

Master of Information Technology with specialization in Health Informatics
Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet

Sundhedsinformatik

En undersøgelse af sundhedsprofessionelles forventninger til og anvendelse af applikationen
ReMind i ambulant behandling i psykiatrien: præ- og post-implementering

Tanja Prlac Jessen

2. årgang, juni 2015

Vejleder: Karsten Ulrik Niss

Abstract

Healthcare informatics: Exploring expectations and use of the application ReMind in psychiatric outpatient care: pre- and post-implementation

Background

Use of healthcare informatics in patient care is a prioritised development area in Central Denmark Region. Video consultations in particular are seen as a means to flexible, purposeful and economic patient treatment. This has led to the development of a treatment supporting technology, ReMind, which enables video consultations between patients and therapists. It has been decided to implement this technology in several psychiatric outpatient units.

The literature argues, however, that the implementation of healthcare technology in patient treatment is a challenge. Several reasons for this are mentioned, but one particular barrier for implementation is considered to be a lack of technology acceptance in healthcare professionals.

The decision to implement a treatment supporting healthcare technology in Central Denmark Region poses a dilemma, because the technology only becomes supportive if it is adopted amongst those who are to use it in their daily practice. This study seeks to establish the expectations of and experience with the ReMind application as a digital tool to patient treatment among healthcare professionals. The purpose of this is to create an understanding of the matters at stake when a new technology is implemented in a clinical psychiatric practice.

Method and theoretic references

The study's focus is the healthcare professionals' perspective on the implementation of new technology. Their perceptions of and experiences with ReMind were conducted through semi-structured qualitative research interviews. A total of 10 interviews were carried out: five pre-deployment and five post-implementation. The material was analyzed and discussed through a hermeneutic understanding.

The data interpretation process was supported by the socio-technical systems theory (STST) as well as the expanded technology concept and Technucation project that positions itself scientifically within Science, Technology and Society Studies (STS).

STST and STS theories relate to direct and indirect impacts of technologies on a field and its agents. The theories thus functioned as horizon broadening tools supporting the identification of interaction between healthcare professionals and technology.

Findings

The study identified four key themes with a total of 11 sub-themes related to the research question: “What are the healthcare professionals’ perspectives on implementation of the treatment supporting technology ReMind”. The central themes are expectation, perception, use and possible barriers.

The *expectations* to ReMind as a treatment supporting technology are that the system 1) helps reduce the large geographical distances, 2) increases patient involvement and patient empowerment and 3) increases the flexibility of the cooperation between patient and healthcare professionals.

Sub-themes related to *perception* are 1) a lacked familiarity with the system, 2) a change of practice and 3) that ReMind is not applicable with all patients.

The study does not render the investigation of the healthcare professionals’ experiences with the *use* of ReMind possible, as four of those interviewed had not yet used ReMind and one had only tried using part of the application. Findings under the theme associated with use are 1) that ReMind is compared with the use of other communications platforms and 2) that technology should contribute positively from implementation start.

The main *barriers* to using ReMind as a supportive treatment technology have been identified as 1) lack of time, 2) lack of management involvement and a vision for implementation and 3) the need for local IT support.

Conclusion

The study concludes that healthcare professionals generally consider ReMind as valuable to patients. In particular, they point to the importance of the technology in relation to increasing the

involvement of patients in their own treatment and health. Healthcare professionals find it harder to mention technology benefits for themselves.

The biggest barrier to implementation is described as a lack of time to apply ReMind, as treatment is the core task and very important in everyday life. This suggests that healthcare professionals do not consider technology as an integrated part of treatment. Moreover, it is found that the technology's paths into the organization seem 'invisible' to healthcare professionals. Professionals who had positive experiences with the previous iPad project and helped developing the project can more easily than others see the purpose of ReMind. Lack of integration with existing systems is seen as a barrier related to workflow and patient safety.

The study has identified a need for a future study of the patient perspective to clarify what an application like ReMind must contain to enhance patient empowerment.

Resume

Baggrund

Anvendelse af sundhedsteknologi i patientbehandling er et prioriteret udviklingsområde i Region Midtjyllands psykiatriplan. Særligt videokonsultationer fremhæves som en vej til mere fleksible, målrettede og økonomiske behandlingsforløb til gavn for både behandlingssystem og patienter. Prioriteringen har ført til udviklingen af en behandlingsunderstøttende teknologi, ReMind, der muliggør videokonsultationer mellem patienter og behandlere. Der er truffet beslutning om, at teknologien skal implementeres i flere af psykiatriens ambulante enheder.

Litteraturen argumenterer imidlertid for, at implementering af sundhedsteknologi i patientarbejde er en udfordring. Dette ses der flere grunde til, men en særlig barriere for implementering anses at være sundhedsprofessionelles manglende accept af teknologien.

Beslutningen om at implementere en behandlingsunderstøttende sundhedsteknologi i Region Midtjylland udgør et dilemma, da teknologi selvsagt kun bliver understøttende, hvis den tages i anvendelse. Denne undersøgelse stiller skarpt på sundhedsprofessionelles forventninger til og oplevelser med at anvende applikationen ReMind som samarbejdsredskab med deres patienter. Undersøgelsen søger ad denne vej at skabe en forståelse af, hvad der er på spil, når ny teknologi implementeres i klinisk psykiatrisk praksis.

Metode og teoretisk referenceramme

Undersøgelsens fokus er sundhedsprofessionelles perspektiv på implementering af sundhedsteknologi. Deres forestillinger om, oplevelser af og erfaringer med teknologien ReMind blev afdækket gennem semistrukturerede kvalitative forskningsinterview. Der blev gennemført i alt 10 interview: fem præ-implementering og fem post-implementering. Materialet er analyseret og diskuteret på baggrund af en hermeneutisk forståelse.

I processen med afkodning af data blev der hentet hjælp fra den socio-tekniske systemteori (STST), – nærmere bestemt *Det udvidede teknologibegreb*, og Technucation-projektet, der videnskabeligt

positionerer sig inden for Science, Technology and Society Studies (STS).

STST og STS-teorierne forholder sig til teknologiers direkte og indirekte påvirkninger på et felt og dets agenter. Teorierne bidrog til at stille spørgsmål til teksten og fungerede dermed som horisontudvidende redskaber til afdækning af interaktion og samspil mellem mennesker og teknologi under forandring.

Fund

Undersøgelsen identificerede fire centrale temaer med i alt 11 undertemaer, der knytter sig til undersøgelsens problemformulering, som lyder: "Hvordan forholder sundhedsprofessionelle til implementering af den behandlingsunderstøttende teknologi ReMind?" De centrale temaer er forventninger, oplevelse, anvendelse og barrierer.

Forventningerne til ReMind som behandlingsunderstøttende teknologi er 1) at mindske store geografiske afstande 2) at øge patientinddragelse og patient empowerment og 3) at øge fleksibiliteten i samarbejdet mellem patienten og behandleren.

Undertemaer der knytter sig til *oplevelser* er 1) manglede fortrolighed med systemet, 2) ændring af praksis og 3) forestillinger om, at ReMind ikke egner sig i samarbejdet med alle patienter.

Det er i undersøgelsen ikke muligt at svare på, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever *anvendelsen* af teknologien med patienten, da fire af de interviewede sundhedsprofessionelle ikke har anvendt ReMind, mens den femte kun i begrænset omfang har brugt redskabet i samarbejde med én patient ved at anvende beskedfunktionen. Undertemaer der knytter sig til anvendelse i behandlingen er 1) at ReMind sammenholdes med brugen af andre platforme og 2) at teknologien skal bidrage med noget fra starten. De største *barrierer* for at anvende ReMind som behandlingsstøttende teknologi er 1) travlhed i hverdagen, 2) manglende ledelsesinvolvering og vision for implementering og 3) et uopfyldt behov for lokal it-support.

Konklusion

Undersøgelsen konkluderer, at sundhedsprofessionelle generelt anser ReMind som værende værdifuld for patienter. Særligt peger de på den betydning teknologien har i forhold til at øge

inddragelsen af patienten i egen behandling og sundhed. De har sværere ved at nævne fordele for dem som behandlere.

Den største barriere for implementering beskrives som mangel på tid til at anvende ReMind, da kerneopgaven (behandling) fylder meget i hverdagen. Dette henleder opmærksomheden på, at behandlerne ikke anser teknologien som en integreret del af behandlingen. Desuden findes det, at teknologiens veje ind i organisationen synes 'usynlig' for nogle sundhedsprofessionelle.

Sundhedsprofessionelle, der havde gode erfaringer med det tidligere iPad-projekt og har været med i udviklingen af det, har lettere ved at se formålet med ReMind end sundhedsprofessionelle, som ikke har deltaget i sådanne opgaver. Manglende integration til nuværende systemer ses som en barriere i forhold til arbejdsgange og patientsikkerhed.

Der peges på et behov for en fremtidig undersøgelse af patientperspektivet for at tydeliggøre, hvad en applikation som ReMind skal bestå af for at styrke patienternes egenomsorgsevne (empowerment) bedst muligt.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
RESUME	1
INDHOLDSFORTEGNELSE	4
1 INDLEDNING	6
2 PROBLEMANALYSEN	7
3 PROBLEMAFGRÆNSNING, PROBLEMFORMULERING OG UNDERSØGELSESPØRGSMÅL	9
4 BEGREBSAFKLARINGER	11
4.1 SUNDHEDSPROFESSIONELLE	11
4.2 AMBULANT BEHANDLING	11
4.3 UNGE VOKSNE MED FØRSTE EPISODE SKIZOFRENI	11
4.4 REMIND	12
5 METODE	12
5.1 PROJEKTETS VIDENSKABSTEORETISKE FORANKRING	12
5.2 DEN METODISKE TILGANG	13
5.3 TEKNOLOGIEN DER ER GENSTAND FOR UNDERSØGELSEN	14
5.3.1 Applikation ReMind	14
5.3.2 Succeskriterierne for løsningen	15
5.3.3 OPUS Vest og OPUS Risskov	16
5.3.4 Udvælgelse af informanter	17
5.4 LITTERATURSØGNING	18
5.5 DATAINDSAMLING	19
5.5.1 Kvalitative forskningsinterviews	19
5.5.2 Transskribering	20
5.5.3 Etiske overvejelser	21
6 DATAANALYSE	21
6.1 TEORETISK FORSTÅELESERAMME	22
6.1.1 Det udvidede teknologi begreb	23
6.1.2 Technucation	25

7	FUND OG DISKUSSION	27
7.1	HVILKE FORVENTNINGER HAR SUNDHEDSPROFESSIONELLE TIL ReMIND SOM SAMARBEJDSREDSKAB I BEHANDLINGEN AF UNGE VOKSNE MED FØRSTEEPISODE SKIZOFRENI? (PRÆ- IMPLEMENTERING)	28
7.1.1	<i>Præsentation af fund fra interviewundersøgelser</i>	28
7.1.2	<i>Analyse af fund i forhold til teori</i>	29
7.1.3	<i>Delkonklusion i forhold til forventninger</i>	31
7.2	HVORDAN ANVENDES ReMIND SOM ET SAMARBEJDSREDSKAB I AMBULANT BEHANDLING AF UNGE VOKSNE MED FØRSTEEPISODE SKIZOFRENI? (POST-IMPLEMENTERING)	32
7.2.1	<i>Præsentation af fund fra interviewundersøgelser</i>	32
7.2.2	<i>Analyse af fund i forhold til teori</i>	33
7.2.3	<i>Delkonklusion i forhold til anvendelse</i>	35
7.3	HVORDAN OPLEVER SUNDHEDSPROFESSIONELLE AT ANVENDTE ReMIND SOM SAMARBEJDSREDSKAB I AMBULANT BEHANDLING AF UNGE VOKSNE MED FØRSTEEPISODE SKIZOFRENI? (POST- IMPLEMENTERING)	36
7.3.1	<i>Præsentation af fund fra interviewundersøgelser</i>	36
7.3.2	<i>Analyse af fund i forhold til teori</i>	37
7.3.3	<i>Delkonklusion i forhold til oplevelser</i>	39
7.4	HVAD ER DE STØRSTE BARRIERER FOR IMPLEMENTERING AF ReMIND SOM ET REDSKAB TIL SAMARBEJDE MELLEM SUNDHEDSPROFESSIONELLE OG UNGE VOKSNE MED FØRSTE EPISODE SKIZOFRENI SET FRA DE SUNDHEDSPROFESSIONELLES PERSPEKTIV ? (PRÆ- OG POST-IMPLEMENTERING)	40
7.4.1	<i>Præsentation af fund fra interviewundersøgelse</i>	40
7.4.2	<i>Analyse af fund i forhold til teori</i>	41
7.4.3	<i>Delkonklusion i forhold til barrierer</i>	44
7.5	DISKUSSION AF ANVENDT METODE	45
7.5.1	<i>At forske i egen organisation</i>	45
8	KONKLUSION	46
9	PERSPEKTIVERING	49
10	LITTERATURLISTE	51
11	BILAG FORTEGNELSE	55

1 Indledning

Dette projekt søger at identificere og beskrive hvordan sundhedsprofessionelle forholder sig til ReMind som digitalt samarbejdsredskab i ambulant behandling af unge med skizofreni - herunder deres forventninger til teknologien, deres oplevelser af at anvende den og mulige barrierer for implementeringen af teknologien i den kliniske kontekst. ReMind er en behandlingsunderstøttende teknologi, hvis formål er at fremme samarbejde mellem mennesker med svær psykisk lidelse og deres behandlere gennem blandt andet videokonsultationer.

Undersøgelsen tager sit afsæt i en nysgerrighed overfor, hvordan sundhedsteknologi¹ – her i form af en behandlingsunderstøttende teknologi - kan anvendes som et bidrag til at styrke kvaliteten af samarbejdet mellem svært psykisk syge patienter, der modtager ambulant behandling for deres psykiske lidelse, og sundhedsprofessionelle.

Nysgerrigheden finder sit videnskabelige og kliniske belæg på tre forskellige områder:

1. En international forskningsinteresse der på den ene side finder, at sundhedsteknologi er vejen til bedre patientoplevelse, behandlingsrettet og økonomiske kvalitet (Lingley-Pottie, McGrath 2008, Leigh, Cruz et al. 2009, Hilty, Yellowlees et al. 2006, Mirza, Norris 2007), og på den anden side finder, at sundhedsteknologier er svære at implementere i klinisk praksis trods positive resultater (Lehman, Greener et al. 2002, Li, Talaei-Khoei et al. 2013)
2. Et nationalt fokus på at sundheds-it² som en måde hvorpå kliniske arbejdsprocesser kan understøttes, samtidig med at patienter bestyrkes og gøres til aktive samarbejdspartnere i og omkring deres egen sundhed (SSI 2013, Regeringen, KL et al. 2013)

¹ I projektet er der fokus på sundheds IT løsninger, hvor patienten modtager behandling hjemme, via videaskærm og internet, målrettet og individuel tilpasset.

² Pagliari et al. (2005) definerer sundheds-it som: "...an emerging field of medical informatics, referring to the organization and delivery of health services and information using the Internet and related technologies."

3. Et lokalt fokus på at videokonsultationer skal bidrage til mere fleksible, målrettede og økonomiske behandlingsforløb til gavn for både behandlingssystem og patient (Psykiatri og Social 2015b, Region Midtjylland 2013b)

2 Problemanalysen

I psykiatrien i Region Midtjylland har man igennem de seneste 5 år haft tiltagende interesse for sundheds-it og dets mulige potentialer i behandlingsarbejdet som et forsøg på at udvikle psykiatrien til at kunne yde den bedst mulige service for borgerne med færrest mulige midler (Region Midtjylland 2013a, Voss 2009). Psykiatrilædelser i regionen har igangsat et projekt med henblik på opskalering af en telemedicinsk platform – ReMind³, der er tilgængelig på smartphone, tablet og pc. Platformen indeholder en række forskellige funktionaliteter, fx behandlingsskemaer, træningsvideoer og mulighed for videokonsultation. Platformen muliggør, at patienter kan få en skræddersyet løsning på den måde, at kun relevante funktionaliteter gøres tilgængelige i deres personlige løsning (Psykiatri og Social 2014a, Psykiatri og Social 2015b).

Et centralt omdrejningspunkt i udviklingen af ReMind har været udviklingen af videofunktionen. Mange patienter bor langt væk fra den ambulante klinik og kan derfor have svært ved at møde op til behandling. Her ses videokonsultationer som en mulig vej til fleksibelt at kunne tilbyde kontakt med behandleren - uafhængigt af fysisk placering (Psykiatri og Social 2015c).

Forskning foreslår, at det er muligt og acceptabelt at anvende telepsykiatriske konsultationer (videokonsultationer) i samarbejdet mellem psykisk syge patienter og deres behandlere (Voss 2009). Hertil kommer, at videokonsultationer synes at give samme behandlingsmæssige effekter som ansigt-til-ansigt konsultationer

³ Applikation ReMind præsenteres i afsnit 5.3.1

i behandlingen af patienter med psykiske lidelser - herunder skizofreni, depression og angst (O'Reilly, Bishop et al. 2007, García-Lizana, Muñoz-Mayorga 2010, Region Midtjylland 2013a, Voss 2009).

Samtidig peger studier på, at anvendelsen af videokonsultationer i psykiatrisk behandling opleves positivt af patienter. Dette indebærer, at patienter føler sig veltilpasse og sikre i deres eget hjem under videokonsultationer, og at de ikke føler sig stigmatiseret (Lingley-Pottie, McGrath 2008, Hilty, Yellowlees et al. 2006).

En californisk undersøgelse konkluderer, at der er mindre sandsynlighed for, at videokonsultationer aflyses af patienterne, samt mindre sandsynlighed for at patienterne udebliver (Leigh, Cruz et al. 2009), hvilket som udgangspunkt øger sandsynligheden for et godt behandlingsresultat.

Studierne peger entydigt på, at videokonsultationer er en måde til etablering af et trygt og sikkert behandlingsrum, hvor samarbejde med patienter kan foregå mere fleksibelt – og således mere på patienternes præmisser. Det interessante er imidlertid, at ny teknologi er svær at implementere i klinisk praksis - trods positive resultater (Lehman, Greener et al. 2002, Li, Talaei-Khoei et al. 2013).

I forskningen fremhæves det, at implementeringsproblemer ofte skyldes organisationsstruktur og sundhedsprofessionelles modstand mod teknologi – og særligt de sundhedsprofessionelles modstand anses som en væsentlig hæmmende faktor for succesfuld implementering (Li, Talaei-Khoei et al. 2013, Lehman, Greener et al. 2002, Søndergaard, Hasse 2012, Mourad 2012, Kolbæk 2013).

Et studie fra New Zealand viser, at patienten ofte er hurtigere end den sundhedsprofessionelle til at adoptere ny teknologi (Mirza, Norris 2007) og Mourad påpeger, at der er lavet mange undersøgelser med henblik på at forstå de adfærdsmæssige faktorer for accept af mobil IT teknologi⁴ blandt patienter. Der er imidlertid givet langt mindre opmærksomhed til de sundhedsprofessionelle (Mourad 2012). Dette synes der imidlertid at være god grund til, idet teknologier ifølge Tafdrup og

⁴ Mourad studie har haft fokus på IT teknologi som smartphones, tablets og Personal Digital Assistants (PDAs)

Hasse er mere end blot redskaber; ”...de forandrer reelt praksisser og må derfor ansues som indgribende agenter, fordi de giver nye måder at se, tænke om og handle over for patienten på” (Tafdrup, Hasse 2013).

Baseret på en ledelsesmæssige beslutning om opskalering og implementering af ReMind, samtidig med litteratur, der peger på sundhedsprofessionelle som de største barrierer for succesfuld implementering, syntes det relevant at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle forholder sig til ReMind som ny samarbejdsplatform i behandlingen, og hvordan de anvender den som et redskab til et samarbejde med deres patienter.

Problemanalysen tydeliggør, at den professionelle kontekst ændres, når der implementeres ny teknologi. Litteraturen peger på, at ændringen er svær at håndtere for de sundhedsprofessionelle. Dette argumenterer for, at det er relevant at se nærmere på, hvordan sundhedsprofessionelle forholder sig indførelsen af ny teknologi for at forstå de udfordringer, der specifikt knytter sig hertil, og som skal håndteres, for at implementeringen kommer til at blive succesfuld.

3 Problemafgrænsning, problemformulering og undersøgelsesspørgsmål

Overstående fremstilling og problemanalyse leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan forholder sundhedsprofessionelle, der arbejder med unge voksne i ambulant behandling for skizofreni, sig til implementering af platformen ReMind som digitalt samarbejdsredskab?

Problemformulering er omsat til 4 undersøgelsesspørgsmål, hvis sigte er at identificere og beskrive hvordan sundhedsprofessionelle, der samarbejder med unge voksne med førsteepisodeskizofreni, forholder sig til implementeringen af ReMind som en ny platform for teknologiunderstøttet samarbejde. I projektet implicerer begrebet 'forholdes sig' til to sammenhængende aspekter: 1) forventninger til ReMind og 2) oplevelser af at anvende

ReMind, herunder de mulige ændringer for arbejdspraksis og samarbejde, som implementeringen af den nye teknologi medfører.

Tabel 1 opsummerer undersøgelsens problemstilling og undersøgelsesspørgsmål.

Undersøgelsen er organiseret i to stadier; præ-implementering og post-implementering.

Tabellen viser det stadie i undersøgelsen, som spørgsmålene relaterer sig til.

<i>Hvordan forholder sundhedsprofessionelle, der arbejder med unge voksne i ambulant behandling for skizofreni, sig til implementering af platformen ReMind som digitalt samarbejdsredskab?</i>	
Undersøgelsesspørgsmål	De forskellige stadier spørgsmålene stilles under
<i>Hvilke forventninger har sundhedsprofessionelle til ReMind som samarbejdsredskab i behandlingen af unge voksne med førsteepisode skizofreni?</i>	<i>Præ-implementering</i>
<i>Hvordan anvendes Remind som et samarbejdsredskab i ambulant behandling af unge voksne med førsteepisode skizofreni?</i>	<i>Post-implementering</i>
<i>Hvordan oplever sundhedsprofessionelle at anvende ReMind som et samarbejdsredskab i ambulant behandling af unge voksne med førsteepisode skizofreni?</i>	<i>Post-implementering</i>

<i>Hvad er de største barrierer for implementering af ReMind, som et redskab til ambulant samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og unge voksne med første episode skizofreni, set fra de sundhedsprofessionelles perspektiv?</i>	<i>Præ- og post-implementering</i>
---	------------------------------------

Tabel 1: Problemformulering, undersøgelsesspørgsmål og projekts stadier

(Tabel inspireret af Froholdt, 2013)

4 Begrebsafklaringer

4.1 Sundhedsprofessionelle

Fagpersoner (psykologer, sygeplejersker og ergoterapeuter) der fungerer som primære behandlere for de unges ambulante behandling.

4.2 Ambulant behandling

Behandling hvor den unge ikke er indlagt men møder op til forskellige undersøgelser og samtaler på et psykiatrisk ambulatorium. I nogle tilfælde vurderes det at udredning og/eller behandling, i en kortere eller længere periode, bedst foregår hjemme hos patienten.

4.3 Unge voksne med første episode skizofreni

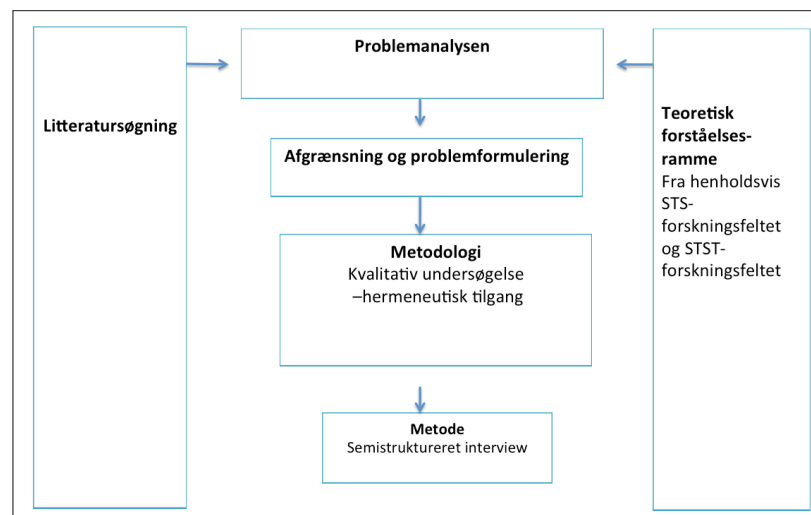
Unge i alderen 18-35 år, der har en skizofrenidiagnose (F20) ifølge ICD-10, og som er inkluderet i OPUS - en intensiv to årig psykosocial evidensbaseret intervention (Psykiatri og Social 2014b).

4.4 ReMind

ReMind er et digitalt samarbejdsredskab. Redskabets funktioner udfoldes i afsnit 5.3.1.

5 Metode

I dette afsnit redegøres for projektets videnskabsteoretiske tilgang, og den metode der er anvendt til at generere og bearbejde data. Figur 1 skitserer dette. Projektets teoretisk fundament redegøres der for i afsnit 6.1.



Figur 1 Projektets videnskabsteoretiske tilgang, metodisk tilgang samt teoretisk fundament

5.1 Projektets videnskabsteoretiske forankring

Projektets problemformulering lægger op til en empirisk undersøgelse, af de forventninger og oplevelser sundhedsprofessionelle har med brugen af applikationen ReMind i behandlingen. Jeg stiller mig åben, undrende og eksplorativt overfor problemstillingen med henblik på at få øje på de udfordringer, der kan findes hos sundhedsprofessionelle for at tage applikationen i brug i behandlingen, samt for at opnå

større viden om betydning af indførelse af en sundhedsteknologi som ReMind i en psykiatrisk kontekst i Danmark.

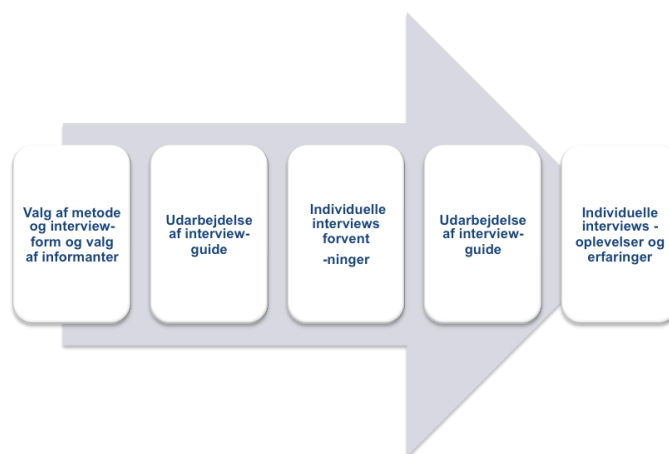
Ved at stille sig nysgerrigt an, og ved at gå i dialog med en tekst, kan man ifølge den hermeneutiske tradition genere mening og forståelse. Tekst skal i denne tradition forstås bredt. Det er det forståelsen er rettet imod - dvs. objektet, genstanden eller 'den anden' (Fredslund 2007). I hermeneutisk tradition er begrebet forforståelse centralt. Det betyder, at man kan være åben indenfor rammen af sin egen horisont. For at åbne horisonten anvendes teori, således at det bliver muligt at stille nye spørgsmål og derigennem generere ny forståelse.

I bogen *"Systematik og indlevelse – en indføring i kvalitativ metode"* argumenterer Tove Thagaard for, at tolkning og tekst ikke kan skilles ad, da arbejde med at danne sig overblik indebærer, at forskeren overvejer tekstens betydning og formulerer perspektiver for, hvordan den kan forstås (Thagaard 2003). Kvalitativ forskning kan dermed ses som en cyklisk proces (Ibid). Dette er i tråd med det hermeneutiske perspektiv, og den erkendemåde som indtages i nærværende undersøgelse, der indebærer, at del og helhed samt forståelse og forforståelse konstant væver sig ind i hinanden. Viden udvikles, hver gang ens horisont udfordres, og derfor er der aldrig en endegyldig sandhed. Dette kan også beskrives som en hermeneutisk cirkel - eller snarere en spiral, da man ikke må forstå, at cirklen bliver lukket, men er i stadig udvikling (Kvale, Brinkmann 2008). Hermeneutikken er studiet om tekstfortolkning og bygger på princip om, at mening kun kan forstås i lyset af den situation (kontekst), den er indlejret (Thagaard 2003).

5.2 Den metodiske tilgang

Figur 2 viser en oversigt over aktiviteter foretaget under dataindsamling i en kronologisk rækkefølge. Undersøgelsen er kvalitativ og bygger på kvalitative forskningsinterviews (Kvale, Brinkmann 2009). Indledningsvist blev der udviklet en spørgeguide indeholdende udvalgte tematikker: *Hvordan ReMind fortolkes og omsættes i konkrete behandlingsforløb*

og *Organisatoriske forhold*. Dernæst blev der gennemført fem individuelle interviews – præ-implementering. Herefter blev der udviklet en spørgeguide til anden runde interviews – og afslutningsvis gennemført fem post-implementerings interviews, med samme deltagerkreds.



Figur 2 Aktiviteter foretaget under dataindsamling - i en kronologisk rækkefølge.

5.3 Teknologien der er genstand for undersøgelsen

I dette afsnit præsenteres applikationen ReMind, der er den genstand, der ligger til grund for undersøgelsens interviews. Dens funktionalitet beskrives, og baggrunden for udviklingen, samt succeskriterierne for teknologien, tydeliggøres. Endvidere præsenteres de to ambulante behandlingsenheder, som indgår i undersøgelsen.

5.3.1 Applikation ReMind

Funktionalitet og baggrund for udvikling

ReMind er udviklet på baggrund af erfaringer fra to projekter, der begge viste positiv effekt af anvendelsen af mobil teknologi i kontakten med patienter i psykiatrien. Det ene projekt var iPad projektet, hvor en applikation udviklet til en iPad - bestående af en videodel og en række arbejdsskemaer, blev anvendt som et alternativ til hjemmebesøg (Region Midtjylland 2013a). Det andet var en træningsapplikation, der - ved hjælp af

videoøvelser og individuelt træningsprogram - blev anvendt til understøttelse af psykiatriske patienters fysiske aktivitetsniveau (Psykiatri og Social 2015a).

Projekterne pegede på, at teknologien kan anvendes som behandlingsunderstøttende værktøjer på den måde, at den øgede fleksibilitet i behandlingen ved at kunne tilbyde kontakt uafhængigt af tid og rum, og at patienterne kunne motiveres til øget egenomsorg ved at have adgang til information, der bestyrkede dem i at deltage i deres behandling. Der konkluderes i evalueringsrapporten, at applikationerne giver patienterne et teknologisk redskab, der understøtter dem i at mestre egen sygdom (Region Midtjylland 2013a).

ReMind er udviklet af firmaet Appinux og bygger på open-source⁵.

Psykiatrien har adgang til 11 funktionaliteter - herunder dagbog, videoopkald, kalender og servicekatalog. Da ReMind er rettet mod patienter med forskellige psykiatriske diagnoser, skal løsningen være fleksibel, og det er derfor muligt for behandleren at skræddersy en personlig løsning, på den måde at patienten kun gives adgang til funktioner af relevans.

5.3.2 Succeskriterierne for løsningen

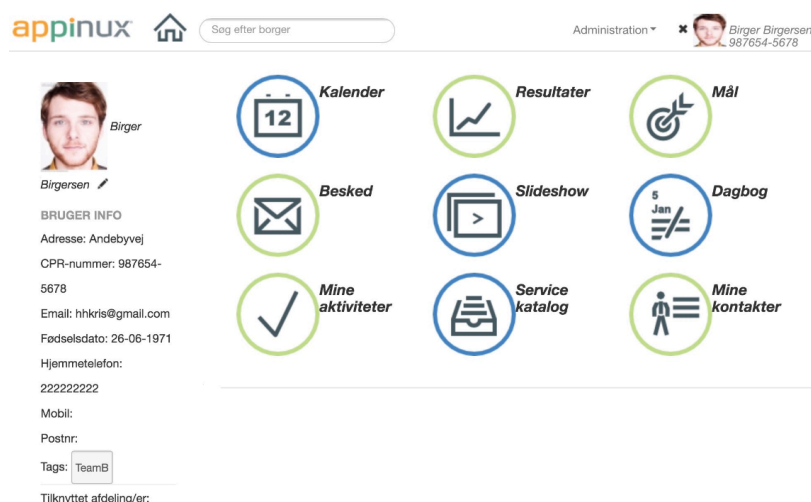
I pilotafprøvningen af ReMind indgår i alt fem afdelinger: To ambulatorier for unge med førsteepisodeskizofreni OPUS Vest og OPUS Risskov, Fysioterapien i Afdeling M Risskov, bostedet Blågård samt Afdeling Q Risskov.

Hver afdeling har specifikke krav til løsningens succeskriterier. Succeskriterierne for de to OPUS⁶ klinikker, som indgår i denne undersøgelse, er, at løsningen kan anvendes som alternativ til den almindelige behandling ved at støtte patienten i diverse aktiviteter samt at medvirke til at give struktur og til at håndtere situationer, der kan være vanskelige for patienten (Psykiatri og Social 2015c).

⁵ Begrebet **open source** (åben kildetekst, åben kildekode) dækker over en række softwarelicenser, der har det til fælles, at de giver brugeren af softwaren lov til at få adgang til programmets kildekode, ændre programmets kildekode og lave en ny version af programmet.

⁶ OPUS beskrives i afsnit 5.3.3

OPUS klinikkerne blev valgt til at indgå i denne undersøgelse, da de var længst fremme med opstart af pilotprojektet og ibrugtagning af ReMind i behandlingen.



Figur 3 viser et screenshot fra test-serveren med en fiktiv bruger.

Jeg forventede herved, at der var her, det var muligt at få de mest kvalificerede beskrivelser af forventninger i forhold til anvendelse af teknologien.

5.3.3 OPUS Vest og OPUS Risskov

OPUS er et ambulant behandlingstilbud, der retter sig mod unge med en psykose eller med psykoselignende symptomer. OPUS er et specialiseret tilbud, der bygger på tidlig opsporing og intensiv behandling af yngre mennesker med nyopdaget skizofreni⁷ (Psykiatri og Social 2014b, Psykiatri og Social 2014c).

OPUS Vest modtager patienter fra otte kommuner i Region Midtjylland: Viborg, Skive, Holstebro, Struer, Lemvig, Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande. OPUS Risskov modtager patienter fra Aarhus, Favrskov og Samsø kommune (Ibid.). Fælles for klinikkerne er, at de dækker et stort geografisk område.

⁷ Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, som præges af psykotiske symptomer, social tilbagetrækning og svækket evne til at fungere i sociale sammenhænge. 15.000 mennesker i Danmark har sygdommen (Sundhed.dk)

OPUS klinikkerne består af et tværfagligt behandlingsteam bestående af psykiatere, ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, psykologer og socialrådgivere. Behandlernes opgave er at skabe sammenhæng i de forskellige sociale og psykiatriske støtte- og behandlingstilbud, forestå behandlingen og undervise de unge og deres pårørende i om deres sygdom og håndtering af den (ibid.).

At både behandlere fra OPUS Vest og OPUS Risskov blev valgt, som informanter i undersøgelsen, var med henblik på at opnå størst mulig bredde og variation i datamaterialet i forhold til geografisk placering i Region Midt, men også for at inkludere de medarbejdere, der havde erfaring med brug af iPads i behandlingen samt medarbejdere uden erfaring fra iPad projektet.

5.3.4 Udvalgelse af informanter

Adgang til informanter blev skabt gennem den projektansvarlige i det Teknologicenter, som har ansvar for implementering af teknologien.

Første kontakt til informanter i Risskov blev etableret under deltagelse i præsentation af ReMind i november 2014 i OPUS Risskov. Første kontakt til informanter i OPUS Vest blev etableret via behandlingsansvarlig overlæge i Vest - ligeledes i november 2014.

Med henblik på at opnå størst mulig bredde og variation i datamaterialet, ønskede jeg at tale med repræsentanter fra de forskellige faggrupper, der anvendte ReMind. Lægerne blev ekskluderet i denne undersøgelse, da de fungerer som konsulenter i OPUS fremfor primære behandlere.

Der var her tale om, at det blev gennemført en strategisk udvælgelse, da jeg ønskede at tale med informanter, der var repræsentative for forskellige faggrupper i kontakt med ReMind samt en pragmatisk udvælgelse, da informanterne skulle være tilgængelig for mig som undersøger (Thagaard 2003).

Under deltagelse i præsentationsmøde af ReMind for behandlere i OPUS Risskov, var der to behandlere, der samtykkede til deltagelse.

Informationsbrev og samtykkeerklæringen blev sendt til den behandlingsansvarlige overlæge, der formidlede det videre til behandlerne i OPUS Vest. Tre behandlere samtykkede til deltagelse i individuelle interviews.

Informanter, der blev inkluderet i undersøgelsen, var sygeplejersker (n=2), ergoterapeut (n=1) og psykologer (n=2). En mand og fire kvinder deltog. Yderligere beskrivelse af køn og alder er udeladt af diskretionshensyn. Dette er et essentielt etisk princip i små og let gennemskuelige miljøer (Thagaard 2003).

5.4 Litteratursøgning

Med udgangspunkt i problembeskrivelsen var ønsket at genere viden om sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer ved brug af sundhedsteknologi, samt udfordringer ved brug heraf. Der blev søgt litteratur hvor også patientperspektivet på oplevelser og erfaringer indgik, for at sikre at vigtigt materiale ikke blev udelukket. Patientperspektiv fremstilles ikke, da det ikke har været fokus for nærværende projekt.

I det følgende beskrives søgestrategien, og der afsluttes med forbehold ved søgningen.

Litteratursøgningen blev gennemført fortløbende i takt med projektets afgrænsning. Dette er en velkendt strategi (Bjerrum 2005).

En indledende og bred litteratursøgning blev foretaget med udgangspunkt i det initierende problem. Herefter fulgte en mere systematisk og smallere søgning i forhold til problemanalysen. Afslutningsvis blev der gennemført en søgning i forhold til resultaterne til brug for i diskussionen. Søgningerne og dets hits fremgår af bilag 1.

Abstracts blev læst med henblik på vurdering af relevans for nærmere afklaring af problemstilling, og der blev opstillet søgeord til den systematiske litteratursøgning (Bjerrum 2005). Der blev søgt med kontrollerede emneord i databaserne PubMed, Web of Science, PsycINFO og The Cochrane Library. Dette førte til en mere præcis søgeprofil. Udvalgt litteratur blev nærlæst og inkluderet i projektet. Systematisk litteratursøgning

blev suppleret med citationssøgning (ibid.) for på denne måde at lede frem til andre artikler af relevans for projektet.

Litteratursøgningen i ovennævnte databaser kan ikke anses for udtømmende, men på baggrund af antallet af referencer indeholdt i databaserne vurderes det tilstrækkelig til et litteraturstudie indenfor rammerne af et masterspeciale.

To studier, der har undersøgt sundhedsprofessionelles praksis i telemedicinske projekter anvendt i behandling for somatiske lidelser, blev inkluderet i nærværende undersøgelse, da de belyser generelle aspekter i klinisk praksis, som kontakt og omsorg, og vurderes relevante for belysning af problemformuleringen.

5.5 Dataindsamling

5.5.1 Kvalitative forskningsinterviews

Data om oplevelser og erfaringer blev genereret gennem semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews (Kvale, Brinkmann 2009). Der blev gennemført i alt 10 interviews: fem præ-implementering og fem post-implementering. Interviews blev afholdt i Risskov, Herning og Holstebro og varede mellem 30 og 45 minutter. Interviews blev foretaget i informanternes arbejdstid. Første interviewrunde blev afholdt primo december, anden runden medio april.

Begge interviews blev guidet af en semistruktureret spørgeguide, der blev udviklet på baggrund af litteratursøgninger. Guiden bestod af to temaer; *Hvordan ReMind fortolkes og omsættes i konkrete behandlingsforløb* og *Organisatoriske forhold*. Spørgeguides fremgår i bilag 2 og 3.

Kvalitative forskningsinterview er en samtale mellem forsker og informant og styres af de temaer, forskeren søger information om (Thagaard 2003). Ifølge den hermeneutiske tradition kan der igennem interaktionen udvikles ny viden og opstå en

horisontsammensmeltning⁸, hvor to horisonter tilsammen skaber et fælles rum, indenfor hvilket forståelse er muligt (Fredslund 2007).

I denne undersøgelse formede interviewene sig igennem en samtale mellem informanterne og mig som undersøger. Kvale og Brinkman⁹ peger på betydningen af, at der altid er indbygget en magtasymmetri i relationen, trods en samtales åbenhed. Intervieweren definerer situationen, indfører samtaleemner og styrer dialogen ved hjælp af spørgsmål (Kvale, Brinkmann 2009). Analysen af den eksisterende viden, problembeskrivelse og den teoretiske og videnskabsteoretiske ramme er vejledende for, hvilke spørgsmål det er relevant at gå i dybden med.

Dette er en fortolkende tilgang, der lader sig inspirere af den hermeneutiske tradition, hvor meningen med det fortolkede fremtræder via en kontinuerlig proces, under hvilken fortolkeren kontinuerligt justerer sin opfattelse af det fortolkede.

Denne fortolkning vil være betinget af min egen forståelseshorisont, hvilket dækker over min personlig interesse for sundhedsinformatik, min baggrund samt erfaring som sygeplejerske i psykiatrien, som jeg ikke kan frigøre mig fra.

Min forforståelse blev sat i spil under interviewene, ved at jeg bevidst havde en åben tilgang til det, informanterne fortalte mig. Denne kvalitative undersøgelse byggede på kontekstuel interaktion mellem mig som undersøger og det givne felt, og vil derfor være umulig at gentage (Kvale, Brinkmann 2009).

5.5.2 Transskribering

Alle interview blev båndoptaget og efterfølgende skrevet ordret. Teksten, der opstod gennem transskriberingen, udgør projektets empiri.

⁸ Begrebet er udviklet af Hans-Georg Gadamer (1900-2002)

⁹ Steinar Kvale, Norsk professor i pædagogisk psykologi

Svend Brinkmann er ph.d. og adjunkt ved Psykologisk Institut, Århus Universitet

5.5.3 Ethiske overvejelser

Alle interviewpersoner blev personligt inviteret til projektdeltagelse. Forud for interviewet fik de tilsendt et brev med orientering om undersøgelsens overordnede formål og rammer (Bilag 4). På baggrund af både mundlig og skriftlig information har de givet informeret samtykke. Interviewpersonerne blev gjort opmærksomme på, at de til enhver tid kunne tilbagekalde deres samtykke uden konsekvenser. Projektet er fritaget kravet om anmeldelse til- og tilladelse fra Datatilsynet, da det indeholder ikke-personhenførbare oplysninger (BEK nr 410 af 09/05/2012: Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om undtagelse fra pligten til anmeldelse af visse behandlinger, som foretages for en privat dataansvarlig).

Ifølge dansk lov ("lov om den videnskabelige komité system og behandling af biomedicinske forskning, kapitel 3, afsnit 3") (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011) var formel godkendelse fra videnskabsetisk komite ikke nødvendig.

6 Dataanalyse

Det transskriberede interviewmateriale blev læst igennem. Efter at have læst det som en helhed, blev teksten læst i lyset af problemformulering for at afdække temaer. Der er forsøgt, under en systematisk tekst kategorisering, at forblive bevidst om at have en åben tilgang til teksten, samt lytte til hvad informanterne italesætter som vigtigt. Dernæst blev der stillet spørgsmål til teksten, da forståelse i hermenautisk tradition er at forstå tekst som svar på et spørgsmål. Ved hjælp af analysespørgsmål blev der gået i dialog med teksten, og på denne måde opstod meningsenheder (Bilag 5).

Analyseprocessen har været kontinuerlig: mine erfaringer, antagelser og teori er løbende sat i spil for derigennem at bringe min forståelseshorisont i bevægelse. Udgangspunktet har været en åbenhed overfor interview teksten, for på denne måde at lade den tale. Teorierne der har været inddraget til at åbne teksten er hentet fra STS feltet (Udvidet teknologi begreb) og STST feltet (Technucation). Teorierne, der forholder sig til teknologiers direkte og indirekte påvirkninger på et felt og dets agenter, præsenteres i afsnit 6.1.

Tabel 2 viser de spørgsmål, der indledningsvist blev stillet til interviewteksten.

Spørgsmål stillet til teksten har dernæst været *Hvad betyder det for praksis? Hvordan kan det informanterne italesætter forstås?*

Præ-implementering:	Post-implementering:
Hvad italesættes som vigtigt?	Hvordan anvendes ReMind?
Hvordan bliver ReMind brugt?	Hvordan virker ReMind?
Hvad bidrager ReMind til?	Hvad er de kvalitative effekter af at anvende ReMind?
Hvordan italesættes kontakt over ReMind?	Hvad bidrager ReMind med?
	Hvilke barrierer er der for anvendelse?

Tabel 2: Spørgsmål stillet til interviewteksten.

Bilag 5 viser et eksempel på vejen, der er gået i analyseprocessen.

Gennem dialogen med interviewteksten, hvor mening blev dekonstrueret for derefter at blive rekonstrueret, opstod der fire centrale temaer med i alt 11 undertemaer. Disse fremstilles i afsnit 7.

6.1 Teoretisk forståelsesramme

Med henblik på at sætte interviewteksten i spil blev der inddraget teorier om teknologiske forandringsprocesser. Teorierne bidrog til at stille spørgsmål til teksten og dermed som et redskab til at udvide min horisont omkring interaktion og samspillet mellem mennesker og teknologi under forandring.

6.1.1 Det udvidede teknologi begreb

I processen med at forstå data blev der hentet hjælp fra den socio-tekniske system teori (STST) - nærmere *Det udvidede teknologi begreb*.

Det udvidede teknologi begreb lanceret af Müller (Müller 1991) klarlægger at teknologi består af elementerne: *viden, teknik, organisation og produkt*. Teorien sætter fokus på de gensidige forandringer, som udvikling af en ny teknologi medfører - såvel i selve teknologien som blandt de mennesker, organisationer og samfund, der berøres af forandringen (Socio-teknisk tilgang) (Høstgaard 2009).

Valget om at inddrage centrale begreber fra STST teorien er, at feltets teoretiske position har udgangspunkt i, at teknologisk udvikling påvirker de mennesker, der berøres af den – og omvendt (Ibid.).

I den sociotekniske tilgang lægges der vægt på en dyb empirisk indsigt i den arbejdspraksis, et sundheds-it- system skal anvendes i (Nøhr 2010).



Figur 4 Teknologibegrebets fire bestanddele: teknik, viden, organisation og produkt (Müller 1991).

Det udvidede teknologibegrebs elementer er:

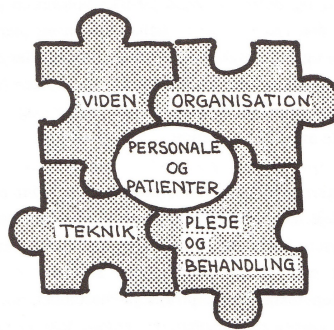
- *Teknik* - defineres som sammenføjnngen af arbejdsmidler, arbejdsgenstande og arbejdskraft i arbejdsprocessen
- *Viden* – defineres som sammenføjnngen af kunnen, indsigt og intuition i

arbejdsprocessen

- *Organisation* - defineres som ledelse og koordination af arbejdsdelingen i arbejdsprocessen
- *Produkt* - defineres som arbejdsprocessens resultat

Desuden introduceres der et begreb *handlende aktør* som det femte element i en given proces med indførelse af en ny teknologi.

Nedenstående figur illustrerer dette ved at tilføje en yderligere brik til puslespillets midte; aktøren i form af personale og patienter på et sygehus (Müller, Kjær-Rasmussen et al. 1998).



Figur 5 Teknologi i sundhedsvæsenet og dens centrale elementer (Müller, Kjær-Rasmussen et al. 1998)

Da setting i nærværende projekt er ambulant psykiatrisk praksis, tages der udgangspunkt i ovennævnte teknologidefinition med de fire delelementer med sundhedsprofessionelle som aktøren i fokus indenfor hvert felt.

Begrebet kan bruges som en analyseramme til at beskrive og analysere en struktur (de forhold, sundhedsprofessionelle arbejder i) og en proces (de forandringer teknologien medfører).

"Delanalyser indenfor hvert element, hvor man med fokus på aktøren undersøger, hvordan ændringer indenfor det enkelte element påvirker de øvrige elementer og samfundet – og hvordan ændringer i samfundet påvirker det enkelte element. Når de fire delanalyser sammenkobles, udgør de den helhedsorienterede teknologivurdering." (Høstgaard 2009)

6.1.2 Technucation

Teknologi begreb fokuserer på relationen mellem *produkt, viden, teknik og organisation*. Det, der i Technucation¹⁰ -*Technological Literacy and New Employee Driven Innovation through Education* forskningsprojektet søges at indfange med begrebet, relaterer sig mere til teknologiers indirekte virkninger på sundhedsprofessionelles handlinger og selvforståelser end til teknologiers direkte virkninger (Søndergaard, Hasse 2012).

Technucation positionerer sig i Science, Technology and Society Studies (STS) som er en socialvidenskabelig forskning der tager udgangspunkt i erkendelse af, at teknologier ikke er neutrale, men er med til at ændre både praksisser og måder at tænke på (Søndergaard, Hasse 2012, Høstgaard 2009, Huniche, Olesen 2014). STS feltet har fokus på teoridannede forskning (Høstgaard 2009).

Technucation har udviklet en analysemodel og læringsredskab til at tænke om og forstå teknologi i bl.a. sundhedsprofessionelle sammenhænge og adresserer spørgsmålet om, hvad teknologiforståelse er i hverdagslivet på en ny forskningsbaseret måde.

Figur 6 viser modellen udviklet i Technucation projektet, "TEKU-modellen" (Hasse, Storgaard Brok et al. 2015).

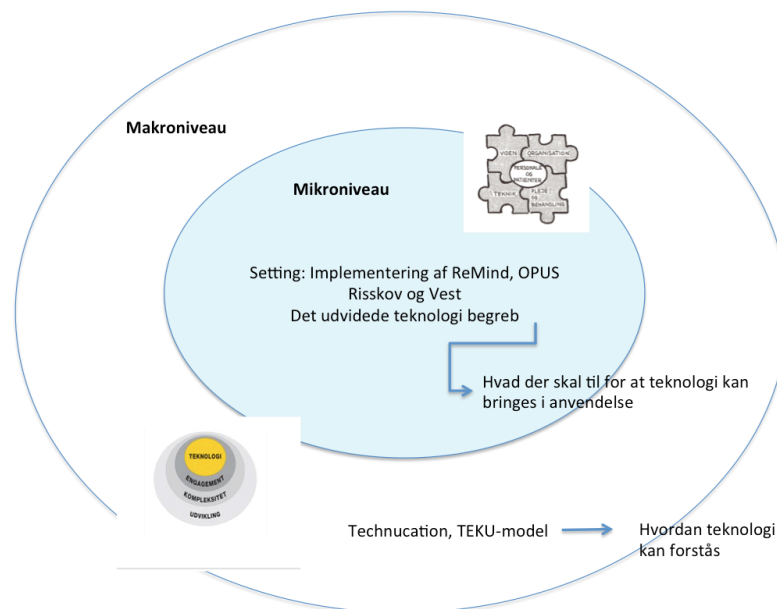


Figur 6 "TEKU-modellen" (Hasse, Storgaard Brok et al. 2015)

¹⁰ Et forskningsprojekt støttet af Det Strategiske Forskningsråd, der løber over 5 år. TECHNUCATION er et samarbejde mellem Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet, Teknologisk Institut, Professionshøjskolen UCC og Professionshøjskolen Metropol, med deltagelse af en række internationale uddannelsesforskere. Projektet kombinerer etnografiske feltstudier med eksperimentelle 'Living Labs'. (Søndergaard, Hasse 2012).

Technucation inddrages i analysen af data, da forskningen havde til formål at bidrage med viden om kløften mellem teknologiers betydning, som de er tænkt af designere og beslutningstagere, og deres anvendelse i hverdagens praksis på bl.a. hospitaler med henblik på at skabe viden, der gerne skulle forbedre menneske- teknologi interaktionen på arbejdspladsen.

Figur 7 er et skematisk oversigt over, hvordan overstående teorier anvendes i projektet.



Figur 7 Skematisk oversigt over hvordan er teori anvendt (Inspireret af Høstgaard 2009)

Det udvidede teknologibegreb sætter teknologien i en kontekst og derudfra siger noget om hvad der skal til for at teknologien kan bringes i anvendelse, hvorimod at Technucations TEKU-model handler om, hvordan teknologi kan forstås.

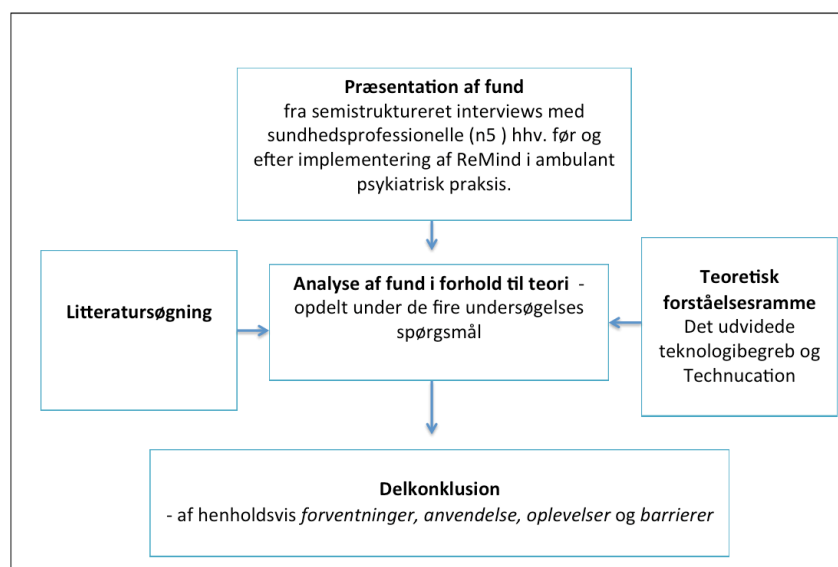
Herigennem skabes der en ramme for en holistisk tilgang til teknologianalysen og kan anvendes på forskellige abstraktionsniveauer. Det essentielle er en opfattelse af, at teknologien udvikler sig i interaktion med sine omgivelser og er ikke som en isoleret proces.

7 Fund og diskussion

I dette afsnit præsenteres fund, analyse samt tolkning af disse samlet med inddragelse af fund fra litteratursøgning og teoretisk forståelsesramme.

Beskrivelse af de fund, der udledes af datamateriale, fremstilles under fire undersøgelsesspørgsmål. Derefter er hver undersøgelsesspørgsmål opdel i tre underafsnit.

I **Præsentation af fund fra undersøgelse** beskrives virkeligheden, som informanterne ser den. Derefter følger **Analyse af fund i forhold til teori** hvor *Det udvidede teknologi* model tillader, at teknologi ses i den samlede kontekst, hvor teknologien indføres og derudfra siger noget om, hvad der skal til, for at den kan bringes i anvendelse, og *Technucations TEKU-model* siger noget om, hvordan teknologi kan forstås. I diskussionen af det empiriske materiale inddrages de teorier og fund fra litteratursøgningen, der giver mening i forhold til analysen. Formålet er at underøge, hvorledes disse fund henholdsvis underbygger, supplerer eller modsiger hinanden. Hver afsnit afsluttes med **Delkonklusion**. Processen er vist i nedestående figur:



Figur 8 Illustration af problembearbejdningsprocessen

I præsentationen af undersøgelsens fund blev disse underbygget med eksempler i form af citater, hvilket illustrere og dokumenterer slutninger fra data til meningsenheder og dermed øger gennemsigtigheden.

For at styrke dokumentation fremstår citaterne med efterfølgende bogstav, f.eks. A, B, C, D eller E, for at tydeliggøre, hvilken informant der citeres.

Grundet forskelle i informantgruppers forståelses horisont (informanterne fra Vest har erfaringer med iPad projektet) fremstår citaterne med efterfølgende kontekst navngivning, *Vest* og *Risskov*.

7.1 Hvilke forventninger har sundhedsprofessionelle til ReMind som samarbejdsredskab i behandlingen af unge voksne med førsteepisode skizofreni? (præ- implementering)

Tre forventningspotentialer til implementering af ReMind afdækkes: 1) Mindske store geografiske afstande 2) øge patient inddragelse og patient empowerment og 3) øge fleksibilitet i behandlingen.

7.1.1 Præsentation af fund fra interviewundersøgelser

Informanter fra Vest har erfaringer med et lignende redskab og nogle af dem har været med til at udvikle applikationen i iPad projektet, til forskel fra informanter fra Risskov som kun taler ud fra egne forestillinger, om hvordan de tror, det vil fungere. Når informanterne i Vest taler om deres forventninger til ReMind i starten af interviewene, taler alle informanter med reference til et tidlige projekt, de har deltaget i. Dette kan muligvis være årsag til, at informanterne i Vest generelt har været mere positive i forhold til deres forventninger end informanterne i Risskov.

Informanter fra begge klinikker ser et potentiale i forhold til brug af applikation ReMind i behandlingen. Der fremhæves at ReMind kan højne kvaliteten af behandlingen og øge effekten af behandlingen. En informant ser anvendelse af digitale løsninger som ReMind,

som en måde psykiatrisk praksis kan udvikles på: *”Det her er jo noget, vi har involveret os i, fordi vi gerne vil være med til at udvikle psykiatrien”* (Informant E, Vest).

Informanterne i Vest har forventning om, at ReMind kan afhjælpe, de geografiske udfordringer de har, og at teknologien kan løse dem og samtidig bidrage med fleksibilitet i behandlingen. Behandlerne i Vest dækker et geografisk område på størrelse af Sjælland og ser videokonsultationer som tidsbesparende - både fra behandler- og patientperspektivet (Informant C, D, E).

Forestillingen om ReMind, som et redskab der skulle afhjælpe på store geografiske afstande, deles af informanter i Risskov, når de italesætter deres forventninger om, hvad ReMind kan i samarbejde med patienter, der skal på ophold i udlandet (Informant A, Risskov) eller på højskole ophold (Informant B, Risskov).

At geografiske afstande forbindes med telepsykiatri fremhæves igen af informant A ved italesættelse af, at behandlingen foregår hvor befolkningskoncentration er høj, og det er dermed ikke relevant at indføre telepsykiatri.

At informanterne ser ReMind som en behandlingsunderstøttende teknologi, der søger at fremme samarbejde mellem mennesker med svær psykisk lidelse, ses i deres refleksion over potentielle anvendelsesmuligheder, som at dele data med patienten, eksempelvis dagbog og diverse skemaer (Informant B Risskov, D Vest).

Et flertal af informanterne ser et potentiale i forhold til brug af applikation ReMind i behandlingen. Der fremhæves at ReMind kan højne kvaliteten af behandlingen, har potentiale til yde en bedre service og øge effekten af behandlingen. Der fremhæves desuden at applikationen skal kunne bidrage med noget fra starten.

7.1.2 Analyse af fund i forhold til teori

Der er forskelle mellem behandlingsenhederne. Hvad der giver god mening i én klinik, er ikke altid det samme, der giver mening i en anden klinik. Men der er en udbredt forestilling blandt alle informanterne, om at tele-løsninger handler om lange geografiske

afstande, og at det ikke kan anvendes, når afstandene er mindre. Dette er et væsentligt aspekt at adressere, da telemedicin handler ikke længere kun om at overvinde store afstande, men om frigørelse fra tid og rum. Derved øges fleksibiliteten og oplevelsen af behandlingens kvalitet øges.

At informanterne i Vest ser flere muligheder i brugen af ReMind i behandlingen, kan begrundes af deres argumenter om store geografiske afstande i Vest, men også i forskellen på forståelseshorisont, som består i, at bl.a. informanterne i Vest udtaler sig på baggrund af erfaringer med det tidligere iPad projekt, og informanterne i Risskov udtaler sig på baggrund af forestillinger om, hvordan de tror, at systemet vil virke.

Hvis der ses på det logistiske -organisatoriske perspektiv, så kan ReMind understøtte behandlerne i Vest, der har lange geografiske afstande, men teknologien kan også besværliggøre en arbejdsfunktion ved at påvirke sundhedsfaglig behandling, som italesat af informant B, Risskov:.

"Sådan en app vil aldrig komme til at tage fokus i min behandling, den vil jeg koble på, når jeg kan se, at den er oplagt til noget, vi kan bruge. Jeg vil aldrig tænke, at nu skulle jeg afsætte et kvarter til at præsentere den til patienten, hvis jeg ikke allerede i forvejen kan se, hvad det skal bruges til, den vil kun kobles på, hvis den har noget at bidrage til." (Informant B, Risskov)

At informanterne forholder sig bevidst/reflekterende til de nye teknologiske artefakter, der i voksende grad fylder i deres arbejdsliv ses af ovenstående citat af informant B, og italesættes også af Informant C i følgende udsagn: *"Det er vigtigt, at den her teknologi ikke bliver sat i værk bare for at spare penge, den skal tilføre noget kvalitet og det skal give mening for patienten. Det er vigtigst for mig."*

Her forholder informanterne sig til *Produkt - elementet* i forhold til arbejdsprocessens resultat, i form af en sundhedsfaglig ydelse, de etiske udfordringer, kvalitativ og – behandlingseffekt af at indføre ReMind som ny samarbejdsredskab i behandlingen.

Hvordan informanterne ser på indførslen af den nye teknologi, er et vigtigt aspekt af afdække, da dette vil være det lys, de ser teknologien i, og afgørende for om de anser det

som godt eller dårligt. Har sundhedsprofessionelle en forventning om, at teknologien skal give et bedre liv til patienten, men oplever at teknologien er indført for at få et større flow, så flere patienter kan behandles, så vil teknologien ikke anses som god.

Teknologier er mere end blot redskaber; de forandrer reelt praksisser og må derfor anskues som indgribende agenter, fordi de giver nye måder at se, tænke og handle over for patienten på – dette påpeges i technucation projektet.

Her ses det, at der er en række udfordringer forbundet med indførselen af den nye teknologi, fx stiller det krav til, at de enkelte fagspecialer prioriterer at reflektere over, hvordan teknologi spiller ind på faglige værdier, prioriteringer mv.

Technucation¹¹ projektet viser, at det er væsentligt at have øje for, i hvilke situationer teknologi skal fra- eller tilvælges af faglige hensyn (Søndergaard, Hasse 2012). Når de sundhedsprofessionelle i technucation projektet udviste en aktiv anvendelse af teknologier, indebar det refleksion over, hvilke teknologier der bedst fremmer faglige formål i situationen (Ibid.).

7.1.3 Delkonklusion i forhold til forventninger

Informanter i både Risskov og Vest ser primært telepsykiatri anvendt ved store geografiske afstande. Dette er muligvis også en af årsagerne til, at formålet med ReMind er sværere at se for informanter i Risskov end i Vest. Dette kan dog også skyldes den større erfaring fra iPad projektet, der er til stede i Vest.

Analysen har vist, at i nærværende undersøgelse ser alle informanter fordelene for patienten - særligt mener de patientinddragelsen vil øges, men understreger dog, at det aldrig må erstatte personlig kontakt.

¹¹ *Udviklingen* af professionsfaglighed gennem teknologianvendelse beskrives i Technucations - TEKU-model.

7.2 Hvordan anvendes ReMind som et samarbejdsredskab i ambulant behandling af unge voksne med førsteepisode skizofreni? (post-implementering)

Under post- implementering interviews afdækkes, at fire informanter ikke har anvendt ReMind, og en informant har i begrænset omfang brugt redskabet i samarbejde med én patient ved at anvende *besked* funktionen.

Besvarelsen på undersøgelsesspørgsmålet retter sig derfor mod årsager til manglende anvendelse. Der afdækkes følgende væsentligste årsager:

- 1) Anvendelse i behandlingen sammenholdes med brug af andre platforme 2) sundhedsteknologien skal bidrage med noget fra starten.

7.2.1 Præsentation af fund fra interviewundersøgelser

I interviewene drages sammenligninger til andre kommunikationsplatforme, der bliver brugt som samarbejdsredskaber i behandlingen - SMS og E-mail (Informant A, B, C, E). Denne sammenligning præciseres i følgende to citater: *"...hun kunne i princippet bare sende mail til mig" (Informant B, Risskov)*, og af informant i Vest: *"...og det har vi også snakket om - hvad er det, vi bruger det her til, når vi bruger mail og sms i forvejen" (Informant E, Vest)*". Informanterne italesætter samtidig, at ReMind samler disse kommunikationsmuligheder i et sikker digitalt miljø, og ser det som største bidrag (Informant A, Risskov).

To informanter har anvendt Skype til samme formål i tiden imellem interviews præ- og post-implementering af ReMind. En informant i Vest og en i Risskov nævner at SMS og Skype er fra patientperspektivet "normalitet" (Informant B, D).

En informant beskriver årsagerne til manglende anvendelse:

"Rent praktisk er den ikke installeret på min iPad. Så hele processen med at få den installeret, brugt og hvem man lige skulle henvende sig til... Og så fik jeg også et indtryk, den dag vi havde præsentationen af, at der var en del løse ender. Sådan man skulle tage stilling til det ene og ...den kunne opstilles

på 7000 forskellige måder.....Det var alt for meget bøvl. Og en ting var jo, at den skulle installeres på min, men den skulle også installeres på patientens..." (Informant B, Risskov)

For at redskabet skulle være mere anvendeligt, italesættes der ønske om, at ReMind er *"skåret til- til lige præcis det, vi skal bruge"* som udtrykt af Informant B, Risskov og tilpasset de behov enkelte enheder har.

7.2.2 Analyse af fund i forhold til teori

Sammenligning med andre platforme, som mail, SMS, EPJ og Skype blev berørt under præ- implementeringsinterviews men bliver mere fremtrædende under interviews post- implementering.

Denne sammenligning til andre kommunikations- og informationsplatforme italesættes af alle informanter, og der problematiseres, at det kan være vanskeligt med mange forskellige samarbejds- og kommunikationsplatforme.

Informant C beskriver endvidere et aspekt, som er væsentligt at have fokus på: *"Det sætter nogle krav til primær behandler, det bliver mange steder, man skal tjekke"*.

Det problematiseres af informanterne, hvis data skal findes i flere systemer. Det nævnes som mindre patientsikkert i forbindelse med medicin skema, og opdatering af disse, i flere systemer, da ReMind ikke har integration til MidtEPJ¹² og som en ekstra arbejdsgang i kommunikationen med patienter, som ellers foregår over SMS og mail.

Medicinmodulet i ReMind blev ellers fremhævet som en funktionalitet, der fremmer patient inddragelse og empowerment i præ-implementering interviews af informant C, Vest. Under post-implementering interviews nævnes det af informanten, at de har besluttet ikke at bruge medicinmodul-funktionalitet af samme årsager.

Hasse og Tafdrup påpeger, at der blandt designere af teknologi er en udbredt forestilling om, at de kan tage højde for teknologiens anvendelse i praksis, ved at undersøge hvordan

¹² Region Midtjyllands fælles elektronisk patientjournal (MidtEPJ)

brugerne ser på produktet. Det er først, når teknologien tages i anvendelse, at der dukker nye uforudsete problemer op (Tafdrup, Hasse 2013).

At informanterne post-implementering sammenligner, hvad ReMind kan tilbyde med andre platforme, kan ses som et *uforudset problem*.

I Regions Midts it-strategi fremgår det, at innovative løsninger skal kunne skalere til det regionale niveau, skal kunne overgå til drift, at it skal hjælpe klinikken til hurtigt og nemt at kunne afprøve nye it løsninger og at det ikke må virke som en bremse (Region Midtjylland 2013c) . Endvidere bliver de samfundsmæssige krav til sundhedsprofessionerne ofte udtrykt med begreber som høj faglig kvalitet, effektivitet, sikkerhed i ydelserne, evidensbaseret sundhedsvæsen, kreativitet og innovation. Anvendelsen af ny teknologi er prioriterede udviklingsområder i Region Midtjyllands psykiatriplan (Region Midtjylland 2013b). Denne sammenhæng mellem forandringer på makroniveau, der medfører forandringer på mikroniveau, understøttes også af det udvidede teknologibegreb.

I Technucation projektet påpeges, at teknologiens design er centralt for, hvordan sundhedsprofessionelle engagerer sig og starter læringsprocesser med teknologier i et arbejdsliv, hvor man altid arbejder med mennesker (Søndergaard, Hasse 2012). I herværende undersøgelse kan dette aspekt udledes af følgende citat fra Informant B, Risskov: *"...og det skal bidrage med noget fra starten af"*.

Som der fremgår i indledning har Psykiatrien i Region Midt igangsat projektet med henblik på opskalering af en telemedicinsk platform for hele psykiatri området i regionen. At en informant oplever, at systemet kan opstilles på mange måder og derfor er alt for besværlig at bruge, kan skyldes at systemet skal tilgodese behov fra flere forskellige enheder i Region Midtjylland.

Her udledes, at det er en interessemodsætning i forhold til Teknologi centrets og ledelsens ønske om generisk platform, og skalering til større udbredelse, hvor sundhedsprofessionelle ser behov for, at teknologien er kontekst-tilpasset til netop deres

enhed. Dette kan have betydning til for IT systems samspil med dets brugere, herunder sundhedsprofessionelle.

Teknisk kompleksitet i løsningen opleves af en informant som årsag til manglende anvendelse: *"Rent teknisk – at få det installeret. Man skal bruge en time på det, det forvirrer. Det andet er bare nemmere"* (Informant B, Risskov).

Her kan der forstås, at informanterne udfordres på *Teknik elementet*, og ses i relation til it-support, datasikkerhed, integration og brugervenlighed af ReMind som nyt samarbejdsredskab i behandlingen.

Technucation projektet fremhæver at et teknologisk redskab, som designet og læringskrævende, skal omformes af den professionelle praksis frem for at lade teknologierne styre en forandring af praksis (Søndergaard, Hasse 2012). Samtidig påpeger Wears og Berg, at mange nye uforudsete problemer, ikke er resultat af dårlig designede teknologier, men fordi teknologier er inhærente til perspektiver af klinisk arbejde (Wears, Berg 2005).

7.2.3 Delkonklusion i forhold til anvendelse

Behandlingsunderstøttende teknologi søges udviklet og indført med henblik på at opnå en teknologisk infrastruktur, hvis formål er at fremme samarbejde mellem mennesker med svær psykisk lidelse og deres behandlere - gennem blandt andet videokonsultationer.

Der kan konkluderes, at anvendelse af ReMind i behandlingen er hæmmet af manglende integration til eksisterende systemer. Dette ses som en barriere i forhold til arbejdsgange og patientsikkerhed. Teknologiens design er centralt for, hvordan sundhedsprofessionelle engagerer sig og starter læringsprocesser med teknologier i et arbejdsliv.

ReMind sammenholdes med andre samarbejdsredskaber i behandlingen som SMS, mail og Skype, hvilket gjorde lettere for informanter at vende tilbage til de velkendte løsninger.

7.3 Hvordan oplever sundhedsprofessionelle at anvende ReMind som samarbejdsredskab i ambulant behandling af unge voksne med førsteepisode skizofreni? (post- implementering)

Det er i undersøgelsen ikke muligt at svare på, hvad de sundhedsprofessionelles oplevelser af anvendelse af teknologien med patienten er, da fire sundhedsprofessionelle ikke har anvendt ReMind, og en kun i begrænset omfang har brugt redskabet i samarbejde med én patient ved at anvende besked funktionen.

Analysen af det empiriske materiale post implementering afdækker tre temaer, der knytter sig til oplevelsen af forsøg på anvendelsen: 1) Kan ikke bruges til alle patienter, 2) manglede fortrolighed med systemet og 3) ændring af praksis fra 'tidligere til nuværende'.

7.3.1 Præsentation af fund fra interviewundersøgelser

Informanterne oplever, at ReMind ikke kan bruges til alle patienter (grundet patientens sygdomsbillede, fx patienter der føler sig overvåget), eller når patienterne på grund af misbrug eller sociale problemstillinger ikke har det fornødne overskud til at sætte sig ind i systemer som ReMind.

Informanterne i Vest har hver introduceret og oprettet en patient i systemet. To patienter har ikke brugt redskabet (Informant C og E). Informant D beskriver et forløb, hvor patienten har oplevet det mere besværligt at lave aftaler over ReMind, end ved at skrive over SMS eller mail til behandleren. Informanten beskriver desuden et andet forløb med en patient, der isolerer sig og har svært ved at møde andre mennesker:

"Han ville ikke have kontakt i det hele taget. Det er ikke en situation, der er kommet frem som følge af ReMind, jeg havde bare håbet, at ReMind var vejen til kontakt." (Informant D, Vest)

Informant fra Vest nævner erfaringer fra tidlige iPad projektet: *"Når det ikke virkede, blev man frustreret...at skulle aflyse samtale på den grundlag og skulle altid lave backup plan" (Informant D, Vest).*

Informanterne italesætter nødvendigheden af, at de selv føler, at de er fortrolige med systemet:

*”Det er et system, der kan meget mere, end det vi havde før, det kræver også meget af mig som behandler til at sætte mig ind i det – jeg er nødt til at øve det...Det er mange flere patienter, der kunne være med i det –men så kan jeg ikke selv rumme det, det kræver at jeg har noget træning i det.”
(Informant E, Vest)*

Ændring i de sundhedsprofessionelles praksis italesættes af en informant: *”udfordring er praksis – at tænke behandling på en ny måde. Og der er vi jo også præget af, at vi har gjort det i mange år, og sådan gør vi her” (Informant A, Risskov).*

7.3.2 Analyse af fund i forhold til teori

Når informanten A i overstående citat italesætter ændring af praksis, italesættes der en ændring fra ’tidligere’ til ’nuværende’ . Dette kan forstås i betydning af, at nye teknologiske artefakter, som applikationen ReMind, kan relatere sig til andre sociale og kulturelle aspekter af sundhedsprofessionelles klinisk virke (Søndergaard, Hasse 2012) .

Nelly Oudshoorn¹³ og Jeanette Pols¹⁴ har undersøgt patienters og sundhedsprofessionelles praksis i telemedicinske projekter(Pols 2012, Oudshoorn 2008)

Pols¹⁵ taler om *”den kolde omsorg og de varme hænder”*. I sit studie undersøger Pols forskellige telemedicinske projekter I Holland målrettet kræftpatienter, hjertepatienter og KOL--patienter, og hun retter opmærksomhed mod de forandringer, som telemedicin medfører (Pols 2012). Pols har haft fokus på telemedicin I forhold til varm, menneskelig kontakt og omsorg – i en analyse af praksis I forbindelse med webcam.

Informanter påpeger at ReMind ikke kan erstatte personlig kontakt og skal ses som

¹³ Nelly Oudshoorn, professor of Technology Dynamics and Health Care at the University of Twente.

¹⁴ Jeannette Pols, Socrates Professor at the department of Sociology and Anthropology, Faculty of Behavioral & Social Sciences, University of Amsterdam.

¹⁵ I *”Care at a Distance. On the Closeness of Technology”*

supplement. Sundhedsprofessionelles empiriske viden udspringer her af en grundlæggende antagelse om, at det erkendte er tilgængeligt via sanserne - især syn, følesans og hørelse og fysisk tilstedeværelse. Ved kontakt over afstand kan sundhedsprofessionelle bedømme situationen, men ikke med alle de informationer som de plejer, så ReMind gør noget ved grundlaget for den empiriske viden, den skal reformuleres også i deres professionelle forståelse (Søndergaard, Hasse 2012, Jessen 2010) .

Telemedicin skaber en ny behandlings-situation, det påvises i en undersøgelse af Nelly Oudshoorn, som har undersøgt sundhedsprofessionelles praksis i telemedicinske projekter (Oudshoorn 2008). Oudshoorn peger på usynligt¹⁶ arbejde (*inklusionsarbejde*) udført af hjemmesygeplejersker, der skal inkludere og fastholde patienterne i infrastrukturen. Sygeplejerskernes arbejde bestod af den synlige del - som fx instruktion til teknologien - samt den usynlige del, der bestod i at berolige og forsikre patienterne om, at de er stand til at bruge teknologien (Oudshoorn 2008, Huniche, Olesen 2014). Informanterne fra Vest beskriver forløb, hvor der var svært at fastholde patienten i brug af ReMind (Informant D, Vest) eller svært at motivere patienten til at bruge ReMind (Informant C, D og E). Dermed skal sundhedsprofessionelle udføre 'usynligt' arbejde, som består i at motivere patienterne til at bruge og fastholde brugen af ReMind, for at kunne behandle patienter over afstand.

I følge Marc Berg¹⁷ vil der også være en risiko for, at arbejdsgangene og netværket (fx interaktionen mellem behandler og patient) kan blive påvirket i en negativ retning, hvis den nye teknologi ikke kan leve op til forventningerne (Berg 2004).

"Når teknikken virkede, var det helt fantastisk" (Informant D, Vest) beskriver informant D oplevelser fra det tidligere Ipad projekt. Ligeledes har informanten oplevet det som frustrerende og skuffende, når teknikken ikke virkede.

¹⁶ "Betegnelsen dækker over arbejde, der i praksis er nødvendigt at udføre for at opnå et givet resultat, men som ikke nødvendigvis er synligt for andre eller anerkendt som arbejde". (Huniche, Olesen 2014)

¹⁷ Marc Berg er tidligere professor på Social Medical Sciences på Erasmus University Medical Center i Holland og forfatter til en række bøger og artikler der omhandler indførelsen af Sundheds It (<http://www.governing.com/authors/Marc-Berg.html>)

Dette kan have betydning for, at teknologier gør det nødvendigt at kunne tænke i alternativer på grund af nedbrud og praktisk kendskab til teknologiernes manglende egnethed i specifikke situationer (Hasse, Storgaard Brok et al. 2015).

Af ovenstående analyse kan udledes, at sundhedsprofessionelle forholder sig til *Viden elementet*, som ses i relation til sundhedsprofessionelles kunnen, indsigt og intuition i arbejdsprocessen, når man indfører ReMind som nyt samarbejdsredskab i behandlingen, og kræver engageret anvendelse i praksis jf Technucations TEKU-model.

7.3.3 Delkonklusion i forhold til oplevelser

Det er i undersøgelsen ikke muligt at svare på, hvad er de sundhedsprofessionelles oplevelser af anvendelse af teknologien med patienten, da fire sundhedsprofessionelle ikke har anvendt ReMind, og en i begrænset omfang har brugt redskabet i samarbejde med én patient. De sundhedsprofessionelle har en forventning om, at ReMind som behandlingsunderstøttende teknologi kan mindske store geografiske afstande, øge patient inddragelse og patient empowerment samt øge fleksibilitet i samarbejdet mellem patienten og behandleren jf. afsnit 7.3.1. Dette står imidlertid delvis i kontrast til deres faktiske oplevelse af at anvende teknologien i klinisk praksis, hvor de oplever at ReMind ikke egner sig i samarbejdet med alle patienter.

Analysen viser, at informanterne oplever manglede fortrolighed med systemet og italesætter teknologiens betydning for ændring af praksis fra 'tidligere' til 'nuværende'. Derudover skal sundhedsprofessionelle udføre 'usynligt' arbejde, som består i at motivere patienterne til at bruge og fastholde brugen af ReMind, for at kunne behandle patienter over afstand.

7.4 Hvad er de største barrierer for implementering af ReMind som et redskab til samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og unge voksne med første episode skizofreni set fra de sundhedsprofessionelles perspektiv ? (præ- og post-implementering)

Analysen af det empiriske materiale afdækker tre temaer der knytter sig til sundhedsprofessionelles perspektiv på barrierer for implementering:

1) Travlhed i hverdagen 2) manglende ledelse opbakning og vision for implementering 3) behov for lokal IT-support.

7.4.1 Præsentation af fund fra interviewundersøgelse

Informanterne har interesse og ser muligheder i anvendelsen af ReMind, men udfordres af manglende tid:

”Vi har travlt. Vi har mange patienter og mange med komplekse problemer. Det er overskud, der kræves for at tage nye procedurer ind og lære nye ting - og det er meget beskedent. Så hvis der ikke er høj motivation og et konkret behov, så er det svært at tage nyt ind.” (Informant A, Risskov)

”Men det er en udfordring i en travl hverdag, i en travl praksis, så kommer der lige sådan noget på banen ...at ’det skal du lige bare lige gøre’, og så er det med, at ’bare lige gøre’ viser sig at være lidt mere kompliceret, når man skal i gang.” (Informant C, Vest)

Organisatoriske og tekniske problemer oplevet i iPad projektet blev italesat af alle informanter i Vest - herunder vanskeligheder med support, nødvendighed af WIFI dækning grundet ringe net-dækning i området, manglende vejledninger og ingen muligheder for akut hjælp (Informant C, D og E). Informanterne sammenkæder her deres tidlige erfaringer med deres forventninger til ReMind.

Teknisk kompleksitet af løsningen italesættes også under post-implementering interviews og opleves af en informant som den største barriere: *”Rent teknisk – at få det installeret. Man skal bruge en time på det, det forvirrer. Det andet er bare nemmere” (Informant B, Risskov).*

Informanterne problematiserer, at det kræver tid at installere og øve sig i brugen af løsningen, for at sundhedsprofessionelle kan adoptere ReMind som nyt digital samarbejdsredskab.

"Men det er jo ikke noget, vi bliver takket for. Det er kun ydelser der tæller – det er et ekstra stykke arbejde, der skal ind i vores ellers så pressede arbejdsdag." (Informant C, Vest)

Manglende ledelse involvering og manglede tid til implementering af nye redskaber ses af en informant som en barriere:

"...der er simpelthen ikke overskud nok, til at man kan regne med, at medarbejderne gør det af sig selv.....Når det flagrer i vinden fra ledelsens side, er det jo op til medarbejderne at få det implementeret i relevant kontekst, og det har vi for travlt til." (Informant A, Risskov)

Informanten begrundet endvidere manglede ledelse involvering som en automatisk konsekvens af et presset system og presset ledelse.

Brug af digital understøttet redskaber udtrykkes som 'vejen frem' af alle informanter.

Manglende anvendelsen af ReMind i behandlingen begrundes af en informant:

"Hvis det er et redskab, vi forventes at skulle bruge, så skulle det nok være tydeligere indikeret oppefra. Hvis det bare er et positivt tilvalg, så er det bare ikke på linje med de andre ting, som jeg kan bruge. Jeg har fået et indtryk af, at det er frit valg – ikke noget krav." (Informant B, Risskov)

Vision for anvendelse og formål med ReMind i behandlingen efterlyses i Risskov:

"Jeg kunne egentlig godt tænke mig, at finde ud af, hvad skal det bruges til ...jeg har lidt denne oplevelse af, at der er nogen, der har siddet et eller andet sted og fundet på ...sådan en "so ein ding müssen wir auch haben"..." (Informant A, Risskov).

7.4.2 Analyse af fund i forhold til teori

Der vurderes af ovenstående fund, at der efterlyses et vedvarende og synligt ejerskab hos ledelsen. Under interviewerne blev der tydeligt ekspliceret, at ledelse opleves

fraværende, og at vision med - og information - om systemet er mangelfuldt. Dette synspunkt er markant i Risskov, men at ledelsen ikke er synlig omtales også i Vest.

At graden af frivilligheden i brugen af innovative tiltag som ReMind har betydning for brug af innovative tiltag italesættes af informant B, Risskov ”...Hvis det bare er et positivt tilvalg, så er det bare ikke på linje med de andre ting, som jeg kan bruge...” (Informant B, Risskov) og ses også i litteraturen. Hvis ledelsen ikke går i front med digitaliseringen, er der blandt medarbejderne en tilbøjelighed til at betragte tiltagene som sekundære og frivillige (Ingebrigtsen, Georgiou et al. 2014).

Informanternes italesættelse, af at beslutningen om anvendelsen af ReMind skal komme fra ledelsen, ses i uoverensstemmelse med Mintzbergs¹⁸ model for fagbureaukratiet, hvor der argumenteres, at de fagprofessionelle har høj grad af autonomi i det daglige arbejde, og det strider mod det ønske om, at ledelsen blander sig i klinisk arbejde (Mintzberg 1981).

Samtidig, set fra Mintzbergs model for fagbureaukratiet, så har de sundhedsprofessionelle i en højere grad loyalitet rettet mod faget end mod organisationen, målene og strategierne (Mintzberg 1981), og det er i overensstemmelse med, hvad informanterne italesætter i nærværende undersøgelse; vigtigheden i at teknologien ikke bliver indført for at spare penge jf afsnit 7.1., at teknologien skal tilføje kvalitet i behandlingen og give mening for patienten, om det så giver ydelser, er mindre væsentligt set fra informants A synspunkt.

Af ovenstående kan udledes at sundhedsprofessionelle udfordres på *Organisation - elementet* som ses i forhold til den komplekse organisationsstrukturens rammer for at indføre innovative sundheds IT redskaber som ReMind og kulturen blandt de sundhedsprofessionelle.

Informant C påpeger, at den behandlingsansvarlige læge (uden ledelsesansvar) er ”..meget involveret og ambassadør for ReMind” (Informant C, Vest). Dette vurderes som en aspekt, der kan have betydning for implementeringsprocessen. Studier viser, at uformelt lederskab blandt meningsdannere indenfor psykiatrien har vist sig at være

¹⁸ Henry Mintzberg, canadisk professor og forfatter inden for ledelse og organisation.

fremmende for udbredelsen af telepsykiatri (Voss 2009, Obstfelder, Engeseth et al. 2007). Sundhedsprofessionelle, som ses som meningsdannere i organisationen, kan udnyttes positivt som rollemodeller.

At regionerne fokuserer på digital ledelse i alle ledelsesniveauer – fra topledelsen til afdelingsledelsen på det enkelte hospital fremgår af Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden 2013 til 2019:

”Digital ledelse stiller skarpt på at øge ledelsens kompetencer til at sikre den nødvendige sammenhæng mellem it-systemerne og arbejdsgangene samt at forankre og følge op på den efterfølgende organisatoriske implementering.”
(Regeringen, KL et al. 2013)

Berg beskriver en række forhold, man skal forholde sig til i en implementeringsproces, som han beskriver med udgangspunkt i tre myter om, hvad implementering ikke er. Berg fremhæver, at implementeringer ikke er en teknisk udrulning, men en organisatorisk udviklingsprojekt (Berg 2004). Teknologien vil påvirke arbejdsopgaver og informationens flow og dermed ændre relationer mellem sundhedsprofessionelle og patienter, der medfører en forandringsproces i organisationen. Det er derfor nødvendigt, at processen håndteres som en udviklingsprojekt.

Andet væsentligt aspekt der påpeges af Berg er, at implementeringsprocessen ikke alene kan ledes af it-afdelingen, da det drejer sig om en socio-teknisk forandring. Brugerinvolvering er derfor vigtig ved valg af teknologi og som forberedelse til implementeringen (Ibid.).

At indføre nye digitale samarbejdsredskaber som ReMind i behandlingen vil medføre mange typer forandringer. Dette kan udledes af det udvidede teknologi begreb. For at ReMind kan implementeres, skal aktørerne have interesse og motivation for indførelsen og driften af teknologien. Informanterne i Risskov oplever ikke, at de mangler et redskab som ReMind i behandlingen, de ser ikke vision og formål med indførelsen og efterlyser kommunikationsstrategi. Samtidig italesætter alle informanter forhindringer for anvendelse i form af tekniske udfordringer og manglende tid til at lære systemet at

kende. Kotter¹⁹ pointerer at store forandringsprojekter ikke er nemme, og derfor skal der arbejdes bevidst og metodisk med organisationen i et forsøg på at omstille den til forandringen (Kotter 1999). Sundhedsprofessionelles perspektiv på barrierer for implementering er sammenfaldende med fire af Kotter's otte fejl; *"ikke etableret en oplevelse af nødvendighed"*, *"mangel på kommunikation af visionen"*, *"undervurdering af visionens magt"* og *"Forhindringer får lov til at blokere for den nye vision"* (Ibid.).

Forskning viser, at der er evidens for sammenhæng mellem kliniske lederes egenskaber og adfærd, og hvor succesfuldt en it-løsning adopteres (Ham, Kipping et al. 2003, Ingebrigtsen, Georgiou et al. 2014). Berg argumenterer for at beslutningen om, hvorvidt en implementering er succesfuld (eller graden af denne) eller ej, beror på en beslutning som træffes mellem brugere, mellemledere og topledelsen, og er resultatet af disse interaktioner herimellem, som til slut er den, der afgør systemets skæbne (Berg 2004). Indførelsen af ReMind i behandlingen ses som mulighed for kvalitetsforbedringer, men forskning viser, at disse ofte tager længere tid om at vinde fodfæste end forventet, og endnu længere tid om at blive solidt forankret inden for en organisation (Ham, Kipping et al. 2003).

Ovenstående analyse viser de komplekse og ofte modsætningsfulde netværk, teknologi er spundet ind i *Kompleksitet* bestandsdelen i Technucations TEKU-model.

7.4.3 Delkonklusion i forhold til barrierer

Der kan konkluderes, at fælles for alle informanter er, at der ikke er meget tid til at lære at bruge nye redskaber, da kerneopgaven (behandling) fylder meget i hverdagen. Det bør derfor overvejes, hvordan ledelsen kan sætte rammen for udvikling og forandring. Desuden findes, at teknologiens veje ind i organisation synes 'usynlig' for nogen sundhedsprofessionelle, og for andre er vejen uklar. Sundhedsprofessionelle i Vest, der havde gode erfaringer med det tidligere iPad projekt og har været med i udvikling af det, kan nemmere se formål med ReMind.

¹⁹ John Paul Kotter, professor på Harvard Business School og forfatter. Kotter har introduceret en 8-trinsmodel for forandringsledelse.

7.5 Diskussion af anvendt metode

I dette afsnit følger en kritisk forholde sig til anvendt metode. Det er med henblik på at 'kvalitetsikre', det der er gjort, da der i kvalitativ forskning ikke opereres med kvalitetskrav som reliabilitet, validitet og generaliserbarhed, men med pålidelighed og gyldighed (at forskeren ekspliciterer sin forforståelse, og om den vej, der er gået, er transparent) og analytisk generalisering (omsætteligheden til andre situationer), som baseres på en analyse af ligheder og forskelle mellem situationer (Kvale, Brinkmann 2009).

Projekt bidrager til en større forståelse for, hvordan sundhedsprofessionelle forholder sig til anvendelsen af applikation ReMind i ambulant psykiatrisk behandling via en eksplorativ tilgang. Ved brug af kvalitative forskningsmetode har informanterne mulighed for at udtrykke sig mere frit, og dermed belyse nye sider af problemfeltet, som ikke var kendte af undersøgeren på forhånd og således skabe ny viden om feltet.

Der kunne anvendes metodetriangulering ved deskriptiv anvendelse af kvantitativ data; som f.eks. antallet af gennemførte videokonsultationer i OPUS klinikkerne, hvor hyppigt anvender den enkelte bruger applikation, m.m. Dette er fravalgt, da applikationen blev også brugt som testmiljø for behandlere, og dermed vil data ikke være valide i forhold til, hvor meget applikation blev brugt i samarbejde med patienten.

I projektet er transparenskriteriet søgt opfyldt ved at fokusere på, om de metodiske fremgangsmåder er præciseret ved at tydeliggøre, hvad der er forgået i undersøgelsen. Endvidere er der søgt at opfylde håndværksmæssige validitet, ved at fokusere på om metoderne er anvendt forsvarligt i forhold til undersøgelsens felt, og om projektet giver svar på stillede spørgsmål (Ibid.)

7.5.1 At forske i egen organisation

Min rolle som undersøger er "som forsker i eget felt" i takt af min ansættelse i samme hospital, Psykiatri Region Midtjylland, i Afdeling Q. Dette har en særlig etisk forpligtelse i forbindelse med udfærdigelsen af undersøgelsen. Afdeling Q blev under nærværende

projektudarbejdelse inkluderet i projektet ReMind. Dataindsamling forgik ikke på den afdeling, jeg arbejder på, men den forgik i den organisation og hospitalskultur, jeg er en del af. Dette indebar risiko for, at jeg ikke kunne være tilstrækkelig åben for mine data. Dette insiderperspektiv som jeg som undersøger møder feltet med, kan have betydning for, hvad man kan se og få øje på. Det kan således være svært at være kritisk og at generere ny viden (Atkinson, Hammersley 2007).

Denne er forsøgt minimeret gennem særlig opmærksomhed på min rolle som interviewer og efterfølgende i analyse og fremstilling af data, således at påvirkning herfra er minimeret.

I nærværende undersøgelse har insiderperspektivet været en styrke, da det har givet adgang til feltet, og da det har givet et andet afsæt for problemsetting²⁰.

8 Konklusion

Undersøgelsen identificerede fire centrale temaer med i alt 11 undertemaer, der knytter sig til undersøgelsens problemformulering, som lyder: "Hvordan forholder sundhedsprofessionelle til implementering af den behandlingsunderstøttende teknologi ReMind?" De centrale temaer er forventninger, oplevelse, anvendelse og barrierer. *Forventningerne* til ReMind som behandlingsunderstøttende teknologi er 1) at mindske store geografiske afstande 2) at øge patientinddragelse og patient empowerment og 3) at øge fleksibiliteten i samarbejdet mellem patienten og behandleren.

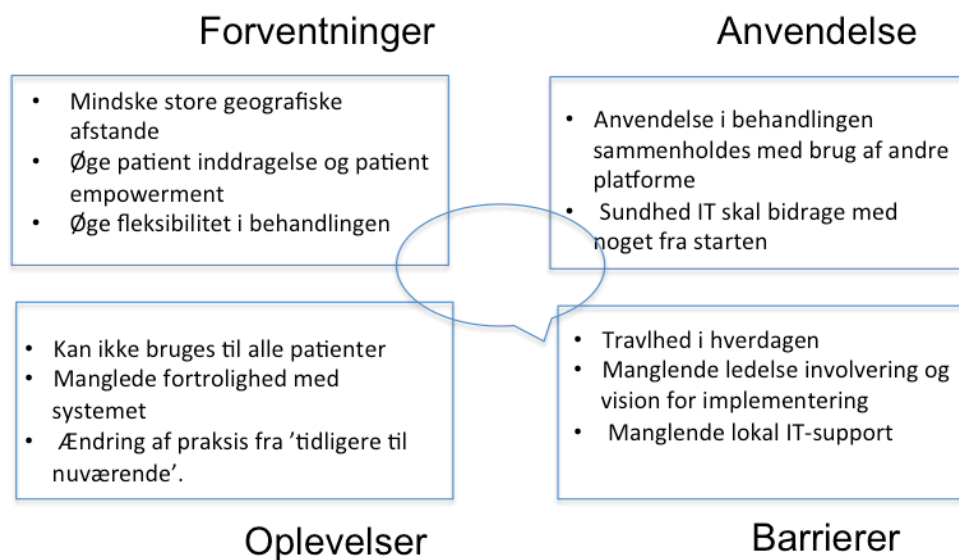
Undertemaer der knytter sig til *oplevelser* er 1) manglede fortrolighed med systemet, 2) ændring af praksis og 3) forestillinger om, at ReMind ikke egner sig i samarbejdet med alle patienter.

Det er i undersøgelsen ikke muligt at svare på, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever *anvendelsen* af teknologien med patienten, da fire af de interviewede

²⁰ Problem setting is a proces in which we name to what we will attend and frame the context in which we will attend to them" (Schön 1983 s. 40).

sundhedsprofessionelle ikke har anvendt ReMind, mens den femte kun i begrænset omfang har brugt redskabet i samarbejde med én patient ved at anvende beskedfunktionen. Undertemaer der knytter sig til anvendelse i behandlingen er 1) at ReMind sammenholdes med brugen af andre platforme og 2) at teknologien skal bidrage med noget fra starten. De største *barrierer* for at anvende ReMind som behandlingsstøttende teknologi er 1) travlhed i hverdagen, 2) manglende ledelsesinvolvering og vision for implementering og 3) et uopfyldt behov for lokal it-support.

Figur 9 er en visuel fremstilling af undersøgelsens svar på forskningsspørgsmålene.



Figur 9 viser fire centrale temaer med i alt 11 undertemaer

Den største barriere for implementering beskrives som mangel på tid til at anvende ReMind, da kerneopgaven (behandling) fylder meget i hverdagen. Dette henleder opmærksomheden på, at behandlerne ikke anser teknologien som en integreret del af behandlingen. Desuden findes det, at teknologiens veje ind i organisationen synes 'usynlig' for nogle sundhedsprofessionelle. Sundhedsprofessionelle, der havde gode erfaringer med det tidligere iPad-projekt og har været med i udviklingen af det, har

lettere ved at se formålet med ReMind end sundhedsprofessionelle, som ikke har deltaget i sådanne opgaver. Manglende integration til nuværende systemer ses som en barriere i forhold til arbejdsgange og patientsikkerhed.

Undersøgelsen viser, at sundhedsprofessionelle udviser en kritisk forholden til innovative løsningers fordele og ulemper, ser tele-løsninger som mulighed for at effektivisere behandlingen og responderer til teknologi-relaterede etiske dilemmaer.

Analysen viser desuden, at sundhedsprofessionelle forholder sig til teknologibegrebets fire bestandsdele. De udfordres dog især på *Organisation elementet*. Dette ses i forhold til den kompleks organisationsstruktur, der skaber de rammer, sundhedsprofessionelle har for at indføre innovative sundheds-IT-redskaber, som ReMind er et eksempel på.

Professionskulturen blandt de sundhedsprofessionelle spiller også ind. Endelig ses *Teknik elementet* - i relation til lokal it-support, datasikkerhed, integration og brugervenlighed af ReMind som vigtigt.

Informanter i både Risskov og Vest ser primært telepsykiatri anvendt ved store geografiske afstande. Dette er muligvis også en af årsagerne til, at formålet med ReMind er sværere at se for informanter i Risskov end i Vest. Dette kan dog også skyldes den større erfaring fra iPad projektet, der er til stede i Vest.

Alle informanter kan se fordelene for patienten, og de mener især at patientinddragelsen vil øges. De har sværere ved at nævne fordele for dem selv -som behandlere.

Det er et vigtigt aspekt at afdække, hvordan sundhedsprofessionelle oplever forandringen, og hvordan der kan arbejdes med at forbedre arbejdsprocessen (hvis den opleves besværligt). Endvidere er der vigtigt at kommunikere fordelene ud i organisationen. Sundhedsprofessionelle, som ses i organisationen som meningsdannere, kan udnyttes positivt som rollemodeller.

Forskning viser, at evnen til at implementere og fastholde forandringer over tid øges markant, hvis sundhedsprofessionelle oplever fordele ved forandringen.

Der er omvendt mindre sandsynlighed for, at det vil lykkes at implementere og fastholde forandringen, hvis arbejdet bliver vanskeligere, arbejdsgange mindre effektive eller

opgaveforløbet mere komplekst grundet oplevelse af manglende it-support og ledelsesmæssig støtte.

Undersøgelsen af brugernes accept på tidligt tidspunkt er nødvendigt for at sikre en optimal indførelse af sundheds-IT.

9 Perspektivering

Undersøgelsen peger på udfordringer, som kræver opmærksomhed i forhold til opskalering af applikation ReMind til andre enheder i Psykiatri Region Midtjylland. Undersøgelsen afdækker og har søgt at forstå de væsentligste forhindringer for at implementere og fastholde ny praksis i setting for denne undersøgelse. Der peges på følgende anbefalinger for at applikation ReMind kan blive implementeret og forankret som rutinemæssig praksis: 1) lokal It-support bør klarlægges 2) tele-løsning skal ses som en fordel, mere end blot at overkomme afstande 3) spørgsmål vedrørende organisatoriske og tekniske aspekter bør behandles.

Undersøgelsen kan desuden anvendes som diskussions- og inspirationskilde til kvalitetsudvikling i telepsykiatri og være med til at pege på, hvad der skal forskes mere i, for at indførelsen af digitale understøttende redskaber kan foregå på en relevant måde og forankres i praksis.

For at forandring bliver integreret eller en almindelig måde at arbejde på, i stedet for en ekstra arbejdsproces, kan det anbefales at anvende modellen for implementering og fastholdelse af ny praksis (Bilag 6) inden systemets udbredelse til hele psykiatri Region Midtjylland. Modellen er et forskningsbaseret scoringsredskab, der består af ti faktorer, som spiller en afgørende rolle i forhold til at implementere og fastholde forbedringer. Faktorerne relaterer sig til tre dimensioner: proces, personale og organisationer (Maher, Gustafson et al. 2013). Modellen kan bruges til at skabe dialog og lave en handleplan for deltagerne i implementeringsprocessen omkring et konkret forandringstiltag, som indførelsen af applikationen ReMind i behandlingen.

I undersøgelsen har der været fokus på sundhedsprofessionelles perspektiv med udgangspunkt i de forventninger til - og oplevelser med - anvendelsen af applikation ReMind. I en fremtidig undersøgelse vil det være interessant at klarlægge patientperspektivet; at skabe klarhed over, hvad en applikation som ReMind skal bestå af, for at styrke patienternes egenomsorgsevne²¹ (empowerment). Dermed kan innovationsprocessen bidrage til samskabelsen af en platform, der er nem at anvende og som passer ind i patientens liv og behandling.

²¹ *Sundhedsaktiviteter en patient udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed (SST, 2005)*

10 Litteraturliste

ATKINSON, P. and HAMMERSLEY, M., 2007. *Ethnography. Principles in practice*. 3. udgave edn. Taylor & Francis e-Library.

BERG, M., 2004. Implementing Information Systems in Health Care Organizations: Myths and Challenges. In: M. BERG, ed, *Health Information Management. Integrating Information Technology in Health Care Work*. Routledge, pp. 173-191.

BJERRUM, M., 2005. *Fra problem til færdig opgave*. København K: Akademisk Forlag.

BJØRNS, C.D., LAURSEN, B.S., DELMAR, C., CLUMMINGS, E. and NØRH, C., 2012. *A dialogue-based web application enhances personalized access to healthcare professionals - an intervention study*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/96> edn. BMC Medical Informatics and Decision Making.

FREDSLUND, H., 2007. Den filosofiske hermeneutik - fra filosofi til forskningspraksis . In: C.(.). NYGAARD, ed, *Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. 1. udgave 2005, 2. oplag 2007 edn. Forlaget Samfundslitteratur, .

GARCÍA-LIZANA, F. and MUÑOZ-MAYORGA, I., 2010. *What About Telepsychiatry?: A Systematic Review*. (Prim Care Companion J Clin Psychiatry),.

HAM, C., KIPPING, R. and MCLEOD, H., 2003. *Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Service*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.t013-00062/abstract> edn. Milbank Quarterly.

HASSE, C., STORGAARD BROK, L. and (RED.), 2015. *TEKU -modellen, Teknologiforståelse i professionerne*. U press.

HILTY, D.M., YELLOWLEES, P.M. and NESBITT, T.S., 2006. Evolution of telepsychiatry to rural siyes: changes over time in types of referral and in primary care providers`knowledge, skills and satisfaction. **Sep: 28 (5)**(General Hospital Psychiatry),.

HØSTGAARD, A.M.B., 2009. *Fryder forandring? Casestudie af EPJ udbudsprocessen i Region Nord -
belyst gennem en procesevaluering med fokus på lægerne
som sociale bærere af den elektroniske patientjournal, EPJ*, Department of Development and Planning University of Aalborg.

HUNICHE, L. and OLESEN, F., 2014. *Teknologi i sundhedspraksis*. Munksgaard.

INGEBRIGTSEN, T., GEORGIU, A., CLAY-WILLIAMS, R., MAGRABI, F., HORDERN, A., PRGOMET, M., LI, J., WESTBROOK, J. and BRAITHWAITE, J., 2014. The impact of clinical leadership on health

information technology adoption: systematic review. *International journal of medical informatics*, **83**(6), pp. 393-405.

JESSEN, T.P., 2010. *Telepsykiatri- Sygeplejerskers holdninger til brugen af videokonference i psykiatrisk
sygeplejefleks, Sygeplejerske-uddannelsen, Viborg, cvu vita.*

KOLBÆK, R., 2013. *Holdninger til brugen af it i teoretisk uddannelse og klinisk sygepleje hos nystartede sygeplejestuderende*, Københavns Universitet, Det Humanistiske Fakultet.

KOTTER, J.P., 1999. *I spidsen for forandringer*. Peter Asschenfeldts Nye Forlag.

KVALE, S. and BRINKMANN, S., 2009. *InterView – introduktion til et håndværk*. 2. udgave edn. København: Hans Reitzels Forlag.

KVALE, S. and BRINKMANN, S., 2008. *InterView, Introduktion til et håndværk*. 2. udgave edn. Hans Reitzels forlag.

LEHMAN, W.E., GREENER, J.M. and SIMPSON, D.D., 2002. Assessing organizational readiness for change. *Journal of substance abuse treatment*, **22**(4), pp. 197-209.

LEIGH, H., CRUZ, H. and MALLIOS, R., 2009. Telepsychiatry appointments in a continuing care setting: kept, cancelled and no-shows. **(15)**(Journal of Telemedicine and Telecare), pp. 286-289.

LI, J., TALAEI-KHOEI, A., SEALE, H., RAY, P. and MACINTYRE, C.R., 2013. Health Care Provider Adoption of eHealth: Systematic Literature Review. *Interactive journal of medical research*, **2**(1), pp. e7.

LINGLEY-POTTIE, P. and MCGRATH, P.J., 2008. Telehealth: a child and family-friendly approach to mental health-care reform. **(14)**(Journal of Telemedicine and Telecare),.

MAHER, L., GUSTAFSON, D. and EVANS, A., 2013-last update, The Sustainability Model [Homepage of NHS Institute for Innovation and Improvement], [Online]. Available: http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html[2015].

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, 2011. *Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*.

MINTZBERG, H., 1981. Den velsiddende organisation: Pasform eller modekonfektion.
. *Harvard Børsen nr. 1 / vinter 1981-2*:43-58, ., **1**(2), pp. 43-58.

MIRZA, F. and NORRIS, T., 2007. Opportunities and barriers for mobile health in New Zealand. *Studies in health technology and informatics*, **129**(Pt 1), pp. 102-106.

MOURAD, N., 2012. *Perceived factors influencing acceptance and adoption of mobile technology by clinicians in practice*. , UNIVERSITY OF MINNESOTA, DIVISION OF HEALTH POLICY & MANAGEMENT.

MÜLLER, J., 1991. Hvad er teknologi? . In: M. ROSTGAARD, A. REMMEN and J. CHRISTENSEN, eds, *Samfundet i Teknologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, pp. 27-44.

MÜLLER, J., KJÆR-RASMUSSEN, J. and NØHR, C., 1998. *Perspektiver for EDB-teknologi i sygehusvæsenet*. Aalborg: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter.

NØHR, C., 2010. Sociotekniske studier kan skaffe indsigt i komplekse arbejdsgange. *Ugeskr Læger*, **172**((10)), pp. 787-790.

O'REILLY, R., BISHOP, J., MADDOX, K., HUTCHINSON, L., FISMAN, M. and TAKHAR, J., 2007. *Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized
controlled equivalence trial*. (Psychiatr Serv Wash DC),.

OBSTFELDER, A., ENGESETH, K.H. and WYNN, R., 2007. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implement Sci*, **2**(25), pp. 1-11.

OUDSHOORN, N., 2008. Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology
. *Sociology of Health & Illness*, **30**(2), pp. 272-288.

POLS, J., 2012. *Care at a Distance, On the Closeness of Technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2015a-last update, Projekter [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.rm.dk/psykiatri-og-social/teknologicerter/projekter/2014>].

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2015b-last update, PS TeknologiCenter [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.rm.dk/psykiatri-og-social/teknologicerter/2014>].

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2015c-last update, ReMind [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.rm.dk/psykiatri-og-social/teknologicerter/projekter/remind/2014>].

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2014a. *Formålsbeskrivelse: PS TeknologiCenter, Psykiatri og Social
*. Intern dokument edn. Viborg: .

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2014b-last update, OPUS - Klinik for Skizofreni [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.psykiatrien.rm.dk/afdelinger/afdeling-p---auh-risskov/i-behandling/ambulant-behandling/klinik-for-skizofreni-opus/2014>].

PSYKIATRI OG SOCIAL, 2014c-last update, OPUS Klinikken i Regionspsykiatrien Vest [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: <http://www.psykiatrien.rm.dk/afdelinger/regionspsykiatrien-vest/i-behandling/ambulant-behandling/opus-klinikken-i-rv/2014>].

REGERINGEN, KL and DANSKE REGIONER, 2013. *Digitalisering med effekt: national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*. København: .

REGION MIDTJYLLAND, 2013a. *Evaluering af ipadprojekt Psykiatri og Social, 2013*. Region Midtjylland.

REGION MIDTJYLLAND, 2013b. *Psykatriplan: Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom. Strategier for udviklingen i Region Midtjyllands psykiatri 2013-2016*. Viborg: Region Midtjylland.

REGION MIDTJYLLAND, 2013c-last update, Region Midtjyllands IT strategi 2012-2018 [Homepage of Region Midtjylland], [Online]. Available: http://www.rm.dk/siteassets/om-os/it/it-strategi_kort_020813.pdf.

SØNDERGAARD, K.D. and HASSE, C., 2012. *Teknologiforståelse – på skoler og hospitaler*. Aarhus Universitetsforlag.

SSI, 2013. *Digitalisering med effekt. National Strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*. Regeringen, KL, Regionerne.

TAFDRUP, O. and HASSE, C., 2013. Teknologifetichisme eller teknologiforståelse? In: K. SCHIØLIN and S. RISS, eds, *Nye spørgsmål om teknikken*. pp. 303-321.

THAGAARD, T., 2003. *Systematik og indlevelse, En indføring i kvalitativ metode*. Den danske udgave, 2004 edn. København K: Akademisk Forlag.

VOSS, H., 2009. *Telepsykiatri i Danmark – hvad ved vi fra udlandet?* Dansk Sundhedsinstitut.

WEARS, R.L. and BERG, M., 2005. Computer Technology and Clinical Work, Still Waiting for Godot. *JAMA*, **293**(10), pp. 1261-1263.

11 Bilag fortegnelse

Bilag 1 Litteratursøgningslog

Bilag 2 Interviewguide - forventninger

Bilag 3 Interviewguide - oplevelser og erfaringer

Bilag 4 Information om deltagelse i undersøgelsen

Bilag 5 Matrix – Eksempel på meningskategorisering

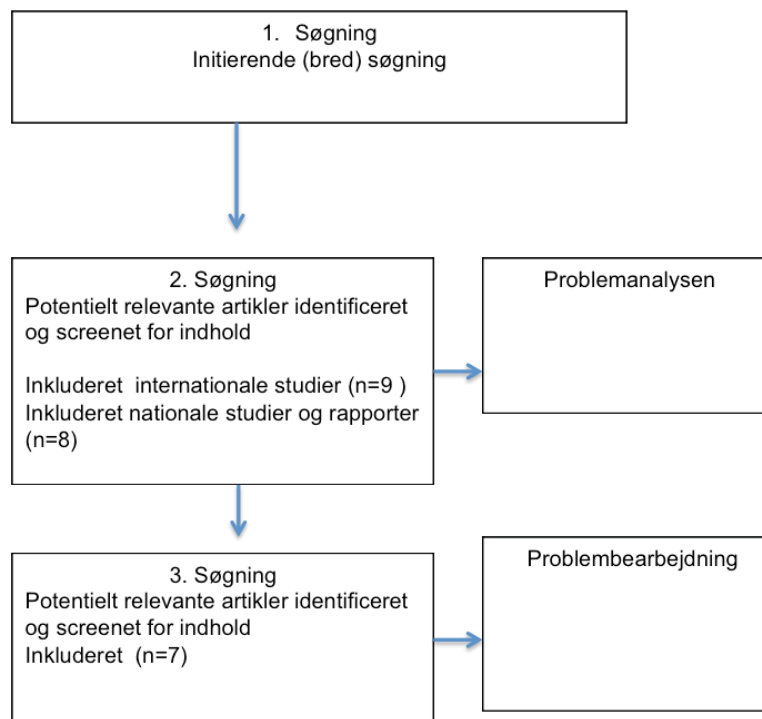
Bilag 6 Modellen for implementering og fastholdelse af ny praksis

Bilag 1 Litteratursøgningslog

Beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og – udvælgelse

1. Litteratursøgnings forløb

Nedestående figur viser litteratursøgningsforløb i tre faser:



Figur 10 viser tre niveau af litteratursøgning i nærværende undersøgelse

2. Søgning til initierende problemfeltet

Indledende litteratursøgning på Google og i fagbøger blev brugt som inspiration til mere systematiske søgninger, med henblik på bred orientering om problematikken (Bjerrum 2005). De danske søgeord var telemedicin, telepsykiatri, videokonsultationer,

sundhedsprofessionelle, sundhedsteknologi og sundheds it.

3. Søgning til problemanalyse

Ovenstående usystematisk (bred) søgning fulgte en mere systematisk søgning med kontrollerede emneord på de sundhedsfaglig relevante databaser PubMed, Web of Science, PsycINFO og The Cochrane Library.

Dette førte til en mere præcis søgeprofil bestående af søgeordene: ehealth, mental disorders, mental health, teleconsultation, telemedicine, telepsychiatry, expectations, mHealth, videoconferencing og healthcare professionals, attitudes, barriers. Søgning med enkelt ord og sammen i de fleste kombinationer blev foretaget for at søge efter relevante forskningsartikler.

4. Søgestrategi:

- **Systematisk bloksøgning og usystematisk kædesøgning**

Søgestrategien har bestået af en systematisk bloksøgning kombineret med usystematisk kædesøgning. De boolske operatorer AND og OR er anvendt for henholdsvis at indsnævre og udvide søgningen.

- **Ussystematisk kædesøgning**

Kædesøgningen muliggør, at der med udgangspunkt i relevante artikler, findes andre artikler, f.eks. funktionen "*Related citations*" i PubMed blev anvendt til at indfange artikler, der omhandlede samme eller nærliggende problemstilling, Der er undersøgt, hvilke emneord de relevante artikler var indekseret under, for herefter at bygge dem ind i bloksøgningen, samt at artiklernes referencelister blev gennemgået med henblik på at identificere relevante artikler.

5. Afgrænsninger

Søgesystem:	Afgrænsning:
PubMed, Jmir, Google Scholar, Psyk Info og Cochrane	Inklusion: • Artikler på dansk, norsk eller engelsk • Artikler der var "peer reviewed", hvilket indebærer, at de er vurderet af to eller flere eksperter. • Artikler med relevans for problemstillingen Eksklusion: • Ikke forskningsbaserede artikler blev ekskluderet, idet de ikke giver indsigt i eksisterende viden på forskningsområdet. • Artikler byggede på data indsamlet før år 2000

6. Valgte informationskilder

Database/website/referenceliste/ressourc person m.m.	Begrundelse for valg af kilde
PubMed	Databasen, der er udviklet af 'National Library of Medicine', indeholder mere end 16 millioner valideret artikler fra blandt andet medicin og sygepleje. På baggrund af databasens omfang og

	indhold formodes at den kunne bidrage med relevante artikler.
Jmir	Nyeste studier
Google Scholar	Søger på flere andre søgemaskiner, artikler, tidsskrifter, bøger og anden litteratur
PsykiINFO	Det blev fundet relevant at søge på PsycINFO, hvor omdrejningspunktet er psykologi, men den indeholder referencer fra bl.a. psykiatri, medicin og sygepleje
Web of Science	Databasen muliggør citationssøgning.

7. Resultat af 1. (indledende) søgning

Søgesystem:	Afgrænsning:
Google Scholar, Google, AUB,	Hovedsagligt nationale artikler.
Regeringens, Sundhedsministeriets, Region Midtjyllands hjemmesider	Perioden 2009-2014

Resultat af 1. Indledende søgning på følgende internetportaler:

Informationskilde	Google
Søgefacet/ -ord samt kombinationer	

Region Midt Psykiatriplan	1940 (1)
Telepsykiatri	7820 (3)
Strategi telemedicin	23600 (4)
Videokonsultationer psykiatri	18700 (1)

8. Resultat af 2. Søgning i forbindelse med problemanalyse

Informationskilde Søgefacet/ -ord samt kombinationer	Pubmed Antal fundne hit angives først, herefter antal relevante i parentes	Google scholar	JMIR	Google
Telepsychiatry	364 (7)	5230 (1)	2 (0)	
Telepsychiatry AND Barriers	20 (1)			
Expectations AND Telepsychiatry		1530 (2)		
Sundhedsteknologi AND psykiatri AND Implementering				45900 (1)
Mental health AND mHealth AND Adoption			11 (1)	

9. Resultat af 2. Søgning i forbindelse med problemanalyse

Informationskilde Søgefacet/-ord samt kombinationer	Google scholar	PubMed	Psyk- NFO	Cochrane
Healthcare AND mHealth AND acceptance		636 (0)		
Telepsychiatry AND Attitude AND Healthcare professionals		22 (3)		
Implementering IT teknologi Sundhed	3140 (1)			
Barriere psykiatri telemedicin	24 (1)			
Telepsychiatry AND mHealth AND Healthcare professionals AND attitudes	15 (2)			
Telepsychiatri AND Videoconferencing And attitudes	16 (1)			
Telepsychiatry				15081 (2)

Derudover er der foretaget kædesøgning på følgende internetportaler:

Søgning	Dokument
---------	----------

Region Midtjylland	Psykiatriplan 2013-2016
Region Midtjylland.dk	Evalueringsrapport iPad projekt
Google: Strategi telemedicin	Dialogudgave Af National Strategi For Telemedicin
http://www.regioner.dk	National handlingsplan, Telemedicin - nøgle til fremtidens sundhedsydelser
Medcom.dk	Telepsykiatri – hvad ved vi fra udlandet?

10. Kriterier for udvælgelse af relevant information

Kriterier der er lagt til grund for, hvilke af de søgefund er klassificeret som relevante og derfor udvalgt til fremfindning:

1. At der i studiet var tale om anvendelsen af sundheds IT
2. At medicinsk speciale er psykiatri
3. At artiklerne var fra lande, der er sammenlignelige med Danmark
4. At artiklen er anvendeligt i relation til de stillede spørgsmål /problemformulering

11. Valgte informationskilder

Database/website/referenceliste/ressour ceperson m.m.	Begrundelse for valg af kilde
Google	Fundne artikler er vurderet mht. til ophavskilde og fundet valide
AUB	Fundne artikler er vurderet og forsøgt at genfinde i Cochrane, PubMed og andre store databaser og anerkendte tidskrifter. Endelig er validiteten af AAU

	på internationalt plan også med i overvejelserne over at anvende AUB
Google Scholar	Søger på flere andre søgemaskiner, artikler, tidsskrifter, bøger og anden litteratur.
Psyk Info	Finder aktuelle studier inden for psykiatrien.
Cochrane	Indeholder systematiske oversigtsartikler inden for det medicinske område om gavnlige og skadelige virkninger af behandlinger og forebyggelse i forhold til sundhed.

10. Kriterier for udvælgelse af relevant information

Inklusionskriterier:

- Studier med specifik fokus på barrierer for implementering af sundheds IT i stordrift i Sundhedsvæsenet i ind- eller udland.
- Studier med fokus på psykiatri og brug af sundheds IT i behandlingen.
- Studier med fokus på sundhedsprofessionelles anvendelse af sundheds IT

Eksklusionskriterier:

- Studier med fokus på udvikling af sundheds IT løsninger
- Studier på andre sprog end dansk, norsk eller engelsk
- Studier der udelukkende fokuserer på økonomiske gevinster implementering af sundheds IT

Referencerne er vurderet ud fra problemformulering mht. relevans, gyldighed og anvendelighed (Bjerrum 2005).

12. Søgning i forhold til problembearbejdning

Søgeord der er anvendt i problembearbejdning er: Mobile Health, implementation, barriers, Health Care professionals, clinical application, difficulties, challenge, success, failure, adoption, telehealthcare, tele- medicine, health informatics.

13. Afgrænsninger

Søgesystem:	Afgrænsning:
Psyk info, Google Scholar, Pubmed, JMIR	

14. Valgte informationskilder

Database/website/referenceliste/ressourceperson m.m.	Begrundelse for valg af kilde
Google Scholar	Søger på flere andre søgemaskiner, artikler, tidsskrifter, bøger og anden litteratur
Psyk Info	Finder aktuelle studier inden for psykiatrien, korresponderer med det amerikanske Psyk Info.
PubMed	Høj validitet, mere end 16 millioner hits
JMIR	Nyeste artikler

15. Resultat af 3. Søgning i forhold til problembearbejdning:

Informations- kilde Søgefacet/-ord samt kombinationer	Pubmed Antal fundne hit angives først, herefter antal relevante i parentes	Google scolar	Psyc- INFO	JMIR
Clinical application, difficulties, challenge , telehealthcare, tele- medicine		15900 (1)		
Mental health AND mHealth AND Adoption				11 (1)
mHealth, implementation		15800 (o)		
Health informatics implementation				
Telepsychiatry OR Telemedicine AND Success AND Implementation	86 (1)			

Technucation		25 (3)		
Implementering IT teknologi Sundhed		3140 (2)		

16. Kriterier for udvælgelse af relevant information

To studier, der har undersøgt sundhedsprofessionelles praksis i telemedicinske projekter anvendt i behandling for somatiske lidelser, blev inkluderet i nærværende undersøgelse, da de belyser generelle aspekter i klinisk praksis, som kontakt og omsorg, og vurderes relevante for belysning af problemformuleringen.

Litteratursøgningen i ovennævnte databaser kan ikke anses for udtømmende, men på baggrund af hvor mange tidsskrifter databaser indeholder, vurderes det tilstrækkelig til et litteraturstudie indenfor rammerne af et masterspeciale.

Bilag 2 Interviewguide - forventninger

Interviewguide

Velkommen og tak fordi du vil deltage i interviewet.

Det overordnede formål med projektet er at undersøge sundhedsprofessionelles forventninger til og oplevelser af at bruge applikationen ReMind i behandlingsarbejdet.

Som projektdeltager interviewes du to gange. Første interview har til hensigt at få indsigt i dine forventninger til appen som en behandlingsredskab, mens andet interview har fokus på de oplevelser og erfaringer, du har gjort dig ved at anvende appen. Hver interview forventes at tage max. 45 minutter. Med din accept optages interviewet på bånd og transskriberes efterfølgende. Dette er for, at jeg efterfølgende kan huske dine præcise svar. Bånd og materiale opbevares forsvarligt og i henhold til datatilsynets bestemmelser. Når projektet er afsluttet slettes/makuleres alle oplysninger. I det færdige materiale fremstilles dine svar som en del af en større helhed. Det vil således ikke være muligt at genkende dig som person.

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dit tilsagn om deltagelse i projektet tilbage. Når projektet er afsluttet, er du meget velkommen til at få en kopi.

Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang?

Det jeg gerne vil tale med dig om i dag, er dine forventninger til appen ReMind. Jeg er særlig interesseret i at høre om de tanker og overvejelser, du har gjort dig om at bruge appen som en del af dit kliniske arbejde.

Jeg vil gerne starte med at høre lidt om dig.

Tema	Interviewspørgsmål	Hjælpespørgsmål
Baggrundsoplysninger (Dette for støtte i senere bearbejdelse af data)	Hvilken uddannelsesbaggrund har du?	Hvornår er du uddannet Hvor mange års erfaringer har du i nuværende stilling
	Hvor gammel er du?	
	Har du erfaringer med at bruge (andre) apps i klinisk praksis?	Hvis ja, hvordan anvender du disse apps? Hvad er dine erfaringer med det?
	Hvordan opfatter du dig selv som it bruger?	Begynder, rutineret, Superbruger?
	Hvilket kendskab har du til ReMind?	Hvad du involveret i udvikling af ReMind? Har du været med til præsentationsmøde? Hvordan har I talt om appen i klinikken? Hvilken information har I modtaget om appen og om projektet?
Hvordan ReMind fortolkes og omsættes i konkrete behandlingsforløb	Kan du fortælle mig lidt om, hvordan du forventer at skulle (eller kunne) anvende ReMind i dit daglige arbejde? Kan du fortælle noget mere?	Med patienter (videokonsultationer, anvendelse af skemaer, psykoedukation, medicinoverblik, etc.) Med pårørende (netværksmøder/psykoedukation) Med kolleger (møder, supervision)

	Har du gjort dig nogle overvejelser om ReMind vil påvirke dit samarbejde med dine patienter? Kan du fortælle noget mere?	Positivt/negativt Forringe kontakt/forbedre kontakt Lette arbejdet/besværliggøre arbejdet Øge fleksibilitet/mindske fleksibilitet
Organisatoriske forhold	Har du overvejelser om, hvordan ReMind vil påvirke dit daglige arbejde? Kan du fortælle noget mere?	Arbejdsflow, fleksibilitet, selvstyre Muligheder/fordele Barrierer/problemer
Afrundning	Synes du, der er noget, vi mangler at komme ind omkring, inden vi holder? Mange tak for din tid.	Har du noget, du vil spørge om?

Bilag 3 Interviewguide – oplevelser og erfaringer

Interviewguide

Velkommen og tak fordi du vil deltage i interview nr. 2.

Det overordnede formål med projektet er at undersøge sundhedsprofessionelles forventninger til og oplevelser af at bruge applikationen ReMind i behandlingsarbejdet.

Som projektdeltager interviewes du to gange. Første interview havde til hensigt at få indsigt i dine forventninger til appen som en behandlingsredskab, mens andet interview har fokus på de oplevelser og erfaringer, du har gjort dig ved med at anvende ReMind, siden vi talte sammen sidst. Dette interview forventes at tage max. 45 minutter.

Med din accept optages interviewet på bånd og transskriberes efterfølgende. Dette er for, at jeg efterfølgende kan huske dine præcise svar. Bånd og materiale opbevares forsvarligt og i henhold til datatilsynets bestemmelser. Når projektet er afsluttet slettes/makuleres alle oplysninger.

I det færdige materiale fremstilles dine svar som en del af en større helhed. Det vil således ikke være muligt at genkende dig som person.

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dit tilsagn om deltagelse i projektet tilbage.

Når projektet er afsluttet, er du meget velkommen til at få en kopi.

Har du nogle spørgsmål, inden vi går i gang?

Det jeg gerne vil tale med dig om i dag, er dine oplevelser med brug af ReMind. Jeg er særlig interesseret i at høre om de tanker og overvejelser, du har gjort dig om at bruge appen som en del af dit kliniske arbejde.

Tema	Interviewspørgsmål	Hjælpe spørgsmål
	Hvordan kom du i gang med at bruge ReMind?	Hvis ikke, hvordan kan det være, at du ikke har anvendt systemet? Hvorfor tror du, det er blevet sådan, for planen var jo at ... Hvordan har du det med, at du ikke er kommet i gang med at bruge det?
Hvordan fortolkes og omsættes ReMind i konkrete behandlingsforløb	Kan du fortælle mig lidt om, hvordan du har anvendt ReMind i dit daglige arbejde? Hvilke faglige erfaringer har du indtil nu med at anvende Remind? Kan du fortælle noget mere? Hvordan påvirker anvendelsen af ReMind i dit samarbejde med dine patienter?	Med patienter (videokonsultationer, anvendelse af skemaer, psykoedukation, medicinoverblik, etc.) Med pårørende (netværksmøder/psykoedukation) Med kolleger (møder, supervision) Positivt/negativt Forringe kontakt/forbedre kontakt Lette arbejdet/besværliggøre arbejdet Øget fleksibilitet/mindske fleksibilitet

	Anvender du Remind i samarbejde med dine kolleger? Kan du fortælle noget mere?	Hvis ikke, hvordan kan det være? Hvis ja Positivt/negativt Forringe kontakt/forbedre kontakt Lette arbejdet/besværliggøre arbejdet Øget fleksibilitet/mindske fleksibilitet
Organisatoriske forhold	Hvordan påvirker ReMind din udførelse af dit daglige arbejde? Kan du fortælle noget mere?	Arbejdsflow, fleksibilitet, selvstyre Muligheder/fordele Barrierer/problemer
	Hvilke udfordringer ser du ift. at implementere ReMind som et samarbejdsredskab mellem behandlere og patienter?	
Afrundning	Synes du, at der er noget, vi mangler at komme ind omkring, inden vi holder? Mange tak for din tid.	Har du noget du vil spørge om?

Bilag 4 Information om deltagelse i undersøgelsen

Information om deltagelse i undersøgelse om applikation ReMind

Jeg hedder Tanja Prlac Jessen, og jeg er studerende ved Aalborg Universitet. Jeg er i gang med mit afsluttende masterprojekt i Sundhedsinformatik.

Masterprojekt har til formål at undersøge sundhedsprofessionelles forventninger til - og oplevelser af - at bruge applikationen ReMind i behandlingsarbejde. Jeg har til dette formål brug for at få kontakt med 5 behandlere til deltagelse i individuelle interview. Med henblik på at opnå størst mulig bredde og variation i datamaterialet, ønsker jeg at tale med repræsentanter fra de forskellige faggrupper, der anvender ReMind.

Som projektdeltager interviewes man to gange. Første interview har til hensigt at få indsigt i forventninger til appen som en behandlingsredskab, mens andet interview søger at klarlægge de oplevelser og erfaringer, der er forbundet med at anvende appen. Hver interview forventes at tage mellem 30-45 minutter. Hvordan og hvornår det afholdes vil aftales med den enkelte.

Deltagelsen foregår på følgende betingelser:

Interviewene optages på bånd. Interviewoptagelser tjener alene det formål, at jeg senere kan gengive præcist, hvad der blev talt om.

Deltagelse er frivillig, og man kan til enhver tid trække sin accept om deltagelse tilbage. Hvis man trækker sig, vil ingen af de informationer, man har afgivet blive anvendt.

Undersøgelsens fund vil som udgangspunkt være offentlig tilgængeligt. Oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt, på den måde at ingen navne eller personhenførbare oplysninger bliver offentliggjort. Oplysninger der indgår i projektet vil

blive opbevaret forsvarligt indtil projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres de i overensstemmelse med Datatilsynets lovkrav.

Der vurderes ikke at være risici forbundet ved deltagelse i projektet.

Såfremt du har spørgsmål om projektdeltagelse, er du meget velkommen til at kontakte undertegnede eller din nærmeste leder.

Såfremt du ønsker at bidrage til undersøgelsen, bedes du underskrive nedenstående samtykkeerklæring.

Med venlig hilsen

Tanja Prlac Jessen

Sygeplejerske, Sundhedsinformatik studerende

Tlf. 78 47 22 41

E-Mail. tanjes@rm.dk



Informeret samtykke til deltagelse i undersøgelsen om et behandlerperspektiv på applikation ReMind

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt på de beskrevne vilkår. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den studerende der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret både mundtligt og skriftligt om projektet, herunder om at:

1. deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
2. jeg kan på et hvilket som helst tidspunkt trække mig fra deltagelse.
3. ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.
4. fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at eksamen er aflagt.
5. der ingen fysiske eller psykiske risici er forbundet med at deltage i projektet.

Navn: _____

Underskrift: _____

Dato: _____

Bilag 5 Eksempel på analysemateriale

Tabel 3 viser eksempel på vejen, der er gået i analyseprocessen ved analyse af tekst.

Første kolonne viser matrix eksempel af transskriberet tekst fra præ-implementering interviews.

Spørgsmål stillet til teksten under analysering af data (kolonne 2), der i forhold til forventninger, er med til at definere, hvad er vigtigt, hvad sundhedsprofessionelle italesætter som vigtigt – og dermed genererer tema (kolonne 3).

Svar	Analyse	Tema
Informant A (Risikov) der er en funktion... har jeg haft en stor problem hvor den kunne løse det, så vi jeg selvfølgelig sagt, nu har vi det her fine redskab, ligesom man opfinde... selvfølgelig ændrer man praksis fordi nu er det oplyst... men sådan er jo ikke jeg arbejder lige omkring... hvor både koncentration er højt så det er ikke fordi vi skal have teknisk... Informant B (Risikov) jeg har ikke stor forventninger om hvad jeg skal bruge den til hvordan jeg skal bruge den... jeg står ikke og mangler et redskab til det eller det, samtidig kunne være smart at have det... det gør min patient i hånden nu og det får jeg allerede i dag... selvfølgelig... men det ved jeg ikke om det fungerer for hende der bliver drevet... sådan er jo ikke... jeg har nogen på der ikke... og der er brug for at se dem tælle end de kan komme Informant C (Vest) vi har særlig udfordringer i opst... vi har en geografisk område på størrelse af spændt så hvis jeg har en patient jeg skal have en samtale med... områder faktisk på størrelse af spændt vi skal dække Informant D (Vest) Vi har en geografisk område på størrelse af spændt så hvis jeg har en patient jeg skal have en samtale med... områder faktisk på størrelse af spændt vi skal dække Informant E (Vest) jeg tænker det som... kraft af... supplement og nogen... indføde en bedre behandling... mulighed end de ellers vil have fået Tema Geografisk aspekt: - stor geografisk område Muligheder i behandlingen - brugerinddragelse - fat i pt man ellers ikke vil have kontakt til - fleksibilitet i behandlingen Andre platforme - EPJ, mail, SMS, Systemets læringskurven - lang indlærings tid Tekniske problemer Vision	Hvordan bliver ReMind brugt? Hvad bidrager ReMind til? Hvordan italesætter de kontakt over ReMind?	Geografisk aspekt: - stor geografisk område Muligheder i behandlingen - brugerinddragelse - fat i pt man ellers ikke vil have kontakt til - fleksibilitet i behandlingen Andre platforme - EPJ, mail, SMS, Systemets læringskurven - lang indlærings tid Tekniske problemer Vision

Tabel 3 Eksempel på, hvordan processen med hermeneutisk tilgang har genereret centrale temaer.

Inspireret af (Bjørns, Laursen et al. 2012)

Nedenstående tabel viser undersøgelse design, fokus og eksempler på spørgsmål stillet under forskellige stadier og analyse spørgsmål stillet til teksten, fra præ- og post-implementering interviews.

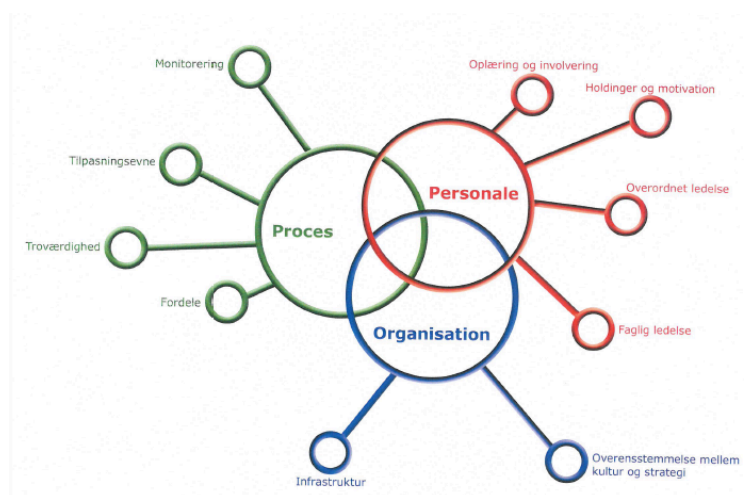
Kvalitativ undersøgelse – semistruktureret interview –hermeneutisk tilgang	
Undersøgelses fokus	Spørgsmål stillet under forskellige stadier
Formål: At undersøge behandlerperspektivet på forventninger til anvendelse, og oplevet anvendelse af ReMind som digitalt samarbejdsredskab i ambulant pleje og behandling af mennesker med førsteepisode skizofreni. Undersøgelsens forskningsspørgsmål: Hvilke forventninger har sundhedsprofessionelle til ReMind som samarbejdsredskab i behandlingen af unge voksne i alderen 18-35 år med førsteepisode skizofreni? (præ-implementering) Hvordan anvendes ReMind som et samarbejdsredskab i behandlingen af unge voksne i alderen 18-35 år med førsteepisode skizofreni? Hvordan oplever sundhedsprofessionelle at anvende ReMind som samarbejdsredskab i behandlingen af unge voksne i alderen 18-35 år med førsteepisode skizofreni? (post-implementering) Hvad er de største barrierer for implementering af ReMind som et redskab til samarbejde med unge	Præ-implementerings spørgsmål (forventningsfokus i interviews): Kan du fortælle mig lidt om, hvordan du forventer at skulle (eller kunne) anvende ReMind i dit daglige arbejde? Hvordan tænker du ReMind vil påvirke dit daglige arbejde? Hvilke udfordringer ser du ift. at implementere ReMind som et samarbejdsredskab mellem behandlere og patienter? Post-implementeringsspørgsmål: Hvordan anvender du ReMind i samarbejdet med dine patienter? Hvordan anvender du Remind i samarbejde med dine kolleger?

voksne i alderen 18-35 år med førsteepisode skizofreni? (præ- og post implementering)	Hvordan kom du i gang med at bruge ReMind? Hvordan påvirker ReMind dit daglige arbejde (positivt og negativt)?
Undersøgelsens design: Semistruktureret interview med sundhedsprofessionelle (N= 5) hhv. før og efter implementering af ReMind i ambulant psykiatrisk praksis.	
Analyse spørgsmål: Spørgsmål stillet under analysering af data:	Præ-implementering: Hvad italesætter de som vigtigt? Hvordan bliver ReMind brugt? Hvad bidrager ReMind til? Hvordan italesætter de kontakt over ReMind? Post-implementering: Hvordan anvendes ReMind? Hvordan virker ReMind? Hvad er de kvalitative effekter af at anvende ReMind? Hvad bidrager ReMind med?

Tabel 4 Skematisk oversigt over undersøgelse design og eksempler på spørgsmål der er stillet til informanterne og teksten, præ- og post- implementering

Bilag 6 Modellen for implementering og fastholdelse af ny praksis

Figur 11 viser "The Sustainability Model" som er udviklet i USA. Guiden er baseret på review af en række forskningsprojekter vedrørende fastholdelse af strategiske organisatoriske forandringer (Maher, Gustafson et al. 2013).



Figur 11 Modellen for implementering og fastholdelse af ny praksis (Maher, Gustafson, Evans 2013)

Modellen er en scoringsredskab der består af 10 faktorer, som spiller en afgørende rolle i forhold til at implementere og fastholde forbedringer. Faktorerne relaterer sig til 3 dimensioner: proces, personale og organisationer (Maher, Gustafson et al. 2013).

Proces	Personale	Organisation
1. Fordele (udover at hjælpe borgerne) 2. Troværdighed 3. Tilpasningsevne 4. Monitorering	5. Involvering og oplæring 6. Holdning og motivation 7. Den overordnede ledelses engagement 8. Den faglige ledelses engagement	9. Infrastruktur 10. Overensstemmelse mellem kultur og strateg

