget med det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar.
Kollektiv handling	Interaktionel bearbejdelighed Rationel integration Færdigheder Kontekstuel integration	9. Jeg kan let indarbejde det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar i mit nuværende arbejde. 10. Det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar forstyrrer samarbejdsrelationer. 11. Jeg har tillid til andre personers evne til at levere det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar. 12. Arbejdet gives til dem med passende evner til at levere det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar. 13. Der gives tilstrækkelig træning til alle involverede til at det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar kan implementeres. 14. Der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at understøtte det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar. 15. Der er tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning til det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar.
Refleksiv monitorering	Systematisering Fælles påskønnelse Individuel påskønnelse Rekonfiguration	16. Jeg kender til undersøgelser af effekten af det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar. 17. Alle involverede sundhedsprofessionelle er enige om, at det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar er umagen værd. 18. Jeg sætter pris på den effekt, det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar har haft på mit arbejde. 19. Feedback om det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar kan bruges til at forbedre den i fremtiden. 20. Jeg har indflydelse på, hvordan jeg arbejder med det 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar.

Tabel 5 - NoMAD-udsagn med tilhørende nøglekomponenter og -ord.

De fire nøglekomponenter dannede grundlag for udformningen af projektets studiedesign, hvor disse var gennemgående i dataindsamling, -behandling samt analyse. Projektets kvantitative og kvalitative metode blev baseret på NPT's fire nøglekomponenter og var gennemgående i dataanalysen. I figur 3 illustreres projektets processer samt inddragelsen af nøglekomponenterne fra NPT. Metodevalg uddybes i nedenstående afsnit.



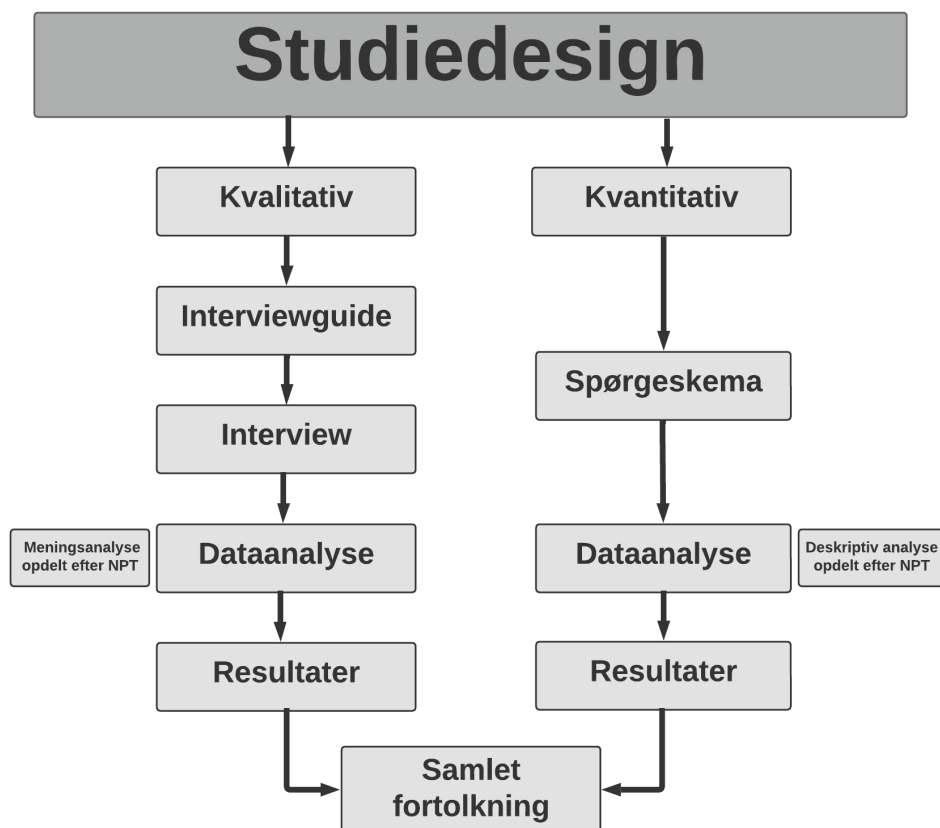
Figur 3 - Inddragelse af NPT i projektet.

4.2 Studiedesign

Mixed methods blev anvendt som projektets metodiske tilgang ved inkludering af kvalitative såvel som kvantitative data. Kombinationen af kvalitative og kvantitative data kan bidrage til en dybdegående forståelse af det undersøgte fænomen (61).

Konvergent paralleldesign blev udvalgt, hvilket er karakteriseret ved en sideløbende dataindsamling af kvantitative og kvalitative data (61). Dette studiedesign var fordelagtigt, da dette tillader en validering af kvantitative resultater gennem de kvalitative fund (61). Yderligere var designet fordelagtigt grundet projektets tidsramme.

I projektet blev spørgeskema anvendt til indsamling af kvantitative evalueringer af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. NoMAD-spørgeskemaets udsagn dannede grundlag for udformning af interviewguiden til indsamling af kvalitative data. Datatriangulering blev benyttet i form af dataindsamling fra flere lokationer - dette for at styrke validiteten af data. Anvendt studiedesign visualiseres i figur 4.



Figur 4 - Studiedesign.

4.3 Metode for kvantitativ dataindsamling

Følgende afsnit: NoMAD, Rekruttering - kvantitativ samt Opbevaring og behandling af kvantitative data indeholder den metodiske fremgangsmåde for den kvantitative dataindsamling.

4.3.1 NoMAD

NoMAD er et måleredskab baseret på NPT (62) og er udviklet specifikt til at vurdere implementeringsprocesser fra sundhedspersonalets perspektiv. Dertil er NoMAD valideret samt oversat til dansk (bilag 2) (60). Spørgeskemaets danske version består af 20 spørgsmål,

som besvares på en likert-skala fra 1-5, der repræsenterer hhv. “uenig”, “delvis uenig”, “neutral”, “delvis enig” og “enig”. NoMAD blev i dette projekt anvendt til indsamling af kvantitative data til at skabe et bredt overblik over sundhedspersonalets vurdering af implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Yderligere blev kendskab og/eller erfaring med tiltaget, region/kommune, afdelingsnavn/institutionsnavn samt profession indsamlet til senere stratificering af deskriptiver. Projektets tilrettede spørgeskema ses i bilag 3.

4.3.2 Rekruttering - kvantitativ

Gennem samarbejdspartnere fra Region Nordjylland blev der etableret kontakt til afdelinger fra primær- og sekundærsektor, hvor 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar var under afprøvning i Region Nordjylland. Rekrutteringen til projektets kvantitative dataindsamling foregik fra flere afdelinger fordelt på to regionale hospitaler samt to kommunale tilbud i Region Nordjylland. Den kvantitative dataindsamling foregik fysisk og/eller elektronisk efter de respektive afdelingslederes præference. Ligeledes foregik tilsvarende rekrutteringsmetode til kvantitativ dataindsamling i Region Hovedstaden fordelt på flere hospitaler samt afdelinger.

Inklusion for deltagelse i den kvantitative dataindsamling blev udformet på baggrund af dokument for ansvarsfordeling under et tværsektorielt patientforløb samt information fra samarbejdspartnere. Dette indebar inklusion af læger, sygeplejersker og SSA fra sekundærsektor samt sygeplejersker og SSA fra primærsektor.

4.3.3 Opbevaring og behandling af kvantitative data

Data blev opbevaret i REDCap, hvilket efterlever GDPR-lovgivning - fysiske spørgeskemabesvarelser blev manuelt ajourført i REDCap af to uafhængige gruppemedlemmer og efterfølgende destrueret.

For at skabe overblik over indsamlede kvantitative data og fordeling af denne blev statistikværktøjet SPSS anvendt til fremstilling af deskriptiver.

Data blev inddelt efter NPT's fire nøglekomponenter, hvoraf gennemsnit og standardafvigelse for udsagn under respektive nøglekomponent blev udregnet. Yderligere blev den procentuelle fordeling af enighed udregnet, inddelt i “enig”, “neutral” og “uenig”. “Enig” blev

defineret ved score ≥ 4 , "neutral" =3 og "uenig" ≤ 2 . Der blev benyttet afrunding af decimaler til nærmeste hele tal.

Deskriptiver blev udregnet og præsenteret i tabeller for grupperne: (læger*sygeplejersker*SSA), (Region Nordjylland*nordjyske kommuner), (regionale læger*regionalt plejepersonale) og (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale). Sygeplejersker og SSA blev i projektet defineret som plejepersonale, hvorfor disse professioner udgjorde denne statistiske gruppering. Grupperingen "Region Nordjylland" bestod af læger, sygeplejersker og SSA fra sekundærsektor.

Ovenstående deskriptiver bidrog til synliggørelse af mulige tendenser i datasættet. Ved fund af mulige tendenser blev passende eksplorative analyser udført.

4.4 Metode for kvalitativ dataindsamling

Følgende afsnit: Hermeneutisk videnskabelig tilgang, Kvale og Brinkmanns 7 faser af interviewundersøgelse samt Rekruttering - kvalitativ indeholder den metodiske fremgangsmåde for den kvalitative dataindsamling.

4.4.1 Hermeneutisk videnskabelig tilgang

Et centralt nøglebegreb inden for hermeneutikken er forforståelse (63). Ifølge den hermeneutiske tilgang har forventning, mening og fordom indflydelse på forståelse (63). Bevidst eller ubevidst opstilles antagelser, som enten bliver be- eller afkræftet af forforståelsen, som danner den individuelle forståelse (63). Dette fortsætter, som del af den hermeneutiske cirkularitet, da nye erfaringer og indtryk danner nye delforståelser, som vil udgøre en del af den allerede tillærte forforståelse og derfor have indflydelse på fremtidig forståelse af ny viden gennem gensidig påvirkning (63). Når helhedsforståelsen revideres ved tilegning af nye delforståelser, kan fællesforståelse opstå mellem mennesker, hvilket ifølge hermeneutikken kaldes horisontsammensmeltning (63).

Under projektets dataindsamling og analyse var projektets forfattere vha. hermeneutikken bevidste omkring forforståelse og dets påvirkning på resultaterne.

4.4.2 Kvale og Brinkmanns syv faser af interviewundersøgelse

Kvale og Brinkmanns syv faser af interviewundersøgelse er en systematisk tilgang til kvalitative forskningsinterviews, som består af følgende syv faser (tabel 6):

Fase 1 - tematisering af interviewprojekt	Denne fase omhandler det grundlæggende arbejde forud for selve interviewet. Tematiseringen omhandler udformning af forskningsspørgsmål samt den teoretiske baggrund af det undersøgte område. I denne fase afklares formålet samt indsamlingen af empiri inden den metodiske struktur for interviewet bestemmes.
Fase 2 - design	I denne fase designs og planlægges hele undersøgelsen af alle faser, før interviewene foretages
Fase 3 - selve interviewet	I denne fase gennemføres interviewet på baggrund af den udformede interviewguide. Der anvendes en reflekteret tilgang til den ønskede viden. I denne fase skal de interpersonelle relationer overvejes samt håndteres.
Fase 4 - transskription	I denne fase forberedes materiale/data til videre analyse. Transskribering kan bidrage til at skabe overblik over materiale til efterfølgende sammenfatning.
Fase 5 - analyse	I denne fase afgøres og udvælges relevante analysemetoder til bearbejdelse af indsamlede empiri.
Fase 6 - verifikation	I denne fase vurderes gyldigheden af interviewets analyse og resultater. Dette omfatter vurdering af metoder, tolkninger, validitet, reliabilitet mm.
Fase 7 - rapportering	I denne fase rapporteres resultaterne i form af et skriftligt videnskabeligt produkt. I denne fase tages der hensyn til undersøgelsens etiske aspekter.

Tabel 6 - Kvale og Brinkmanns syv faser af interviewundersøgelse.

Projektets interviews, udformning af disse og tilhørende processer blev struktureret med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns syv faser for at sikre videnskabelig struktur i tilgang og arbejdsprocesser. I nedenstående afsnit vil faserne i relation til projektets metodiske kvalitative valg uddybes. Fase 6 omhandler vurdering af kvalitative resultater, metode mm., hvilket præsenteres i diskussion i kapitel 6. Fase 7 indbefatter selve udarbejdelsen af det skriftlige produkt og vil derfor ikke blive beskrevet nærmere.

4.4.2.1 Fase 1 - Tematisering af interviewprojekt

I fase 1 indgik projektets problemanalyse samt den udformede problemformulering som grundlag for de interviewmetodiske valg. For at afdække sundhedspersonalets oplevelse af implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, blev en semistruktureret metodetilgang anvendt til interview. Semistrukturerede interviews har til formål at forstå

temaer fra subjektets perspektiv (64). Denne fleksible interviewform er tilnærmelsesvis en hverdagssamtale, men har et professionelt aspekt, hvor interviewerens har et underliggende formål, som afdækkes via en særlig tilgang og teknik (64). Interviewet struktureres gennem en udformet interviewguide, hvilket gør, at interviewet hverken bliver helt åbent eller helt lukket (64). Interviewguiden har til formål at styre interviewets forløb, således forskellige tematikker bliver afdækket samtidig med, at der er fleksibilitet til at afvige fra de planlagte tematikker (64). Ifølge Kvale og Brinkmann kan det semistrukturerede kvalitative interview uddybes gennem 12 aspekter (tabel 7) (64).

Kvale og Brinkmanns 12 aspekter for semistrukturerede interviews	
Aspekt	Beskrivelse
Livsverden	Den levede hverdagsverden i relation til videnskabens verden. Livsverdenen er subjektets fremstilling og oplevelse af hverdagslivet.
Mening	Interviewet har til formål at skabe forståelse for subjektets levede verden. Interviewer har opmærksomhed på, hvad subjektet siger, og hvordan det siges.
Kvalitativ	Modsat kvantitative metoder søger interviewet viden i det kvalitative sprog gennem præcision og stringens i beskrivelser og udsagn.
Deskriptiv	Der opfordres til, at subjektet forholder sig deskriptivt til sine besvarelser og beskriver dem uddybende samt så præcist som muligt. Der skal beskrives, hvad subjektet oplever og føler, samt hvilke handlinger fænomenet fører til.
Specificitet	Der spørges til beskrivelse af specifikke situationer og ikke til generelle holdninger. På denne måde når interviewerens frem til betydninger på et konkret plan.
Den bevidste naivitet	Interviewerens skal forholde sig åben for at indhente så forudsætningsløst data som muligt. Den bevidste naivitet indebærer, at interviewerens stiller sig kritisk overfor egne forudsætninger og udviser nysgerrighed samt sensitivitet overfor uventede fænomener.
Fokus	Der er i interviewet fokus på bestemte temaer. Der stilles åbne spørgsmål, samtidig med at der er fokus på forskningsemnet. Interviewerens guider subjektet til forskellige temaer uden at frembringe bestemte meninger.
Flertydighed	Subjektets besvarelser kan være flertydige og modstridende med tidligere besvarelser gennem interviewet. Interviewerens opgave er at afdække, hvorvidt dette fænomen opstår på baggrund af en kommunikationsbrist, eller om udtalelser afspejler inkonsistens, ambivalens eller modsigelser i subjektets livsverden.
Forandring	Subjektet kan gennem interviewet ændre holdning til temaet og opdage nye aspekter ved refleksionsprocesser, der kan foregå under interviewet. Der kan være en læreproces for både interviewer og subjektet, der bliver

	interviewet.
Sensitivitet	Forskellige interviewere kan udvinde forskellige data på baggrund af samme interviewguide. Varierende grad af sensitivitet og forhåndsviden om emner har betydning for produktet af interviewet. Dette er i direkte modstrid med "Den bevidste naivitet" og aspektets forudsætningsløse interviewtilgang.
Interpersonel situation	Intervieweren og subjektet interagerer i relation til hinanden, hvori der skabes viden. Denne interaktion kan udløse forsvarsmekanismer hos begge parter, hvorfor der skal være et øget fokus på subjektets grænser. Samspillet kan være unikt for subjektet og dermed skabe en unik viden.
Positiv oplevelse	Et veludført interview efterlader subjektet med en positiv oplevelse og indsigt i eget liv. Det kan være vanskeligt at afslutte et interview, da subjektet måske gerne vil fortsætte samtalen.

Tabel 7 - Kvale og Brinkmanns 12 aspekter for semistrukturerede interviews.

Dette projekt tilstræber at indsamle sundhedspersonalets perspektiv og opnå dybdegående indsigt i oplevelser af implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Dette kan opnås vha. det semistrukturerede interviewformat, da dette format tillader høj grad af fleksibilitet, således der er rum til at udforske subjekternes livsverden vedr. implementeringen og tværsektorielle overgange samtidig med, at udvalgte tematikker afdækkes gennem den foruddefinerede interviewguide.

4.4.2.2 Fase 2 - Design

I fase 2 blev interviewguiden udformet på baggrund af NPT's nøglekomponenter og NoMAD-spørgeskemaets udsagn. I denne fase blev separate spørgsmål udformet og formuleret ud fra hvert enkelt udsagn fra spørgeskemaet (bilag 4). "Fælles forståelse", "Indvielse", "Aktivering", "Systematisering" og "Fælles påskønnelse" indgik ikke i interviewguiden, da disse blev vurderet som værende tilstrækkeligt afdækket gennem kvantitativ dataindsamling.

"Fælles forståelse" og "Fælles påskønnelse" blev ekskluderet fra interviewguiden, da disse dækker over fælles holdninger, hvilket kan være vanskeligt at afdække gennem individuelle interviews. Ligeledes kan et individuelt skøn af fælles holdninger skabe usikkerhed af datas validitet. "Indvielse" indgik ikke i interviewguiden, da spørgsmålet omhandlende centrale personer blev tilstrækkeligt afdækket gennem den kvantitative data, og at det i forvejen var politisk besluttet, at ansvaret for tiltagets udbredelse var placeret hos lokalt sundhedspersonale, var der ikke behov for yderligere uddybning.

Da tiltaget er politisk besluttet og støtte til tiltaget er pålagt, var spørgsmål vedr. fortsat støtte af tiltaget irrelevant og dermed blev "Aktivering" ekskluderet.

"Systematisering" fremgik ligeledes ikke af interviewguiden, da der ved udformning af projektet ikke forelå videnskabelig evidens vedr. tiltaget. Interviewguiden bestod således af 15 spørgsmål, hvilket illustreres i tabel 8.

Kvale og Brinkmanns aspekt "Fokus" blev inddraget ved udformning af interviewguide i form af åbne spørgsmål.

Nøglekomponent	Spørgsmål
Kohærens - Differentiering - Individuel forståelse - Internalisering	Hvordan adskiller din arbejdsgang sig fra før implementeringen af tiltaget? Kan du beskrive din arbejdsgang før og efter implementeringen af tiltaget? Hvad er dine tanker om formålet med tiltaget? Ser du andre potentialer for tiltaget?
Kognitiv deltagelse - Indvielse* - Legitimation - Indskoling	Ser du mening i at arbejde med tiltaget? Hvorfor? Kan du beskrive om dit samarbejde med kollegaer ændres i forbindelse med implementeringen af tiltaget?
Kollektiv handling - Interaktionel bearbejdelse - Rationel integration - Færdigheder - Kontekstuel integration	Hvordan har indarbejdelsen af tiltaget været? Har du oplevet udfordringer ved tiltaget? Hvilke? Kan du beskrive dit samarbejde med dine kollegaer i den modsatte sektor? Oplever du, at dine kollegaer i den modsatte sektor har evner til at bære ansvaret? Hvorfor? Hvordan har du oplevet introduktionen af tiltaget? Oplever du, at der er passende ressourcer til rådighed for at kunne understøtte tiltaget? Hvilke og hvordan? Herunder træning
Refleksiv monitorering - Individuel påskønnelse - Rekonfiguration	Har du noget feedback der kan bruges til at forbedre tiltaget i fremtiden? Oplever du at have indflydelse på dit arbejde med tiltaget? Hvilken effekt har tiltaget haft på dit arbejde?

Tabel 8 - Interviewguidens 15 spørgsmål inddelt efter nøglekomponenter.

4.4.2.3 Fase 3 - Selve interviewet

Under projektets interviews var der fokus på at lade informanten præsentere sine oplevelser explicit og skabe forståelse for disse samt mening fra informantens perspektiv for

derigennem at efterleve Kvale og Brinkmanns aspekter vedr. "Livsverden" samt "Mening" for semistrukturerede interviews. For at inddrage aspekterne "Deskriptiv" og "Specificitet" blev informanterne ligeledes bedt om at forholde sig uddybende samt eksemplificere deres udtalelser. Inddragelse af "Flertydighed" og "Forandring" blev gjort ved at opsummere informantens udtalelser for at ensrette forståelser, hvor pauser blev anvendt, for at informanten havde plads til at reflektere over egne udtalelser. Alle interviews blev gennemført af samme forfatter for mest mulig standardisering - dette for at efterleve aspektet "Sensitivitet".

Alle projektmedlemmer var til stede under samtlige interviews og havde forudbestemte roller, bestående af interviewer, referent og praktisk ansvarlig. Gennem rollefordelingen var der tydelig fordeling af ansvar og arbejdsopgaver, hvilket bidrog til struktureret og standardiseret udførelse af interviews. Alle projektmedlemmer havde mulighed for at stille supplerende spørgsmål for at sikre indsamling af tilstrækkeligt og fyldestgørende data. Interviews havde en varighed mellem 15-35 minutter.

Samtlige interviews blev optaget til senere transskribering. Lydmaterialet blev efterfølgende slettet.

4.4.2.4 Fase 4 - Transskribering

Microsoft Word Online blev anvendt som værktøj til transskribering af det kvalitative data, hvorefter transskriberingerne blev gennemgået og tilrettet manuelt. Gennemgangen blev udført af to uafhængige gruppemedlemmer for at reducere risikoen for fejl under transskribering.

4.4.2.5 Fase 5 - Analyse af interview

Ifølge Kvale og Brinkmann findes overordnet tre former for interviewanalyse herunder analyser med fokus på mening, analyser med fokus på sprog samt generelle analyser (64).

Da projektet ønskede at afdække sundhedspersonalets oplevelse af implementering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar samt tværsektorielt samarbejde, blev analyse med fokus på mening udvalgt. Denne overordnede analyseform var medvirkende til at give et dybere indblik i meningen gennem hermeneutisk tekstfortolkning (64). Analyseformen består af tre dele: meningskodning, meningskondensering samt meningsfortolkning.

Kodningsprocessen består af gennemlæsning af data samt inddeling af relevante udtalelser i koder - således der foregår en dekontekstualisering (64). Under denne proces knyttes minimum et nøgleord til den udvalgte udtalelse (64) - dette gøres for at skabe overblik til senere analyse. I projektet blev begrebsstyret kodning anvendt på baggrund af NPT's fire nøglekomponenter. For at sikre fælles forståelse i kodningsprocessen blev, med udgangspunkt i NoMAD-spørgeskemaets udsagn, udviklet prædefinerede beskrivende termer til senere kodning. Disse beskrivende termer blev tilknyttet respektive nøgleord fra NPT, og derigennem blev udtalelser fra interviewenes transskriptioner matchet og kodet med nøgleordene. Sammenhæng mellem nøglekomponenter, nøgleord og prædefinerede beskrivende termer ses i tabel 9.

Nøglekomponenter	Nøgleord	Prædefinerede beskrivende termer
Kohærens	Differentiering	- Arbejdsgang
	Individuel forståelse	- Formål
	Internalisering	- Potentiale - Værdi
Kognitiv deltagelse	Legitimation	- Mening
	Indskoling	- Samarbejde med kollegaer
Kollektiv handling	Interaktionel bearbejdelighed	- Indarbejdelse - Implementering
	Rationel integration	- Samarbejde mellem sektorer - Tillid til kollegaer
	Færdigheder	- Evner - Træning
	Kontekstuel integration	- Ressourcer - Ledelse
Refleksiv monitorering	Individuel påskønnelse	- Umagen værd
	Rekonfiguration	- Feedback - Indflydelse

Tabel 9 - Oversigt over inddeling af koder lavet på baggrund af NPT's nøglekomponenter.

Som led i meningskodning og for at understøtte struktur og overblik over meningsindhold blev det transskriberede data overført til dataanalyseprogrammet NVivo, hvori kodning blev foretaget.

For at styrke projektets meningskodningsproces blev kodningerne foretaget via forskertrianglering, som indebar meningskodning uafhængigt af flere af projektets forfattere, hvilket var medvirkende til at styrke kodernes validitet. Grundet anvendelse af begrebsstyret kodning var temaer prædefineret, som følgende: "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" samt "Refleksiv monitorering". Ifølge Kvale & Brinkmann kan centrale temaer indeholde multiple koder, som alle bidrager med samme mening (64). Hver separat udtalelse blev i dette projekt udelukkende tilknyttet én kode for adskillelse af nøglekomponenter. NVivo blev ligeledes kodning anvendt til inddeling i temaer.

Efter identificering af koder blev kondenseringsprocessen påbegyndt. I denne proces komprimeres og syntetiseres længere koder, hvor længere udtalelser blev komprimeret til kortere sætninger, som indeholdt samme mening som den oprindelige udtalelse (64). Dette bidrog til at tydeliggøre meningen i de respektive udtalelser inden fortolkningsprocessen. Alle kodede udtalelser blev skematiseret og efterfølgende diskuteret i projektgruppen for konsensus. Ved tvivl om mening blev udtalelser gennemgået via lydoptagelse for at mindske fejlfortolkning.

Ved udtalelser med gentaget indhold fra samme informant blev den mest præcise udtalelse udvalgt til senere anvendelse i meningsfortolkning. For forståelse af arbejdsproces i meningskondenseringen og udvælgelse af udtalelser se uddrag i bilag 5.

Efterfølgende blev de kondenserede udvalgte udtalelser, for hver enkelt informant, skematiseret for at danne overblik til sammenligning i fortolkningsprocessen - se uddrag i bilag 6.

I fortolkningsprocessen tolkes og rekontekstualiseres de tidligere dekontekstualiserede koder og temaer (64). Ved at rekontekstualisere går fortolkeren ud over direkte italesatte udsagn og forholder sig kritisk til det bagvedliggende (64). Meningsfortolkning kan omfatte multiple tolkningstilgange (64). Projektets tolkningstilgang tog afsæt i NPT.

4.4.3 Rekruttering - kvalitativ

Rekruttering til kvalitative interviews foregik blandt respektive afdelinger og samme professioner som den kvantitative dataindsamling i Region Nordjylland og Region Hovedstaden. Da tiltaget i Region Nordjylland var under afprøvning og derfor udbredt i begrænset omfang, var inklusionskriteriet for deltagelse i interview, at informanten blot havde kendskab til tiltaget. Informanten skulle således ikke nødvendigvis have praktisk erfaring med patientforløb omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Dette kriterium blev oprettet for at undgå en eventuel begrænsning i antallet af tilgængelige informanter.

Informanterne blev, grundet geografisk afstand, tilbudt at interviewet kunne afholdes telefonisk, online eller fysisk efter præference. Online og telefonisk interview blev anset som havende ingen til minimal indflydelse på interviewets outcome på baggrund af foreliggende evidens (65,66) .

4.5 Etiske overvejelser

Jf. Datatilsynet inkluderer definitionen af personfølsomme oplysninger fagforeningsmæssigt tilhørsforhold (67), hvorfor der kræves indhentning af udtrykkeligt samtykke inden deltagelse (68), da spørgeskemaet inkluderede fagprofession.

Deltagerne modtog jf. Helsinki-deklarationen, skriftlig og/eller mundtlig information vedr. projektet og afgav informeret samtykke inden udfyldelse af NoMAD-spørgeskemaerne samt deltagelse i interview (69). Ligeledes blev deltagere informeret om, at deres samtykke til enhver tid kunne trækkes tilbage uden konsekvenser.

Inden udførelsen af interview blev der gjort overvejelser med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns aspekt vedr. den interpersonelle interaktion (64). Under selve interviewet var der øget fokus på informantens personlige grænser og forsvarsmekanismer, som kan have indflydelse på den interpersonelle dynamik samt kvaliteten af data.

5 Kapitel - Resultater

I følgende kapitel vil projektets kvantitative og kvalitative resultater blive præsenteret inddelt efter NPT's fire nøglekomponenter. Kapitlet indeholder afsnittene: Deskriptiv analyse - Kvantitative resultater, Opsummering af kvantitative resultater, Eksplorativ analyse, Opsummering af eksplorative resultater, Meningsanalyse - Kvalitative resultater, Opsummering af kvalitative resultater, Sammenligning af kvantitative og kvalitative resultater.

Grundet identificeret sikkerhedsbrist i REDCap-plattformen fandt et længerevarende nedbrud sted i perioden fra d. 20/4-2023. Dette medførte, at indsamling af NoMAD-besvarelser fra Region Hovedstaden ikke var mulig indenfor projektets tidsramme, da den kvantitative dataindsamling fra Region Hovedstaden var planlagt i samme periode, hvorfor disse ikke vil indgå i resultatafsnittet.

5.1 Deskriptiv analyse - Kvantitative resultater

Der blev indsamlet 65 spørgeskemabesvarelser fordelt på fire regionale hospitalsafdelinger samt to kommunale tilbud i Region Nordjylland. Ti besvarelser var ufuldkomne og blev således ekskluderet inden dataanalysen. 55 besvarelser blev inkluderet i dataanalysen, hvoraf tre respondenter (en regional sygeplejerske og to regionale læger) ikke havde kendskab til tiltaget, hvorfor yderlig besvarelse af NoMAD ikke blev udført. Dette resulterede i 52 NoMAD-besvarelser fordelt på 33 regionale og 19 kommunale besvarelser. Fordeling af spørgeskemabesvarelser ses i tabel 10. 18 respondenter havde ikke været involveret i patientforløb omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvilket tydeliggøre den tidlige implementeringsfase.

	Læge	SSA	Sygeplejerske	Total
Region	16	2	15	33
Kommune	0	8	11	19
Total	16	10	26	52

Tabel 10 - Fordeling af spørgeskemabesvarelser.

5.1.1 Gruppering af data

De deskriptive data for samtlige nøglekomponenter blev grupperet efter (læger*sygeplejersker*SSA), (Region Nordjylland*nordjyske kommuner), (læger*regionalt plejepersonale), (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale). Da det udelukkende var plejepersonale, som blev rekrutteret i den kvantitative dataindsamling fra de to kommunale tilbud i Region Nordjylland, var data fra grupperingerne "nordjyske kommuner" og "kommunalt plejepersonale" identiske.

5.1.2 Kohærens

Ved benyttelse af de tidligere beskrevne gruppeinddelinger viste de deskriptive data for "Kohærens", at lægerne havde lavere gennemsnitsværdi sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA. SSA havde højere gennemsnitlige værdier sammenlignet med sygeplejerskerne. Hertil var SSA mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kohærens". Lægerne havde en tendens til at svare mere neutralt eller uenigt sammenlignet med de resterende to professioner (tabel 11).

	Læger		Sygeplejersker	SSA
Kohærens	GNS ± SD	3,25 ± 0,57	4,03 ± 0,69	4,20 ± 0,75
	Uenig %	6,3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
	Neutral %	50% (n=8)	23,1% (n=6)	20% (n=2)
	Enig %	43,8% (n=7)	76,9% (n=20)	80% (n=8)

Tabel 11 - "Kohærens" grupperet efter profession.

Region Nordjylland og nordjyske kommuner som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at kommunalt personale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med personalet i Region Nordjylland. Hertil var personalet i Region Nordjylland mere neutrale sammenlignet med personalet i nordjyske kommuner, som udviste 100 % enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kohærens" (tabel 12).

	Region Nordjylland		Nordjyske kommuner
Kohærens	GNS ± SD	3,48 ± 0,72	4,41 ± 0,39
	Uenig %	3% (n=1)	0% (n=0)
	Neutral %	48,5% (n=16)	0% (n=0)
	Enig %	45,7% (n=16)	100% (n=19)

Tabel 12 - "Kohærens" grupperet efter Region Nordjylland og Nordjyske kommuner.

Lægelig profession og regionalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at plejepersonalet havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med lægerne. Hertil var det regionale plejepersonale mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn i "Kohærens" sammenlignet med lægerne (tabel 13).

	Læger		Regionalt plejepersonale
Kohærens	GNS ± SD	3,25 ± 0,57	3,71 ± 0,79
	Uenig %	6,3% (n=1)	0% (n=0)
	Neutral %	50% (n=8)	47,1% (n=8)
	Enig %	43,8% (n=7)	52,9% (n=9)

Tabel 13 - "Kohærens" grupperet efter læger og regionalt plejepersonale.

Regionalt og kommunalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at det kommunale plejepersonale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med det regionale plejepersonale. Hertil var regionalt plejepersonale mere neutrale sammenlignet med det kommunale plejepersonale, som udviste 100 % enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kohærens" (tabel 14).

	Regionalt plejepersonale		Kommunalt plejepersonale
Kohærens	GNS ± SD	3,71 ± 0,79	4,41 ± 0,39
	Uenig %	0% (n=0)	0% (n=0)
	Neutral %	47,1% (n=8)	0% (n=0)
	Enig %	52,9% (n=9)	100% (n=19)

Tabel 14 - "Kohærens" grupperet efter regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale.

5.1.3 Kognitiv deltagelse

Ved benyttelse af de tidligere beskrevne gruppeinddelinger viste de deskriptive data for "Kognitiv deltagelse", at lægerne havde lavere gennemsnitsværdi sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA. SSA havde højere gennemsnitlige værdier sammenlignet med sygeplejerskerne, hvor begge professioner var tilnærmelsesvis enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kognitiv deltagelse". Lægerne havde en tendens til at svare mere neutralt sammenlignet med de resterende professioner, som begge udviste høj enighed i "Kognitiv deltagelse" (tabel 15).

	Læger		Sygeplejersker	SSA
Kognitiv deltagelse	GNS ± SD	3,64 ± 0,74	4,22 ± 0,55	4,45 ± 0,33
	Uenig %	6,3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
	Neutral %	37,5% (n=6)	3,8% (n=1)	0% (n=0)
	Enig %	56,3% (n=9)	96,2% (n=25)	100% (n=10)

Tabel 15 - "Kognitiv deltagelse" grupperet efter profession.

Region Nordjylland og nordjyske kommuner som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at personalet i nordjyske kommuner havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med personalet i Region Nordjylland. Hertil var personalet i Region Nordjylland mere neutrale sammenlignet med personalet i nordjyske kommuner, som udviste 100 % enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kognitiv deltagelse" (tabel 16).

	Region Nordjylland		Nordjyske kommuner
Kognitiv deltagelse	GNS ± SD	3,82 ± 0,64	4,55 ± 0,36
	Uenig %	3% (n=1)	0% (n=0)
	Neutral %	21,2% (n=7)	0% (n=0)
	Enig %	75,8% (n=25)	100% (n=19)

Tabel 16 - "Kognitiv deltagelse" grupperet efter Region Nordjylland og Nordjyske kommuner.

Lægelig profession og regionalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at plejepersonalet havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med lægerne. Hertil var det regionale plejepersonale mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kognitiv deltagelse" sammenlignet med lægerne (tabel 17).

	Læger		Regionalt plejepersonale
Kognitiv deltagelse	GNS ± SD	3,64 ± 0,74	3,99 ± 0,49
	Uenig %	6,3% (n=1)	0% (n=0)
	Neutral %	37,5% (n=6)	5,9% (n=1)
	Enig %	56,3% (n=9)	94,1% (n=16)

Tabel 17 - "Kognitiv deltagelse" grupperet efter læger og regionalt plejepersonale.

Regionalt og kommunalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at det kommunale plejepersonale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med det regionale plejepersonale. Hertil var besvarelse fra regionalt og kommunalt plejepersonale tilnærmelsesvis enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kognitiv deltagelse", med én enkelt neutral besvarelse fra det regionale plejepersonale (tabel 18).

	Regionalt plejepersonale		Kommunalt plejepersonale
Kognitiv deltagelse	GNS ± SD	3,99 ± 0,49	4,55 ± 0,36
	Uenig %	0% (n=0)	0% (n=0)
	Neutral %	5,9% (n=1)	0% (n=0)
	Enig %	94,1% (n=16)	100% (n=19)

Tabel 18 - "Kognitiv deltagelse" grupperet efter regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale.

5.1.4 Kollektiv handling

Ved benyttelse af de tidligere beskrevne gruppeinddelinger viste de deskriptive data for "Kollektiv handling", at lægerne havde lavere gennemsnitsværdi sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA. SSA havde højere gennemsnitlige værdi sammenlignet med sygeplejerskerne. Hertil var SSA mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kollektiv handling". Lægerne havde en tendens til at svare mere neutralt sammenlignet med de resterende to professioner, som begge udviste overvejende enighed i "Kollektiv handling" (tabel 19).

	Læger		Sygeplejersker	SSA
Kollektiv handling	GNS ± SD	3,09 ± 0,55	3,59 ± 0,58	3,91 ± 0,37
	Uenig %	12,5% (n=2)	7,7% (n=2)	0% (n=0)
	Neutral %	68,8% (n=11)	34,6% (n=9)	20% (n=2)
	Enig %	18,8% (n=3)	57,7% (n=15)	80% (n=8)

Tabel 19 - "Kollektiv handling" grupperet efter profession.

Region Nordjylland og nordjyske kommuner som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at kommunalt personale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med personalet i Region Nordjylland. Hertil var personalet i Region Nordjylland mere neutrale og uenige sammenlignet med kommunalt personale fra nordjyske kommuner, som udviste højere enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kollektiv handling" (tabel 20).

	Region Nordjylland		Nordjyske kommuner
Kollektiv handling	GNS ± SD	3,22 ± 0,53	3,99 ± 0,38
	Uenig %	12,1% (n=4)	0% (n=0)
	Neutral %	60,6% (n=20)	10,5% (n=2)
	Enig %	27,3% (n=9)	89,5% (n=17)

Tabel 20 - "Kollektiv handling" grupperet efter Region Nordjylland og nordjyske kommuner.

Lægelig profession og regionalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at plejepersonalet havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med lægerne. Hertil var det regionale plejepersonale mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kollektiv handling" sammenlignet med lægerne, som var mere neutrale (tabel 21).

	Læger		Regionalt plejepersonale
Kollektiv handling	GNS ± SD	3,10 ± 0,55	3,34 ± 0,49
	Uenig %	12,5% (n=2)	11,8% (n=2)
	Neutral %	68,8% (n=11)	52,9% (n=9)
	Enig %	18,8% (n=3)	35,3% (n=6)

Tabel 21 - "Kollektiv handling" grupperet efter læger og regionalt plejepersonale.

Regionalt og kommunalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at det kommunale plejepersonale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med det regionale plejepersonale. Hertil var regionalt plejepersonale mere neutrale sammenlignet med kommunalt personale, som udviste overvejende enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Kollektiv handling" (tabel 22).

	Regionalt plejepersonale		Kommunalt plejepersonale
Kollektiv handling	GNS ± SD	3,34 ± 0,49	3,99 ± 0,38
	Uenig %	11,8% (n=2)	0% (n=0)
	Neutral %	52,9% (n=9)	10,5% (n=2)
	Enig %	35,3% (n=6)	89,5% (n=17)

Tabel 22 - "Kollektiv handling" grupperet efter regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale.

5.1.5 Refleksiv monitorering

Ved benyttelse af de tidligere beskrevne gruppeinddelinger viste de deskriptive data for "Refleksiv monitorering", at lægerne havde lavere gennemsnitsværdi sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA. Sygeplejerskerne og SSA havde samme gennemsnitsværdi, og udviste mere enighed end lægerne i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Refleksiv monitorering". Lægerne havde en tendens til at svare mere uenigt sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA som hhv. udviste overvejende enighed og neutral holdning til "Refleksiv monitorering" (tabel 23).

	Læger		Sygeplejersker	SSA
Refleksiv monitorering	GNS ± SD	2,65 ± 0,74	3,58 ± 0,86	3,58 ± 0,40
	Uenig %	43,8% (n=7)	11,5% (n=3)	0% (n=0)
	Neutral %	37,5% (n=6)	23,1% (n=6)	60% (n=6)
	Enig %	18,8% (n=3)	65,4% (n=17)	40% (n=4)

Tabel 23 - "Refleksiv monitorering" grupperet efter profession.

Region Nordjylland og nordjyske kommuner som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at det kommunale personale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med personalet i Region Nordjylland. Hertil udviste personalet i Region Nordjylland mere uenighed sammenlignet med kommunalt personale fra nordjyske kommuner, som udviste højere enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Refleksiv monitorering". Generelt var

besvarelser udfyldt af personale fra Region Nordjylland mere ligeligt fordelt i de tre kategorier (tabel 24).

	Region Nordjylland		Nordjyske kommuner
Refleksiv monitorering	GNS $\pm$ SD	2,95 $\pm$ 0,79	3,91 $\pm$ 0,60
	Uenig %	30,3% (n=10)	0% (n=0)
	Neutral %	36,4% (n=12)	31,6% (n=6)
	Enig %	33,3% (n=11)	68,4% (n=13)

Tabel 24 - "Refleksiv monitorering" grupperet efter Region Nordjylland og nordjyske kommuner.

Lægelig profession og regionale plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at plejepersonalet havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med lægerne. Hertil var det regionale plejepersonale mere enige i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Refleksiv monitorering" sammenlignet med lægerne, som var mere uenige (tabel 25).

	Læger		Regionalt plejepersonale
Refleksiv monitorering	GNS $\pm$ SD	2,65 $\pm$ 0,74	3,22 $\pm$ 0,76
	Uenig %	43,8% (n=7)	17,6% (n=3)
	Neutral %	37,5% (n=6)	35,3% (n=6)
	Enig %	18,8% (n=3)	47,1% (n=8)

Tabel 25 - "Refleksiv monitorering" grupperet efter læger og regionalt plejepersonale.

Regionalt og kommunalt plejepersonale som gruppeinddeling viste i de deskriptive data, at det kommunale plejepersonale havde højere gennemsnitsværdi sammenlignet med det regionale plejepersonale. Hertil var regionalt plejepersonale mere uenige sammenlignet med kommunalt plejepersonale, som udviste højere enighed i NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet "Refleksiv monitorering" (tabel 26).

	Regionalt plejepersonale		Kommunalt plejepersonale
Refleksiv monitorering	GNS ± SD	3,22 ± 0,76	3,91 ± 0,60
	Uenig %	17,6% (n=3)	0% (n=0)
	Neutral %	35,3% (n=6)	31,6% (n=6)
	Enig %	47,1% (n=8)	68,4% (n=13)

Tabel 26 - "Refleksiv monitorering" grupperet efter regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale.

5.2 Opsummering af kvantitative resultater

Til projektets kvantitative dataanalyse blev i alt 52 besvarelser inkluderet. 33 besvarelser fra Region Nordjylland blev inkluderet fordelt på 16 læger, 15 sygeplejersker og 2 SSA. Ligeledes blev 19 besvarelser fra nordjyske kommuner inkluderet fordelt på 11 sygeplejersker samt 8 SSA. Gennemsnit præsenteres i parenteser.

Projektets kvantitative fund i "Kohærens" viste, at lægerne (3,25) havde lavere gennemsnitlig værdi sammenlignet med sygeplejerske (4,03) og SSA (4,20), som angav højere enighed. Region Nordjylland (3,48) udviste lavere enighed sammenlignet med nordjyske kommuner (4,41), som udviste 100% enighed. Det regionale plejepersonale (3,71) udviste til sammenligning med kommunalt plejepersonale (4,41) lavere gennemsnitsværdi. Hertil var besvarelserne tilnærmelsesvis fordelt ligeligt mellem neutral og enig. Besvarelser fra lægerne (3,25) og det regionale plejepersonale (3,71) var sammenligneligt fordelt i kategorierne: uenig, neutral og enig.

Projektets kvantitative fund i "Kognitiv deltagelse" viste, at lægerne (3,64) havde lavere gennemsnitlig værdi sammenlignet med sygeplejerske (4,22) og SSA (4,45), som angav højere enighed. Region Nordjylland (3,82) udviste lavere enighed sammenlignet med nordjyske kommuner (4,55), som udviste 100% enighed. Det regionale plejepersonale (3,99) udviste til sammenligning med det kommunale plejepersonale (4,55) lavere gennemsnitsværdi. Besvarelser fra lægerne (3,64) viste, at disse forholdt sig mere neutral end det regionale plejepersonale (3,99), som udviste høj enighed.

Projektets kvantitative fund i "Kollektiv handling" viste, at lægerne (3,09) havde lavere gennemsnitlig værdi og forholdt sig overvejende neutrale sammenlignet med sygeplejerske (3,59) og SSA (3,91), som angav overvejende enighed. Region Nordjylland (3,22) udviste lavere enighed og forholdt sig mere neutral sammenlignet med nordjyske kommuner (3,99), som udviste overvejende enighed. Det regionale plejepersonale (3,34) udviste til sammenligning med det kommunale plejepersonale (3,99) lavere gennemsnitsværdi, mere neutrale besvarelser samt større spredning i fordeling mellem uenig, neutral og enig. Besvarelser fra lægerne (3,10) og det regionale plejepersonale (3,34) viste overvejende neutrale besvarelser, dog udviste regionalt plejepersonale marginalt højere enighed.

Projektets kvantitative fund i "Refleksiv monitorering" viste, at lægerne (2,65) havde en lavere gennemsnitlig værdi og forholdt sig overvejende uenige sammenlignet med sygeplejerskerne (3,58) og SSA (3,58), som angav hhv. overvejende enighed og neutrale besvarelser. Nordjyske kommuner (3,91) udviste højere enighed sammenlignet med Region Nordjylland (2,95), hvis besvarelser var tilnærmelsesvis ligeligt repræsenteret i kategorierne: uenig, neutral og enig. Det regionale plejepersonale (3,22) udviste til sammenligning med det kommunale plejepersonale (3,91) lavere gennemsnitsværdi, hvor begge grupper udviste overvejende enighed. Besvarelser fra lægerne (2,65) var overvejende uenige sammenlignet med det regionale plejepersonale (3,22), som var overvejende enige. Begge grupper var tilnærmelsesvis ligeligt fordelt i kategorien: neutral.

Lægerne var generelt mere neutrale og uenige sammenlignet med sygeplejersker og SSA. Ligeledes viste resultaterne, at der var forskel på det regionale og kommunale personale. Disse resultater indikerer potentielle tendenser i datasættet, hvorfor der blev udført en eksplorativ analyse.

5.3 Eksplorativ analyse

Til udforskning af data og undersøgelse af de tidligere beskrevne potentielle tendenser, blev en eksplorativ analyse udført. Analysen bestod af ANOVA-test samt den ikke-parametriske Mann-Whitney U-test, da kvantitative data var indsamlet på en likert-skala, hvilket kategoriseres som ordinal data, og derfor ikke opfyldte antagelserne vedr. parametrisk

statistik. Til inddeling af grupper blev samme grupperinger benyttet som til den deskriptive analyse. Statistisk signifikans blev accepteret ved $p < 0,05$. Nulhypotesen for samtlige eksplorative Mann-Whitney U-tests blev defineret som værende ingen signifikant forskel mellem grupperne. Den alternative hypotese blev defineret som signifikant forskel mellem grupperne.

For at teste forskellene mellem professionerne blev en parametrisk ANOVA-test benyttet. Projektets kvantitative data bestod af ordinal data, hvorfor antagelserne for ANOVA-test ikke var opfyldt. Dog findes ikke et ikke-parametrisk alternativ til denne statistiske test, hvorfor denne blev anvendt. Resultaterne bør således fortolkes med forsigtighed, da der er risiko for usikkerhed i testen. For identifikation af eventuelle forskelle i professionerne blev Tukey's test udført.

Mann-Whitney U-tests blev udregnet på baggrund af hver enkelt besvarelses respektive medianer af NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet hver separat nøglekomponent. ANOVA-tests blev udregnet på baggrund af hver enkelt besvarelses respektive gennemsnit af NoMAD-spørgeskemaets udsagn tilknyttet hver separat nøglekomponent.

Ydermere var dette studiedesign udelukkende udformet til deskriptiv statistik, hvorfor eksplorative resultater bør tolkes med forsigtighed grundet usikkerhed omkring manglende power. Den eksplorative analyse blev udført for hypotesegenerering til fremtidig forskning.

5.3.1 Eksplorativ analyse for kohærens

ANOVA-testen for nøglekomponenten "Kohærens" viste signifikante forskelle mellem (læger*sygeplejersker*SSA) (tabel 27).

Nøglekomponent	p-værdi
Kohærens (gns.)	0,001*

Tabel 27 - ANOVA-test på "Kohærens" (*indikerer signifikant p-værdi).

Tukey's testen viste signifikante forskelle mellem besvarelseserne fra lægerne sammenlignet med de resterende professioner i nøglekomponenten "Kohærens". Testen viste ligeledes, at sygeplejerskerne og SSA ikke var signifikant forskellige (tabel 28).

Nøglekomponent	Professionskombination	p-værdi	95% CI
Kohærens	Læge X Sygeplejerske	0,002*	-1,3 ; -0,3
	Sygeplejerske X SSA	0,770	-0,8 ; 0,4
	SSA X Læge	0,003*	0,3 ; 1,6

Tabel 28 - Tukey's test for "Kohærens" (*indikerer signifikant p-værdi).

Mann-Whitney U-test for "Kohærens" viste signifikant forskel ved grupperingerne: (Region Nordjylland*nordjyske kommuner) og (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale) (tabel 29).

Gruppering	p-værdi
Region Nordjylland X Nordjyske kommuner	0,000*
Regionalt plejepersonale X Kommunalt plejepersonale	0,002*
Læger X Regionalt plejepersonale	0,146

Tabel 29 - Mann-Whitney U-test for "Kohærens" med forskellige grupperinger (*indikerer signifikant p-værdi).

5.3.2 Eksplorativ analyse for kognitiv deltagelse

ANOVA-testen for nøglekomponenten "Kognitiv deltagelse" viste signifikante forskelle mellem (læger*sygeplejersker*SSA) (tabel 30).

Nøglekomponent	p-værdi
Kognitiv (gns.)	0,002*

Tabel 30 - ANOVA-test på "Kognitiv deltagelse" (*indikerer signifikant p-værdi).

Tukey's testen viste signifikante forskelle mellem besvarelsene fra lægerne sammenlignet med de resterende professioner i nøglekomponenten "Kognitiv deltagelse". Testen viste ligeledes, at sygeplejerskerne og SSA ikke var signifikant forskellige (tabel 31).

Nøglekomponent	Professionskombination	p-værdi	95% CI
Kognitiv deltagelse	Læge X Sygeplejerske	0,009*	-1,0 ; -0,1
	Sygeplejerske X SSA	0,551	-0,8 ; 0,3
	SSA X Læge	0,004*	0,2 ; 1,4

Tabel 31 - Tukey's test for "Kognitiv deltagelse" (*indikerer signifikant p-værdi).

Mann-Whitney U-test for "Kognitiv deltagelse" viste signifikant forskel ved grupperingerne: (Region Nordjylland*nordjyske kommuner) og (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale) (tabel 32).

Gruppering	p-værdi
Region Nordjylland og nordjyske kommuner	0,000*
Regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale	0,004*
Læger og regionalt plejepersonale	0,127

Tabel 32 - Mann-Whitney U-test for "Kognitiv deltagelse" med forskellige grupperinger (*indikerer signifikant p-værdi).

5.3.3 Eksplorativ analyse for kollektiv handling

ANOVA-testen for nøglekomponenten "Kollektiv handling" viste signifikante forskelle mellem (læger*sygeplejersker*SSA) (tabel 33).

Nøglekomponent	p-værdi
Kollektiv (gns.)	0,001*

Tabel 33 - ANOVA-test på "Kollektiv handling" (*indikerer signifikant p-værdi).

Tukey's testen viste signifikante forskelle mellem besvarelsene fra lægerne sammenlignet med de resterende professioner i nøglekomponenten "Kollektiv handling". Testen viste ligeledes, at sygeplejerskerne og SSA ikke var signifikant forskellige (tabel 34).

Nøglekomponent	Professionskombination	p-værdi	95% CI
Kollektiv handling	Læge X Sygeplejerske	0,015*	-0,9 ; -0,1
	Sygeplejerske X SSA	0,254	-0,8 ; 0,2
	SSA X Læge	0,001*	0,3 ; 1,3

Tabel 34 - Tukey's test for "Kollektiv handling" (*indikerer signifikant p-værdi).

Mann-Whitney U-test for "Kollektiv handling" viste signifikant forskel ved grupperingerne: (Region Nordjylland*nordjyske kommuner) og (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale) (tabel 35).

Gruppering	p-værdi
Region Nordjylland og nordjyske kommuner	0,000*
Regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale	0,005*
Læger og regionalt plejepersonale	0,657

Tabel 35 - Mann-Whitney U-test for "Kollektiv handling" med forskellige grupperinger (*indikerer signifikant p-værdi).

5.3.4 Eksplorativ analyse for reflektiv monitorering

ANOVA-testen for nøglekomponenten "Refleksiv monitorering" viste signifikante forskelle mellem (læger*sygeplejersker*SSA) (tabel 36).

Nøglekomponent	p-værdi
Refleksiv (gns.)	0,001*

Tabel 36 - ANOVA-test "Refleksiv monitorering" (*indikerer signifikant p-værdi).

Tukey's testen viste signifikante forskelle mellem besvarelsene fra lægerne sammenlignet med de resterende professioner i nøglekomponenten "Refleksiv monitorering". Testen viste ligeledes, at sygeplejerskerne og SSA ikke var signifikant forskellige (tabel 37).

Nøglekomponent	Professionskombination	p-værdi	95% CI
Refleksiv monitorering	Læge X Sygeplejerske	0,001*	-1,5 ; -0,4
	Sygeplejerske X SSA	1	-0,7 ; 0,7
	SSA X Læge	0,01*	0,2 ; 1,7

Tabel 37 - Tukey's test for "Refleksiv monitorering" (*indikerer signifikant p-værdi).

Mann-Whitney U-test for "Refleksiv monitorering" viste signifikant forskel ved grupperingen: (Region Nordjylland*nordjyske kommuner) (tabel 38).

Gruppering	p-værdi
Region Nordjylland og nordjyske kommuner	0,002*
Regionalt plejepersonale og kommunalt plejepersonale	0,052
Læger og regionalt plejepersonale	0,168

Tabel 38 - Mann-Whitney U-test for "Refleksiv monitorering" med forskellige grupperinger (*indikerer signifikant p-værdi).

5.4 Opsummering af eksplorative resultater

ANOVA-tests for de fire nøglekomponenter "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" og "Refleksiv monitorering" viste statistisk signifikant forskel i NoMAD-besvarelsene mellem (lægerne*sygeplejerskerne) samt (lægerne*SSA).

Mann-Whitney U-tests for nøglekomponenterne "Kohærens", "Kognitiv deltagelse" og "Kollektiv handling" viste statistisk signifikant forskel i NoMAD-besvarelsene mellem grupperne (Region Nordjylland*nordjyske kommuner) samt (regionalt plejepersonale*kommunalt plejepersonale).

Mann-Whitney U-test for nøglekomponenten "Refleksiv monitorering" viste udelukkende statistisk signifikant forskel i NoMAD-besvarelsene mellem (Region Nordjylland*nordjyske kommuner).

5.5 Meningsanalyse - Kvalitative resultater

Der blev udført ni interviews fordelt på personale i Region Hovedstaden, Region Nordjylland samt tilbud i primærsektor i Region Nordjylland. Dette resulterede i tre interviews med plejepersonale fra primærsektor. Personalet fra primærsektor i Region Nordjylland blev ikke inddelt efter profession og bliver derfor udelukkende refereret til som plejepersonale i projektet for at opretholde anonymisering. Der blev yderligere foretaget seks interviews med fem sygeplejersker og en læge fra sekundærsektor. Rekruttering af en læge fra Region Nordjylland var planlagt, dog lykkedes det ikke at gennemføre det ønskede interview, hvorfor den lægefaglige profession fra Region Nordjylland ikke er repræsenteret i den kvalitative analyse. Region Nordjylland havde pr. 28/4-2023 opgjort 14 patientforløb udskrevet med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvilket tydeliggjorde, at Region Nordjylland befandt sig i den tidlige implementeringsfase.

Fordeling af interviews opdelt i profession, region og sektor ses i tabel 39.

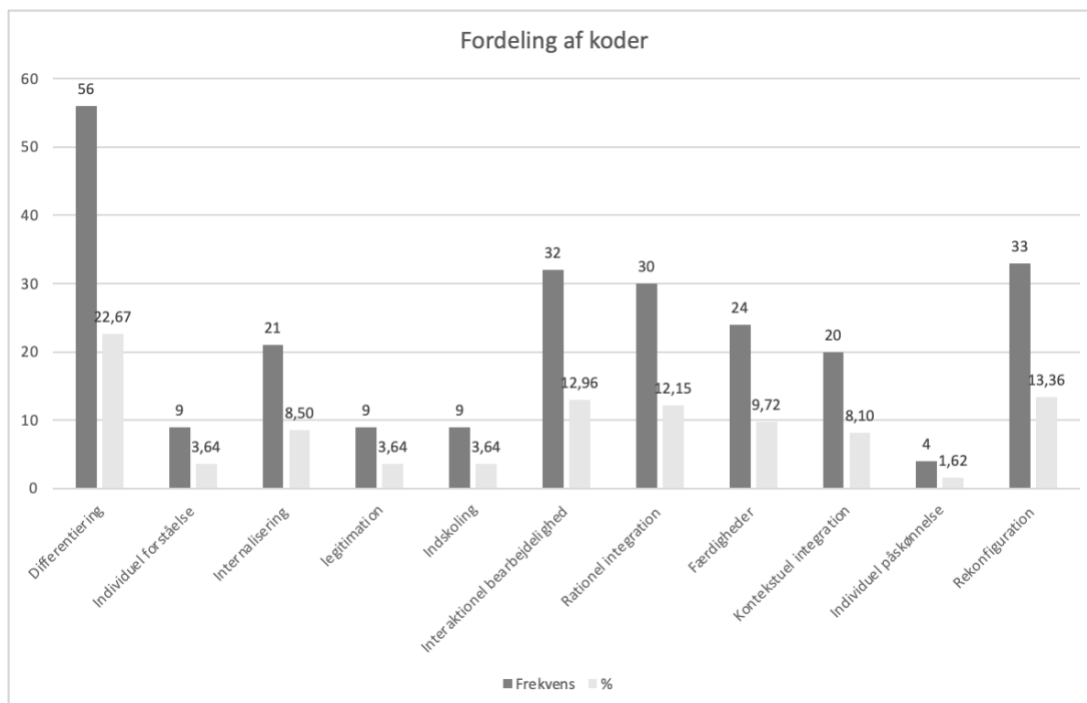
Informant	Profession	Region	Sektor
1	Plejepersonale	Nordjylland	Primær
2	Plejepersonale	Nordjylland	Primær
3	Plejepersonale	Nordjylland	Primær
4	Sygeplejerske	Nordjylland	Sekundær
<u>5</u>	<u>Læge</u>	<u>Nordjylland</u>	<u>Sekundær</u>
6	Sygeplejerske	Nordjylland	Sekundær
7	Sygeplejerske	Nordjylland	Sekundær
8	Sygeplejerske	Hovedstaden	Sekundær
9	Læge	Hovedstaden	Sekundær
10	Sygeplejerske	Hovedstaden	Sekundær

Tabel 39 - Fordeling af interviews, profession, region samt sektor. Den manglende lægefaglige profession fra Region Nordjylland blev tildelt ID-nummer 5, hvilket ikke er repræsenteret i analysen.

5.5.1 Meningskodning samt -kondensering

Projektets meningskodning af de ni udførte interviews resulterede i 247 kodede udtalelser.

Fordeling og hyppighed af koder ses i figur 5.



Figur 5 - Fordeling af koder og hyppighed.

5.5.2 Meningsfortolkning

I følgende afsnit vil meningsfortolkning for de respektive kondenserede udtalelser blive præsenteret. Fortolkningen tog udgangspunkt i de fire nøglekomponenter og vil blive præsenteret under samme overskrifter. Citater præsenteres efter anvendt referencestandard således, citater over to linjer er angivet med kursiv, indryk samt én linjeafstand. Citater under to linjer præsenteres i samme format som den resterende tekst.

5.5.2.1 Kohærens

I følgende afsnit fortolkes nøglekomponenten "Kohærens", hvilket indebærer fokus på informanternes opfattelse af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, samt hvorvidt denne opfattes meningsfuld. Informanterne blev grupperet efter region.

5.5.2.1.1 Differentiering

Nøgleordet "Differentiering" indebar informanternes opfattelse af tiltagets ændring på arbejdsgang. Informanterne blev under interviewet adspurgt, hvordan tiltaget adskilte sig fra deres vanlige arbejdsgang. Hertil berettede samtlige informanter, at tiltaget skabte ingen til minimal ændring i arbejdsgangen. Otte ud af ni informanter, herunder samtlige informanter fra Region Hovedstaden, så fordele ved ændringerne, da det af udtalelserne fremgik, at

tiltaget lettede informanternes arbejdsgang gennem direkte kommunikation og forbedret struktur i arbejdsgangen.

Informant 7 (sygeplejerske) fra sekundærsektor i Region Nordjylland udtalte: *“Ja, så på den måde er det jo lidt det samme, lige nu er det bare mere struktureret, hvor man bliver stillet om til enten en læge eller en sygeplejerske i forhold til hvad det handler om.”*

Informant 10 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden udtalte sig ligeledes vedr. arbejdsgangen:

“[...] det er fuldstændig defineret hvilke spørgsmål, der skal hvilke steder hen og det gør det bare lidt mere overskueligt, men ellers er der ikke så meget andet ændret i vores arbejdsgang. Det har jo givet os en fin ramme at arbejde indenfor.”

Ovenstående udtalelser er i overensstemmelse og bekræfter hinanden i, at tiltaget skaber øget struktur samt definerede rammer for arbejdsgangen.

Informant 2 (plejepersonale) fra primærsektor i Region Nordjylland udtalte sig vedr. hvordan tiltaget har påvirket arbejdsgangen:

“Det er jo altså i forhold til, hvor vi nogle gange lidt er rendt panden mod en mur, fordi behandlingsansvaret ikke har været ordentligt afklaret [...] så bliver det nemmere, når jeg ved, at det er her, jeg skal ringe til, og de er klar over, det kan være vi ringer, og de har en plan for, hvad der skal ske. Hvis man ringer til en vagtlæge om en patient, som vagtlægen af gode grunde slet ikke kender, så er det jo også et meget større arbejde og puslespil for os at stykke noget sammen, som vagtlægen kan bruge til noget og handle på.”

Informant 2 beskrev således en udfordring ved uklart behandlingsansvar, og hvordan tiltaget kan medvirke til at afhjælpe denne ved definition af behandlingsansvar.

Informanter fra Region Nordjylland havde generelt, grundet den tidlige implementeringsfase, minimal erfaring med tiltaget. Informant 6 (sygeplejerske) fra sekundærsektor i Region Nordjylland udtrykte bekymring for øget arbejde, grundet manglende læger på den respektive afdeling, til besvarelse af lægefaglige problemstillinger:

“Jeg har ikke en læge, der sidder og kan tage opkald, fordi nu ved jeg jo ikke, hvad de vil ringe om, men tit så tænker jeg jo, at det er noget lægefagligt. Der er nok også mange spørgsmål jeg kunne svare på, men hvis jeg skulle bruge en læge, så skal jeg først have fat i en læge [...] - det er også det, der har bekymret personalet - hvad skal vi gøre med opkaldene?”

Denne bekymring blev ikke identificeret som et aktuelt problem blandt informanter fra Region Hovedstaden, hvor tiltaget er fuldt implementeret.

Informanterne blev adspurgt til placering af arbejdsbyrde ved implementeringen af tiltaget. Syv ud af ni informanter placerede arbejdsbyrden hos sekundærsektor.

Informant 2 (plejepersonale): *"[...] det er de sygehusafdelinger og sygehuslæger, der beholder behandlingsansvaret, fordi det er jo en opgave, de så beholder og påtager sig, som de før gav videre til nogle andre."*

Herunder blev sygeplejersker, læger samt sekretærer nævnt som værende professioner, hvis arbejdsbyrde blev ændret for at kunne understøtte tiltaget. Årsagerne til placeringen af arbejdsbyrden hos læger og sekretærer kan potentielt begrundes ved, at tiltaget indebærer fremskyndet udarbejdelse af epikriser ved udskrivelse, hvilket er ansvarsområder tilhørende disse professioner.

Informant 4 (sygeplejerske): *"[...] lægerne skal være lidt hurtigere til at diktere epikriser, så sekretærerne kan nå at få dem skrevet, så vi kan printe dem og give patienten dem med hjem."*

Yderligere gav informant 4 udtryk for at arbejdsbyrden efter tiltaget var mere ligeligt fordelt end før implementeringen. Informant 3 (plejepersonale) udtrykte ligeledes, at arbejdsbyrden var bedre fordelt, men specificerede ikke sektor eller profession.

Informant 8 og 10 (sygeplejersker) fra Region Hovedstaden udtrykte specifikt, at arbejdsbyrden overvejende lå hos lægerne. Informant 9 (læge) udtrykte, at arbejdsbyrden efter implementering af tiltaget generelt ikke var øget, men beskrev, at travlhed kunne forårsage minimal øget arbejdsbyrde.

Informanterne blev adspurgt om arbejdsgangen vedr. kontakt til sekundærsektor. Informanternes udtalelser fra Region Nordjylland tydeliggjorde en variation af, hvortil opkald modtages i sekundærsektor - opkald blev enten besvaret af sekretærer eller ansvarshavende sygeplejerske og efterfølgende fordelt til relevant faggruppe.

Informant 8, 10 (sygeplejersker) og 9 (læge) beskrev udelukkende ansvarshavende sygeplejerske som opkaldsmodtager, hvilket tyder på en mere standardiseret arbejdsgang ved opkald fra primær- til sekundærsektor i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Nordjylland.

Informant 8 og 10 (sygeplejersker) fra Region Hovedstaden har gennem deres udtalelser beskrevet, at patienter egenhændigt ringede ind, grundet misinformation.

Informant 8: *"[...] men vi har nogle enkelte patienter, der godt kan finde på at ringe herind, og så har de jo et eller andet sted hørt om 72 timers behandlingsansvar [...]"*

At patienterne selv kontakter afdelingen, er ikke fremgået af udtalelser fra Region Nordjylland, hvilket muligvis kan skyldes, at Region Nordjylland fortsat befinder sig i den tidlige implementeringsfase.

5.5.2.1.2 Individuel forståelse & Internalisering

Nøgleordene "Individuel forståelse" og "Internalisering" inkluderede hhv. informanternes tænkte formål samt potentialer med tiltaget. Informanternes besvarelser var sammenlignelige på tværs af de to nøgleord, hvorfor disse fremstilles samlet. Informanterne blev direkte adspurgt til formålet samt potentialet med tiltaget, hvor fem ud af seks nordjyske informanter anvendte ordene "patientsikkerhed", "sikkerhed" eller "tryghed" som beskrivelse heraf.

Informant 4 (sygeplejerske):

"[...] det er noget i forhold til det tværsektorielle samarbejde og lette overgangen fra sygehuset til primær og selve behandlingsforløbet eller patientsikkerheden i det, og patienterne føler sig mere trygge, når de kommer ud, så føler de, at der er hånd og hanke i dem, når de er udskrevet."

Informant 1 (plejepersonale) beskrev formålet og potentialet med tiltaget i overensstemmelse med informant 4: *"[...] patienternes og deres behandling. Altså at den bliver mere sikker. Man kan sige, at det bliver både sikkert, og at patienternes forløb bliver mere stabile."*

Yderligere bar informanternes opfattelse af formålet præget af ord som tværsektorielt samarbejde samt sparring, øget informationsflow, effektiv behandling og pleje. To ud af seks informanter fra Region Nordjylland mente, at tiltaget kunne forebygge genindlæggelser.

Informant 2 (plejepersonale):

"Jeg tror måske, og det er jo bare en tro-ting, men at de ressourcer de bruger her og

nu på at hjælpe os måske gør, at de kan undgå at patienten bliver genindlagt, fordi vi sparrer omkring de her symptomer og bedre kan tage tingene i opløbet og handle her [...]”

Ovenstående udtalelser tyder på, at sundhedspersonalet fra Region Nordjylland overvejende har samme indbyrdes opfattelse og forståelse af tiltagets formål samt potentiale. Informanter fra Region Hovedstaden nævnte forebyggelse af genindlæggelser, øget patientsikkerhed, øget tryghed og styrket tværsektorielt samarbejde som beskrivelse af formål og potentiale for tiltaget. Dette er generelt i overensstemmelse med udtalelser fra Region Nordjylland.

Informant 6 udtalte, at tiltaget potentielt kan bidrage til aflastning af sekundærsektor gennem øget anvendelse af primærsektor.

5.5.2.2 Kognitiv deltagelse

I følgende afsnit fortolkes nøglekomponenten “Kognitiv deltagelse”, hvilket indebærer fokus på informanternes deltagelse i 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, samt hvorvidt deltagelsen skyldes ægte eller symbolske værdier.

5.5.2.2.1 Legitimation

Nøgleordet "Legitimation" indebar informanternes opfattelse af, hvorvidt tiltaget blev opfattet meningsfuldt. Informanterne blev adspurgt direkte til, hvorvidt de så mening i tiltaget, hvortil samtlige informanter anså tiltaget meningsfuldt at arbejde med.

Informant 4 (sygeplejerske) fra Region Nordjylland:

“Ja helt sikkert. Jeg tror kun, at det kan gavne alle parter, altså både at patienterne føler sig mere sikre og trygge i udskrivelsen, og også at de forskellige faggrupper ved, hvor de skal henvende sig, og de ville kunne mærke, at der kommer mindre behov for at henvende sig.”

Informant 8 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden:

“Jo, jeg synes det giver god mening. Jeg ved også, at jeg selv har været inde i nogle weekender, hvor de har ringet fra kommunerne og har givet telefonen videre til en af vores læger, hvor vi faktisk har kunnet forhindre nogle indlæggelser.”

De ovenstående udtalelser er i overensstemmelse, hvilket ligeledes karakteriserer de resterende udtalelser fra samtlige informanter. De to udtalelser bekræfter, at personalet fra

Region Hovedstaden og Region Nordjylland har samme opfattelse og anså tiltaget meningsfuldt at arbejde med. Samtlige udtalelser indikerer, at personalet involverede sig i tiltaget gennem ægte deltagelse, som skabes af indre motivation.

5.5.2.2.2 Indskoling

Nøgleordet "Indskoling" indebar informanternes opfattelse af samarbejdet internt i organisationen, og hvorvidt tiltaget influerede dette. Informanterne blev direkte adspurgt til ovenstående samt begrundelse herfor.

Samtlige informanter udtalte sig i overensstemmelse og bekræftede, at tiltaget ikke ansås at ændre eller influere det interne samarbejde negativt.

Informant 1, 2 og 3 (plejepersonale) fra primærsektor forholdt sig kortfattet i deres udtalelser og afkræftede mulige ændringer i det interne samarbejde. De kortfattede afkræftende svar fra primærsektor kan muligvis skyldes, at det fra tidligere kvalitative udtalelser er kendt, at arbejdsbyrden overvejende er placeret hos sekundærsektor, hvorfor personale fra primærsektor ikke oplevede ændring udover anden telefonisk kontakt end tidligere.

Informant 4, 6 og 7 (sygeplejersker) fra Region Nordjylland bekræftede udtalelserne fra primærsektor. Informant 7 udtalte sig bl.a.: *"Jamen jeg ved ikke. Jeg synes jo ikke det ændres. Altså der er nogle flere ting jeg skal bede mine kollegaer om, fordi de ikke altid selv tænker det ind."*

Informant 7 bekræftede således, at det interne samarbejde blev oplevet uændret, mens der samtidig blev identificeret en ændring, da informant 7 skulle påminde sine kollegaer.

Informant 4, ansat i samme afdeling som informant 7, udtalte sig i overensstemmelse med ovenstående udtalelse, da der ikke identificeres en ændring, men tydeliggøres behov for påmindelse af kollegaer:

"[...] samarbejdet er ikke ændret, det er mere, at vi nu har mere fokus på det, og vi ligesom snakker mere om det, at nu skal vi huske, at de bliver udskrevet under 72 ulb, og man skal gå til lægerne og huske dem på at få dikteret epikrisen, og huske at få den sendt med. Ellers ikke noget på samarbejdet som sådan."

Informant 10 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden identificerede en mulig ændring af det interne samarbejde, men understregede hertil, at denne ikke havde en negativ virkning på samarbejdet:

“Altså jeg vil da sige, hospitalerne keder sig jo ikke. Der er da noget i, hvis man gentagende gange kommer med en telefon til stuegangsgående læge og siger “nu var det lige til dig igen”. Men altså jeg synes ikke, det har påvirket vores samarbejde negativt. Vi er jo alle sammen enige om, at det er en arbejdsopgave, som vi skal løse sammen, så med det in mente, så tænker jeg at det er fint.”

De resterende informanter fra Region Hovedstaden identificerede, i overensstemmelse med personale fra Region Nordjylland, ingen ændring i det interne samarbejde.

5.5.2.3 Kollektiv handling

I følgende afsnit fortolkes på nøglekomponenten “Kollektiv handling”, hvilket indebærer fokus på informanternes opfattelse af praktiske rammer og evner til at varetage 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

5.5.2.3.1 Interaktionel bearbejdelighed og Færdigheder

Nøgleordet “Interaktionel bearbejdelighed” indebar informanternes opfattelse af implementeringen herunder introduktionen til tiltaget. Nøgleordet “Færdigheder” indebar informanternes opfattelse af træning og evner til at varetage ansvaret, der følger med tiltaget. Informanternes besvarelser var overlappende og sammenlignelige på tværs af de to nøgleord, hvorfor disse fremstilles samlet.

Informanter fra Region Nordjylland udtalte at have ingen til begrænset erfaring med tiltaget, hvilket er overensstemmende med den tidlige implementeringsproces, de befinder sig i. Informanterne blev i interviewet adspurgt direkte, hvorvidt de oplevede, at deres kollegaer i modsatte sektor besad evnerne til at bære tiltagets medfølgende ansvar. Et overvejende flertal af informanterne, fordelt på informant 1, 2, 3 (plejepersonale), 4, 7, 10 (sygeplejersker) samt 9 (læge), fra begge regioner og sektorer mente, at modsatte sektor besad evnerne til at kunne understøtte tiltaget.

To informanter fra sekundærsektor gav udtryk for usikkerhed vedr. primærsektors evner til at understøtte tiltaget.

Informant 6 (sygeplejerske) fra Region Nordjylland udviste tvivl ved adspurgt om primærsektors evner til at understøtte tiltaget, da informanten havde erfaring med at kommunen ikke levede op til forventningerne: *“Men kommunerne er bare ikke rustet til det, vi forventer, at de skal kunne [...]”*

Informanten uddybede udtalelsen og eksemplificerede en episode, hvor informanten

oplevede et uhensigtsmæssigt patientforløb, hvilket blev forklaret gennem manglende klinisk blik blandt primærsektors personale:

"[...] det er det kliniske blik. Hvordan ser vi den borger? Der er i hvert fald en episode, jeg har siddet med for nylig, hvor en patient på et døgn blev indlagt tre gange af hjemmesygeplejen [...]"

Informant 8 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden udtalte, at evnerne i primærsektor varierede afhængig af den enkelte medarbejder, da informanten oplevede, at primærsektor har en stor andel ufaglærte ansat:

"Nogle har. Ikke alle. Og jeg er ikke selv så meget ude i primærsektor, men det jeg oplever, det er igen rigtig mange ufaglærte og mange genindlæggelser, og også ting patienter ikke skal indlægges med, altså patienter der kommer fra plejehjem og er dehydreret. Det giver jo ingen mening, at man bliver indlagt med det"

Informant 3 (plejepersonale) fra primærsektor i Nordjylland mente, at sekundærsektor besad evnerne til at bære ansvaret, der følger med tiltaget, men udtalte sig ligeledes vedr. de nødvendige kompetencer fra personale i primærsektor til at understøtte tiltaget:

"Det synes jeg kræver en faglighed, som er højere end normalt. Vi er ikke altid gode til bare at benytte noget så simpelt som ISBAR, når vi ringer til nogen. Det er ikke alle, som er lige gode til det, og der er et absolut minimumskrav om, at vi i hvert fald kommunikerer, så det er genkendeligt for dem, vi taler med, især når vi har fat i den læge, der kender patienten, for at vi ikke spilder lægens tid"

Ovenstående udtalelser er i overensstemmelse og tydeliggør et behov for høj faglighed samt klar faglig kommunikation i primærsektor for at reducere fejl i patientforløb.

I interviewet blev informanterne adspurgt til introduktion af tiltaget. Samtlige nordjyske informanter udtalte at have modtaget information via møder og mails. Dertil udtalte fem ud af seks nordjyske informanter, at denne introduktion var tilstrækkelig.

Informant 1 (plejepersonale) fra primærsektor udtalte, at træning og introduktion til tiltaget ikke blev betragtet som værende relevant, da informanten var kendt med 24-timers behandlingsansvar: *"[...] man behøver ikke at blive introduceret så meget til det, fordi vi har jo allerede haft de 24 timer [...]"*

Informant 2 (plejepersonale) fra samme sektor udtalte sig i overensstemmelse med ovenstående udtalelse, og betragtede ikke tiltaget til at have stor forandring: *"Det har i hvert fald, været tilstrækkeligt for mig, fordi som sagt så ændrer det jo ikke min arbejdsgang".*

Udtalelsen blev fortolket som værende en indikation for et mindre behov for introduktion i primærsektor for at kunne understøtte tiltaget.

Informanter fra Region Hovedstaden havde samordningskonsulenter til rådighed under implementeringsprocessen, som underviste, afholdte onlinemøder som introduktion samt udbredte information til personalet. Informant 8 (sygeplejerske) og 9 (læge) oplevede introduktionen som værende tilstrækkelig. Informant 10 (sygeplejerske) udtalte, at introduktionen var tilstrækkelig, men at rammer og arbejdsroller indledningsvis var uklare, eksempelvis ved udførelse af dokumentation i Sundhedsplatformen:

“[...] jeg tror det var lidt utydeligt for os, hvad de potentielt kan ringe ind med. Det var svært for os at få defineret [...] der skal jo gøres nogle ting i Sundhedsplatformen og så videre [...] det blev lidt præsenteret som, at det er sygeplejersken, der skal gå ind og notere patienter med 72 timers behandlingsansvar, hvor det var meget tydeligt, at der ikke var blevet taget stilling til, hvor ligger den her arbejdsopgave henne?”

Informant 7 (sygeplejerske) fra Region Nordjylland udtalte sammenligneligt med informant 10 behov for en klar definition af tiltagets rammer:

“Jeg synes ikke, der har været sådan særlig meget information, der har været nogle meget korte møder, altså hvor man sådan løseligt har snakket om det og sådan lige fået kort ridset op. Hvad det går ud på og at vi starter her og der, men der var jo heller ikke rigtig nogle faste rammer på det”

Flere informanter, 4, 6 og 7 (sygeplejersker) fra Region Nordjylland, udtrykte oplevelsen af, at lægerne ikke var velinformeret vedr. tiltaget i begyndelsen af implementeringen.

En lignende problematik gjorde sig gældende hos personale fra Region Hovedstaden, idet informant 8 (sygeplejerske) og 9 (læge) beskrev udfordringer, da nye læger havde svært ved at huske tiltaget og derved udføre tilhørende opgaver.

Informant 9 (læge): *“Nogle gange glemmer de det især, hvis de er nye læger. Så prøver vi at minde dem om det. Vi har også lavet nogle plakater på afsnittet, så de bliver mindet om det.”*

Begge regioner havde således oplevet, at viderebringelsen af information til hele personalegruppen havde vist sig udfordrende. Den ovenstående udtalelse belyste ligeledes, at Region Hovedstaden havde implementeret plakater for at imødekomme denne problematik ved at påminde deres nyeste lægefaglige personale.

Dertil efterspurgte informant 10 (sygeplejerske) materiale i form af pjecer til at understøtte

informationsdelingen omhandlende tiltaget: “[...] jeg fik adspurgt noget materiale, altså jeg kunne godt tænke mig en pjece, som vi decideret kunne give med. Der gik lang tid før vi havde sådan noget tilgængeligt [...]”

At dette materiale ikke var tilgængeligt fra implementeringens begyndelse, resulterede i opstartsproblemer. Informanten udtalte sig ligeledes, at disse opstartsproblemer blev afhjulpnet af, at den tilgængelige information samt materiale blev præciseret.

5.5.2.3.2 Rationel integration

Nøgleordet “Rationel integration” indebar informanternes oplevelse af det tværsektorielle samarbejde og tiltagets påvirkning herpå. Informanter blev direkte adspurgt, hvorvidt de oplevede ændringer i samarbejdet med modsatte sektorer. Yderligere blev informanterne opfordret til at vurdere kvaliteten og styrken af det tværsektorielle samarbejde efter implementering af tiltaget.

Samtlige informanter gav udtryk for, at tiltaget ikke påvirkede det tværsektorielle samarbejde i en negativ retning.

Fire ud af ni informanter udtalte, at de oplevede en positiv ændring i den tværsektorielle samarbejdsrelation efter implementering af tiltaget, hvortil de resterende informanter ikke oplevede en ændring. Fordelingen af informanternes oplevelser viste ingen umiddelbar tendens forbundet med region eller sektor.

Informant 4 (sygeplejerske): “[...] det har da lettet om samarbejdet med primær, tænker jeg, at man ved, hvor man retter henvendelse til, når det er, at man har nogle spørgsmål.”

Informanter fra Region Nordjylland udtalte sig på baggrund af begrænset erfaring med tiltaget, hvilket medførte mere generelle udtalelser samt antagelser om mulige ændringer af det tværsektorielle samarbejde.

Informant 6 (sygeplejerske):

“Ja, det er svært at sige altså. Men jeg kan jo tale generelt om samarbejdet. Det er da ikke altid gnidningsløst, altså der er mange, ikke konflikter, men der er mange frustrationer. Det tror jeg også der er på deres side.”

Dette kan indikere, at der opleves udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, hvilket kom til udtryk fra adskillige informanter. Informant 3 (plejepersonale), 6 og 10 (sygeplejersker), fordelt på begge regioner samt sektorer, efterspurgte ensartet kommunikation samt

kendskab til modsatte sektors arbejdsgang for at forbedre samarbejdsrelationen.

Informant 3 (plejepersonale) beskrev kommunikation som en vigtig faktor for optimale sektorovergange:

“[...] hvis vi skal have de her sektorovergange til at køre, så indebærer det jo, at vi kender hinanden, men i sandelig altså i væsentlig høj grad med det her med de 72 timer, det handler om, at vi kommunikerer ensartet. Vi har samme sprog, fordi vi forstår tingene på samme måde [...]”

Informant 4 (sygeplejerske) beskrev udfordringer i samarbejdet, da personale fra primærsektor rettede henvendelse til et andet telefonnummer end det tiltænkte: *“At de ringer direkte til afdelingen, i stedet for den sekretær i akutmodtagelsen, som skulle fordele opkaldene [...] i stedet for at bruge det nummer, de har fået udleveret.”*

Dette indikerer et behov for en standardiseret arbejdsgang i forsøg på at reducere fejl og derigennem styrke samarbejdsrelationen.

I nedenstående udtalelse blev informant 10 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden adspurgt, hvorvidt samarbejdsrelationen med primærsektor oplevedes tilstrækkelig:

“Nej, det synes jeg bestemt ikke. Jeg synes vi har rigtig meget arbejde at gøre der stadig, fordi jeg synes der er behov for et meget, meget tæt samarbejde og velvilje. Altså jeg tror godt man kan mærke nu at både hospitalsregi og primærsektor er møgpressede. Så jeg synes der er behov for meget mere erfaring og samarbejde og forståelse for hinandens arbejdsgange [...] Det tror jeg ikke 72 timers behandlingsansvar kan løse - Det er på mange flere planer.”

Informant 10 mener ikke, at 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er tilstrækkeligt til egenhændigt at løse de udfordringer, der opleves i det tværsektorielle samarbejde, da det kræves, at der arbejdes med det på flere planer.

5.5.2.3.3 Kontekstuel integration

Nøgleordet “Kontekstuel integration” indebar informanternes oplevelse af mængden af tilgængelige ressourcer til understøttelse af tiltaget samt oplevelse af ledelsesmæssig opbakning. Informanterne blev direkte adspurgt, hvorvidt den ledelsesmæssige opbakning var tilstrækkelig til at understøtte 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

Syv ud af ni informanter beskrev en tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning til understøttelse af tiltaget. Informant 6 (sygeplejerske) fra Region Nordjylland og 9 (læge) fra Region Hovedstaden udtrykte mangel på opfølgning fra ledelsen vedr. tiltaget.

Informant 6:

“Nå men det er egentlig fint nok, man kan sige jeg troede, der ville være mere opfølgning løbende, altså jeg har kun holdt to møder med dem, og jeg troede, at de ville være heroppe og høre noget “er der noget vi kan gennemgå, eller er der nogle udfordringer?””

Informant 9:

“ [...] Altså indtil nu har vi ikke siddet og vurderet det, fordi det er jo ligesom det, der skal til - at ledelsen hører fra personalet, hvordan det er gået, om det giver mening at høre om vores oplevelser med tiltaget, og det har vi ikke haft endnu.”

Ovenstående udtalelser fra to forskellige regioner var således sammenlignelige på trods af, at regionerne befandt sig hhv. i den tidlige implementeringsfase samt efter et års implementering.

Informanterne blev ligeledes direkte adspurgt, hvorvidt de tilgængelige ressourcer blev vurderet som værende tilstrækkelige til at understøtte 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Hertil svarede informant 1, 2, 3 (plejepersonale) og 7 (sygeplejerske) fra begge sektorer i Nordjylland, at de tilgængelige ressourcer blev vurderet tilstrækkelige. Informant 8 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden gav udtryk for, at ressourcerne var omskiftelige grundet varierende antal tilgængelige læger. Informant 4 og 6 (sygeplejersker) fra sekundærsektor i Region Nordjylland samt 9 (læge) og 10 (sygeplejerske) fra sekundærsektor i Region Hovedstaden vurderede de tilgængelige ressourcer som værende utilstrækkelige. Informant 10 beskrev, hvordan mangel på ressourcer i primærsektor kunne være medvirkende til at skabe problemer i det tværsektorielle samarbejdet og patientforløb:

“[...] det kan blandt andet være ressourcer i forhold til, hvad primærsektoren har af muligheder, og hvis vi vurderer, at patienten er færdigbehandlet fra os, vil vi ikke have en patient indlagt, fordi patienten skal have sonde den næste måned, men de ikke kan varetage det ude i primærsektor.”

5.5.2.4 Refleksiv monitorering

I følgende afsnit fortolkes på nøglekomponenten "Refleksiv monitorering", hvilket indebærer fokus på informanternes refleksioner og vurderinger af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

5.5.2.4.1 Individuel påskønnelse

Nøgleordet "Individuel påskønnelse" indebar informanternes oplevelse af, om arbejdet med tiltaget var umagen værd. Ved dette nøgleord blev i alt kodet fire udtalelser, hvorfor samtlige informanter ikke var repræsenteret i dette afsnit. Informanter blev adspurgt indirekte til påskønnelse af tiltaget gennem spørgsmålet: *"Hvilken effekt har tiltaget haft på dit arbejde?"*. Tre ud af fire informanter påskønnede tiltaget, hvilket kom til udtryk i følgende udtalelser.

Informant 8 (sygeplejerske):

"[...] de kan ringe ind og tale med en læge eller en sygeplejerske fra hospitalet. Og hvis du ikke kender borgeren i eget hjem, så kan det give rigtig god mening at ringe ind og snakke med nogle af os."

Yderligere sammenlignede informant 2 (plejepersonale) fra sekundærsektor i Region Nordjylland effekten af et tidligere tiltag, som indebar behandlingsansvar på 24 timer med den potentielle effekt af tiltaget med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar:

"[...] der opdagede vi dengang, at planen var bedre, når der var det 24, så jeg tænker måske, at det så yderligere bliver taget mere med i overvejelserne, og udskrivelserne bliver bedre planlagt."

Informant 1 (plejepersonale) udtalte: *"Det synes jeg. Jeg kan ikke se noget negativt. Det er kun positivt for vores afdeling i forhold til det."*

Den resterende informant 6 (sygeplejerske) udtrykte sig i uoverensstemmelse: *"Det ved jeg jo ikke. Men jeg tænker, at det kommer til at kræve mange opkald og forstyrrelser."*

Ovenstående udtalelse indikerede en mindre positiv påskønnelse af tiltaget sammenlignet med de øvrige informanter, hvortil bekymringerne vedr. tiltaget blev udtrykt.

5.5.2.4.2 Rekonfiguration

Nøgleordet "Rekonfiguration" indebar informanternes oplevelse af potentiel indflydelse på arbejdet med tiltaget. Yderligere dækkede nøgleordet over informanternes feedback til fremtidig forbedring. Informanterne blev direkte adspurgt, hvorvidt disse oplevede at have

indflydelse på eget arbejde med tiltaget. Yderligere blev informanterne opfordret til at beskrive eventuelle forbedringer og fremtidig feedback.

I alt besvarede otte ud af ni informanter, hvorvidt de oplevede at have indflydelse på deres arbejde med tiltaget. Informant 7 (sygeplejerske) fra Region Nordjylland og 8 (sygeplejerske) fra Region Hovedstaden udtrykte usikkerhed på, hvorvidt de havde indflydelse. Informant 2 (plejepersonale), 6 og 9 (læge) beskrev, at de ikke havde indflydelse på deres arbejde med tiltaget. Informant 1 (plejepersonale) og 4 (sygeplejerske) beskrev, at vedkommende havde indflydelse. Informant 4 (sygeplejerske) havde oplevet indflydelse i forbindelse med oprettelse af patientlister. Informant 1 (plejepersonale) havde ikke oplevet noget som ikke fungerede, og derfor ikke gjort brug af mulig indflydelse. Informant 10 (sygeplejerske) oplevede ikke selv at have indflydelse, men beskrev under interviewet at afdelingspersonalet selv havde valgt, hvordan opkald skulle modtages, hvilket kan tolkes som indflydelse.

En mulig årsag til personalets oplevelse af manglende indflydelse kan skyldes, at tiltaget er politisk besluttet.

Slutligt blev informanterne adspurgt om de havde feedback vedr. tiltaget samt implementering heraf. Informant 1, 2 (plejepersonale) og 8 (sygeplejerske) berettede ingen feedback. Informant 4, 7, 10 (sygeplejersker) og 9 (læge) ønskede uddybende information til alle involverede parter. Informant 3 (plejepersonale) og 10 (sygeplejerske) ønskede klar definition af hhv., hvortil kontakten skulle rettes samt professionernes arbejdsopgaver. Informant 6 (sygeplejerske) foreslog afdelingsbesøg på tværs af sektorer for indbyrdes forståelse af arbejdsgang.

5.6 Opsummering af kvalitative resultater

I følgende afsnit vil projektets kvalitative resultater blive opsummeret opdelt efter de fire nøglekomponenter.

I nøglekomponenten "Kohærens" oplevede informanterne ingen til minimal ændring i arbejdsgangen. Informanterne så overvejende fordele ved tiltagets påvirkning på arbejdsgangen, herunder mere direkte kommunikation og forbedret struktur - dette var gældende for begge regioner samt sektorer. En enkelt informant fra Region Nordjylland udtrykte bekymring for øget mængde af arbejdsopgaver. Denne bekymring blev ikke

identificeret blandt informanter fra Region Hovedstaden. Størstedelen af informanterne placerede arbejdsbyrde vedr. tiltaget hos sekundærsektor, herunder blev professionerne læger, sygeplejerske samt sekretærer nævnt som bebyrdede aktører. To informanter mente, at arbejdsbyrden enten var mere ligeligt eller bedre fordelt.

I Region Nordjylland blev der identificeret variation i opkaldsmødetagere, herunder om opkaldet blev modtaget af sygeplejersker eller sekretærer - denne variation blev ikke identificeret i Region Hovedstaden, hvor arbejdsgangen var nærmere standardiseret.

Der var fælles forståelse af formålet med tiltaget blandt informanterne på tværs af regioner samt sektorer. Formålet blev beskrevet med ord som "patientsikkerhed" og "tryghed". Én informant beskrev formålet som værende aflastning af sekundærsektor ved øget anvendelse af primærsektor.

I nøglekomponenten "Kognitiv deltagelse" anså samtlige informanter tiltaget meningsfuldt på tværs af regioner samt sektorer. Primærsektor og sekundærsektor i Region Nordjylland oplevede ingen ændring i det interne samarbejde, trods påmindelser til kollegaer. Region Hovedstaden identificerede en mulig ændring i den interne samarbejdsrelation grundet gentagne henvendelser til kollegaer. Samtlige informanter oplevede ikke disse ændringer som negativ påvirkning i det interne samarbejde.

I nøglekomponenten "Kollektiv handling" beskrev flertallet af informanter på tværs af regioner samt sektorer, at kollegaer i modsatte sektor besad evnerne til at understøtte tiltagets medfølgende ansvar. To informanter fra sekundærsektor i Region Nordjylland og Hovedstaden gav hhv. udtryk for, at primærsektor ikke besad evnerne eller var usikker på dette.

Samtlige informanter fra begge regioner og sektorer modtog introduktion og information til tiltaget. Fem ud af seks nordjyske informanter mente, at dette var tilstrækkeligt, herunder mente informanter fra primærsektor, at yderligere introduktion og information var irrelevant. Samtlige informanter fra Region Hovedstaden mente, at den modtagne introduktion og information var tilstrækkelig - dog havde informanterne manglet klare definerede arbejdsroller samt -opgaver. Informanterne identificerede et tværregionalt problem med forglemmelse af notering grundet manglende information til lægerne. Viderebringelse af

information blev ligeledes identificeret som en tværregional udfordring, hvortil Region Hovedstaden anvendte plakater samt pjecer som løsning på dette.

Samtlige informanter udtrykte, at det tværsektorielle samarbejde ikke blev negativt påvirket efter implementering. Fire ud af ni informanter oplevede en positiv ændring i det tværsektorielle samarbejde, resterende informanter oplevede ingen ændring. Dertil udtrykte to informanter fra sekundærsektor i begge regioner, at samarbejdet ikke var tilstrækkeligt. Der blev ikke identificeret en synlig tendens i udtalelserne.

Informanter udtrykte manglende kommunikation samt kendskab til modsatte sektors arbejdsgang som værende årsag til udfordringer.

Størstedelen af informanterne oplevede tilfredsstillende ledelsesmæssig opbakning. Én informant fra hver region manglede opfølgning fra ledelsen.

Samtlige informanter fra primærsektor vurderede de tilgængelige ressourcer som værende tilstrækkelige. Én informant fra Region Nordjylland mente, at ressourcerne var passende. De resterende informanter mente enten, at ressourcerne var varierende eller utilstrækkelige.

I nøglekomponenten "Refleksiv monitorering" blev "Individuel påskønnelse" identificeret ved fire informanter. Tre af fire informanter udtrykte påskønnelse gennem deres udtalelser, hvortil den resterende informant udtrykte bekymring for opkald samt forstyrrelser. Informanternes udtalelser vedr. indflydelse på arbejdet med tiltaget tenderede hverken tværregionalt eller -sektorielt. Fire informanter fra sekundærsektor fordelt på begge regioner efterspurgte uddybende information. Ligeledes ønskede to informanter en klar definition af, hvortil primærsektor skal rette telefonisk henvendelse samt definition af arbejdsopgaver. Én informant efterspurgte gensidigt afdelingsbesøg for øget indsigt i modsat sektor.

5.7 Sammenligning af kvantitative og kvalitative resultater

I den fælles sammenligning tages udgangspunkt i udtalelser fra Region Nordjylland samt nordjyske kommuner, for at kunne sammenholde udtalelser med de kvantitative NoMAD-besvarelser, da det udelukkende lykkedes at indsamle kvantitative data fra Region Nordjylland. Gennem sammenligningen blev højere gennemsnitlig score for de separate nøglekomponenter anset som værende højere enighed i de faktorer som ifølge May & Finch (56) definerer de respektive nøglekomponenter. Det blev antaget, at forskelle mellem

grupperne i de kvantitative resultater ville resultere i modsigende udtalelser fra informanterne i de to sektorer i projektets kvalitative resultater.

Til sammenligning af de kvantitative og kvalitative resultater blev NPT's fire nøglekomponenter benyttet. "Kohærens" indeholdt, hvorvidt personalet anså tiltaget som værende meningsfuldt, nyttigt samt anvendeligt. "Kognitiv deltagelse" indeholdt skabelse af engagement, involvering samt indarbejdelse af tiltaget. "Kollektiv handling" omhandlede evner, organisatoriske og praktiske rammer såsom tilgængelige ressourcer. "Refleksiv monitorering" omhandlede påskønnelse og udvikling af tiltaget. På baggrund af projektets kvantitative data sås ikke en overensstemmelse mellem Region Nordjylland og nordjyske kommuner i de ovenstående nøglekomponenter. Dette var ikke afspejlet i projektets kvalitative data i "Kohærens" (tabel 40) samt "Kollektiv handling" (tabel 41), hvor der sås overvejende enighed blandt informanternes udtalelser.

Nøglekomponent	Kvantitativ	Kvalitativ	Sammenligning
Kohærens	De deskriptive data viste ingen overensstemmelse mellem Region Nordjylland og nordjyske kommuner. Eksplorativ analyse viste signifikant forskel mellem læger sammenlignet med sygeplejersker og SSA samt tværsektorielt	Tværsektoriel konsensus mellem alle informanternes udtalelser. Enighed om formål og tiltag medførte ingen til minimal ændring i arbejdsgangen.	Uoverensstemmelse mellem kvantitative og kvalitative data.

Tabel 40 - Sammenligning af kvantitative og kvalitative data i "kohærens".

Nøglekomponent	Kvantitativ	Kvalitativ	Sammenligning
Kollektiv handling	De deskriptive data viste ingen overensstemmelse mellem Region Nordjylland og nordjyske kommuner. Eksplorativ analyse viste signifikant forskel mellem læger sammenlignet med sygeplejersker og SSA samt på tværs af sektorer.	Tværsektoriel konsensus mellem alle informanternes udtalelser. Region Nordjylland havde ingen til begrænset erfaring med tiltaget. Størstedelen af informanter anså evnerne i modsatte sektor som værende tilstrækkelige til at kunne understøtte tiltaget. Alle informanter havde modtaget information. Alle i primærsektor anså den givne information som værende tilstrækkelig.	Uoverensstemmelse mellem kvantitative og kvalitative data.

		Informanter fra sekundærsektor beskrev ønske om uddybende information. Dele af informanterne udtrykte en positiv ændring i det eksterne samarbejde, der var ingen umiddelbar tværsektoriel tendens i informanternes udtalelser. Størstedelen af informanterne oplevede tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning. To informanter beskrev manglende opbakning fra ledelsen. Primærsektor oplevede tilstrækkelige ressourcer til understøttelse af tiltaget. Resterende informanter fra sekundærsektor vurderede overvejende ressourcerne som værende utilstrækkelige.	
--	--	---	--

Tabel 41 - Sammenligning af kvantitative og kvalitative data i "Kollektiv handling".

I nøglekomponenten "Kognitiv deltagelse" (tabel 42) var der overensstemmelse mellem samtlige informanternes udtalelser, som angav ingen ændringer i det interne samarbejde. Dog tilføjede flere informanter fra Region Nordjylland efterfølgende modstridende udtalelser i form af små ændringer i samarbejdet. Dette kunne indikere en potentiel overensstemmelse mellem de kvantitative og kvalitative data.

Nøglekomponent	Kvantitativ	Kvalitativ	Sammenligning
Kognitiv deltagelse	De deskriptive data viste ingen overensstemmelse mellem Region Nordjylland og nordjyske kommuner. Eksplorativ analyse viste signifikant forskel mellem læger sammenlignet med sygeplejersker og SSA samt på tværs af sektorer.	Tværsektoriel konsensus mellem informanternes udtalelser. Alle informanter oplevede mening i arbejdet med tiltaget. Tiltaget blev ikke opfattet som værende en faktor for en negativ ændring i det interne samarbejde. Flere informanter fra Region Nordjylland opfattede ingen ændringer i det interne samarbejde, men identificerede efterfølgende små ændringer.	Uoverensstemmelse mellem kvantitative og kvalitative data. Potentiel overensstemmelse mellem kvantitative og kvalitative data vedr. det interne samarbejde.

Tabel 42 - Sammenligning af kvantitative og kvalitative data i "Kognitiv deltagelse".

Ligeledes udtalte informanterne fra Region Nordjylland og nordjyske kommuner sig i uoverensstemmelse vedr. "Refleksiv monitorering" (tabel 43), hvilket potentielt afspejler de kvantitative data.

Nøglekomponent	Kvantitativ	Kvalitativ	Sammenligning
Refleksiv monitorering	De deskriptive data viste ingen overensstemmelse mellem Region Nordjylland og nordjyske kommuner. Eksplorativ analyse viste signifikant forskel mellem læger sammenlignet med sygeplejersker og SSA samt tværsektorielt, men ingen forskel mellem grupperne regionalt og kommunalt plejepersonale.	Tværsektoriel uoverensstemmelse mellem informanternes udtalelser. Størstedelen af informanter, der udtalte sig om "Individuel påskønnelse", udtrykte påskønnelse af tiltaget. Informanternes udtalelse vedr. indflydelse på tiltaget indikerede ingen intern eller ekstern konsensus i sektorerne. Størstedelen af informanterne fra primærsektor havde ingen feedback til tiltaget, hvortil informanterne fra sekundærsektor efterspurgte bl.a. uddybende information og klare rammer	Potentiel overensstemmelse mellem kvantitative og kvalitative data.

Tabel 43 - Sammenligning af kvantitative og kvalitative data i "Refleksiv monitorering".

Den eksplorative analyse viste ingen statistisk signifikant forskel i NoMAD-besvarelser mellem sygeplejersker og SSA. Projektets kvalitative data fra Region Nordjylland bestod af interviews fra disse professioner, hvilket indikerede, at disse udtalelser i overvejende grad var i overensstemmelse. Den eksplorative analyse viste statistisk signifikant forskel mellem læger og plejepersonale, hvilket tenderede mulig diskrepans mellem udtalelser fra disse professioner. Den lægelige profession var ikke repræsenteret i projektets kvalitative data fra Region Nordjylland, hvorfor dette ikke kunne undersøges videre.

6 Kapitel - Diskussion

I følgende kapitel vil projektets metodiske overvejelser samt resultater blive diskuteret. Kapitlet indeholder afsnittene: Metodiske overvejelser, Sammenligning med videnskabelig litteratur, Anbefaling til implementering.

6.1 Metodiske overvejelser

Implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland var nyligt påbegyndt primo 2023, hvorfor tiltaget var på afprøvning på enkelte afdelinger i Region Nordjylland, hvilket indskrænkede muligheden for indsamling af data. Yderligere var tiltaget et dansk initiativ, hvilket medførte en begrænsning i sammenlignelige interventioner og effekter heraf i den allerede eksisterende evidens. Tiltaget var nyligt fuldt implementeret i Region Hovedstaden i 2022. Den nyligt fuldendte implementering betød, at der ikke forelå offentlige evalueringer samt målte effekter af tiltaget, som kunne udgøre sammenligningsgrundlag for projektets data.

Gennem vores samarbejdspartner blev der gjort opmærksom på, at Region Hovedstaden havde påbegyndt evaluering af tiltaget samt dataindsamling. Dette data blev forsøgt indhentet gennem kontakt med Region Hovedstaden til sammenligning med Region Nordjylland, dog blev data ikke udleveret inden for projektets tidsramme. Gennem de indledende møder med samarbejdspartnere i Region Nordjylland blev der udtrykt større mængde af tilgængelige kvantitative data, end hvad der reelt blev udleveret. Disse data indebar information om patientforløb omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, herunder uddybende data vedr. antal genindlæggelser, henvendelser, kategorisering mm.. Udlevering af data resulterede i 14 registrerede patientforløb. Fra Region Nordjylland blev meddelt, at udlevering af uddybende data vedr. de 14 forløb ikke var muligt, grundet det lave antal patientforløb på de respektive afdelinger, der blev defineret som personhenførbart.

Under rekruttering af projektets informanter til den kvalitative dataindsamling blev projektgruppen gjort opmærksom på, at det sundhedsfaglige personale muligvis havde forbehold for at udtale sig grundet minimal viden og erfaring med tiltaget. Dette kan potentielt forklare, hvorfor rekruttering af informant til interview med lægefaglig profession

i Region Nordjylland ikke lykkedes. Såfremt den lægelige profession var lykkedes rekrutteret, kunne dette have bidraget til sammenligning af kvantitative og kvalitative resultater og derigennem belyst et andet perspektiv af sundhedsprofessionernes opfattelse af tiltaget. Manglende viden og erfaring hos dele af sundhedspersonalet i Region Nordjylland kunne ligeledes have betydning for rekrutteringen til den kvantitative dataindsamling og medføre, at uerfarent personale ikke ønskede at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, hvorfor disse potentielt ikke blev repræsenteret i data. Denne faktor kan potentielt forklare diskrepansen mellem de kvantitative og kvalitative resultater.

Data blev distribueret og opbevaret i programmet REDCap, som i projektperioden var under nedbrud, hvorfor kvantitative data fra Region Hovedstaden ikke var muligt at indsamle. Dette havde betydning for projektets analyse og tværregionale sammenligningsgrundlag mellem Region Hovedstaden og Nordjylland, hvorfor dele af analysen ikke indeholdt sammenligning af besvarelser fra forskellige implementeringsfaser.

6.2 Sammenligning med videnskabelig litteratur

Et svensk studie af Nordmark, Zingmark & Lindberg undersøgte sundhedspersonalets opfattelse af implementering af en ændret udskrivelsesplanlægning ti år efter implementering (50). Studiet anvendte NPT som ramme for evaluering af sundhedspersonalets perspektiv (50), hvilket kan argumenteres at være sammenligneligt med dette projekt. Resultaterne for studiet viste, at sundhedspersonalet havde opnået konsensus vedr. "Kohærens" og "Refleksiv monitorering", hvilket indebar hhv. ens opfattelse af ændringens betydning og sundhedspersonalets evaluering af ændringen (50). Dette projekts deskriptive og eksplorative fund fra den kvantitative analyse indikerede uenighed og fandt dermed ikke konsensus mellem sektorer i "Kohærens", hvilket var i uoverensstemmelse med studiet af Nordmark, Zingmark & Lindberg. Dertil fandt dette projekt enighed mellem sundhedspersonalet i primær- og sekundærsektor i Region Nordjylland, hvilket indikerede konsensus. Ydermere viste projektets kvalitative fund ligeledes mulig konsensus mellem sektorerne i "Kohærens" - disse to fund var i overensstemmelse med studiet af Nordmark, Zingmark & Lindberg.

Projektets deskriptive og eksplorative fund vedr. "Refleksiv monitorering" indikerede potentielle forskelle mellem sektorerne. Ligeledes indikerede projektets kvalitative fund potentiel diskrepans, idet informanterne udtalte sig forskelligt ang. indflydelse og feedback, hvilket er i uoverensstemmelse med studiet af Nordmark, Zingmark & Lindberg.

Projektets eksplorative fund viste potentiel konsensus mellem regionalt og kommunalt plejepersonale, hvilket er modstridende projektets deskriptive og kvalitative fund, men var i overensstemmelse med studiet af Nordmark, Zingmark & Lindberg.

Nordmark, Zingmark & Lindberg fandt diskrepans og derved ingen konsensus mellem de inkluderede informanter i nøglekomponenter "Kognitiv deltagelse" samt "Kollektiv handling" (50). Resultaterne fra projektets deskriptive og eksplorative analyse indikerede diskrepans mellem sektorerne for begge ovenstående nøglekomponenter, hvilket er i overensstemmelse med Nordmark, Zingmark & Lindberg. Modsat viste dette projekts kvalitative resultater, at informanterne havde opnået konsensus på tværs af sektorerne.

Potentielle årsager til afvigelser i resultaterne kan forklares ved, at dataindsamlingen i Nordmark, Zingmark & Lindberg foregik ti år efter implementering sammenlignet med projektets dataindsamling, som foregik under fire måneder efter implementering på afprøvningsbasis. Grundet tidspunkt for dataindsamling havde informanterne fra dette projekt minimal erfaring med tiltaget, hvilket kunne resultere i, at informanterne ikke havde dannet sig en reel opfattelse af tiltaget og potentielt udtalte sig på baggrund af antagelser. Ydermere kunne kulturen på de enkelte afdelinger påvirke implementeringen, da informanterne var rekrutteret fra et begrænset antal afdelinger, ville en bredere rekruttering fra flere afdelinger muligvis have bidraget med en mere nuanceret beskrivelse af sundhedspersonalets opfattelse af tiltaget. Den enkelte intervention, dennes påvirkning og forskel fra tidligere arbejdsgang kan ligeledes være årsag til uoverensstemmelser i resultaterne mellem dette projekt og Nordmark, Zingmark & Lindberg, da interventionerne adskilte sig.

Et australsk studie af Gillespie et al. anvendte, ligeledes dette projekt, NPT og NoMAD til evaluering af implementering af en udvidet kirurgisk tjekliste på et hospital (58). Den metodiske fremgang i Gillespie et al. inkluderede indsamling af kvantitative data samt kvalitative follow-ups med seks måneders tidsinterval, hvilket muliggjorde afdækning af sundhedspersonalets opfattelse i flere faser af implementeringen (58).

Dette tidsinterval kunne med fordel inkluderes i fremtidige undersøgelser af tiltaget for at observere eventuelle udviklinger i Region Nordjylland af sundhedspersonalets opfattelse samt anvendelse af tiltaget på baggrund af øget erfaring. Dette var dog ikke muligt grundet projektets tidsramme. Studiet af Gillespie et al. anvendte individuelle såvel som fokusgruppelinterviews til indsamling af kvalitative data (50), hvilket adskiller sig fra dette projekts metode, som udelukkende anvendte individuelle interviews. Fokusgruppelinterviews havde involveret flere informanter i samme interview, hvilket kunne have bidraget med øget forståelse af sundhedspersonalets fælles opfattelse af tiltaget.

Dette projekts kvalitative resultater viste begrænsede koder i nøgleordet "Individuel påskønnelse" tilhørende nøglekomponenten "Refleksiv monitorering". Dette på trods af at projektets udarbejdelse af interviewguide var sammenlignelig med processen beskrevet af Gillespie et al.. Dertil rapporterede Gillespie et al. udfordringer i kodningsprocessen, hvor udtalelser blev placeret under multiple relevante koder (58). I dette projekt blev separate udtalelser ikke tilknyttet multiple koder, men udelukkende tilknyttet én kode. Kodningsprocessen i projektet blev ligeledes Gillespie et al. oplevet udfordrende, da nøglekomponenterne overlappede hinanden, hvorfor adskillelsen af disse var vanskelig. Dette kan være en årsagsforklaring på det begrænsede antal koder i "Individuel påskønnelse" og derigennem påvirke projektets kvalitative resultater.

Projektet identificerede gennem den kvalitative analyse en række udfordringer ved tværsektorielle overgange. Udfordringerne bestod af problematikker ved udarbejdelsen af udskrivelsesplaner, utilstrækkelig kvalitet i sektorovergangene, manglende viden og indsigt i den tværsektorielle arbejdsgang og mangelfuld tværsektoriel informationsdeling. Den videnskabelige litteratur berettede om udfordringer (22,23,27,46,47) tilsvarende med de identificerede udfordringer fra projektets kvalitative analyse. Yderligere fremgik det af den videnskabelige litteratur, at sundhedspersonalet efterspurgte yderligere forberedelse, information og oplæring inden implementering af en sammenlignelig udskrivelsesintervention (45), hvilket er i overensstemmelse med projektets fund.

I projektets resultater blev identificeret bekymring for øget arbejde fra én informant i Region Nordjylland. Dette blev, som tidligere beskrevet, ikke identificeret af informanter fra Region

Hovedstaden, hvilket indikerede, at problematikken sandsynligvis ikke var gældende efter fuldendt implementering. Det kunne have været relevant at adspørge informanter fra Region Hovedstaden omkring eventuelle bekymringer inden implementeringen, for at afgøre om bekymringen var en enkeltstående observation. Ligeledes kunne denne information bidrage til at afdække, hvorvidt informanterne oplevede bekymring i den tidlige implementeringsfase og såfremt dette var tilfældet blevet afkræftet gennem opnået erfaring.

Projektets resultater viste overvejende uoverensstemmelser mellem de kvalitative og kvantitative resultater, hvilket potentielt kan skyldes tilkendegivelser på baggrund af minimal erfaring i hhv. udtalelser og spørgeskemabesvarelser. De kvantitative resultater viste forskel mellem det regionale og kommunale plejepersonale, hvilket ikke blev identificeret i de kvalitative resultater. Dette kan ligeledes potentielt forklares ved personalets minimale erfaring, hvorfor personalet potentielt ikke oplevede en ændring som følge af tiltaget, og således udtalte sig på baggrund heraf. Projektets kvantitative resultater viste, at den lægelige professions holdning adskilte sig fra de resterende professioners. Det lægefaglige perspektiv blev ikke afdækket i Region Nordjylland i de kvalitative resultater, hvilket kunne være interessant at inkludere i fremtidige undersøgelser.

6.3 Anbefaling til implementering

På baggrund af den indsamlede viden, tilegnet gennem projektet, blev det identificeret, hvilke udfordringer sundhedspersonalet oplevede i implementeringen og arbejdet med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. I ekspanderingen af implementering vil det være anbefalelsesværdigt at have fokus på at inkludere løbende opfølgning fra ledelsen samt tydelig uddybende information vedr. tiltagets omfang og indgriben i den enkelte professions arbejde. Yderligere anbefales udbredelse af forståelse og kendskab til modsatte sektors arbejdsgang, da dette blev identificeret som en udfordring af sundhedspersonalet.

Materiale i form af plakater og pjecer kan være fordelagtigt at anvende med formål at påminde personalet om tiltaget for at reducere forglemmelser og behov for påmindelser internt af kollegaer.

7 Kapitel - Konklusion

Projektet havde til formål at undersøge sundhedspersonalets oplevelse af den tidlige implementeringsfase af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland i primær- og sekundærsektor og heraf, om tiltaget kunne forbedre det tværsektorielle samarbejde samt reducere udfordringerne ved tværsektorielle overgange.

Projektets analyse, med NPT som metodisk ramme, gav mulighed for evaluering af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar gennem analyse af de fire nøglekomponenter "Kohærens", "Kognitiv deltagelse", "Kollektiv handling" og "Refleksiv monitorering".

For samtlige nøglekomponenter viste den deskriptive analyse, at der var overvejende forskel i NoMAD-besvarelser mellem sektorer. Dertil viste resultaterne, at lægerne svarede overvejende forskelligt sammenlignet med sygeplejerskerne og SSA. Den eksplorative analyse viste signifikant forskel i NoMAD-besvarelser i overensstemmelse med resultaterne fra den deskriptive analyse.

I "Kohærens" oplevede sundhedspersonalet ingen til minimal ændring af arbejdsgangen og så overvejende fordele ved tiltaget i den tidlige implementeringsfase. Yderligere viste analysen en tendens til overvejende enighed blandt sundhedspersonalets opfattelse af formålet med tiltaget. Herunder så dele af personalet potentiale i tiltaget til at forbedre det tværsektorielle samarbejde gennem forbedrede patientforløb samt reducere af genindlæggelser. Dette indikerede således overvejende konsensus i "Kohærens".

I "Kognitiv deltagelse" sås enighed i sundhedspersonalets opfattelse af tiltaget som værende meningsfuldt, og at tiltaget ikke påvirkede det interne samarbejde negativt.

I "Kollektiv handling" oplevede sundhedspersonalet i sekundærsektor manglende information om tiltaget. Dele af sundhedspersonalet i begge sektorer anså det tværsektorielle samarbejde som værende positivt ændret.

I "Refleksiv monitorering" blev der indikeret behov for definerede rammer herunder tydelig information, kommunikation, fordeling af arbejdsgang og -roller for bedre understøttelse af tiltaget.

De kvantitative og kvalitative analyser viste tvetydige resultater, hvilket besværliggjorde udarbejdelsen af en samlet entydig evaluering af den tidlige implementeringsfase af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Region Nordjylland.

8 Referenceliste

Reference standard: Vancouver

1. Region Nordjylland. Budgetaftale 2023 - Sikker drift i en usikker tid. 2022 sep s. 34.
2. Nielsen JT. Afprøvning af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i Aalborg Kommune og Frederikshavn Kommune [Internet]. Sundhed.dk. 2023 [henvist 7. februar 2023]. Tilgængelig hos: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/nyheder/nyheder-og-nyhedsmail/c-meddelelser/udvidet-behandlingsansvar/?fbclid=IwAR0-EzcaYsRWYxCWzyJvI7UTLUV25nhqRm_znVi8ZV9IT0yVus3YWZNeV70
3. Region Hovedstaden Center For Sundhed. Model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling. 2022 12.
4. Region Hovedstaden Center For Sundhed. Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. 2021 jun.
5. Region Hovedstaden. Aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser – 10.05.2021. 10. maj 2021;
6. Region Hovedstaden Center For Sundhed. Behandlingsansvar for færdigbehandlede patienter 72 timer efter hospitalsbehandling. 7. oktober 2022;
7. Simonsen HR. 72 timers behandlingsansvar bliver et afsæt for sundhedsklyngerne i København [Internet]. 2022 [henvist 16. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://medicinsktidsskrift.dk/almen-praksis/4253-72-timers-behandlingsansvar-bliver-et-afsaet-for-sundhedsklyngerne-i-kobenhavn.html>
8. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven [Internet]. aug 26, 2019. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/903>
9. Fris CR. Pressemøde: Regeringen afsætter to milliarder til akutplan for sundhedsvæsenet [Internet]. fredericiaavisen.dk. 2023 [henvist 16. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://fredericiaavisen.dk/pressemoede-regeringen-afsaetter-to-milliarder-til-akutplan-for-sundhedsvaesenet/>
10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Regeringen lancerer flere initiativer i akutplan for sundhedsvæsenet [Internet]. 2023 [henvist 16. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/nyheder/2023/februar/regeringen-lancerer-flere-initiativer-i-akutplan-for-sundhedsvaesenet>
11. Meesenburg I. MINUT FOR MINUT: Regeringen præsenterede akutplan for sundhedsvæsenet [Internet]. DR. 2023 [henvist 16. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.dr.dk/nyheder/politik/live-tv-regeringen-inviterer-til-pressemoede>

12. Region Nordjylland. Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse. 2023 01.
13. Aalborg Universitetshospital. Kommunikation i det gode tværsektorielle indlæggelses- og udskrivelsesforløb for somatiske patienter - overdragelse af patienter mellem kommune og somatisk sygehus. 2016.
14. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. Health Syst Transit. 2012;14(2):i–xxii, 1–192.
15. Danmarks formandskab i Nordisk Ministerråd. Sektorprogram social- og sundhedspolitik [Internet]. Nordic Council of Ministers; 2015 feb [henvist 16. februar 2023]. Tilgængelig hos: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:norden:org:diva-3813>
16. Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. International Journal for Quality in Health Care. 1. december 2015;27(6):523–7.
17. Danske Regioner. Danske Regioner - Om de fem regioner [Internet]. 2019 [henvist 22. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/om-de-fem-regioner>
18. Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Repr. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1993. 312 s.
19. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse. Kbh.: Hans Reitzel; 2014.
20. Boge RM, Haugen AS, Nilsen RM, Bruvik F, Harthug S. Discharge care quality in hospitalised elderly patients: Extended validation of the Discharge Care Experiences Survey. PLoS One. 2019;14(9):e0223150.
21. Adelsjö I, Nilsson L, Hellström A, Ekstedt M, Lehnbohm EC. Communication about medication management during patient-physician consultations in primary care: a participant observation study. BMJ Open [Internet]. 2022;12(11). Tilgængelig hos: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2021195254&from=export>
22. Caleres G, Bondesson Å, Midlöv P, Modig S. Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used -a descriptive study. BMC Health Serv Res. 11. oktober 2018;18(1):770.
23. Gadbois EA, Tyler DA, Shield R, McHugh J, Winblad U, Teno JM, m.fl. Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility. J Gen Intern Med. januar 2019;34(1):102–9.
24. Torisson G, Minthorn L, Stavenow L, Londos E. Multidisciplinary intervention reducing readmissions in medical inpatients: A prospective, non-randomized study. Clin Interventions

- Aging. 2013;8((Torisson G., ustav.torisson@med.lu.se; Minthon L.; Londos E.) Clinical Memory Research Unit, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden):1295–304.
25. Henriksen BT, Krogseth M, Nguyen CT, Mathiesen L, Davies MN, Andersen RD, m.fl. Medication management for patients with hip fracture at a regional hospital and associated primary care units in Norway: a descriptive study based on a survey of clinicians' experience and a review of patient records. *BMJ Open*. 15. november 2022;12(11):e064868.
 26. Manskow US, Kristiansen TT. Challenges Faced by Health Professionals in Obtaining Correct Medication Information in the Absence of a Shared Digital Medication List. *Pharmacy (Basel)*. 22. februar 2021;9(1).
 27. Gautun H, Bratt C, Billings J. Nurses' experiences of transitions of older patients from hospitals to community care. A nation-wide survey in Norway. *Heal Sci Rep [Internet]*. 2020;3(3).
Tilgængelig hos:
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2006713220&from=export>
 28. Nilsson N, Lea M, Lao Y, Wendelbo K, Gløersen G, Mowé M, m.fl. Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards. *Eur J Hosp Pharm*. 1. september 2015;22(5):298–303.
 29. Blunt I, Bardsley M, Grove A, Clarke A. Classifying emergency 30-day readmissions in England using routine hospital data 2004-2010: what is the scope for reduction? *Emerg Med J*. januar 2015;32(1):44–50.
 30. Fluitman KS, van Galen LS, Merten H, Rombach SM, Brabrand M, Cooksley T, m.fl. Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root cause analysis: Coordination of care is the weakest link. *Eur J Intern Med*. maj 2016;30:18–24.
 31. Galen LS van, Brabrand M, Cooksley T, Ven PM van de, Merten H, So RK, m.fl. Patients' and providers' perceptions of the preventability of hospital readmission: a prospective, observational study in four European countries. *BMJ Qual Saf*. 1. december 2017;26(12):958–69.
 32. Gusmano M, Rodwin V, Weisz D, Cottenet J, Quantin C. Comparison of rehospitalization rates in France and the United States. *J Health Serv Res Policy*. januar 2015;20(1):18–25.
 33. Danske Regioner. Danske Regioner - Genindlæggelser [Internet]. 2021 [henvist 27. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/om-de-fem-regioner/sundhed-ital/genindlaeggelser>
 34. Sundhedsdatastyrelsen. DRG - Takster - Sundhedsdatastyrelsen [Internet]. 2022 [henvist 7. september 2022]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og->

35. Larsen T. CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning. Syddansk Universitet; 2014 jun.
36. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, m.fl. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess.* 2002;6(4):1–183.
37. Shepperd S, Parkes J, McClaran JJ, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. I: The Cochrane Collaboration, redaktør. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004 [henvist 22. februar 2023]. s. CD000313.pub2. Tilgængelig hos: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000313.pub2>
38. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022 [henvist 22. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
39. Danmarks Statistik. NYT: 59 pct. flere over 80 år i 2030 [Internet]. 2020 [henvist 22. februar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674>
40. Willers C, Boström AM, Carlsson L, Lager A, Lindqvist R, Rydewik E. Readmission within three months after inpatient geriatric care-Incidence, diagnosis and associated factors in a Swedish cohort. *PLoS ONE* [Internet]. 2021;16(3 March). Tilgængelig hos: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011524977&from=export>
41. Glette MK, Kringeland T, Røise O, Wiig S. Exploring physicians' decision-making in hospital readmission processes - a comparative case study. *BMC Health Serv Res.* 19. september 2018;18(1):725.
42. Erlang AS, Schjødt K, Linde JKS, Jensen AL. An observational study of older patients' experiences of involvement in discharge planning. *Geriatr Nurs.* august 2021;42(4):855–62.
43. Kemp K, Quan H, Santana MJ. Discharge communication and patient involvement are associated with unplanned hospital readmissions: Results from a validated hospital experience survey. *Qual Life Res.* 2016;25(1):44–5.
44. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2015;10:27370.
45. Danielsen SO, Moons P, Leegaard M, Solheim S, Tønnessen T, Lie I. Facilitators of and barriers to reducing thirty-day readmissions and improving patient-reported outcomes after surgical aortic valve replacement: a process evaluation of the AVRre trial. *BMC Health Serv Res.* 27. marts 2020;20(1):256.
46. Fjellså HMH, Husebø AML, Storm M. eHealth in Care Coordination for Older Adults Living at

- Home: Scoping Review. J Med Internet Res [Internet]. 2022;24(10). Tilgængelig hos:
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2021266050&from=export>
47. Foged S, Nørholm V, Andersen O, Petersen HV. Nurses' perspectives on how an e-message system supports cross-sectoral communication in relation to medication administration: A qualitative study. J Clin Nurs. februar 2018;27(3–4):795–806.
 48. Laugaland K, Aase K, Waring J. Hospital discharge of the elderly--an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors. BMC Health Serv Res. 30. august 2014;14:365.
 49. Lisby M, Klingenberg M, Ahrensberg JM, Hoeyem PH, Kirkegaard H. Clinical impact of a comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit: Randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2019;100((Lisby M., marilisb@rm.dk; Kirkegaard H.) Research Centre for Emergency Medicine, Department of Clinical Medicine, Aarhus University, Palle Juul-Jensens Boulevard 99, 8200 Aarhus, Denmark; The Emergency Department, Aarhus University Hospital, Denmark):103411.
 50. Nordmark S, Zingmark K, Lindberg I. Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. BMC Med Inform Decis Mak. 27. april 2016;16:48.
 51. Rosted E, Poulsen I, Hendriksen C, Petersen J, Wagner L. Testing a two step nursing intervention focused on decreasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care. Geriatr Nurs. december 2013;34(6):477–85.
 52. Solvoll T, Scholl J, Hartvigsen G. Physicians interrupted by mobile devices in hospitals: understanding the interaction between devices, roles, and duties. J Med Internet Res. 7. marts 2013;15(3):e56.
 53. Thomsen LA, El-Souri M, Pultz K, Rossing C. Implementation of a medication bundle in residential facilities for the disabled: Using the Model for Improvement. I: International Journal of Clinical Pharmacy [Internet]. 2016. s. 1011. Tilgængelig hos:
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L72342556&from=export>
 54. Pedersen PU, Ersgard KB, Soerensen TB, Larsen P. Effectiveness of structured planned post discharge support to patients with chronic obstructive pulmonary disease for reducing readmission rates: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. august 2017;15(8):2060–86.
 55. Grol RPTM, Bosch MC, Hulscher MEJL, Eccles MP, Wensing M. Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives: *Planning and Studying*

- Improvement in Patient Care*. Milbank Quarterly. marts 2007;85(1):93–138.
56. May C, Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*. juni 2009;43(3):535–54.
 57. Devlin AM, McGee-Lennon M, O'Donnell CA, Bouamrane MM, Agbakoba R, O'Connor S, m.fl. Delivering digital health and well-being at scale: lessons learned during the implementation of the dallas program in the United Kingdom. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1. januar 2016;23(1):48–59.
 58. Gillespie BM, Harbeck E, Lavin J, Gardiner T, Withers TK, Marshall AP. Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. *BMC Health Serv Res*. 9. marts 2018;18(1):170.
 59. May CR, Cummings A, Girling M, Bracher M, Mair FS, May CM, m.fl. Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Sci*. december 2018;13(1):80.
 60. Finch TL, Girling M, May CR, Mair FS, Murray E, Treweek S, m.fl. Improving the normalization of complex interventions: part 2 - validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC Med Res Methodol*. december 2018;18(1):135.
 61. Leedy PD, Ormrod JE, Johnson LR. *Practical research: planning and design*. Twelfth edition, Global edition. Harlow, England: Pearson; 2021.
 62. Finch TL, Rapley T, Girling M, Mair FS, Murray E, Treweek S, m.fl. Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implementation Science*. 11. april 2013;8(1):43.
 63. Birkler J. *Videnskabsteori: en grundbog*. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2005.
 64. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. Kbh: Hans Reitzel; 2015.
 65. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome – an exploratory comparative analysis. *BMC Med Res Methodol*. 29. november 2019;19(1):219.
 66. Rahman RBA. Comparison of Telephone and In-Person Interviews for Data Collection in Qualitative Human Research. 5. marts 2023 [henvist 11. maj 2023]; Tilgængelig hos: https://indigo.uic.edu/articles/journal_contribution/Comparison_of_Telephone_and_In-Person_Interviews_for_Data_Collection_in_Qualitative_Human_Research/22217215/1
 67. Datatilsynet. *Hvad er personoplysninger?* [Internet]. 2023 [henvist 16. marts 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er->

personoplysninger

68. Datatilsynet. Vejledning - Samtykke. 2019 sep.
69. World Medical Association. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2022 [henvist 27. september 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>