

03-06-2019

Spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering

- Et kvalitativt casestudie af barrierer og muligheder når idéer spredes i en ny organisatorisk kontekst

Vejledt af Kasper Trolle Elmholdt

179.791 anslag

Kenni Sørensen - 20170812

AALBORG UNIVERSITET – POLITIK & ADMINISTRATION –
SPECIALE – JUNI 2019

Abstract

This thesis has analyzed the barriers and opportunities that can be identified in spreading telemedical home monitoring to COPD patients in a new organizational context. To this end, the thesis builds on an expectation that the diffusion process is adapted when the idea is spread. This has been studied in a qualitative multiple case study of Midtklyngen in Central Region Denmark. Here, focus has been on the barriers and opportunities that key actors attaches importance and meaning. To this end, the analysis is conducted in Ansari et.al's (2010) framework where adaptation depends on technical, cultural and political fit between the idea and the adopting organization.

In a research perspective the thesis contributes with empirical knowledge in organizations during the diffusion process, which is identified as a knowledge-gap in the literature. To this end, a process- and institutional perspective is established, in which the spread is influenced by internal and external conditions. This means that the frame of analysis is expanded from classical diffusion theory, which is expressed by an expanded and explicit focus on the organizational fields that the health area plays into and is influenced by. The thesis is based on two qualitative methods; interview and document analysis. Here, the thesis is based on interviews with nine key informants in Midtklyngen, where the chief-, manager and employee levels are represented. The document analysis has been summary's, reports, newsletters and business cases from the project.

The thesis illustrate that the informants do not experience a technical misfit, as the adoptive organizations has a well-developed technological foundation. The results also do not show a cultural misfit, as the adopting organizations has good experiences with welfare technology which means that the idea does not conflict with the organization's cultural universe. The results, in the other hand, show a political misfit between the idea's expected gains at national level and the adoptive organizations' expectations. At the same time, the theses show that organizations' experience and understanding of welfare technology plays a crucial role for the idea's reception. The socially constructed conceptions about the idea therefore influence the spread in the field. This is expressed by the fact that the idea is not perceived as qualitative or quantitative superior which mediates the reception and creates a political misfit. This can challenge the implementation and institutionalization of the idea and reinforce differences of interest and agenda between actors in the field, which can result in a significant political challenge.

Indhold

Kapitel 1. Indledning	4
1.1 Relevans	5
1.2 Problemformulering	5
1.2.1 Operationalisering af problemformulering	6
1.2.2 Afgræsning	8
1.2.3 Specialets struktur	8
1.3 Begrebsafklaring	9
Kapitel 2. Teori	10
2.1 Tidligere forskning om spredning af telemedicin	11
2.2 Sprednings- og diffusionsteori	15
2.2.1 Diffusion i et institutionelt perspektiv	18
2.3 Specialets framing	21
2.3.1 Framework for diffusionsprocessen	22
Kapitel 3. Velfærdsteknologi i det danske sundhedsvæsen	29
3.1 Det danske sundhedsvæsen	29
3.2 Telemedicin som velfærdsteknologi	30
3.2.1 Telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter	30
Kapitel 4. Design og metode	33
4.1 Casestudiet som forskningsdesign	33
4.1.1 Udvælgelse af case	34
4.2 Erkendelse	37
4.3 Metodiske tilgange og overvejelser	38
4.3.1 Dokumentanalyse	38
4.3.2 Det semistrukturerede interview	39
4.3.3 Præsentation af spørgeguide	39
4.4 Databehandling	43
4.4.1 Kvalitetssikring	44
4.4.2 Valg af analysestrategi	45
Kapitel 5. Analyse	49
5.1 Tekniske faktorer	49
5.1.1 Teknologisk fundament	50
5.1.2 Håndtering af identificerede tekniske barrierer	52
5.1.3 Sammenfatning	53
5.2 Kulturelle faktorer	55
5.2.1 Kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle	55
5.2.2 Eksisterende tilbud til KOL-patienter og behovsvurdering	57
5.2.3 Interorganisatorisk samspil	61
5.2.4 Håndtering af identificerede kulturelle barrierer	63

5.2.5 Sammenfatning.....	64
5.3 Politiske faktorer.....	66
5.3.1 Divergerende opfattelser om metodefrihed	66
5.3.2 Institutionalisering af ideen	68
5.3.3 Håndtering af identificerede politiske barrierer	71
5.3.4 Sammenfatning.....	72
Kapitel 6. Diskussion	74
Kapitel 7. Konklusion	80
Kapitel 8. Perspektivering	82
Kapitel 9. Litteraturliste	83
Kapitel 10. Bilagsoversigt:.....	90

Kapitel 1. Indledning

Dette speciale bidrager med viden om nogle af de barrierer og muligheder, der kan identificeres, når telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter skal spredes i det danske sundhedsvæsen. Specialets empiriske case er spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i Midtklyngen¹, hvor der i dette speciale søges viden om hvad aktørerne i klyngen tilskriver mening og betydning, når idéen skal integreres i en ny organisatorisk kontekst.

Velfærdsteknologi fremhæves i stigende grad som en del af løsningen på demografiske udfordringer med et stigende antal kronikere og begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet (Grosen, 2012: Finansministeriet, 2012). Heri er telemedicinsk hjemmemonitorering en af de velfærdsteknologier, som ofte fremføres som moden og populær, men omvendt har der været få succesfulde telemedicinske projekter i storskala (Christensen & Agger, 2017). Alligevel blev det i 2015 besluttet (Finansministeriet, 2015), at telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter skulle udbredes nationalt (RN, 2016).

Den landsdækkende udbredelse sker i et tværsektorielt samarbejde i de fem landsdele, hvor hver region og tilhørende kommuner i fællesskab har ansvaret for at sikre fremdrift og gevinstrealisering (Digitaliseringsstyrelsen, u.å: Nygaard 2018). Hertil har Region Midtjylland og de tilhørende kommuner valgt, at fokus skal være patienter med svær KOL. Dette skyldes, at den oprindelige løsning fra TeleCare Nord ikke var omkostningseffektiv for alle de omfattende patienter, men viste en svag økonomisk gevinst for svær KOL (Udsen 2016: Lilholt 2016). Yderligere har regionen tilpasset idéen ved at tilføje et setup med akutteams, hvor der placeres én monitoreringsenhed i hver klynge (Marinus 2019).

Ved at vælge Midtklyngen som case, er der mulighed for at identificere væsentlige barrierer og muligheder, når telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter skal spredes og integreres i det danske sundhedsvæsen. Samtidig bidrager casen med viden om spredningsprocesser, der udfoldes i interorganisatoriske kontekster, hvor aktørerne skal samarbejde trods divergerende interesser og agendaer.

¹ Midtklyngens aktører er Hospitalsenhed Midt, Psykiatri & Social, Almen praksis samt Silkeborg, Skive og Viborg kommuner.

1.1 Relevans

Spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter forventes ikke at være det sidste spredningsprojekt i det danske sundhedsvæsen, idet ambitionen er at tilbyde nye relevante patientgrupper telemedicinske løsninger (Digitaliseringsstyrelsen, u.å). Således skal telemedicinsk hjemmemonitorering også tilbydes til gravide med komplikationer inden udgangen af 2020 (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Det er derfor relevant at undersøge og identificere de barrierer og muligheder, som spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter medfører. Man kan derfor argumentere for, at identificeringen af disse barrierer indeholder et læringspotentiale, der kan styrke spredningen af fremtidige telemedicinske løsninger. Hertil kan der også identificeres et empirisk videnshul i diffusionsforskningen, idet der mangler viden om *hvad der sker* i organisationer under diffusionsprocessen (Ansari et.al 2010: Barros et.al 2016). Dette kan karakteriseres som en *black-box* i diffusionslitteraturen, hvor specialet kan bidrage til en bedre forståelse af tekniske, kulturelle og politiske faktorer når idéer spredes i en ny organisatorisk kontekst.

Derudover har spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter stor politisk bevågenhed, hvor statsminister Lars Løkke Rasmussen i udspillet til en ny sundhedsreform udtalte;

”Et af problemerne i dag er, at de gode løsninger ikke spredes hurtigt nok over hele landet. [...] Det har fungeret i Nordjylland siden 2015 [TeleCare Nord red.], og der er enighed om, at denne løsning skal udbredes til resten af landet” (Dieckmann, 2019).

Spredningsprocesser er dog komplekse, og der findes ikke en simpel opskrift for opnåelse af en vellykket spredningsproces. Undersøgelser peger således på, at mange forskellige faktorer har betydning, og kan enten understøtte eller svække spredningsprocessen (Rogers 1995: Ansari 2010: Broens et.al 2007: Dyk 2014). Spredning er således et stort politisk tema, men der mangler viden om hvordan idéer materialiserer sig på KOL-området. Hertil bidrager specialet med praktisk empirisk viden, der kan belyse dele af videnshullet i diffusionslitteraturen gennem udfoldelse af Ansari et.al's (2010) framework.

1.2 Problemformulering

Dette speciale bygger på en forventning om, at diffusionsprocessen tilpasses når telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter skal integreres. Denne forventning er relativt

veldokumenteret i diffusionslitteraturen, hvor få ideer spredtes og implementeres utilpasset i adopterende organisationer (Ansari et.al 2010: Røvik 2010: Boxenbaum 2017). Dette speciale bygges derfor på en teoretisk idé, hvor tilpasning afhænger af tekniske, kulturelle og politiske fit² mellem idéen der spredtes og den adopterende organisation.

Hvilke barrierer og muligheder kan identificeres i spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i en ny organisatorisk kontekst?

1.2.1 Operationalisering af problemformulering

Spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter bygger på modellen og erfaringer fra TeleCare Nord i Region Nordjylland. Det er således disse erfaringer, der skal spredes til resten af det danske sundhedsvæsen (Finansministeriet, 2015). Spredning og diffusion af andres løsning kræver dog mere end blot en ledelsesbeslutning, idet flere mekanismer kan medføre, at nogle løsninger er særligt attraktive i nogle kontekster, men skaber uventede barrierer for andre (Astrup et.al, 2015). Spredningsprocessen operationaliseres i dette speciale gennem Ansari et.al's (2010) framework, som kort præsenteres i nærværende, men udfoldes i specialets teori afsnit.

Specialets problemformulering består af ét hovedspørgsmål, hvor fokus er at identificere de barrierer og muligheder som nøgleinformanter i Midtjylland tilskriver mening og betydning. Heri vil specialet illustrere, hvorfor det ofte er vanskeligt at sprede telemedicinske løsninger og indsætte spredning i en historisk kontekst. Det historiske forløb er en væsentlig fortolkningsramme for at forstå barrierer og muligheder (RN, 2016, s. 35), når idéen skal spredes i en anden kontekst (Neergaard, 2007). Yderligere skal dette kvalificere forståelsen af de barrierer og muligheder, som danner dele af grundlaget for den kvalitative undersøgelse. Det er således også ambitionen at identificere de faktorer, som litteraturen vurderer, har betydning for spredning af telemedicin. Heri ligger et særligt fokus på regeringens *push*, idet spredningen er bestemt på nationalt niveau. Dette medfører en top-down tilgang, som *kan* være en barriere for spredningsprocessen (Ogunlayi & Britton 2017: Astrup et.al, 2015: Berwick et.al 2016).

Omvendt kan *push* tilgangen også styrke spredningsprocessen, hvis den centrale styring suppleres med en *pull-tilgang*, hvor professionelle kan påvirke processen. *Push-tilgangen* kan eksempelvis

² Med *fit* forstås den grad, hvor karakteristikken ved en praksis er i overensstemmelse med opfattede behov, mål og struktur for den adopterende organisation (Ansari et.al (2010).

styrke den centrale koordinering, sikre ansvarsdeling samt adgang til flere ressourcer (Ogunlayi & Britton 2017). Alternativet til *push* er *pull*, hvor løsningen initieres og skabes lokalt (Eggers & Singh, 2009). Dette udfordrer dog en stor spredningsproces som telemedicinsk hjemmemonitorering og kan lede til store variationer lokalt. Der er således stigende forskningsmæssig fokus på, at spredning skal have *push* og *pull* dimensioner (Ogunlayi & Britton 2017). Dette er især blevet belyst i det engelske sundhedssystem, hvor forskningen har vist, at dimensionerne er essentielle i forandringen af sundhedsorganisationer (Gifford 2012: Ham 2014: Appleby et.al 2011: Ogunlayi & Britton 2017). Her viste forskningen, at *push* kan bidrage med central koordinering, styring og samling af ressourcer, mens *pull* kan sikre lokalt engagement og ejerskab hos medarbejdere i implementeringsprocessen (Eggers & Singh, 2009). *Push* og *pull-tilgangen* er således en variabel, der forventes at have indflydelse på spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering.

Det tidligere fokus i diffusionslitteraturen har været, hvorfor en ide oprindeligt adopteres i en organisation og ikke *hvad der sker under og efter* integration (Lyytinen & Damsgaard, 2001: Rogers 2003: Ansari et.al, 2010). Dette anskues som en vigtig udeladelse, da diffusionspraksis sandsynligvis udvikles under implementeringsprocessen, hvilket fordrer tilpasning og omkonfiguration, hvis idéen skal accepteres i adopterende organisationer (Ansari et.al, 2014). Hertil har Ansari et.al (2010) udviklet en teoretisk ramme, der analyserer hvordan praksis varierer, når de tilpasses og implementeres. Tilpasningen afhænger af 1) *tekniske*, 2) *kulturelle* og 3) *politiske fit*, hvor forskellig fit og misfit vil udløse forskellig tilpasning. Hertil er en væsentlig tilpasningsårsag, at egenskaberne i idéen ikke passer på adoptionsorganisationens egenskaber (Ansari et.al, 2010).

De tre fits er således variable, som forventes at have indflydelse på spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter. Det er derfor relevant at undersøge, hvilken mening og betydning aktørerne i Midtklyngen tilskriver tekniske, kulturelle og politiske faktorer. Disse faktorer forventes især at være relevante i denne kontekst, idet sundhedsfeltet og selve idéen antages at rumme tekniske, kulturelle og politiske forandringer. Dette skyldes, at sundhedsområdet er et felt, hvor kultur og politik notorisk spiller en stor rolle (Seemann 2010: Seemann et.al 2013: Nicolini 2010). Samtidig viser forskningen, at telemedicinske løsninger ofte er dyre og stiller krav til organisationens tekniske infrastruktur (Grosen 2012). Forventningen i dette speciale er derfor, at viden om disse faktorer kan styrke forståelsen af *hvad der sker* i organisationer under

diffusionsprocessen og derved bidrage med empirisk viden om barrierer og muligheder i sprednings- og diffusionsprocesser.

1.2.2 Afgræsning

Spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter er på et tidligt stadie, idet idéen først skal implementeres i 2020³. Dette medfører, at idéen ikke er implementeret eller institutionaliseret i praksis. Yderligere er specialet afgrænset fra interviews med almen praksis, som det ikke er lykkedes at lave interviewaftaler med. Almen praksis spiller en stor rolle for udbredelsen og ville være oplagte informanter. Det fremgår dog også af mine interviews, at almen praksis generelt har været vanskelige at inkludere i samarbejdet om telemedicinsk hjemmemonitorering, hvilket uddybes i specialets analyseafsnit.

I dette speciale er det ikke udelukkende den teknologiske løsning, der er i fokus, men også den viden og idé som knyttes til teknologien. Dette skyldes bl.a. teknologiens fortolkningsmæssige fleksibilitet (Høybye-Mortensen, 2011), som udpensles nærmere i teoriafsnittet. Samtidig benyttes idé og innovation mere eller mindre synonymt i spredningslitteraturen, hvorfor der ikke er en skarp sondring mellem begreberne i dette speciale (Nielsen J. A., 2010).

1.2.3 Specialets struktur

Dette speciale er et multipelt casestudie, hvor formålet er at bidrage med empirisk viden om barrierer og muligheder i spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i en ny kontekst. Specialet undersøger Midtklyngen i Region Midtjylland, hvor fokus er de faktorer som nøgleinformanter i klyngen tilskriver mening og betydning. Hertil anvendes Ansari et.al's (2010) teoretiske framework, hvor den centrale idé er, at tilpasningen afhænger af teknisk, kulturelt og politisk fit mellem idéen og den adopterende organisation. Specialets fokus er at styrke forståelsen af *hvad der sker* i organisationer under diffusionsprocessen⁴.

³ Implementeringen var fastlagt til ultimo 2019, men er udskudt til 2020 pga. den nationale infrastruktur, som blev dyrere end forventet.

⁴ Bilag 1 illustrerer specialets struktur.

1.3 Begrebsafklaring

Dette speciale tager udgangspunkt i en omfangsrig litteratur, hvor der benyttes en række forskellige fagtermer og definitioner vedr. sprednings- og diffusionsbegrebet samt telemedicin. Bilag 2 illustrerer derfor en kort ordliste, som indrammer forståelsen af de anvendte begreber.

Kapitel 2. Teori

Formålet med nærværende kapitel er at præsentere specialets teoretiske ramme. Som beskrevet ovenstående er udgangspunktet diffusionsteori, hvor specialet er positioneret i Ansari et.al's (2010) forståelse af diffusionsteorien. Kapitlet startes med en kort introduktion til forståelsen af diffusion og et afsnit om tidligere forskning i spredning af telemedicin. Herefter udfoldes diffusions- og spredningsteorien i et institutionelt perspektiv, hvorefter specialets framing præsenteres.

Spredning og diffusion kan forstås som en fællesbetegnelse for flere aktiviteter, men grundlæggende handler spredning om, at en løsning der har skabt værdi ét sted spredes til en ny kontekst (COI, 2015). Forskningen i sprednings- og diffusionsprocessen er meget omfattende, men har væsentligt styrket forståelsen af hvordan ideer og praksis spredes fra ét sted og integreres i en anden kontekst (Ansari et.al, 2010: Broens et.al, 2007: Greenhalgh et.al, 2004: Røvik 2007). Det er denne forståelse af diffusion, som anvendes i dette speciale:

“Diffusion refers to spreading an innovation throughout an organization or organizations, often with a push from above or with the help of external agents” (Eggers & Singh, 2009).

Ovenstående forståelse og brede definition indfanger væsentlige perspektiver på diffusion og er interessant i denne kontekst, idet diffusion kan spredes mellem organisationer og ofte med et *push* fra hierarkiet eller eksterne agenter (Eggers & Singh, 2009). Dette er også tilfældet i dette speciale, hvor spredningen er bestemt fra nationalt niveau. Diffusion kan belyses fra forskellige niveauer; *nationalt, interorganisatorisk og intraorganisatorisk*, hvor forskning i nationalt og interorganisatorisk niveau er mest udbredt (Ansari et.al 2014). Denne forskning er dog ofte baseret på spredning af management idéer og ikke komplekse interorganisatoriske felter som det danske sundhedsvæsen (Ansari et.al 2010: Brandt & Nielsen 2018). Dette speciale er netop positioneret i det interorganisatoriske niveau, idet kommuner og region skal samarbejde om spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter. Således involverer patientforløbet for KOL ofte region, kommune og almen praksis, hvilket styrker kompleksiteten når telemedicin skal spredes og implementeres på forskellige myndighedsområder (Christensen 2017: Ballegaard et.al 2012).

Specialets forskningsfelt er stort, hvorfor det er nødvendigt at afdække den eksisterende viden om spredning og diffusion af telemedicinsk hjemmemonitorering. Dette skal styrke den viden, som specialet indskrives sig i. Hertil har forskningen i diffusion i høj grad haft fokus på at identificere

barrierer og drivkræfter i diffusionsprocesser (Rogers 1995: Broens et.al 2007: Ansari et.al 2010), hvilket også er et fokusområde for nedenstående afsnit.

2.1 Tidligere forskning om spredning af telemedicin

Dette speciale er forankret i forskningen om diffusion og spredning af telemedicin til KOL-patienter. Formålet med dette afsnit er at afdække den eksisterende viden om spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter, men indeholder ikke en udtømmende og komplet kortlægning af alt relevant litteratur om emnet. Både diffusion og telemedicin er store forskningsfelter, hvorfor det vil kræve store ressourcer at lave et udtømmende review af tidligere forskning. Eksempelvis har Greenhalgh et.al (2004) lavet et litteraturreview af diffusion, hvor 213 empiriske og 282 ikke-empiriske studier blev lokaliseret. Ligeledes har Bøg et.al (2015) lavet et litteraturreview af *udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering*, hvor de identificerede 14 relevante reviews. I stedet er ambitionen at præsentere nogle af de væsentligste perspektiver og hidtidige forskningsindsigter, samt afdække hvorvidt tidligere forskning har identificeret barrierer og muligheder, når telemedicin skal spredes i en anden kontekst.

2.1.1 Eksisterende viden om spredning og diffusion i et teknologisk perspektiv

Den klassiske diffusionsteori kritiseres ofte for forsimpning af det fænomen som undersøges (Abrahamson 1996: Scarbrough et.al, 2015: Nielsen 2010). Kritikken beror blandt andet på, at teknologiske løsninger har fortolkningsmæssig fleksibilitet, hvilket betyder at samme teknologi kan tillægges forskellige meninger og tilpasses lokale kontekster (Light & Papazafeiropoulou, 2004) (Høybye-Mortensen, 2011). Her argumenterer Light et.al (2004) for, at kompleksiteten i netværk og interessemodsætninger i organisationen kan påvirke adoptionen eller afvisningen af teknologi. Yderligere påpeges det, at teknologien kan påvirke struktur og aktører i en organisation, hvor særligt aktørerne er centrale (Svejvig & Jensen, 2012). Dette er eksempelvis kommet til udtryk i en dansk hospitalskontekst, hvor Jensen et.al (2009) har vist, at læger er involveret i EPJ-implementering. Her blev det påvist, at lægerne har et betydeligt handlerum, hvori de er aktører, som kan bestemme hvad systemet skal bruges til og ikke bruges til. Lægerne har således fortolkningsmæssig fleksibilitet og handlerum, hvori de kan påvirke implementeringsprocessen.

Den fortolkningsmæssige fleksibilitet for teknologi kan derfor især have betydning på individniveauet. Selvom teknologien indeholder relativt standardiserede funktioner, kan spredning og implementering medføre forskellige konsekvenser for organisationen, fordi aktørerne får et

betydeligt handlerum (Svejvig & Jensen, 2012). Derfor argumenterer Røvik for, at den praktiske brug af teknologi vil variere, fordi teknologien kan implementeres og anvendes på forskellige måder (Høybye-Mortensen, 2011). I forlængelse af dette argumenterer Orlikowski (2000) for, at der eksisterer tre forskellige måder for anvendelse af teknologi: *Inerti*, *applikation* og *forandring*. *Inerti* medfører, at medarbejdere fortsætter som hidtil og bruger teknologien så lidt som muligt. *Applikation* medfører, at medarbejderne tilpasser sig teknologien, så de ændrer arbejdsgang, der matcher teknologien. *Forandring* medfører, at medarbejderne ændrer arbejdsgang radikalt og stiller krav til teknologien (Høybye-Mortensen, 2011, s. 385-386). I forlængelse heraf har spredningslitteraturen identificeret adskillige barrierer som påvirker diffusionsprocessen, hvor frontmedarbejdere især tillægges stor betydning. Hvis disse ikke kan se idéen i spredningen – vil den ofte mislykkes (Astrup et.al 2015: Broens et.al 2007).

Derudover har der de seneste år været øget forskningsmæssigt fokus på, at diffusion kan designes til at variere, således chancen for accept og adoption forøges i den adopterende organisation (Ansari et.al 2010: Ansari et.al 2014: Boxenbaum et.al 2017). Yderligere er de fleste studier i diffusion præget af en frivillig beslutning, hvorimod dette speciales kontekst er en tvungen national beslutning (Brandt 2018). Ovenstående afsnit viser et udsnit af diffusionslitteraturen i et teknologisk perspektiv, mens nedenstående afsnit vil belyse dele af forskningen i telemedicin til KOL-patienter.

2.1.2 Telemedicin til KOL-patienter

Litteraturen om telemedicin kan inddeles i tre strømme (Christensen J. K., 2017). Den første strøm omhandler produktivitet og effektivitet (fald i indlæggelser, genindlæggelser, ambulante besøg og færre sengedage) (Udsen, 2015). Den anden strøm omhandler patientperspektivet (tilfredshed og livskvalitet, selvhjulpenhed og professionelle kontra teknologi) (Lilholt, 2016). Herunder er der meget litteratur, der illustrerer, at tekniske forhold har stor betydning for sundhedsprofessionelles forståelse og håndtering af teknologi (Broens et.al 2007: Grosen 2012: Olesen 2018). Yderligere kan telemedicin forstås som kold teknologi, mens sundhedsprofessionelle kan forstås som varme hænder, hvilket kan skabe modstand og vanskeliggøre spredning. Den tredje strøm omhandler organisatoriske perspektiver (implementering, ændrede arbejdsforhold og ændrede relationer mellem fagprofessionelle) (Christensen J. K., 2017). Heri har politiske faktorer vundet indpas i diffusionslitteraturen (Nicolini, 2010). Dette passer fint med dette speciale, hvor spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering antages ikke at udspringe fra én aktør, men interaktioner og

tværsektorielt samarbejde mellem nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Herunder pointerer Nicolini (2010), at politiske faktorer såsom magt og alliancer, interesser og forhandlinger, kan have betydning for tilpasning af praksis.

Forskning i telemedicin er domineret af pilotprojekter eller projekter i begrænsede kontekster, som ofte ikke indfanger den fulde kompleksitet (Christensen J. K., 2017). Samtidig indikerer forskningen, at implementering af telemedicin ofte forbliver i pilotfasen mens opskalering til robuste produkter, der benyttes i daglig praksis, oftest ikke lykkes (Dyk 2014: Broens et.al 2007). Pilotprojekter ser således ofte lovende ud, men fejler når projektet skal implementeres i drift. Årsagerne kan være mange, men ifølge Dyk (2014) skyldes det ofte, at telemedicinske løsninger er meget komplekse – hvilket ofte undervurderes. Derudover er de fleste telemedicinske programmer opsat i en kontekst, hvor hospitalerne er den primære aktør, hvorved de adskiller sig fra telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter, hvor kommuner og almen praksis spiller en stor myndighedsrolle (Ballegaard et.al 2012). Det er således vanskeligt at identificere forskning, der fokuserer på det intra- og interorganisatoriske samspil og de udfordringer dette giver i et komplekst felt som det danske sundhedsvæsen (Christensen, 2017). Dette fremgik også af Bøg et.al's (2015) erfaringsopsamling i forbindelse med *udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering*, hvortil de vurderede at organisatoriske og økonomiske effekter er relevant for fremtidig forskning.

I forlængelse heraf giver forskningen ikke entydig viden om effekterne af telemedicin (Bøg et.al 2015). Fortællingen om telemedicin er generelt, at *næsten* alt er muligt og opnåeligt (Strandgaard, 2016), hvorfor fortællingen også må karakteriseres som værende særdeles positiv (Grosen, 2012). Dette kommer også til udtryk i en rapport fra det engelske *Department of Health and Social Care* (2011), som udgav en særdeles positiv rapport om telemedicin og dets ressourcemæssige potentiale. Forskningen i velfærdsteknologi og telemedicin kan dog ikke helt genkende dette *skønmaleri*, idet der ofte er relativt stor afstand mellem forventningerne og de opnåede resultater (Aaen et.al. 2018, s. 251-252). Der er således et forsknings- og praksismæssigt fokus på, at telemedicin (også indenfor KOL-området) ikke nødvendigvis dokumenterer en kvalitativ eller sundhedsøkonomisk effekt (Skeem 2018: Henderson et.al, 2013).

Dette kom til udtryk i det skotske forskningsprogram Telescot, der undersøgte telemedicinsk hjemmemonitorering til bl.a. KOL-patienter (Fairbrother, et al., 2013). Her fandt man kun positive

effekter i forhold til patienternes og personalets holdning. Telescot var derimod ikke omkostningseffektiv og der blev ikke fundet signifikante forskelle i indlæggelsesmønsteret, antal dødsfald eller livskvalitet (Bøg et.al 2015). TeleCare Nord viste heller ikke entydig sundhedsøkonomisk gevinst, idet den generelle anvendelse af telemedicin medførte merudgifter på ca. 5.400 kr. årligt (Udsen, 2016). Hvis tilbuddet blev målrettet patienter med svær KOL, kunne det omvendt resultere i en besparelse på ca. 7.000 kr. årligt.

Der kan således identificeres meget litteratur om telemedicin, men det er sværere at finde fuldt sammenligneligt litteratur, idet det er svært at identificere litteratur, der viser hvordan nye idéer materialiserer sig på KOL-området. Samtidig indikerer litteraturen, at tilpasning kan afstedkomme af forskellige årsager (Broens et.al 2007). Man kan dog argumentere for, at tekniske (Jensen et.al 2009⁵), kulturelle (Christensen 2017) og politiske faktorer (Nicolini 2010) er centrale i den eksisterende litteratur om spredning af telemedicin. Samtidig bidrager TeleCare Nord med dybdegående viden og praksiserfaring i opskaleringsprocesser, hvilket er anvendeligt og relevant for dette speciale. Dette uddybes senere i et særskilt afsnit om TeleCare Nord.

2.1.3 Identificerede barrierer og muligheder for diffusion af telemedicin

Formålet med dette afsnit er at belyse, hvilke barrierer og muligheder litteraturen identificerer som væsentlige i spredning af telemedicin til KOL-patienter. Spredning af telemedicin beskrives i litteraturen som en vanskelig proces, der ofte udspilles i et komplekst netværk af aktører (Christensen & Nielsen, 2017). Forskningen har derfor også identificeret mange barrierer, hvorfor tabellerne i bilag 3 og 4 skal skabe lidt struktur i de identificerede barrierer og muligheder. Det er derfor også vanskeligt at udpege få generiske variable som centrale for diffusionsprocessen. I stedet anvendes tabellerne til at pointere, at mange barrierer og muligheder kan påvirke implementerings- og spredningsfasen. Yderligere har oversigten været brugbar i udarbejdelsen af specialets spørgeguide, hvor de identificerede barrierer og muligheder *kan* bruges deduktivt til at adressere temaer.

⁵ Dette foregik i en kontekst af implementering af EPJ i hospitalssektoren.

Ovenstående gennemgang viser, at sprednings- og diffusionsteori er store forskningsfelter, hvorfor det er nødvendigt med en uddybning af specialets teoretiske felt. Dette er formålet med nedenstående afsnit, hvor sprednings- og diffusionsteorien udfoldes.

2.2 Sprednings- og diffusionsteori

Fokus i diffusionsforskningen har i vid udstrækning været at udvikle modeller, der trækker på økonomiske og sociologiske mekanismer (Ansari et.al, 2010; Greenhalgh et.al 2004; Nicolini 2010). De økonomiske modeller fokuserer på et voksende informationsniveau om værdien og effekten af en praksis, mens sociologiske modeller har fokus på et øget pres for social konformitet (Nicolini, 2010). Dette medfører en række rationelle, afgrænsede rationelle og sociale forklaringer på adoption og diffusion af praksis over tid og sted (Ansari et.al 2010, s. 68). I forlængelse heraf sonder diffusionslitteraturen mellem 1) *faktororienterede tilgange* og 2) *fortolkende- og procesorienterede tilgange* (Nielsen 2010, Hovorka & Larsen 2006). Her er den faktororienterede tilgang det dominerende perspektiv. Den faktororienterede tilgang er især inspireret af Rogers (1995) klassiker; *Diffusion of Innovations*, som fokuserer på at belyse drivkræfter og barrierer, der kan påvirke udbredelse af innovation. Rogers (2003) var den første der formulerede teori om innovationsspredning, hvori han indtil 2003 havde fokus på individer og ikke organisationer.

Herunder var et centralt fokuspunkt hvordan modtagerne adopterer eller afviser en innovation og tidshorisonten for dette. Perspektiverne fra Rogers trækker især på rationelle teorier om organisationer i forsøget på at forklare og forudsige mønstre i spredningsprocesser (Ansari et.al 2010). Rogers (1995) forskning viser, at der er fem innovationsegenskaber som påvirker adoptionsraten⁶. Disse innovationsegenskaber er centrale for forståelsen af hvordan modtagere adopterer eller afviser innovationer og hastigheden heraf (Greenhalgh et.al 2004). Heri centreres forskningen især omkring relativ fordel, kompatibilitet og afprøvningsmuligheder, hvor relativ fordel er identificeret som den vigtigste variabel og faktor (Iacovou et.al, 1995). Herunder mener Iacovou et.al (1995) også, at organisatorisk parathed og eksternt pres er afgørende variable for adoption. Heri er det også vigtigt at pointere, at Rogers definerer innovation som en praksis eller idé, der opfattes som ny af en enkeltperson eller en organisation. I Rogers (1995) forståelse, vil

⁶ Se bilag 5 for tabel.

telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter således være en innovation, fordi det er nyt at teknologien bringes i anvendelse.

Samtidig har Rogers (2003) opdelt individer og sociale systemer i 5 kategorier, som illustreres i nedenstående figur og i bilag 6. Fokus har ikke været variation, men diffusionshastighed og tidspunkt for adoption (Rogers, 1995). Det væsentlige ved Rogers forståelse af diffusionsprocessen er derfor at identificere faktorer, der kan styrke forudsigeligheden for innovationens vej i den adopterende organisation.



Den klassiske diffusionstænkning var således præget af at producere nøjagtige kopier eller efterligninger. Senere forskning i spredning og diffusion har dog påvist muligheden for lokal tilpasning i spredningsprocesser (Brandt, 2018). Dette ledte Rogers (2003) til re-invention, der forklarer hvordan nye ideer ændres og udvikles når de flytter kontekst. Heri var fokus dog på antallet og hastigheden af de adopterende organisationer, som ændrer innovationen. Dette medførte at re-invention ikke fokuserede på hvorfor den adopterende organisation tilpasses gennem agency⁷, hvordan forandringsprocessen udfolder sig eller hvilke aktører der er involveret i re-inventionen (Brandt, 2018, s. 16). Senere forskning i diffusion har dog i stigende grad haft fokus på *hvad der sker under* og efter diffusionsprocessen (Ansari et.al 2010: Gond & Boxenbaum 2013), hvilket også er dette speciales positionering.

Forskningen i diffusion og spredning anvender generelt forskellige metaforer for spredningen af innovation og ideer fra én kontekst til én anden kontekst. Eksempelvis anvender Astrup et.al (2015) *spredning*, NESTA (Gabriel, 2014) bruger *opskalering*, mens andre anvender *replikation*,

⁷ Agency forstås som handlekapa-citet.

implementering, translation og diffusion (Rogers 1995: Røvik 2007: COI 2015)⁸. De forskellige metaforer minder i høj grad om hinanden, men der er alligevel variationer i forståelsen. Diffusionsbegrebet adskiller sig eksempelvis fra opskalering, som er meget anvendt i det engelske NHS og TeleCare Nord (Christensen J. K., 2017). Opskalering forstås dog som en løsning, der har succes ét sted i en organisationen, hvorefter løsningen skal skaleres og indføres flere steder i samme organisation. Dette er ikke tilfældet for telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter, som blev udviklet i Region Nordjylland, og nu skal spredes i nye organisatoriske kontekster.

I forlængelse af ovenstående anskuer Czarniawska & Sevón (2005) processen som en oversættelsesmetafor, frem for en spredningsmetafor. Hertil er den teoretiske framing translationsteorien, hvor idéer der spredes i forskellige organisationer udsættes for kontekstuel translation. Translationsforskningen skal i denne kontekst forstås som et alternativ til Rogers mere lineære og forudsigelige forståelse af diffusion (Mica, 2013). Translationsperspektivet blev skabt af Latour (1986) og er siden udviklet af Skandinavisk institutionalisme, hvor Czarniawska & Sevóns (2005) argument er, at idéer ikke rejser ensartet og spontant, men er udtryk for en aktiv oversættelsesproces på felt- og organisationsniveau. I deres forståelse er oversættelsen den proces, hvori idéen eller institutionen modificeres, når den spredes på tværs af landegrænser – eller når lokal praksis lanceres som et egentligt koncept, som Røvik kalder dekontekstualisering og kontekstualisering (Røvik 2007). Kontekstualisering indebærer, at en idé tages ud af sin kontekst og indsættes i en anden, hvorved kontekstualisering er selve tilpasningen til den nye kontekst. Dette skyldes, at idéen indsættes i en anderledes virkelighed hvor rutiner, procedurer og kulturer allerede eksisterer (Røvik 2007), hvilket fordrer en oversættelse. Hertil er en central pointe for Røvik, at organisationer er ens fordi de påvirkes af de samme opskrifter, men forskellige fordi de oversætter dem forskelligt og derved bliver unikke.

Herunder kan man argumentere for, at Ansari et.al's (2010, s. 71) framework, som anvendes i dette speciale, deler markante ligheder med translationsteorien, idet fokus er hvordan, hvornår og hvorfor praksis varierer når de spredes (Mica 2013: Brandt 2018). Translation kan således anskues som et alternativ eller supplement til diffusionsteorien, hvor fokus (diffusion) især er de faktorer, der påvirker adopterende organisationers vilje til at vedtage en innovation (Brandt et.al 2018).

⁸ Se også projekts begrebsafklaring for yderligere uddybning.

Translationsforskningen fokuserer i stedet på hvordan ideer cirkulerer i tid og rum, hvor tilpasning ses som en berigelse i idéens nye kontekst. Dette speciale er som bekendt positioneret i Ansari et.al (2010), som i lighed med translationsteorien kritiserer den tidlige diffusionsforskning for invarians og manglende fokus på *hvad der sker* under og efter diffusionsprocessen.

Hertil er fokus i dette speciale spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering, hvor forskningen viser, at telemedicinske initiativer ofte ikke overlever planlægningsfasen eller mislykkes i praksis (Broens et.al 2007). Således mislykkes omkring 75 % af telemedicinske initiativer i driftsfasen (Dyk, 2014). Implementering og spredning af telemedicin må derfor karakteriseres som værende vanskeligt, når ideer skal konceptualiseres og integreres i praksis. Telemedicin og telemedicinsk hjemmemonitorering opfattes dog som en moderne og populær velfærdsteknologi (Aaen et.al 2018), der skal udbredes yderligere i det danske sundhedsvæsen. Argumenterne herfor er bl.a., at spredning og genbrug af andres løsninger kan spare udviklingsomkostninger, springe blindgyder over og finde den mest effektfulde løsning (COI 2015). Spredning og diffusion præsenteres således i et økonomisk rationale, hvilket forskningen dog ikke udpræget kan genkende jf. specialets afsnit 2.1.2 om telemedicin til KOL-patienter.

Der spores således flere udfordringer ved spredning af telemedicinske løsninger, der både kan afstedkomme i de adopterende organisationer eller fra omverdenen, hvilket er temaet for næste afsnit, hvor diffusion i et institutionelt perspektiv udfoldes.

2.2.1 Diffusion i et institutionelt perspektiv

Formålet med nærværende afsnit er at illustrere, at spredning i et organisatorisk felt ikke er en passiv proces, men beror på variation og tilpasning til lokale forhold. Samtidig skal afsnittet pointere, at spredning forudsætter institutionel opbakning for at ideer kan spredes og integreres i organisationer. Heri vurderer Ansari et.al (2010) at den institutionelle opbakning kan forstås og forklares ud fra tekniske, kulturelle og politiske faktorer.

Den tidlige institutionalisme fokuserede på stabilitet og isomorfi (DiMaggio & Powell, 1983) og underbetonede forandring og frontlinjeaspekter (Boxenbaum & Jonsson, 2017). Den tidlige institutionelle organisationsteori var således præget af, hvordan institutioner påvirker organisatorisk forandring, mens nyere institutionel teori fokuserer på hvordan institutioner

forandres og institutionaliseres. Nyere strømninger i institutionel teori har således fokus på aktørernes handlemuligheder, hvor aktører i og udenfor organisationer spiller en aktiv rolle i forandringsprocesser (Røvik 2007: Ansari et.al 2010: Nielsen 2010).

Omdrejningspunktet for DiMaggio & Powell (1983) er at organisationer inden for et organisatorisk felt, kommer til at ligne hinanden mere og mere (homogenitet). Organisationer påvirkes derfor af deres institutionelle kontekst, hvor organisationerne kæmper om ressourcer, magt og legitimitet. Derfor opstår der organisatoriske felter, hvor aktørerne interagerer og udvikler feltbevidsthed. Ifølge DiMaggio & Powell (1983) opstår organisatoriske felter i en strukturationsproces, hvor aktørerne gradvist interagerer og deraf udvikler denne feltbevidsthed. Dette medfører en fælles oplevelse af at høre sammen og udvikling af fælles fortolkninger af feltet og dets aktiviteter. Hertil kan organisatoriske felter fortolkes på forskellige måder og kan være genstand for både konsensus og konflikter. Hertil anser Pierre Bourdieu, der kan betragtes som ophavsmand til det institutionelle feltbegreb (Christensen 2015), felter som afgrænsede sociale områder, hvor institutioner kæmper for deres del af feltets ressourcer og deres position i feltet (Borum, 2003).

Organisatoriske felter kan således både være nøgleaktørers fælles interesser i feltet samt magtkamp om position og ressourcer i feltet. Dette speciale udfoldes i sundhedsfeltet⁹, der kategoriseres som et modent og veludviklet organisatorisk felt, idet der eksisterer mange institutionaliserede normer, forskellige professioner og forskellige aktørsystemer (Seemann, 2010). Heri undersøges Midtklyngen, der kan defineres som en samling af en række organisatoriske enheder, der har et fælles ophæng i sundhedsfeltet.

Hertil er DiMaggio & Powells (1983) pointe, at organisationer i organisatoriske felter påvirkes af samme institutionelle tendenser, så de adopterer samme strukturer og ideer. De sonder mellem tre mekanismer; *tvang*, *mimetiske* og *normative*. Tvang er ofte i form af lovgivning, hvilket er udbredt på sundhedsområdet. Mimetik er kopiering af andre organisationer, der opfattes som legitime og succesfulde. Den normative er presset fra ledere og professioner, som arbejder indenfor feltet (Sahlin & Wedlin, 2008). Over det seneste årti er empiriske studier i DiMaggio & Powells (1983) isomorfisme dog faldet, mens fokus øges på de tidlige faser i institutionalisering, aktørernes roller

⁹ Eksempelvis regioner, kommuner, myndigheder på sundhedsområdet (fx sundhedsstyrelsen), it-firmaer, fagforeninger, interesseorganisationer, brugerorganisationer, osv.

og heterogenitet (Boxenbaum & Jonsson, 2017). Dette er også dette specialets positionering, idet både udbuds- og efterspørgselssiden i Ansari et.al's (2010) framework antages at påvirke tilpasningen i den adopterende organisation. Specialet lægger sig således op ad nyere spor i institutionel teori, hvor organisationer ikke er passive modtagere af ideer og diffusion, men i stedet er aktive med- og modspillere, der kan påvirke, tilpasse og forandre ideer.

Hertil kan telemedicinsk hjemmemonitorering anskues som en idé, der har spredt sig i forskellige kontekster og organisationer. Spredningsprocessen i Region Midtjylland og kommunerne er inspireret af TeleCare Nord, som blev inspireret af Telekat (RN, 2016). Spredningen *kan* hertil forklares ud fra *logic of appropriateness*, hvor adaptionen tilvælges, fordi det vurderes passende i situationen (March & Olsen, 1996). Her argumenterer Greenwood et.al (2002) for, at institutionel teori primært fokuserer på legitimitet i diffusionsfasen, men forsømmer at rette fokus på forløbet forud for spredningsfasen. I denne fase begrundes nye idéer og tilpasses værdier og normer, samt fremstilles som funktionelt overlegne i forhold til eksisterende praksis (Greenwood et.al, 2002).

Spredningsevnen begrænses således ikke kun til idéens indhold, men måden hvorpå en idé præsenteres og hvem der formidler budskabet (Nielsen 2010: Nielsen et.al 2014). I forlængelse heraf vurderes idéer som er forsimplede, men opfattes moderne, ekstraordinære og komfortabel med eksisterende normer og værdier, at ville have den største mulighed for integration i organisationen (Røvik 2010: Nielsen 2010). Hertil opfattes idéen om telemedicin som en moderne og populær løsning, der kan løse flere af velfærdsstatens udfordringer (Aaen et.al, 2018). Samtidig formidles og præsenteres spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering af centrale aktører i sundhedsfeltet (Danske Regioner, KL og Regeringen), hvilket kan styrke legitimeringen og øge sandsynligheden for udbredelse. Det institutionelle perspektiv på diffusion kan således bidrage med et alternativt syn på diffusion, hvor fokus ofte har været tekniske og økonomiske fordele som forklarende faktorer og drivkræfter for diffusion (Rogers, 1995: Scarborough et.al 2015 s. 365).

Spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering kan i et institutionelt perspektiv således begrundes i en søgen efter legitimitet og homogenitet (DiMaggio & Powell 1983). Dette er især anvendt i sundhedssektoren, hvor organisationer har udviklet organisatoriske felter og fælles bevidsthed (Nielsen 2010), hvilket blandt andet udtrykkes i samarbejdet om Danske Regioner og klyngestrukturen. Endvidere har nyere forskning i diffusion og institutionelle perspektiver også vist,

at ideer tilpasses den organisatoriske kontekst, hvor fokus generelt øges på adoptionens modtagerside (Ansari et.al 2010: Røvik 2007: Boxenbaum & Jonsson 2017). Dette passer således med tendensen i diffusionsforskningen, hvor der er øget fokus på konteksten og modtagersiden, frem for selve innovationen (Scarbrough et.al 2015: Ansari et.al 2014). Endvidere har institutionel teori fokus på feltniveauet, hvilket giver mulighed for at indfange de karakteristika, som ligger uden for organisationen og kan påvirke diffusionsprocessen. Dette kan eksempelvis være aktører med stor autoritet i sundhedsfeltet, som kan styrke eller svække idéers diffusion i praksis.

Med udgangspunkt i ovenstående er fokus på nedenstående afsnit at præsentere specialets framing, hvori antagelsen er at idéer tilpasses og omfigureres, hvis adaptionen skal accepteres af den adopterende organisation (Ansari et.al, 2010). Dette speciales fokus er at belyse *hvad der sker* under diffusionsprocessen, hvor både efterspørgsels- og udbudssiden er relevante. Dette leder til specialets framing, hvor diffusion ses i et procesorienteret- og institutionelt perspektiv.

2.3 Specialets framing

Specialets afsnit 2.2 om *sprednings- og diffusionsteori* introducerede det faktororienterede perspektiv, som er kritiseret for forenkling og forsimpning af det fænomen som undersøges – idet fokus i overvejende grad er målbare og objektive faktorer (Lyytinen & Damsgaard, 2001). Fokus har således været hvorfor en praksis oprindeligt vedtages i en organisation og ikke *hvad der sker* under og efter vedtagelse (Ansari et.al 2010: Gond & Boxenbaum 2013). Dette anskues som en vigtig udeladelse, fordi diffusionspraksis sandsynligvis udvikles under implementerings- og diffusionsfasen, hvilket kræver tilpasning og omkonfiguration, hvis de skal være meningsfulde inden for bestemte organisatoriske sammenhænge.

Ansari et.al (2010) har derfor udviklet en teoretisk ramme, der analyserer hvordan praksis varierer i diffusionsfasen. I modsætning til det *faktororienterede* perspektiv fokuserer det *procesorienterede* perspektiv i højere grad på at forklare, hvordan forandring bliver til, og hvordan udviklingen løber over tid (Nielsen 2010). Det procesorienterede perspektiv har generelt større fokus på samspillet mellem teknologi og aktører. Aktørerne har opfattelser og deres holdninger spiller en rolle i praksis og implementeringen, hvilket også blev belyst i afsnittet om *eksisterende viden om spredning og diffusion i et teknologisk perspektiv*. Fortolkningsmæssig fleksibilitet og handlerum er således parametre som forventes at spille en rolle i diffusionsprocessen. Herunder er det også relevant at

udvide fokus fra interne forhold til eksterne forhold. Her tilbyder den institutionelle teori et mere eksPLICIT fokus på de organisatoriske felter, som sundhedsvæsenet i høj grad spiller ind i og påvirkes af. Som beskrevet i afsnittet om *diffusion i et institutionelt perspektiv*, kan organisationer forandres via eksternt pres som f.eks. lovgivning eller isomorfi. Dette er især aktuelt i dette speciales felt, idet sundhedsområdet er påvirket af både reformer, digitaliseringsstrategier og fælles offentlige projekter (Sum 2017: Digitaliseringsstyrelsen 2016). Sundhedsområdet er således et felt der ofte rammes af ændringer *udefra*, hvorfor det er nødvendigt med et fokus på samspillet mellem organisationer og omverdenen – hvilket institutionel teori tilbyder (Nielsen 2010). Specialets framing forudsætter derfor et procesorienteret- og institutionelt perspektiv.

I forlængelse heraf ser Ansari et.al (2010) ikke det faktor- og procesorienterede perspektiv skarpt adskilt, men snarere som poler, hvor begge kan forklare diffusion under forskellige forhold. I stedet fremhæver Ansari et.al to hovedmotiver for beslutningstagere, som er relevante i forståelsen af hvornår og hvordan ideer ændrer sig i diffusionsprocessen; 1) *opdage og udnytte variation* og 2) *undertrykke variation*. Heri er tilgangen, at indsigter i variationer kan opdages og formidles til andre adopterende organisationer, samt hvor og hvornår forbedring af praksis kan fremkomme. Yderligere kan beslutningstagere have interesse i at sikre en konsekvent og trofast implementering af idéen (Ansari et.al 2010). I denne tilgang er viden om sandsynlige variationer nyttige, så afvigelser fra en foretrukken model kan undertrykkes. Ansari et.al (2010, s. 68) mener, at denne forståelse vil styrke muligheden for at forudsige timing og formen for tilpasningen af den adopterende organisation.

Ambitionen for Ansari et.al (2010) er således at udvikle en ramme for tilpasning af diffusionspraksis, hvor fokus er samspillet mellem diffusionspraksis og den adopterende organisations egenskaber. Nedenstående udfoldes Ansari et.al's (2010) teoretiske framework, hvor idéen om fit og misfit er centralt for forståelsen af den sandsynlige tilpasning i den adopterende organisation.

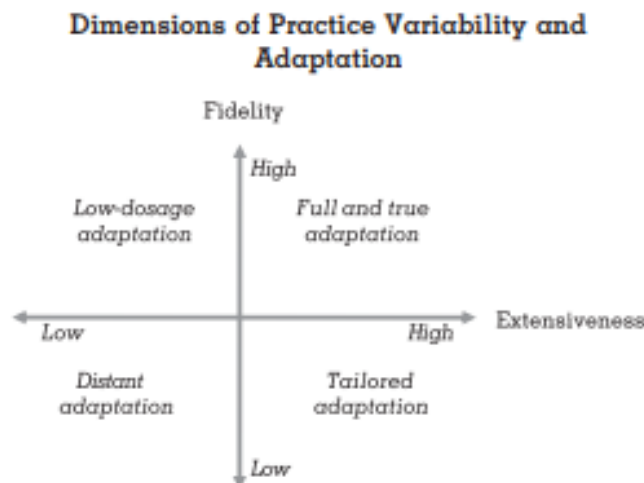
2.3.1 Framework for diffusionsprocessen

Ansari et.al (2010) mener grundlæggende, at *teknisk, kulturelt og politisk misfit* mellem idéen og den adopterende organisationen kan forklare hvorfor og hvordan idéer tilpasses – når de spredes og integreres i en ny kontekst. Den klassiske diffusionsteori er baseret på invarians, hvor organisationer enten accepterer eller afviser praksis (Rogers, 1995). Senere forskning viser dog, som tidligere nævnt, at få innovationer kommer ud af diffusionsprocessen uændret, men tilpasses den

nye kontekst for at skabe et bedre fit (Ansari et.al 2010: Scarbrough et.al 2015: Ansari et.al 2014). Dette er også udgangspunktet for dette speciale hvor Region Midtjylland, allerede har tilpasset fokuspunktet for spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering (Marinus 2019).

Tilpasning kan ske i framingen eller implementeringen og regnes som en naturlig del af diffusionsprocessen (Ansari et.al 2010, s. 71: Røvik 2007). Hertil argumenterer Ansari et.al (2010, s. 71-73) for to grundlæggende dimensioner, der kan forklare variationer i måden diffusionspraksis implementeres; *fidelity* og *ekstensivitet*. Med fidelity forstås, hvorvidt idéen ligner eller afviger fra funktionerne i den tidligere praksis. Med ekstensiv forstås, hvorvidt graden af idéen er større eller mindre end den tidligere praksis. Sammenfattende for disse begreber er, at idéen har høj fidelity, når de er mere tro mod den tidligere version – men ikke gennemføres i vid udstrækning, mens idéen er ekstensive med lav fidelity, hvis idéen gennemføres i vid udstrækning – men uden at være tro mod den tidligere praksis.

Nedenstående figur illustrerer dimensionerne, mens de udfoldes i bilag 7 (Ansari et.al 2010, s. 71-73).



Den væsentligste årsag til at organisationer tilpasser diffusionspraksis, er at egenskaberne i diffusionen ikke matcher adoptionsorganisationens egenskaber (Ansari et.al, 2010: Bui 2013: Boxenbaum & Gond 2013). Her har den teoretiske forskning fokuseret på efterspørgselsfaktorer og i mindre omfang udbudsfaktorer, som fx diffusionens egenskaber (Katz, 1999). Dette speciale har dog fokus på begge sider, hvilket muliggør en udvikling og udvidelse af kompatibiliteten mellem

diffusionen og den modtagende organisation (Katz, 1999). Dette er ifølge Ansari et.al (2010) helt centralt for diffusionsprocessen og fittet mellem idéen og den adopterende organisation.

Tilpasning som følge af manglende fit udgør en nøgleudfordring i diffusionslitteraturen, men er i nogen grad underbelyst (Bui 2013: Ansari et.al 2010). Der er derfor behov for viden om hvordan diffusionspraksis interagerer med den adopterende organisations egenskaber. Ansari et.al (2010, s. 75-82) operationaliserer dette gennem de tre *fits*, der påvirker diffusions- og tilpasningsprocessen; *teknisk*-, *kulturelt* og *politisk fit*. Hertil anskues konceptualiseringen i dette speciale i et afgrænset rationelt perspektiv, hvor tilpasningsbeslutninger både er en rationel og social proces. Hvis en adopterende organisation oplever et misfit vil implementeringen blive vanskeligere og vil sandsynligvis resultere i tilpasning eller afvisning (Ansari et.al, 2010, s. 75). Den adopterende organisation har derfor også stor interesse i at vide hvordan og hvornår egenskaberne i idéen og organisationen er kompatible.

2.3.2 Teknisk fit

Med teknisk fit forstås i hvilken udstrækning egenskaberne ved idéen er kompatibel med de teknologier, som allerede anvendes af den adopterende organisation (Ansari et.al, 2010, s. 75). På udbudssiden indebærer dette idéens teknologiske fundament og egenskaber. Efterspørgselssiden omfatter organisationsrelaterede faktorer som den adopterende organisations innovationsgrad, det eksisterende teknologiske fundament og absorptionsevnen¹⁰. Samtidig kan medarbejdernes teknologiske baggrund og erfaring med teknologi påvirke det tekniske fit. Yderligere kan teknologiske standarder, regulering, teknologiens modenhed samt infrastruktur også påvirke graden af teknisk fit.

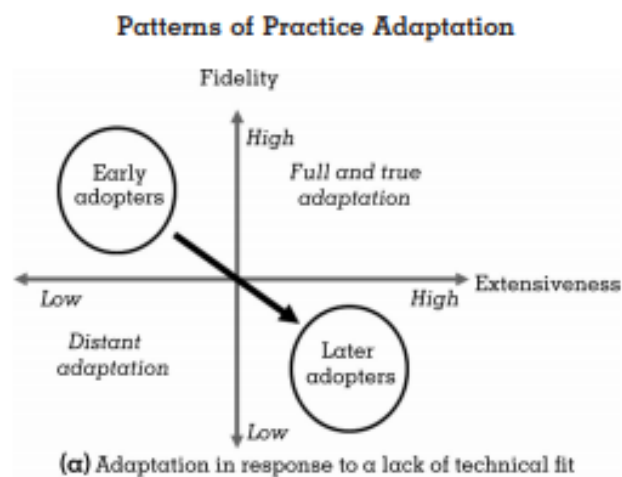
Hvis den adopterende organisation oplever lav grad af teknisk *fit*, vil organisationen sigte mod at reducere omkostninger i implementeringen – uanset de oprindelige årsager til vedtagelse (Ansari et.al, 2010, s. 75-77). Viden om idéen er den vigtigste variable, hvis teknisk misfit skal undgås. Hvis idéen indebærer usikkerhed, vil organisationer undgå eksperimenter og indføre mere høj-fidelity versioner. Når idéen uddybes, kan tilpasningsindsatsen intensiveres, hvilket fører til flere tekniske detaljer, større variation og lavere fidelity. Dette står i kontrast til den konventionelle forståelse af

¹⁰ Evne til at genkende værdien af ny ekstern viden, assimilere denne og anvende denne viden (Ansari et.al, 2010, s. 75).

institutionalisering, idet adoptionen i højere grad tilpasses under diffusionsprocessen (Ansari et.al, 2010). Når usikkerheden om diffusionen falder og kendskabet stiger, vil den adopterende organisation være mere tilbøjelig til at udvikle mere divergerende versioner af idéen – i håbet om at reducere misfit.

Sammenfattende vil "early-adopterende" organisationer, der oplever lavt teknisk fit mellem idéen og organisationen implementere versioner med høj-fidelity, mens "late-adopters" vil implementere lav-fidelity versioner (Ansari et.al, 2010). Samtidig vil begrænset viden og usikkerhed om teknisk misfit påvirke diffusionens omfang, idet "early-adopters" er begrænsede i deres evne til at reducere misfit og dermed tilbøjelige til at adoptere mindre ekstensive versioner af idéen. Når kendskabet øges og usikkerheden falder, vil "late-adopters" kunne gennemføre mere omfattende versioner. "Early-adopters" vil således implementere mindre ekstensive versioner, mens "late-adopters" vil implementere mere omfattende versioner.

Nedenstående figur illustrerer, at teknisk misfit medfører *lower-dosage adaptation* hos "early-adopters", og *tailored adaptation* hos "late-adopters" (Ansari et.al, 2010, s. 77).



2.3.3 Kulturelt fit

Med kulturelt fit forstås i hvilken udstrækning egenskaberne ved idéen er kompatibel med de eksisterende kulturelle værdier og overbevisninger i den adopterende organisation (Ansari et.al, 2010, s. 78). Ny praksis integreres ikke i et kulturelt tomrum, men i et eksisterende kulturelt univers, hvor aktørernes roller, ansvar og adfærd er reguleret og klarlagt. På udbudssiden indebærer dette

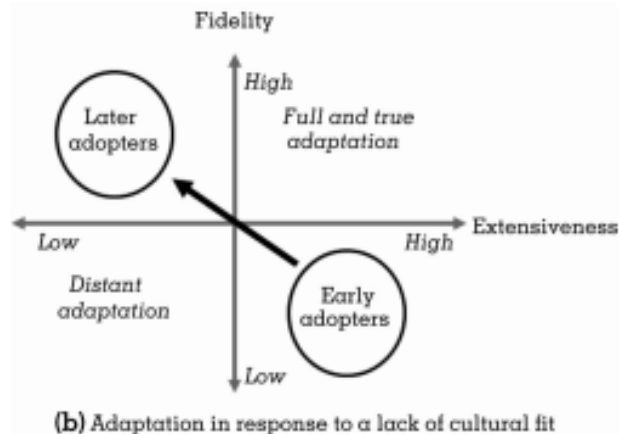
idéens kulturelle egenskaber. Efterspørgselssiden omfatter de værdier og overbevisninger som allerede forekommer i organisationen.

Kulturelt misfit anskuer tilpasning lidt anderledes end teknisk misfit (Ansari et.al, 2010). Ovenstående afsnit viste, at viden og kendskab er nøglefaktoren i teknisk fit, hvorimod social konformitet er den primære mekanisme, der påvirker kulturelt misfit. Adaption af kulturelt misfit adresseres gennem begrebet kulturel entreprenør (DiMaggio, 1992). Den kulturelle entreprenør tilpasser kulturelle genstande, så de er nyttige i forhold til den lokale kulturs forventninger. Heri er tilgangen, at den kulturelle entreprenør skal sikre et kulturelt fit mellem diffusionen og den adopterende organisation. Fokus er især de tilpasninger, der overvinder et kulturelt misfit (Rogers, 1995).

Ovenstående medfører, at "early-adopters" har større mulighed for at eksperimentere, definere og tilpasse idéen, således den passer til lokale behov (Ansari et.al, 2010, s. 78-80). Omvendt vil "late-adopters" tilpasningsevne og mulighed for at reducere misfit blive reduceret. Dette kan medføre, at kulturelle *misfits* fortsætter i de sidste faser af diffusionsprocessen, idet "late-adopters" vurderer deres tilpasningsevne begrænses og derfor implementerer høj-fidelity versioner af idéen (Ansari et.al, 2010). Derfor vil "early-adopters", der oplever lavt kulturelt fit mellem idéen og organisationen implementere lav-fidelity versioner, mens "late-adopters" omvendt vil implementere høj-fidelity versioner.

Omvendt vil "early-adopters" implementere mere *ekstensive* versioner, mens "late-adopters" vil implementere mindre *ekstensive* versioner af idéen (Ansari et.al, 2010, s. 78-80). Dette skyldes, at "early-adopters" er mere tilbøjelige til at implementere idéen ekstensivt, fordi 1) den sociale konformitet er mindre effektiv i de indledende faser og 2) deres mulighed for at reducere misfit er større. Modsat vil "late-adopters" implementere mindre *ekstensive* versioner for at 1) reducere omkostningerne ved misfit og 2) implementering er symbolsk og ikke indholdsrig på grund af social konformitet (Ansari et.al, 2010, s. 78-80).

Nedenstående figur illustrerer, at kulturelt misfit medfører *tailored adaptation* hos "early-adopters", og *lower-dosage adaptation* hos "late-adopters" (Ansari et.al, 2010, s. 77).



2.3.4 Politisk fit

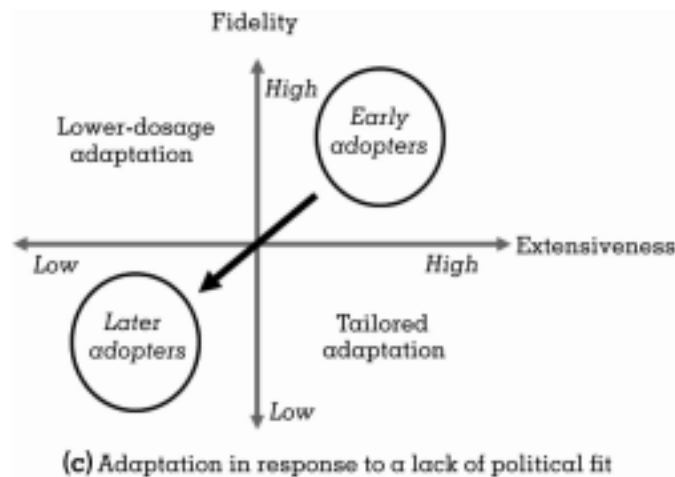
Med politisk fit forstås i hvilken udstrækning egenskaberne ved idéen er kompatibel med de implicitte og eksplicitte interesser og dagsordener i den adopterende organisation (Ansari et.al, 2010, s. 80). Offentlige organisationer er notoriske politiske arenaer (Pedersen, 2018), hvorfor divergerende interesser og beslutningstagen i det danske sundhedsvæsen kan have betydelige konsekvenser for magt- og ressourcetildeling (Seemann & Gustafsson, 2016). Idéer er ofte ikke neutrale, men kan bl.a. medføre strukturændringer, hvorfor politiske faktorer kan være en væsentligt diffusionsbarriere. Alligevel mener Ansari et.al, (2010, s. 80), at de rationelle og sociale dimensioner undervurderer magt- og ressourcespørgsmålet i diffusionsprocessen, som de mener kan have stor indflydelse på diffusionsprocessen.

Udbudssiden er de implicitte eller eksplicitte normative værdier, som idéen indeholder (Ansari et.al, 2010, s. 80-82). Efterspørgselssiden er organisationens formelle og uformelle magtstrukturer og koalitioner. Dette kan både indebære personlige interesser og dagsordener fra medarbejderne, fagforeninger samt nationale reguleringer og politikker. Politisk misfit kan påvirke diffusionsprocessen på to måder; 1) *håndhævelse* og 2) *kompromis*. Ved *håndhævelse* vil "early-adopters" mulighed for at tilpasse og reducere misfit svækkes, hvorved organisationen vil implementere høj-fidelity versioner – hvilket medfører at det politiske misfit fortsættes. *Kompromis* vil imødekomme de politiske krav, hvilket medfører implementering af *lav-fidelity*- og *lav-ekstensive* versioner (Ansari et.al, 2010, s. 80-82).

Ovenstående medfører, at "early-adopters" vil implementere *høj-fidelity* versioner, mens "late-adopters" vil implementere *lav-fidelity* versioner. Samtidig vil "early-adopters" implementere mere

ekstensive versioner, mens "late-adopters" vil implementere mindre *ekstensive* versioner af idéen. Dette skyldes, at "late-adopters" kan reducere det politiske misfit og imødegå divergerende interesser ved at implementere mindre *ekstensive* versioner (Ansari et.al, 2010, s. 80-82).

Nedenstående figur illustrerer, at politisk misfit medfører *full and true adaptation* hos "early-adopters", og *distant adaptation* hos "late-adopters" (Ansari et.al, 2010, s. 77).



Kapitel 3. Velfærdsteknologi i det danske sundhedsvæsen

Formålet med dette kapitel er at introducere centrale dele af det danske sundhedsvæsen og anvendelsen af velfærdsteknologi. Dernæst præsenteres telemedicinsk hjemmemonitorering, hvorunder centrale pointer fra TeleCare Nord projektet udfoldes.

3.1 Det danske sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen kan inddeles i tre niveauer; stat, region og kommune (Seemann, 2010). Staten har ansvar for den overordnede finansiering og regulering. Hospitalerne administreres af regionerne, men er finansieret af staten og kommunerne, som er de eneste med skatteudskrivningsret. Under regionerne findes almen praksis, som er selvstændigt erhvervsdrivende og fungerer som gatekeepers for hospitalernes mere specialiserede behandlinger. Almen praksis er finansieret af stat og kommune, men administreres af regionerne (Seemann & Gustafsson, 2016). Kommunerne finansierer og administrerer bl.a. hjemmehjælp og plejehjem og har siden 2007 haft ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Yderligere skal kommunen betale 20 % af indlæggelsesomkostninger i det danske sundhedsvæsen. Kommunerne har derfor et stort incitament til at styrke forebyggelsen og undgå indlæggelser.

Det danske sundhedsvæsen har i årtier været fragmenteret og manglet sammenhæng i de patientforløb, som kræver samspil mellem sygehus, kommune og almen praksis (Seemann, 2010). Der findes adskillige forklaringer på det kroniske koordinationsbesvær, hvor sygehusene fx bliver mere specialiserede, hvilket øger kompleksiteten og fragmenteringen. Yderligere er sundhedsvæsenet fyldt med stærke og traditionsrige professioner, som alle kæmper for deres plads og funktion. Dette medfører, at sundhedsvæsenet har et væld af forskellige kulturer og separate funktioner, som hindrer kommunikation og samarbejde (Seemann & Gustafsson, 2016). Hertil forsøgte strukturreformen i 2007 at adressere koordinationsudfordringerne, men har ikke haft den ønskede effekt (Seemann & Gustafsson, 2016).

De kroniske koordinationsudfordringer er yderst relevante for dette speciale, fordi region og kommuner, som tidligere nævnt, har et fælles ansvar for at sikre behandling til KOL-patienter (Ballegaard et.al, 2012).

3.2 Telemedicin som velfærdsteknologi

Velfærdsteknologi blev introduceret for omkring 10 år siden, og inkluderer teknologier som telemedicin, sporings- og forflytningsteknologi. Teknologi kan både forstås snævert (fysiske maskiner og redskaber) og bredt (viden og færdigheder om teknologi). I dette speciale anvendes den brede forståelse, hvor teknologi ses som en variabel, der kan påvirke den enkelte medarbejders måde at udføre sit arbejde på (Høybye-Mortensen, 2011). Fokus for analyseniveauet er således især mikro-niveauet og teknologiens indflydelse på aktørernes arbejdsopgaver. Dette betyder, at teknologi ikke skal forstås som et autonomt redskab, men forstås i sammenhæng med menneskelige erfaringer og praksis.

Telemedicinske løsninger er en af de velfærdsteknologier, som har vundet indpas i det danske sundhedsvæsen, hvor anvendelsen er udbredt i både den primære og sekundære sektor (Aaen et.al, 2018). På nuværende tidspunkt er der 352 telemedicinske initiativer i Danmark, hvoraf 114 er forankret i Region Midtjylland (DTL, u.å.). Det danske sundhedsvæsen har en ledende position i formidling og brug af sundhedsinformatik, men der mangler fortsat systematisk og dokumenteret erfaring med telemedicinske løsninger i Danmark (Nøhr, Villumsen, Ahrenkiel, & Hulbæk, 2015).

De juridiske forhold, som gælder på sundhedsområdet, gælder også ved telemedicin (CFT, 2018). Der eksisterer ikke en generel lovgivning om telemedicin, men brugen af telemedicin falder ind under eksisterende retslige rammer i sundhedsloven, autorisationsloven, databeskyttelsesloven m.v.

3.2.1 Telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter

Formålet med dette afsnit er at præsentere telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter, som er genstanden, der skal udbredes nationalt. KOL-området har været en frontløber for telemedicin, som er udbredt i det danske sundhedsvæsen (Ballegaard et.al, 2012). Hertil har KOL-området stor politisk interesse, fordi der vurderes væsentlige økonomiske, demografiske og kvalitative potentialer i patientgruppen (Finansministeriet, 2012). Samtidig er teknologien til hjemmemonitorering moden og kliniske måleapparater kan installeres hjemme, hvilket muliggør selv- og fjernmonitorering (Ballegaard et.al 2012, s. 11).

KOL er en kronisk betændelsestilstand i luftvejene, som medfører permanent forsnævring af de små luftveje og destruktion af lungevævet. Det skønnes at ca. 320.000 mennesker har KOL i Danmark,

hvoraf 50.000 lider af svær eller meget svær KOL (Lungeforeningen, u.å). KOL inddeles i fire grader; mild, moderat, svær og meget svær, hvor ca. 5.500 dør på grund af KOL hvert år. Dette er den største dødelighedsprocent ved KOL i EU og den tredjehyppigste dødsårsag i Danmark (Lungeforeningen, u.å). Der er ca. 32.000 borgere i Region Midtjylland der har KOL, bronkitis eller for store lunger.

Det nationale rammebudget til udbredelsen er på 47 mio. kr., hvoraf 21,3 mio. kr. er afsat til etablering og modning af den tekniske infrastruktur (RM & KOSU, 2016, s. 4). Der er ikke afsat statslige midler til implementeringsfasen eller driften, hvorfor der skal forventes en betragtelig regional og kommunal medfinansiering. Udgifterne vil afhænge af hvilke borgere der inkluderes, men fordelingen af udgifterne er på nuværende tidspunkt ukendt (Sorknæs et.al, 2018).

3.3.1 TeleCare Nord

Som nævnt tidligere bygger spredningen på erfaringer fra TeleCare Nord i Region Nordjylland (RN 2016). TeleCare Nord tog afsæt i Telekat, der var et forskningsprojekt på Aalborg Universitet, som viste lovende resultater. Telekat skabte store forventninger, idet én af hovedkonklusionerne var, at telehomecare-teknologien var moden som løsning i sundhedsvæsenet. Samtidig var vurderingen, at der kunne opnås samfundsøkonomiske gevinst, kvalitetseffekter og øget livskvalitet. Regionen havde derfor en forhåbning om at kunne høste gevinsterne fra pilotprojektet Telekat (RN, 2016).

TeleCare Nord-projektet blev afsluttet i 2015 og har siden været i drift i regionen (RN, 2016). I perioden 2012-2015 arbejdede regionen på at tilbyde telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Formålet var at gå fra pilotprojekt til stor skala og skabe evidens for gevinsterne ved telemedicin. TeleCare Nord er derfor også relativt veldokumenteret gennem en række forskningsprojekter og udgivelser om effekter ved brug af telemedicin til borgere med KOL (Aaen et.al, 2018). Yderligere kan projektet defineres som et skelsættende projekt (også internationalt), idet storskalaimplementeringen lykkedes (Aaen et.al, 2018, s. 246). Det samlede budget var ifølge afslutningsrapporten (RN, 2016) 59,8 mio. kr., hvor især IT var en markant omkostning¹¹. Regionen finansierede 50 %, mens kommunerne fordelte de sidste 50 % mellem sig.

¹¹ Hertil bemærkes det, at projektet modtog støtte fra diverse fonde, således udgiften for projektet blev 38.8 mio.kr

Projektet inkluderede 1.225 borgere med KOL i svær eller meget svær grad (Group, 2017). Projektet er karakteriseret ved 1) tværsektoriel organisering¹², 2) asynkron hjemmemonitoreringsløsning og 3) implementeret i storskala (Christensen & Nielsen 2017: RN, 2016). Afsnittet om *tidligere forskning om spredning af telemedicin* viste, at forventningerne til effekten var store. Værdiskabelsen og gevinstrealiseringen blev dog udfordret og TeleCare Nord viste ingen forskel i livskvalitet, mens den telemedicinske løsning generelt ikke var omkostningseffektiv for alle patienter (Marinus, 2019: Udsen, 2016). Den sundhedsøkonomiske forskning i TeleCare Nord viste, at hjemmemonitorering til KOL-patienter (ud fra en sundhedsøkonomisk betragtning) bør målrettes gruppen med svær KOL (RN, 2016, s. 48). Derudover var besparelserne på regionale genindlæggelser, mens omkostningerne til kommunale ydelser omvendt er en smule højere (Udsen 2016).

På baggrund heraf har programstyregruppen i Region Midtjylland valgt ikke at kopiere løsningen fra TeleCare Nord (Marinus, 2019). Dette begrundes i de manglende gevinstrealiseringer og resultaterne i livskvaliteten. Man ønskede i stedet at gå nye veje, så fokus er reduktion af indlæggelser. Hertil har regionen etableret akutteams, som skal rykke ud i det øjeblik KOL-patienter har behovet. Dette organiseres ved én monitoreringsenhed i hver klynge, som overvåger data elektronisk og kan reagere ved behov i dagtid. I vagttid forventes behovet at falde, så setup'et ændres til én central enhed i regionen, der monitorerer alle KOL-patienter og kan ringe til borgeren ved behov (CFT u.å: Marinus 2019).

¹² Projektet er tværsektorielt, hvor 11 nordjyske kommuner, Region Nordjylland, almen praksis og Aalborg Universitet samarbejdede om løsning.

Kapitel 4. Design og metode

Ambitionen med nærværende kapitel er at udfolde specialets forskningsdesign og metodiske overvejelser. Formålet med specialets forskningsdesign er skabe sammenhæng mellem problemformulering, teori, dataindsamlingsmetode, analyse og konklusion.

4.1 Casestudiet som forskningsdesign

Dette speciale omhandler spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering i Midtklyngen, hvor et kvalitativt multipelt casestudie er valgt som forskningsdesign. Casestudiet forstås som *”en empirisk baseret undersøgelse, der udforsker et samtidigt fænomen i en tidsmæssig sammenhæng”* (Neergaard, 2007). Casestudiet er særligt anvendeligt i dette speciale, fordi studiet kan afdække kompleksiteten ved at udforske informanternes mening, fortolkninger og udtryk. Samtidig kan et multipelt casestudie igennem replikationslogikken styrke resultatets præcision, validitet og stabilitet (Neergaard, 2007, s. 22). Dette kan eliminere tilfældige ligheder mellem teori eller cases, hvorved man opnår et bedre helhedsbillede.

Hertil kan man dog argumentere for, at casen er for stor og indgår i en stor kontekst. Det kvalitative casestudie er alligevel valgt, fordi det muliggør et dybdegående studie af et fænomen i dets fulde kompleksitet (Vaus, 2001). Heri er ambitionen at træde udover de teoretiske perspektiver i spredningsprocessen og udforske de erfaringer og oplevelser, som informanterne vurderer, er centrale (Christensen L. R., 2015). Dette kan styrke forståelsen af de barrierer og muligheder, der går på tværs af de undersøgte enheder i casen, som har særlig interesse i dette speciale. Dette fordrer en dybdegående undersøgelse, hvor casestudiet kan bidrage med viden, der styrker muligheden for at prioritere det der virker og ændre det, der ikke virker (Neergaard, 2007).

Som beskrevet ovenstående er specialets fokus de kvalitative aspekter frem for kvantitative aspekter, idet der ønskes indsigt i informanternes livsverden og hvad de tilskriver mening og betydning, når telemedicin spredes. Dette fordrer, at telemedicin ansues som en idé eller et fænomen, hvilket bedst indfanget i et kvalitativt forskningsdesign. Hertil kan casestudiet inddeles i fire typologier, som er illustreret i nedenstående tabel. Traditionelt kan casestudier differentieres efter deres primære formål; skabe 1) ny empirisk viden eller 2) ny teoretisk viden (Antoft & Salomonsen, 2007, s. 11).

	Empirisk viden	Teoretisk viden
Generere ny empirisk viden	Ikke-teoretisk casestudie	Teorifortolkende casestudie
Generere ny teoretisk viden	Teorigenererende casestudie	Teoriudviklende casestudie

Tabel 1. Egen oversættelse. (Antoft & Salomonsen, 2007, s. 11)

Dette speciale er positioneret i det *teorifortolkende casestudie*, idet formålet er at generere ny empirisk viden, hvor Ansari et.al's, (2010) framework er den teorifortolkende ramme. Mine interviewspørgsmål er således teoretisk funderede, da de er konstrueret ud fra Ansari et.al (2010) og kendte barrierer og muligheder i diffusionslitteraturen. Det er således med udgangspunkt i den teoretiske ramme, at specialets indsamlede empiri analyseres og fortolkes. Dette indebærer dog ikke, at barrierer eller muligheder som ikke indfanges af den teoretiske ramme negligeres. I stedet søges en åben tilgang, hvor ændringer tillades undervejs, hvis nye perspektiver afdækkes og er relevante i forståelsen af specialets case (Antoft & Salomonsen, 2007).

Casestudiet er ofte udsat for kontekstafhængig kritik, hvor konklusionerne ikke egnes til generaliseringer (Flyvbjerg, 2010, s. 497). Hertil argumenteres der blandt andet for, at casestudier er velegnede til pilotundersøgelser, men ikke til fuldt udviklede forskningsprojekter. Samtidig fremføres det, at casestudier er subjektive og gyldigheden derved mangelfuld. Hertil er positionen i det teorifortolkende casestudie en styrke for dette speciale, idet resultaterne ikke udelukkende baseres på indsamlet empiri, men udspringer af specialets teoretiske ramme.

4.1.1 Udvalgelse af case

Spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter er bestemt fra nationalt niveau (Digitaliseringsstyrelsen, u.å), hvorfor dette er fællesnævneren for undersøgelsens kontekst. Spredningen udfolder sig dog ikke ens over hele landet eller regionen, men foregår i en kontekst af forskellige kommuner og almen praksis. Dette styrker kompleksiteten i spredningen, idet der kan være forskellige forhold og forudsætninger på tværs af landet og regionen. Forskningsdesignet skal optimalt afspejle helheden i den undersøgte case (Flyvbjerg, 2010), hvorfor det kunne være interessant at tage udgangspunkt i Region Midtjylland og sammenligne spredningen på tværs af de fem klynger. Dette er dog vanskeligt, idet dette design er forbundet med mange enheder og cases,

som fordrer et bredt design, hvorimod fokus for dette projekt er en dybere forståelse af spredningsprocessen.

Det er derfor valgt, at kompleksiteten skal reduceres i designet, så de fem klynger i Region Midtjylland afgrænses til én klynge; Midtklyngen. Dette valg er baseret på en del pragmatik, idet fokus var én klynge med tre kommuner, der havde erfaring med telemedicin og velfærdsteknologi. Hertil blev udvælgelsen baseret på læsning af rapporter, statusnotater og artikler, der påviste at klyngen har arbejdet med telemedicin, men på forskellige niveauer (CFT, 2016). Aktørerne i Midtklyngen ligner hinanden i form, men adskiller sig organisatorisk og på forudsætninger og indhold. Dette ses eksempelvis i de relativt store geografiske forskelle mellem kommunerne, hvilket kan medføre et større fokus på telemedicinske løsninger i nogle kommuner¹³.

Det fremgik af ovenstående, at spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter er fællesnævneren for aktørerne, mens der gælder forskellige forudsætninger i praksis. Alligevel kan der identificeres fire karakteristika for telemedicinsk hjemmemonitorering, der medfører, at aktørerne i Midtklyngen forbinder og ligner hinanden på visse parametre; 1) national beslutning om spredning, 2) moden teknologi, 3) tværsektorielt samarbejde forankret i Hospitalsenhed Midt, 4) kultur og struktur antages at blive udfordret. Disse karakteristika vurderes også at gælde i Midtklyngen, hvor det tværsektorielle samarbejde kommer til udtryk i kommunernes samarbejde og ophæng med Hospitalsenhed Midt.

Ambitionen med specialet er at identificere barrierer og muligheder, hvorfor det er centralt, at de forskellige enheder i casen ligner hinanden på visse parametre, men også har en vis grad af variation, så konklusionernes robusthed styrkes (Flyvbjerg, 2010). Hertil har de tendenser og fællestræk, der går på tværs af aktørerne speciel interesse (Neergaard, 2007). Valget af Midtklyngen er derfor formålsbestemt, idet den teoretiske ramme og casen bidrager væsentligt til belysning af specialets problemformulering.

Dette leder til nedenstående præsentation af Midtklyngen, hvor ligheder og variation også uddybes.

¹³ Se bilag 14 For tabel over udvalgte parametre for de tre kommuner.

4.1.2 Præsentation af Midtklyngen

Midtklyngen består af Hospitalsenhed Midt, repræsentanter fra almen praksis, Psykiatri og Social samt Silkeborg, Skive og Viborg kommuner. Formålet med klyngestrukturen er at bygge bro mellem hospital, kommuner og almen praksis. Samarbejdet er funderet i sundhedsaftalen, som er den formelle politiske aftale for det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner (Regioner, 2018). Sundhedsaftalen (2018) sikrer, at borgerne får et ensartet tilbud på tværs af klyngerne i regionen, hvortil det forventes at ca. 250 KOL-patienter i Midtklyngen inkluderes i projektet om telemedicinsk hjemmemonitorering. Klyngestrukturen er derfor vigtig for det tværsektorielle samarbejde og spiller en stor rolle i implementering, udvikling og afprøvning af de indsatser, som region, kommuner og almen praksis har aftalt i fællesskab. Klyngerne er derved et vigtigt forum for udbredelse af indsatser og succesfulde modeller. Midtklyngen har også haft succes med at udbrede løsninger i klyngen, hvor hjerterehabilitering står som et klart lyspunkt¹⁴.

Projektet om telemedicinsk hjemmemonitorering udvikles og omsættes i lokale klyngestyregrupper og implementeringsgrupper¹⁵. Hertil er de lokale implementeringsgrupper ansvarlige for planlægning og implementering i den enkelte klynge, så projektet tilpasses den lokale kontekst (RM & KOSU, 2016). Dette speciales fokus på Midtklyngen muliggør samtidig et dybere fokus på frontlinjemedarbejderne, som er essentielle for diffusionsprocessen (Astrup et.al, 2015; Broens et.al 2007; Nielsen 2013). Hertil viser bilag 11, at både Hospitalsenhed Midt og de tre kommuner har anvendt telemedicin, men illustrerer også, at kommunerne anvender telemedicin forskelligt. Dette kommer især til udtryk i det tværgående samarbejde *Tryk i eget hjem trods KOL*, hvor kommunerne har igangsat forskellige prøvehandlinger (CFT, 2016).

Midtklyngens aktører ligner derved hinanden på forskellige parametre, som vist i ovenstående afsnit, men adskiller sig i anvendelsen af telemedicin. Samtidig er der forskel på anvendelsen af velfærdsteknologi og telemedicin internt i kommunerne, hvilket belyses nærmere i specialets analyseafsnit.

¹⁴ I regi af sundhedsaftalen blev det aftalt at organisere den specialiserede hjerterehabilitering på en ny måde i en af regionens klynger. Derfor blev størstedelen af opgaverne flyttet fra hospital til kommuner, hvilket medførte at langt flere benyttede sig af rehabiliteringstilbuddet. På baggrund heraf blev organiseringen udbredt til resten af regionens klynger, mens andre regioner også har ladet sig inspirere (RM, 2018a).

¹⁵ For illustration af organiseringen se bilag 9 og bilag 10

4.1.3 Afgrænsning af case

Midtklyngen består af markant flere afdelinger og aktører end dette forskningsdesign inkluderer. Principielt skal designet afspejle helheden i den undersøgte case (Flyvbjerg, 2010), men dette er vanskeligt i dette speciale, idet der er mange medarbejdere, som arbejder med KOL-patienter, hvor telemedicinske barrierer og muligheder potentielt kan afstedkomme. I stedet er det valgt, at designet skal reducere kompleksiteten ved at fokusere på nøglemedarbejdere i spredningsprocessen.

Samtidig er projektet afgrænset fra interviews med almen praksis, som ellers kan betragtes som en nøgleaktør for KOL-patienter (Ballegaard et.al 2012). Dette fravalg skyldes en begrænsning i ressourcer og udfordringer i at lokalisere repræsentanter fra almen praksis, som reelt arbejder med telemedicinsk hjemmemonitorering og vil deltage i interviews. Specialet er også afgrænset fra Psykiatri & Social, som ikke vurderes at spille en rolle for KOL-patienter (Ballegaard et.al 2012). Disse afgrænsninger medfører, at specialet maler et landskab frem for at affotografere det, hvilket medfører at nogle aspekter af helheden belyses og fremhæves frem for andre (Vaus, 2001).

4.2 Erkendelse

Formålet med dette afsnit er at præsentere specialets videnskabsteoretiske position, som baseres på socialkonstruktivisme. Der kan sondres mellem forskellige former for socialkonstruktivisme, hvor dette speciale anvender *det kritiske perspektiv*. Dette perspektiv er anvendeligt i dette speciale, fordi fokus ligger på bagvedliggende mekanismer og sammenhænge, som kan styrke forståelsen af hvilke faktorer aktørerne i Midtklyngen tillægger mening og betydning i spredningsprocessen. Specialet lægger derved op til konstruktivisme som *ontologisk* udgangspunkt, idet nøglepersonerne er sociale aktører som tilskriver sociale fænomener mening. Dette er en væsentlig pointe i forståelsen af socialkonstruktivisme, idet vi ikke beskriver og forstår verden individuelt, men altid i fællesskab (Holm, 2018).

Sociale fænomener er derfor ikke objektive uafhængigt af den kontekst de indgår i. Dette ligger i tråd med specialets tilgang til spredning, der anskues i et institutionelt perspektiv, hvor organisationer og medarbejdere indgår i en social sammenhæng, hvor de påvirkes af og konstruerer institutioner i samspil med deres omgivelser (Holm, 2018). Dette antages at være særligt relevant i dette speciale, hvor aktørerne kan tillægge den teknologiske løsning egne tolkninger, hvilket også

blev beskrevet i specialets teoriafsnit. Derved er medarbejderne også med til at konstruere de sociale sammenhænge fænomenet indgår i.

Socialkonstruktivismen har også betydning for min erkendelse, som ikke er værdineutral, men påvirkes af de perspektiver der anlægges (Holm, 2018). Samtidig er jeg ansat i Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland, hvilket også kan påvirke min forståelse og neutralitet. Hertil skal det dog påpeges, at mine arbejdsopgaver ikke relaterer sig til spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering. Disse potentielle fortolkningsmæssige udfordringer løses ved at casestudiet er teorifortolkende, hvorved den oplevede virkelighed tilskrives mening gennem teoretiske perspektiver.

Samtidig medfører ovenstående interpretivisme som metodisk tilgang, idet fokus er sociale aktører og deres meningsskabelse (Bryman, 2012, s. 28). Det er således specialets *epistemologiske position*, at der ikke eksisterer sikker viden indenfor den sociale verden, men at den sociale interaktion er genstand for fortolkning (Bryman, 2012). Dette afspejler sig også i specialets metodiske tilgange og overvejelser, hvor kvalitative interviews er centrale i opnåelsen af indsigt i informanternes perspektiver.

4.3 Metodiske tilgange og overvejelser

I dette afsnit præsenteres specialets metodiske tilgange, indsamlingen af empiri og analysestrategien. Der anvendes kvalitative metoder i form af semistrukturerede interviews og dokumentstudier. Dokumentstudier anvendes til at beskrive feltet og forstå spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter, mens de kvalitative interviews er centrale i opnåelsen af dybdegående viden om spredningsprocessen ud fra aktørernes perspektiv. Denne kombination bidrager til at styrke tilliden til de resultater der opnås (Emmenegger & Klemmensen, 2012). Samtidig er specialet opbygget med interviews på chefniveau, lederniveau og medarbejderniveau, hvor ambitionen har været at opnå data fra forskellige organisationsniveauer.

4.3.1 Dokumentanalyse

De anvendte dokumenter bidrager til at belyse specialets felt og spredningsprocessen for telemedicinsk hjemmemonitorering. Dokumenterne er ikke en objektiv sandhed, men kan skabe overblik over spredningsprocessen og aktørernes roller heri (Lynggard, 2010). Herunder kan dokumenterne også bidrage med viden fra nyhedsbreve og referater, hvor aktørernes aftaler og

beskrivelser er særligt relevante. Dokumenterne bidrager dermed med en bredere viden om spredningsprocessen og dennes aktiviteter. Objekterne for dokumentanalysen har især været diverse referater fra tværsektorielle møder, nyhedsbreve, målbilleder på sundhedsområdet og business cases.

Dokumenter forstås som skrevne tekster, hvor det er nødvendigt at kende deres oprindelse (Høgsbro, 2008). Herunder bør det også overvejes, om dokumenterne er autentiske, troværdige og repræsentative (Lynggard, 2010). I dette speciale vurderes det, at de anvendte dokumenter opfylder disse kriterier, idet dokumenterne kommer fra flere offentlige organisationer og er gennemarbejdede. Disse kan selvfølgelig have en specifik interesse, men faktisk vurderes de troværdige. Yderligere skelnes mellem tre dokumenttyper; primære, sekundære og tertiære (Lynggard, 2010, s. 139). I dette speciale anvendes sekundære og tertiære dokumenter, som er tilgængelige for offentligheden.

4.3.2 Det semistrukturerede interview

Som beskrevet i afsnittet om *casestudiet som forskningsdesign*, er specialets fokus kvalitative metoder. Heri kan det individuelle kvalitative interview skabe indsigt i informanternes oplevelse af virkeligheden og forståelser (Harrits et.al 2012). Det er derfor valgt at anvende et semi-struktureret interview, som har en vis struktur og kan opdeles i temaer. I forlængelse heraf tilbyder den semistrukturerede interviewform et råderum for opfølgende spørgsmål, hvis dette vurderes relevant.

4.3.3 Præsentation af spørgeguide

Til alle interviews er der anvendt en spørgeguide, hvor tre¹⁶ forskellige har været i anvendelse. Spørgeguiden er semistruktureret, hvilket indebærer en vis struktur og råderum for særlige fokuspunkter (Harrits et.al 2012). Temaerne i de tre spørgeguides er de samme og følger specialets teoretiske fokus; *tekniske, kulturelle og politiske faktorer*. Hertil blev et introducerende element inkluderet, hvor fokus især var informantens kendskab til udbredelsen. Pilotudgaven blev gennemført som et normalt interview, hvor indholdet blev vurderet relevant og brugbart. Pilotudgaven gav ikke mærkbare ændringer. Generelt har det dog været nødvendigt at tilføje enkelte spørgsmål i de fleste spørgeguides, idet flere informanter er deltagere i

¹⁶ De tre er; 1) pilotudgave, 2) sundhedsprofessionelle og sundhedskonsulenter, og 3) ledere.

implementeringsgrupper eller på anden måde involveret i projektet. Det har dog ikke medført de store ændringer i spørgeguiderne, men blot specielle fokusområder.

Tema 1 var *introducerende*, hvor fokus var at opnå indsigt i informanternes kendskab og forståelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter. Herunder skulle temaet også klarlægge, hvorvidt telemedicin og telemedicinsk hjemmemonitorering er en institutionaliseret praksis i informantens organisation. Yderligere skulle temaet illustrere informanternes ambitioner og forventninger til udbredelse, hvor fokus især var, hvorvidt udbredelsen vil forbedre den nuværende praksis.

Tema 2 omhandler det *tekniske* fit mellem idéen om telemedicinsk hjemmemonitorering og den adopterende organisation. Temaet var induktivt opbygget, hvor den største tekniske barriere søges lokaliseret. Herunder var ambitionen også at klarlægge, hvorvidt informanten anskuer teknologi som en udfordring i udbredelsen og hvilke tekniske elementer der skaber udfordringer i praksis. Yderligere søges det belyst, hvorvidt teknologien bag telemedicinsk hjemmemonitorering er nem eller kompliceret at anvende.

Tema 3 omhandler det *kulturelle* fit mellem idéen og den adopterende organisation. I dette tema var fokus organisatoriske forhold, som kunne påvirke spredningsprocessen. Hertil var et centralt element, hvorvidt informanterne vurderede, at idéen passer på kerneopgaven for sundhedsprofessionelle. Samtidig skulle informanterne forholde sig til, om telemedicinsk hjemmemonitorering passer med måden KOL-patienter behandles. Herunder var det også vigtigt at undersøge, hvorvidt informanterne så elementer i idéen eller organisationen som skulle tilpasses. Samtidig skulle temaet belyse det tværsektorielle samarbejde og informanternes oplevelse heraf. Alle informanterne antages at arbejde tværfagligt vedr. projektet, hvilket giver muligheder for differentierede og nuancerede betragtninger på det tværsektorielle samarbejde.

Tema 4 omhandler det *politiske* fit mellem idéen og den adopterende organisation. I dette tema var det centralt at undersøge den nationale betydning, idet spredningen er bestemt fra national side. Herunder skulle det også belyses, hvorvidt informanterne så udviklingen og afprøvningen i Region Nordjylland som en fordel – modsat hvis projektet var udviklet i egen organisation. Slutteligt ønskes

det også belyst hvorvidt nogle aktører ønsker telemedicinsk hjemmemonitorering mere end andre og hvorvidt magtforhold eller alliancer kan identificeres.

4.3.2.2 Udvalgelse af informanter

Udvælgelsen af informanter til dette speciale er sket på baggrund af en række udvælgelseskriterier, som vurderes at kunne belyse specialets problemformulering. Informanterne er udvalgt efter en *variationsudvælgelsesstrategi*, hvor logikken er identificere fælles mønstre som opstår på baggrund af variation (Neergaard 2007, s. 30.32). Disse fælles mønstre har særlig interesse, når informanternes oplevede barrierer og muligheder skal indfanges. Heri er det centralt, at informanterne udsættes for den samme påvirkning, hvilket spredningen af telemedicinsk hjemmemonitoreringen vurderes at gøre.

Variationen i et lille antal cases, som er situationen i dette speciale, maksimeres ved at identificere forskellige kriterier for de cases der udvælges (Neergaard 2007, s. 30.32). Udvalgelseskriterierne i dette speciale er; 1) medarbejder- og ledelsesperspektiver søges inddraget, 2) forskellige fagprofessionelle der arbejder med telemedicin til KOL-patienter, 3) nogle deltagere i implementeringsgrupperne, 4) varieret alder og profession, idet dette antages at kunne påvirke informanternes oplevelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Der er således en vis grad af heterogenitet i casen, men fællesnævneren for informanterne er, at de er involveret i spredningen. Udvælgelsen af informanter er derfor også formålsbestemt, idet informanterne vurderes at give det størst mulige indblik ift. at besvare specialets problemformulering (Harrits et.al 2012). Dette medfører, at oplevelser og erfaringer med telemedicin er et væsentlig parameter for udvælgelse af informanterne.

Nedenstående tabel illustrerer de udvalgte informanter i Midtklyngen:

Hospitalsenhed Midt	Silkeborg Kommune	Skive Kommune	Viborg Kommune
Martha Højgaard (MH), Sektionsleder, Silkeborg Kommune, Tovholder for implementeringsprocessen i Midtklyngen			
1) Michael Skov Jensen (MS) (Overlæge, lungemed. afdeling)	1) Brian Skov (BS) (Fysioterapeut)	1) Marianne Balsby (MB) (Sundhedscenterchef)	1) Peter Borup Sørensen (PS) (Sundhedschef)

2) Else Holm (EH) (Forløbskoordinator)	2) Hanne Jensen (HJ) (Udviklingskonsulent)	2) Else-Marie Hansen (EMH) (Udviklingssygeplejerske)	2) Jette Hede (JH) (Udviklingskonsulent)
---	---	--	---

Tabel 2. Informanter i Midtklyngen. Egen tilvirkning.

Det ses af ovenstående tabel, at både ledelses- og medarbejderniveauet er afspejlet i dataindsamlingen. Man kan derfor sige, at undersøgelsen foregår både horisontalt og vertikalt. Det horisontale kommer til udtryk i undersøgelsens fokus på at inddrage tre kommuner, mens det vertikale udtrykkes ved informanter på ledelses- og udførende niveau. Ambitionen med dette valg er at styrke helhedsbilledet af barrierer og muligheder i Midtklyngen. Det antages således, at de fagprofessionelle har særlig viden om de tekniske barrierer og muligheder i telemedicinsk hjemmemonitorering, mens lederne har særlig viden om politiske faktorer. Dette betyder dog ikke, at de fagprofessionelle eller ledere ikke udsættes for spørgsmål vedrørende hhv. politiske- og tekniske faktorer, men at interviewet har et særligt fokus på informanternes særlige viden. Samtidig er flere af informanterne en del af implementeringsklyngerne og klyngesamarbejdet, hvorfor denne særlige viden om barrierer og muligheder søges at bringes i spil.

Det kan være en udfordring, at informanterne er placeret forskellige steder i organisationerne og udtaler sig fra forskellige positioner og perspektiver. Dette kan vanskeliggøre sammenligning af de forskellige cases eller resultater i informanter, der udtaler sig om mere end de er positioneret til. Hertil er ambitionen ikke at anvende *statistisk generalisering*, men *analytisk generalisering* hvor specialets resultater er anvendelige i lignende cases (Roald & Køppe, 2008). Det er dog nødvendigt at være bevidst om informanternes positionering i organisationen og spredningsprocessen. Samtidig kan dette give en bredere forståelse af intraorganisatoriske aspekter, idet der potentielt kan forekomme variation internt i kommunerne.

Kontakten til interviewpersonerne er etableret over mail. Informanterne er specifikt udvalgt på baggrund af erfaringer med telemedicin og telemedicinsk hjemmemonitorering. Denne viden er frembragt på baggrund af en intensiv søgning efter tovholdere og ansvarlige medarbejdere i telemedicinske projekter eller deltagelse i selve spredningsprojektet. Det antages således, at alle informanter har kendskab og en central rolle i telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter. Tre af de identificerede informanter var desværre fratrådte, hvorfor Sundhedshuset i Silkeborg blev kontaktet direkte pr. mail for en *afløser*. Lederen i sundhedshuset vurderede dog, at

hun ikke var klædt på til opgaven, hvorfor hun henviste til en udviklingskonsulent, som indvilgede i et interview. I Viborg Kommune blev den fratrådte medarbejder afløst af sundhedschefen efter en direkte mail. Derudover blev overlæge Michael Skov Jensen tilføjet efter *sneboldsmetoden*, hvor én informant anbefalede kontakten. Han erstattede en KOL-sygeplejerske på Hospitalsenhed Midt, som ikke besvarede mailen.

4.3.2.3 Eliteinterview af personer i ledende positioner

Der kan være en række udfordringer forbundet med at interviewe personer i ledende positioner (Andersen I. , 2013). Elitepersoner og personer i ledende positioner, som også er inkluderet i dette speciale, kan være svære at styre, fordi de er vant til at sætte dagsordenen. Dette kan eksempelvis udtrykkes ved, at elitepersoner omformulerer de stillede spørgsmål, så de i højere grad kan svare på spørgsmål de finder interessante. Samtidig kan det være vanskeligt at afbryde topchefer og elitepersoner, idet dette kan tolkes fornærmende (Andersen I. , 2013, s. 131). Det er derfor nødvendigt at angribe interviewet anderledes end den normale interviewsituation.

Hertil er de vigtigste elementer; 1) forberedelse på at interviewguiden ofte ikke følges, 2) interviewerens skal have et stort kendskab til feltet og problemstillingen, 3) sikre initiativet og styre samtalen fra interviewets start, 4) formulere spørgsmål der tænkes at interessere interviewpersonen, 5) to interviewere frem for én (Andersen I. , 2013). I dette speciale er det særligt de fire første elementer, som er interessante for eliteinterviewet, idet specialets udarbejdes af én person. Samtidig er spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering et langvarigt projekt, hvor der findes en lang historik, som er nødvendigt at mestre, hvis interviewerens skal stille gode spørgsmål og oparbejde respekt hos den interviewede (Andersen I. , 2013).

4.4 Databehandling

I dette afsnit vil specialets databehandling, kvalitetssikring og analysestrategi blive præsenteret. Det indsamlede datamateriale kodes ud fra en indholdsanalyse (Boolsen, 2017), hvor data er klassificeret i mindre tekstsegmenter jf. bilag 15. De anvendte dokumenter og transskriberede kvalitative interviews som anvendes i dette speciale giver et relativt omfattende datamateriale, som skal reduceres til centrale elementer i analyseafsnittet. Databehandlingen blev derfor inddelt i faser, hvor første fase bestod i at lytte og læse det indsamlede datamateriale (Dahler-Larsen, 2008). Dernæst begyndte kodningsfasen, som startede i en åben kodning, hvor datamaterialet blev anskuet objektivt uden teoretisk fokus. Hertil er det empirien, der styrer materialets tematiseringer,

hvor ambitionen er være induktiv, så teorien ikke styrer forståelsen, hvilket kan medføre at vigtige elementer overses (Jakobsen, 2012).

Den åbne kodning suppleres af lukket kodning, idet min analytiske vinkel anlægger et teoretisk perspektiv på spredningsprocessen. Hertil er den lukkede kodning anvendelig, fordi mine interviews og spørgeguides er opbygget på tematiseringer drevet af teori (Jakobsen, 2012). Hertil kan man dog argumentere for, at de anvendte temaer (teknik, kultur og politik) er for brede, hvorfor det er nødvendigt med specifikke underkoder. Man kan derfor sige, at de brede temaer fungerer som pejlemærker for indfangning af interessante betragtninger i datamaterialet. Bilag 15 illustrerer de anvendte temaer og underkoder, men er ikke udtømmende. Underkoderne anvendes som indikatorer på et tekstsegment, som kan være relevant i relation til det overordnede teoretiske tema (Jakobsen, 2012). Hertil fremgår det af bilag 15, at der er en sammenhæng mellem spørgeguide og kodningsprocessen, hvilket styrker den røde tråd i kodningsprocessen.

4.4.1 Kvalitetssikring

Dette speciale skal opfylde en række forskningskriterier for at kunne bidrage videnskabeligt til at udfylde huller i den eksisterende litteratur og viden. Dette indebærer i denne kontekst overvejelser om 1) målingsvaliditet, 2) reliabilitet 3) generaliserbarhed.

Dataindsamlingen blev grundlagt på teoretiske temaer, hvor spørgeguiden bidrager til overensstemmelse mellem de teoretiske og operationelt definerede variabler, hvilket styrker den definitions-mæssige validitet (Andersen L. B., 2012). Samtidig er det også en styrke, at de kvalitative interviews suppleres af dokumenter. Yderligere har der også været en opmærksomhed på ikke at stille ledende spørgsmål, hvilket styrker validiteten og målingsvaliditeten.

Derudover styrker de teoretiske temaer også reliabiliteten, idet interviewene indeholder en klar struktur, hvor informanterne i høj grad spørges om tilsvarende forhold. Samtidig har der igennem specialet været et stort fokus på transparens og autenticitet i indsamlingen og den efterfølgende præsentation af data (Kristiansen, 2015). Dette udtrykkes eksempelvis i transskriberingen, hvor alle interviews er blevet optaget på lyd, som efterfølgende er transskriberet. Dette styrker dokumentationen og verificeringen af det sagte (Harrits et.al 2012). Transskriptionen er udarbejdet af specialets forfatter og foretaget hurtigst muligt. Yderligere er det transskriberede interview

udsendt til de informanter som ønskede dette. Der har ikke været tilbagemeldinger herpå. Omvendt kan man diskutere, hvorvidt der er opnået mæthedspunkt med ni informanter spredt udover Midtklyngen. Hertil har fokus dog været en grundig og nuanceret analyseproces, frem for at *drukne i mængden af data* (Tanggard & Brinkmann, 2015). Samtidig kan interviewformatet ses som en styrke for reliabiliteten, idet informanterne ikke kan påvirkes af andre aktører, som fx i et fokusgruppeinterview.

Som beskrevet i afsnittet om *udvælgelse af informanter*, er ambitionen ikke at anvende statistisk generalisering, men analytisk generalisering, hvor specialets resultater kan anvendes i lignende cases. Dette medfører, at resultaterne kan være vejledende for lignende situationer, hvis de vurderes at kunne sammenlignes med det undersøgte (Flyvbjerg 2010). Dette udfoldes i specialets diskussion.

4.4.2 Valg af analysestrategi

I nærværende afsnit vil strategien for analysen blive udfoldet. Analyseafsnittet er struktureret ud fra Ansari et.al's (2010) framework, som blev præsenteret i specialets teoriafsnit. Præsentationen af specialets empiriske resultater sker gennem en *fortolkende analyse*, som især er anvendelig, når formålet er at analysere dokumenter og tekster. I forlængelse af kodningsprocessen anvendes den fortolkende analyse, hvor fokus er hvorfor noget forekommer og hvilken betydning dette har (Brænder et.al 2012). Der er således ikke stort fokus på hvor ofte noget forekommer, men den kontekstuelle mening. Denne analysestrategi er valgt, fordi idéens reception antages at spille en stor rolle i informanternes forståelse og fortolkning.

Den fortolkende analyse passer fint som analysestrategi i dette speciale, hvor dybdegående analyser tillader sammenligning på tværs af enheder (Brænder et.al 2012, s. 214). Dette er, som nævnt tidligere, også ambitionen i specialet, hvor mønstre, forskelle, ligheder og sammenhænge mellem enhederne har særlig interesse. Hertil kan specialet bidrage med empirisk viden om de faktorer, der kan påvirke fittet mellem idéen og de adopterende organisationer. Det er dog ikke specialets ambition at påvise kausalsammenhæng, hvilket ville fordre et kvantitativt element (eller andre analyseteknikker) som supplement til den kvalitative fortolkende analyse, som anvendes i dette speciale.

Omvendt beskyldes dybdegående analyser ofte for ikke at kunne leve op til forskningskriterierne; transparens, systematik, velargumenteret og veldokumenteret (Brænder et.al 2012, s. 213). Dette fordrer gennemsikuelighed og omhyggelighed i analyseprocessen, især fordi analysen bygges på fortolkning, hvilket kræver belæg og dokumentation af resultaterne. Det primære formidlingsredskab i specialet er citater, hvor fokus er korte og centrale perspektiver. Det er således ambitionen at fastholde et stringent fokus på meningen med citatet, hvorfor citater præsenteres i oprindelig form, men rensat for ufærdige sætninger og unødvendige ord (Andersen, Hansen, & Klemmensen, 2012). Hertil kan citater være misvisende, hvis de tages ud af en sammenhæng, hvorfor det tilstræbes at udvælge citater i overensstemmelse med den kontekst de indgik i (Boolsen 2017, s. 177).

Formålet med nedenstående afsnit er at præsentere de elementer, der kigges efter i specialets analyse. Specialets analyse består af tre deltemaer; *tekniske, kulturelle og politiske faktorer*, som også har været gennemgående for specialet. Det første element i hvert tema er at identificere de barrierer, som informanterne tilskriver mening og betydning. Det andet element er et afsnit om håndteringen af de identificerede barrierer, mens afsnittet afsluttes med en sammenfatning for hvert deltema.

Tekniske faktorer

Formålet med dette afsnit er at præsentere de tekniske barrierer og muligheder, som informanterne tilskriver mening og betydning. Som nævnt i specialets *afgrænsning*, er det ikke udelukkende den teknologiske løsning, der er i fokus, men også den viden og forestilling som knyttes til idéen. Det centrale i dette afsnit er at undersøge, i hvilken udstrækning egenskaberne ved telemedicinsk hjemmemonitorering er kompatibel med de teknologier, som allerede anvendes af den adopterende organisation. Hertil er *viden og kendskab til idéen* den vigtigste variable, hvis teknisk misfit skal undgås (Ansari etl.al 2010, s. 75-77). Med viden forstås de forestillinger der knyttes til teknologien, hvorfor viden ikke blot er den teknologiske artefakt, men de forestillinger der knyttes til idéen.

Første step i analyseprocessen er derfor at afklare, hvorvidt informanterne vurderer idéen som kompatibel med eksisterende teknologiske løsninger i organisationen.

Kulturelle faktorer

Formålet med dette afsnit er præsentere de *kulturelle* barrierer og muligheder, som informanterne tilskriver mening og betydning. Det centrale er at undersøge, hvorvidt egenskaberne i idéen er compatible med de eksisterende værdier og overbevisninger i den adopterende organisation. Idéen integreres ikke i et kulturelt tomrum, men i et fastlagt kulturelt univers hvor roller, ansvar og adfærd er reguleret og klarlagt (Ansari et.al 2010, s. 78-80). Dette medfører, at social konformitet er den primære mekanisme, som påvirker kulturelt fit og misfit. Hertil fremgik det af specialets afsnit om *det danske sundhedsvæsen*, at sundhedsvæsenet er fyldt med stærke og traditionsrige professioner, der alle har institutionaliserede roller og positioner (Seemann & Gustafsson, 2016). Idéen skal derfor implementeres i en interorganisatorisk kontekst, hvor telemedicinske løsninger kan udfordre institutionaliseret praksis (Nicolini, 2010, Christensen, 2017).

Dette fordrer, at de kulturelle elementer i idéen matcher den adopterende organisations kulturelle univers og forventninger (Ansari et.al 2010, s. 78-80). Første step i denne fase er derfor at analysere, hvorvidt informanterne vurderer idéen som kompatibel med det eksisterende kulturelle univers i den adopterende organisation. Hertil er det relevant at undersøge, hvorvidt informanterne vurderer, om idéen ligger indenfor kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle. Samtidig undersøges det også, om idéen er kompatibel med eksisterende tilbud til KOL-patienter i Midtklyngen. I forlængelse heraf undersøges det også om idéen udfordrer det interorganisatoriske samspil på sundhedsfeltet.

Politiske faktorer

Formålet med dette afsnit er at præsentere de politiske barrierer og muligheder, som informanterne tilskriver mening og betydning. Heri er det centralt at undersøge, hvorvidt idéen er kompatibel med de implicitte og eksplicitte interesser og dagsordener i de adopterende organisationer (Ansari et.al 2010). Sundhedsfeltet er en notorisk politisk arena, hvorfor det er en forudsætning at sikre opbakning fra centrale aktører, hvis idéen skal integreres og institutionaliseres (Nicolini 2010). Dette medfører at magt, interesser og ressourcer er de primære mekanismer, som påvirker det politiske fit og misfit (Ansari et.al 2010).

Sundhedsfeltet kan karakteriseres som normativt og evidensbaseret, hvorfor det er centralt at idéen skal forbedre patienternes behandling, hvis idéen skal institutionaliseres og have opbakning i de adopterende organisationer (Nicolini 2010, s. 1012). Første step er dog at undersøge beslutningen

om at udbrede idéen. Hertil fremgik det af specialets afsnit 1.2.1 om *operationalisering af problemformuleringen*, at spredning skal have push og pull-dimensioner, hvor push sikrer central koordinering og styring, mens pull sikrer engagement og ejerskab hos medarbejderne. (Gifford, 2012; Appleby, et.al 2011; Ogunlayi & Britton, 2017). Samtidig viste specialets *teoriafsnit*, at spredning af idéer forudsætter institutionel opbakning, hvor adopterende organisationer ikke er passive modtagere af idéen, men aktive med- og modspillere (Ansari et.al 2010). Hertil undersøges det hvordan idéen præsenteres og formidles.

Kapitel 5. Analyse

Specialets analyse bygges på en teoretiske idé, hvor tilpasning afhænger af 1) teknisk, 2) kulturelt og 3) politisk fit og misfit mellem idéen¹⁷ der spredes og den adopterende organisation. Analysen struktureres ud fra disse tre deltemaer, hvor fokus er at identificere de barrierer og muligheder, som informanterne tilskriver mening og betydning. Herefter analyseres håndteringen af disse, mens deltemaet afsluttes med en kort sammenfatning, hvori det vurderes, om der kan identificeres et misfit mellem idéen og den adopterende organisation. Hertil er det også vigtigt at påpege, at fokus for analysen er informanternes oplevede fit. Specialets tabel 2 illustrerer informanternes forkortelser, som anvendes fremadrettet.

Faktor	Forståelse
Teknisk	Fokus er informanternes oplevede tekniske fit mellem idéen og organisationens teknologiske fundament, hvor det centrale er fittet med de velfærdsteknologier der anvendes i den adopterende organisation
Kulturelt	Fokus er informanternes oplevede kulturelle fit med organisationens kulturelle univers, hvor det centrale er kerneopgaven for sundhedsprofessionelle, eksisterende tilbud og behov for KOL-patienter samt interorganisatorisk samspil
Politisk	Fokus er informanternes oplevede politiske fit med interesser og dagsordener i den adopterende organisation, hvor det centrale er divergerende opfattelser om metodefrihed og idéens institutionelle opbakning.

Tabel 3. Egen tilvirkning.

5.1 Tekniske faktorer

Med *teknisk fit* forstås i hvilket omfang idéen er kompatibel med de teknologier som anvendes i den adopterende organisation. Dette omfatter det teknologiske fundament, absorptionsevnen, anerkendelse af værdien og kapaciteten til at anvende idéen som tiltænkt. Analysens fokus er informanternes oplevede fit mellem idéen og organisationen, hvilket inkluderer deres syn på

¹⁷ For at styrke overskueligheden i analyseafsnittet anvendes begrebet *telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter* fremover som *idéen*.

inklusion af KOL-patienter. Medarbejder- og borgerløsningen er ikke bestemt endnu, hvorfor fokus på det tekniske fit med eksisterende IT-systemer er fravalgt.

5.1.1 Teknologisk fundament

Informanterne i Silkeborg Kommune er lettere uenige om kommunens eksisterende anvendelse af telemedicin til KOL-patienter, hvor MH siger; *"Jamen vi har jo ikke noget det afløser. Altså TeleKOL [...] Altså vi har egentligt ikke arbejdet så meget med telemedicin"* (MH spg 22 og 23). HJ vurderer heller ikke, at telemedicin eller telemedicinsk hjemmemonitorering er udbredt hos KOL-patienter i kommunen; *"Det anvender vi ikke rigtigt – det er et nyt emne for os"* (HJ spg 3). Omvendt vurderer BS, at Silkeborg Kommune har bred erfaring med virtuel genoptræning, som han oplever er mere kompliceret end telemedicinsk hjemmemonitorering; *"Og så har de programmer folk skulle træne efter også været lidt mere kompliceret end at indrapportere værdier, så jeg tror det bliver mere simpelt"* (BS 6). Der spores således forskellige forståelser af det teknologiske fundament for telemedicin i kommunen.

De forskellige forståelser af anvendelsen af telemedicin afspejles også i informanternes forventning til tekniske barrierer ved idéen, hvor MH siger;

"Jamen vi snakker om folk er parate [...] Forstår man det? Det er jo så ude ved borgeren, men vi har jo også mange medarbejdere. Og vores største barriere i det er jo at systemerne ikke altid er så robuste, som vi kunne ønske os" (MH spg 20).

Citatet viser, at MH ser flere udfordringer, hvor hun især har fokus på systemets manglende robusthed, hvilket opleves som en teknisk udfordring. Derudover er hun også usikker på, om borgerne og medarbejderne kan håndtere det tekniske i løsningen. MH ser således flere udfordringer, hvilket kan skyldes kommunens manglende erfaringer med telemedicin. Denne frygt deles af HJ, som især frygter, at borgerne ikke kan håndtere teknikken eller mangler motivation og lyst til at håndtere teknologi;

"Nej, på ingen måde [vil de kunne håndtere det tekniske i løsningen red.]. Hvis jeg skal trække en parallel til det vi har set, når vi snakker virtuel genoptræning, som har foregået på tablet, der har vi rigtig mange erfaringer med, at det på ingen måde er alle vi kan inkludere i det" (HJ spg 5).

Det er således HJ's erfaring, at kommunen ikke kan inkludere alle patienter, idet nogle patienter ikke kan håndtere teknologien. Hertil uddyber HJ, at hendes tekniske bekymringer går på om *skidtet virker og er troværdigt*, eller *falder ud hver anden gang*. Omvendt vurderer BS, at udstyret *er blevet bedre og bedre*, hvorfor han ikke forventer tekniske barrierer; " [...] siden vi startede med teletræningsprojekter hvor enkelte borgere boede ude i nogle huller, og så kunne vi ikke rigtig bruge det der. Hvor det oplever vi ikke rigtig på samme måde" (BS spg 7).

Ovenstående viser, at både MH og HJ ser tekniske udfordringer, hvilket kan hænge sammen med deres oplevelse af det eksisterende teknologiske fundament. MH trækker på erfaring, hvor *systemerne går ned* og ikke er *robuste*, mens HJ trækker på viden fra virtuel genoptræning, hvor flere patienter ikke kunne inkluderes. Omvendt vurderede BS, at kommunen har bred erfaring med telemedicin og at *huller* ikke opleves på samme måde længere. Dette kan skyldes, at informanterne arbejder forskellige steder i Silkeborg Kommune, hvor anvendelsen af telemedicin kan variere. Man kan derfor sige, at informanternes erfaring og forståelse af det teknologiske fundament påvirker deres opfattelse af tekniske barrierer. Informanternes oplevede erfaringer er derfor en vigtig dimension, der medierer receptionen af teknisk fit.

Informanterne i Skive Kommune oplever, at deres teknologiske fundament er veludviklet; " [...] vi har haft små projekter [...] med lungemedicinsk afdeling om kom godt hjem, hvor 10 borgere er udstyret med en iPad, hvor vi så har lavet informationsmateriale om KOL og hvad man selv kunne gøre" (EMH spg 19). I forlængelse heraf siger EMH også; "Jeg har ikke hørt fra de andre steder, at der var store tekniske udfordringer, så det har jeg ikke nogen forventning til" (EMH spg 20). MB vurderer også, at Skive Kommune har erfaring med telemedicinske løsninger; " [...] jeg synes jo at vi har lavet os den her erfaring fra hjertesvigt – at det fungerer, at vi kan [anvende det red.]" (MB spg 19). Videre fortæller MB også, at Skive Kommune i flere år har brugt *dét* indenfor KOL-området, hvor patienter fik træningsprogrammer og indrapporterede oplysninger.

EMH fortæller dog også, at hendes erfaringer viser, at det kan være svært at inkludere de rigtige borgere; " [...] da vi skulle inkludere dem, var der 2/3 af dem vi egentligt syntes kunne passe ind i vores projekt, som vi måtte ekskludere, fordi de var ikke i stand til at være i det" (EMH spg 6). Det er således hendes erfaring, at KOL-patienter kan være svære at inkludere, fordi de er kognitivt udfordrede og mangler lyst eller motivation til at anvende teknologiske værktøjer. Ovenstående

viser at både EMH og MB vurderer, at Skive Kommune har bred erfaring med teknologiske løsninger, hvorfor deres teknologiske fundament opfattes som veludviklet. Dette skaber et teknisk fit, idet idéens egenskaber vurderes at interagere med kommunens eksisterende teknologier. Omvendt spores nervøsitet for inklusionen af de rigtige borgere, hvor deres erfaring viser, at KOL-patienter er svære at inkludere.

Informanterne i Viborg Kommune opfatter også deres teknologiske fundament som veludviklet; *”Det ligger fint i tråd med den tænkning vi har haft i nogle år i Viborg, fordi vi har arbejdet så meget med velfærdsteknologi”* (PS spg 10). Dette fremgår også af JH;

”Jeg synes ikke det er nyt. Fordi i forhold til virtuel sygepleje og vores akutteam og den håndtering vi har. Der har vi mange af de her KOL-borgere, som har en virtuel løsning, så de rent faktisk kan kalde den kendte sygeplejerske eller akutsygeplejerske op [...] Det har vi faktisk en del af” (JH spg 14).

Informanterne i Viborg vurderer derfor, at det teknologiske fundament er veludviklet og at kommunen har stor erfaring med velfærdsteknologier – også til KOL-patienter. Dette indikerer, at idéen kan interagere med kommunens teknologiske fundament, hvilket skaber et teknisk fit. PS er dog nysgerrig på inklusionen af patienter; *”Om vi reelt har fat i så tung en gruppe at de faktisk ikke kan håndtere det alligevel [...]”* (PS spg 20). Hertil ser JH også en udfordring; *”[...] det kan godt være, at vi siger vi har det her tilbud, men det er jo ikke sikkert at borgeren siger – det vil jeg gerne tage imod – eller det kan jeg godt håndtere”* (JH spg 57). Der spores således også en nervøsitet for inklusionen af KOL-patienter, hvor der er fokus på patienternes evne til at håndtere teknologien.

5.1.2 Håndtering af identificerede tekniske barrierer

De tekniske barrierer der blev identificeres ovenstående, relaterer sig til 1) systemer der *går ned*, 2) manglende robusthed og 3) inklusion af patienter. Hertil er særligt inklusion af patienter interessant, fordi udfordringen går på tværs af informanterne i enhederne. Denne udfordring adresseres også i Sundhedsstyrelsens (2017, s. 8-9) anbefalinger for målgruppen til idéen, hvori det skønnes at der kan inkluderes 20.000 patienter på landsplan – hvoraf halvdelen forventes at takke nej. Inklusionen opleves dog som en væsentlig barriere, der er karakteristisk for KOL-området, hvor det er svært at inkludere patienter, som MS siger; *”Det er ingen problem [at inkludere 125 patienter til et lignende*

projekt red.], men det kunne vi jo heller ikke. Fordi dem vi har indlagt – mange af dem er så kognitivt svækkede, at de ikke kan finde ud af det” (MS spg 9). Citatet illustrerer også tendensen i afsnit 5.1.1, hvor flere informanter vurderede, at patienterne var kognitivt svækkede og ikke kan håndtere teknologien i idéen.

Man kan derfor sige, at informanternes forskellige erfaringer med velfærdsteknologiske løsninger har indflydelse på deres opfattelse. Heri er de gennemgående elementer, at idéen er kompatibel med det eksisterende teknologiske fundament, men at KOL-patienter er svære at inkludere i velfærdsteknologiske løsninger. De identificerede udfordringer relaterer sig således til patienternes evner, hvor udfordringen er at rekruttere de rigtige patienter som er motiverede, og har lyst til at anvende teknologiske værktøjer. Denne udfordring adresseres i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvori der opstilles inklusions- og eksklusionskriterier. Heri fremgår det bl.a. at kommunerne får stor metodefrihed, så de kan inkludere de patienter, som de vurderer, har behovet. Man kan således diskutere, om der kan identificeres et *teknisk misfit*, idet idéen er kompatibel med det eksisterende teknologiske fundament, men informanterne oplever, at det er vanskeligt at inkludere svær KOL-patienter i velfærdsteknologiske løsninger. Dette uddybes og udfoldes i specialets diskussionsafsnit.

5.1.3 Sammenfatning

Ovenstående afsnit om tekniske faktorer viste, at Skive og Viborg Kommuner har et stærkt og velafprøvet teknologisk fundament, hvor kommunerne har eksperimenteret med velfærdsteknologier i en årrække. Dette medfører, at organisationerne har stor erfaring og kendskab til velfærdsteknologi, hvortil det vurderes, at idéen er moden og kompatibel med det eksisterende teknologiske fundament. Hertil er opfattelsen blandt flertallet af informanterne, at idéen rent teknologisk er simpel at anvende, hvorfor der vurderes at være et fit med de teknologier der anvendes i kommunerne.

Omvendt vurderede to ud af tre informanter i Silkeborg Kommune, at idéen medfører tekniske udfordringer. Dette udspringer af deres erfaringer med velfærdsteknologi, hvor de bl.a. oplevede manglende robusthed. Samtidig ses der også væsentlige udfordringer i inklusionen af svær KOL-patienter i hele klyngen, idet informanterne tidligere har erfaret, at dette er vanskeligt. Undersøgelsen indikerer således, at informanternes tidligere erfaringer med velfærdsteknologi medierer receptionen af det tekniske fit. Hertil er erfaringerne i Viborg og Skive Kommuner særligt

positive, mens de er splittede i Silkeborg Kommune. Der kan derfor ikke udledes et entydigt *teknisk misfit* mellem idéen og de adopterende organisationer.

5.2 Kulturelle faktorer

Med *kulturelt fit* forstås i hvilket omfang idéen er kompatibel med eksisterende værdier, kulturer og overbevisninger i den adopterende organisation. Fokus i nedenstående afsnit er *fittet* mellem idéen og kerneopgaven for sundhedsprofessionelle, de eksisterende tilbud og behovet for KOL-patienter samt det interorganisatoriske samspil.

5.2.1 Kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle

Informanterne i Silkeborg Kommune vurderer alle, at idéen ligger indenfor kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle, som MH siger; *"Jamen det tænker jeg er en del af kerneopgaven. Der er rigtig meget pædagogik i det her, altså den der sundhedsprofessionelle tænkning"* (MH spg 29). MH mener således, at idéen passer ind i sundhedsprofessionelles tænkning, hvor pædagogiske værktøjer især er anvendelige. HJ vurderer også, at idéen passer på kerneopgaven, men forventer også ændrede arbejdsforhold; *"Jeg tænker det vil ændre noget, fordi du blevet mere fleksibel i et eller andet omgang [...] Så på den måde vil det ændre noget"* (HJ spg 16). HJ ser dog dette som en klar fordel og forventer ikke, at alle sundhedsprofessionelle skal lære dét; *"Vi skal jo nok finde nogle med motivationen og interessen inden for dette område som så er dem der blev koblet op på de her hjemmemonitoreringer"* (HJ spg 26).

BS vurderer også det er en del af kerneopgaven;

"Altså det er vel en del af kerneopgaven, fordi som det er nu, der tager hjemmesygeplejerskerne og SSA'erne ud og laver TOBS, hvor de tager temperatur, puls og blodtryk ved mistanke om en kendt borger som er ved at få noget sygdom. Så derfor er monitorering ikke noget nyt, og optage værdier er heller ikke noget nyt. Hos os er det nye, at det bliver gjort digitalt og at man indrapporterer værdier, synes jeg ikke afviger meget fra nuværende praksis" (BS spg 9).

Citat er interessant, fordi det illustrerer at monitorering ikke anses som noget nyt eller afviger meget fra nuværende praksis. Det nye er derimod det digitale format og indrapporteringen af værdier, som han ikke oplever som kompliceret jf. afsnittet om *tekniske faktorer*. Videre forklarer BS, at han ikke har oplevet modstand eller barrierer i samarbejdet med hjemmeplejen, når de skulle understøttes i indrapporteringer i andre projekter. Dette understøtter og indikerer, at idéen ikke konflikter med nuværende praksis og kulturelle univers i kommunen.

Informanterne i Skive Kommune forventer også, at idéen passer ind i kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle, som MB siger; *"Jeg tænker sagtens det kan matches. Og jeg tænker også, at det kan bidrage til [...] mere individuelle borgerforløb, fordi der kan være borgere, hvor man med fordel kan bruge det"* (MB spg 20). MB ser således en sammenhæng mellem telemedicin og kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle, og siger yderligere; *"Vi har jo brugt det i flere år også indenfor KOL området. Hvor vi brugte [dét red.], og hvor der også var træningsprogrammer og borgeren indrapporterede hvordan de havde det"* (MB spg 20). MB's indtryk og erfaring indikerer dermed, at idéen ikke forventes at resultere i udfordringer for de sundhedsprofessionelles kerneopgave.

Omvendt forventer EMH, at idéen vil medføre arbejde for de sundhedsprofessionelle; *"Altså det kommer til at blive en del af deres kerneopgave, men det er noget man skal arbejde med"* (EMH spg 22). EMH påpeger dog, at det særligt er virtuel hjemmepleje med skærmbesøg, der har skabt udfordringer for medarbejderne; *"Men nu har jeg fulgt hvordan det har udviklet sig i andre kommuner, og der kan jeg så også høre at det virkelig er en kulturændring for nogle medarbejdere det her"* (EMH spg 22). Derimod vurderer EMH, at monitorering, som idéen bygger på, er mindre kompliceret; *"[...] i forhold til det her, hvor det mest er data man skal kigge på, der er det jo ret enkelt"* (EMH spg 23). EMH ser således de største udfordringer i skærmfunktionen, som i første omgang ikke er relevant for idéen, idet sundhedsprofessionelle skal monitorere data, hvilket EMH ikke opfatter som kompliceret.

Informanterne i Viborg Kommune forventer ligeledes, at idéen passer på kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle. Dette skyldes især erfaringerne fra tidligere velfærdsteknologiske projekter, som JH siger;

"Jamen det synes jeg det gør. Det er bare en anden måde at levere ydelser på. Og det er jo det vi har arbejdet rigtig meget med. At vi leverer ydelser på afstand til mange af vore borgere i hjemme- og sygeplejen. Så den tanke er jo ikke så svær for os. Vi har så gjort det, fordi vi altid har haft noget virtuelt, men det at det er overvågning af nogle værdier og nogle målinger som borgeren selv laver, det er jo så nyt. Det har vi ikke gjort før. Men det tænker jeg ikke kommer til at fylde" (JH spg 24).

Citatet illustrerer, at JH forventer idéen medfører en ny måde at levere ydelser på, men påpeger også, at sundhedsprofessionelle er vant til denne arbejdsform, hvorfor det ikke forventes at skabe udfordringer i praksis. Hun fortæller videre, at Viborg Kommune håndterer mange KOL-patienter på skærme i forvejen, hvor erfaringerne er, at sundhedsprofessionelle kan se værdien for borgerne, hvorfor de gerne vil fortsætte arbejdet med dét. Disse perspektiver går igen fra PS, som anser idéen som en anden måde at opsamle data, hvor borgeren har en anden rolle end så mange andre velfærdsteknologiske hjælpemidler. Dette tænker PS er et nyt element ind i kommunens opgavevaretagelse, som han dog ikke forventer vil give udfordringer, fordi man er vant til velfærdsteknologi (PS spg 14 og 15). Omvendt tænker han også, at sygeplejersker eller SOSU-assistenten måske kan føle, at deres faglighed og observationsevne sættes på sidelinjen.

Ovenstående viser, at informanterne i de tre kommuner vurderer, at idéen ligger indenfor kerneopgaven hos sundhedsprofessionelle. Dette skyldes i høj grad kommunernes erfaringer med velfærdsteknologi, hvor idéen ikke forventes at forandre arbejdskulturen for de sundhedsprofessionelle. Omvendt skal idéen integreres i et kulturelt univers, hvor kommunerne har forskellige tilbud til KOL-patienter, hvilket er temaet for næste delafsnit.

5.2.2 Eksisterende tilbud til KOL-patienter og behovsvurdering

Informanterne på regionalt niveau vurderer, at idéen ligger i forlængelse af eksisterende tilbud, som MS siger; *"Nej det er i forlængelse. Det kan ikke erstatte noget. Her kører vores spor og så putter vi det her på"* (MS spg 17). Det er således hans vurdering, at idéen ikke erstatter *noget*, men ligger i forlængelse af eksisterende KOL-tilbud. Hertil siger han dog også, at han tror, at idéen kommer *længere og længere ind*, og derved erstatter eksisterende tilbud til KOL-patienter. Denne forståelse er interessant, idet dette vil medføre, at idéen bliver mere ekstensiv og omfattende i forhold til den nuværende praksis. EH anskuer dét ud fra et økonomisk og ressourcemæssigt perspektiv, hvor hun siger; *"[...] hvis man vælger at bruge en masse penge på det her. Jamen så skal det jo også bruges, så kan det ikke nytte noget, at halvdelen kører på Ambuflex og det her kører på halvt"* (EH spg 34). Det er således EH's opfattelse, at der bruges mange penge på projektet, hvorfor kommunerne ikke skal have lignende, men forskellige tilbud til KOL-patienter, som hun siger; *"[...] skal vi så flytte patienterne fra Ambuflex og over på det andet, eller vælger man stadigvæk at køre med nogle på Ambuflex og så nogle på teleKOL, altså det er jo også noget mudder"* (EH spg 33).

Ovenstående citater er interessante, fordi de illustrerer, at EH opfatter Ambuflex og idéen som lignende tilbud til KOL-patienter. Hertil kan man dog diskutere, om Ambuflex er et telemedicinsk værktøj, men det centrale er, at EH ser ligheder mellem værktøjerne. Dette kan understøtte den tænkning, hvori idéen bliver mere ekstensiv og erstatter lignende værktøjer som Ambuflex.

Derudover er informanterne på regionalt niveau lidt splittede vedr. behovet for idéen. Således vurderer EH, at der er behov for en form for monitorering, men hun ønskede, at man fokuserede på eksisterende tilbud først, som fx Ambuflex; *"Kunne vi have brugt et eller dér i stedet for at tage noget helt nyt ind [...] Så kunne man have kigget lidt på – hvad har vi i forvejen"* (EH spg 15). Omvendt vurderer MS, at idéen kommer for tidligt; *"Jeg synes det er spild af penge på nuværende tidspunkt. Vores KOL-patienter er ikke gearet. De mest syge KOL-patienter er ikke gearet til at være online i dag"* (MS spg 2). I stedet ønskede han, at patienter og almen praksis skulle have et telefonnummer til ambulatoriet, så erfarne sygeplejersker kunne give gode råd, fordi de kender patienterne. Samtidig er det dog MS' vurdering, at projektet fører en masse godt med sig, men at behovet kunne løses telefonisk, hvorfor man har skudt ved siden af (MS spg 5).

I Silkeborg Kommune er opfattelsen, at idéen integreres som en del af forløbsprogrammet for KOL, som MH siger; *"Nej det ligger i forløbsprogrammet – fordi det er det tilbud vi har til borgerne"* (MH spg 2). Hun siger samtidig, at teleKOL (idéen red.) kun er en lille del af forløbsprogrammet, selvom det kan føles kæmpestort. Dette er også BS' opfattelse; *"[...] som jeg ser det, så kommer det til at glide ind som en helt naturlig del af forløbsprogrammet"* (BS spg 12). BS forventer samtidigt, at idéen medfører digitale forløbsplaner, som skal styrke gennemskueligheden og samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehuset. HJ forventer også, at idéen sikrer en helt anden systematik end det kommunen har gjort før;

"Det sikrer en helt anden systematik end det vi har gjort før, fordi det er sygeplejerskerne [...] – eller det er vores akutteam, hvor sygeplejerskerne tager ud og måler de her værdier og sender dem til lægen, men det er jo ikke systematisk og struktureret på samme måde, som man forventelig vil lave en handleplan i sådan et forløb på" (HJ spg 25).

Det er således HJ's forventning, at idéen medfører en handleplan som styrker systematikken i den kommunale behandling. Idéen opleves derfor som et værktøj, der kan understøtte og sågar forbedre

eksisterende praksis. I forlængelse heraf påpeger hun, at det passer fint ind i det kommunen gør i forvejen, hvorfor forventningen er, at idéen passer ind i de eksisterende tilbud. Dette indikerer også, at hun vurderer, at der er et reelt behov for idéen. Samme vurdering har MH, som siger; ” [...] *det kan blive et langt bedre tilbud til folk. Man bliver heller ikke fastholdt i, at der skal komme nogen til en hele tiden*” (MH spg 30). Hun siger videre, at idéen styrker patienternes empowerment og skaber medansvar, *men at hjælpen er lige om hjørnet, hvis der sker noget*. BS vurderer også, at der er behov for idéen, som skaber en plan for behandlingsforløbet; ” [...] *man har jo nogle værdier at forholde sig til [...] Og få bedre styr og bedre hjælp til dem, og have en mere klar plan for hvordan behandler vi dem her*” (BS spg 13). Informanterne i Silkeborg Kommune har således fokus på, at idéen medfører en *plan* for KOL-patienterne, som skal integreres i forløbsprogrammet for KOL, hvorfor informanterne vurderer, at idéen passer med eksisterende tilbud til KOL-patienter.

I Skive Kommune er forventningen, at idéen ligger i forlængelse af eksisterende tilbud til KOL-patienter, som EMH siger; ”*Altså det vil komme til at ligge som noget, der kommer til at ligge i forlængelse af [...] hvis vi igen taler om at have en vifte af tilbud, så er det her et nyt tilbud vi kan trække ind*” (MB spg 32 og 33). Dette skaber dog en udfordring i organiseringen af arbejdet, som EMH siger; ” [...] *fordi jeg er egentligt meget tilhænger af at det skulle være kendte folk, der skulle komme ved KOL-borgere, fordi der er så meget psyke*” (EMH spg 29). Hun siger videre, at telemedicin skal på så få hænder som muligt, så der ikke er mange sundhedsprofessionelle, der skal sættes ind i noget de møder alt for lidt; ” *Fordi vi taler måske om 12 borgere, og der synes jeg det er meget, hvis vi skal til at bringe det ud i hele organisationen*” (EMH spg 29). MB forventer også, at idéen ligger i forlængelse af eksisterende tilbud; ” [...] *det er vores opgave at få det til at både ligge i forlængelse, men også sammen med*” (MB spg 22). Hertil påpeger hun, at kommunen skal sikre, at patienter som ikke får indsatsen tilbydes noget andet, så alle borgere får en indsats. Forventningen er derfor ikke, at idéen skal erstatte eksisterende tilbud, men ligger i forlængelse af eksisterende tilbud til KOL-patienter.

Omvendt ser informanterne ikke et stort behov for integration af idéen. Adspurg om behovet for idéen svarer EMH;

”Det kan jeg så være mere i tvivl om [...] jeg tænker, at det der har overrasket mig med alle de patienter, jeg har fulgt i den her patientgruppe, det er hvor få – og hvordan vi nogle gange synes

der er et kæmpe behov for dem her, og så når det kommer til det egentlige, så er det ikke ret stort”
(EMH spg 35 og 36).

Citatet illustrerer, at EMH ikke vurderer behovet er stort. Samme vurdering har MB, som tænker hun kunne ansætte tre medarbejdere for den hidtidige kostpris. Samtidig tænker hun, at hvis man spurgte KOL-patienterne, så ville de hellere have udkørende personale, men at man ikke spurgte borgerne (MB spg 23). MB anser derfor behovet ud fra et økonomisk- og organisations perspektiv, hvortil hun siger; *”Jeg siger ikke, at vi ikke skal have det her, men overvejelser om omfanget”* (MB spg 25).

Informanterne i Viborg Kommune vurderer også, at idéen passer ind i eksisterende tilbud til KOL-patienter, som JH siger; *”Ja det gør det. Jeg synes bare, at vi gør det rigtig meget i forvejen, så det er et stort setup i forhold til det vi har gjort et stykke tid nu”* (JH spg 34). Citatet viser dog også, at JH mener idéen er et stort setup i forhold til nuværende praksis og antallet af inkluderede KOL-patienter, som forventes at være ca. 90 borgere i Viborg kommune. Samtidig fremgik det af afsnittet om *tekniske faktorer*, at PS mener idéen ligger i tråd med tænkningen i Viborg kommune.

Omvendt vurderer JH, at der ikke er behov for idéen, hvis den isoleres til KOL-patienter; *”Det er der ikke [behov for idéen red.]. Men hvis du kigger på det som en platform til at bygge ovenpå med hjerte, diabetes og graviditet og hvad der ellers er tænkt der skal komme. Så kan det give mening* (JH spg 29). JH ser derfor ikke et behov, hvis idéen isoleres til KOL-patienter, men ser et lovende fremtidsperspektiv når andre patientgrupper inkluderes. PS anskuer også idéen i et langsigtet perspektiv, som han siger; *” [...] og så er vi nødt til at implementere noget så vi har en praksis at videreudvikle ud fra”* (PS spg 8).

Ovenstående viser, at informanterne i de tre kommuner vurderer, at idéen passer med eksisterende tilbud til KOL-patienter. Det ses dog også, at informanterne vurderer behovet forskelligt. Informanterne i Silkeborg ser et klart behov for idéen, mens de i Skive ikke ser et stort behov, men syntes omfanget er for stort. I Viborg ser informanterne ikke et behov, hvis idéen isoleres til KOL-patienter, men et lovende perspektiv, hvis andre patientgrupper inkluderes. Informanterne på regionalt niveau var splittede vedr. behovet for idéen. Omvendt fremgik det også af ovenstående, at informanterne i de tre kommuner vurderer, at projektet er stort og omfangsrigt. Hertil er KOL-

patientforløb ofte tværsektorielle, hvor almen praksis, regionale og kommunale aktører involveres, hvilket styrker kompleksiteten og fordrer et stærkt tværsektorielt samspil. Dette er også emnet for næste afsnit, hvor der er bred enighed om, at projektet er stort og uoverskueligt.

5.2.3 Interorganisatorisk samspil

Det er den regionale opfattelse, at samarbejdet i Midtklyngen er godt og veludviklet, som EH siger; *"[...] vi har et netværk i forvejen [i klyngen red.], hvor vi samles på tværs og udvikler ting sammen, så det er ikke noget nyt der skal opfindes"* (EH spg 16). Dette udtrykkes også af MS, som siger; *"Nej jeg syntes faktisk at det med klyngerne, det har virket godt i den tid som vi har brugt det"* (MS spg 11). Samtidig har både EH og MS ønsket, at monitoreringen etableres på klyngeniveau – i stedet for regionalt niveau. Dette indikerer, at samarbejdet i Midtklyngen er veletableret, hvilket EH også udtrykker; *"Så det fungerer godt i Midtklyngen med det tværsektorielle samarbejde, og overgangene fra vores patienter [...]"* (EH spg 30). Omvendt vurderer både EH og MS, at almen praksis er svære at inkludere i tværsektorielle samarbejde; *"Almen praksis var jo inviteret med, men de var godt nok ikke meget synlige. Det var de ikke [...]. Og det er jo ærgerligt, fordi de er jo også vores samarbejdspartnere"* (EH spg 23). MS (spg 8) oplever heller ikke stor entusiasme fra almen praksis, som han ikke tror er positive overfor idéen.

Informanterne i Silkeborg Kommune anerkender udfordringerne i tværsektorielt samarbejde, men vurderer også, at samarbejdet mellem region og kommuner fungerer godt, som MH siger;

"Man vil samarbejdet i både regionen og i klyngen. Hele setup'et omkring sundhedsaftalen – og hvad vi ellers har. Det der med at vi vil samarbejde på tværs af sygehuse og kommuner og kommuner imellem det bærer altså helt vildt langt. Det kan godt være, at vi har forskellige udgangspunkter og forskellige interesser i det, men vi er enige om, at vi skal lande et eller andet sted. Det synes jeg bærer rigtig, rigtig langt" (MH spg 3).

Samme vurdering har BS, der oplever stor enighed i regionen og kommunerne, hvortil han påpeger, at der er stor interesse for det tværsektorielle samarbejde på kryds og tværs. Hertil er det især kommunerne, som; *"[...] vi læner os meget op ad hinanden i forhold til hvordan vi organiserer området og hvilke tilbud er der til borgerne med KOL"* (BS spg 4). Omvendt nævner hverken MH og BS almen praksis i denne forbindelse. I stedet siger MH, at almen praksis har en speciel og svær

rolle; *"Fordi det er hele den måde de er organiseret ind i det her fordi det er jo også noget med incitament struktur. Man får det man betaler for"* (MH spg 36).

Hertil ser HJ dog en potentiel barriere i det tværsektorielle samarbejde, når sundhedsprofessionelle skal aflæse data og kontakte praktiserende læge; *"Fordi hvad nytter det, at vi egentligt kan konstatere, at her er noget der ser skidt ud og vi sender det videre til lægen og så sker der måske ikke noget før om nogle timer eller i morgen?"* (HJ spg 45). Denne udfordring anser HJ som ny, hvorfor samspillet med almen praksis opfattes som en kulturel og organisatorisk udfordring. Videre fortæller hun, at hun ikke er bekymret for den regionale monitoreringsenhed, men nærmere; *"[...] de lægepraksis, hvor det måske ikke sker så tit. Og hvem er det så lige der agerer herude?"* (HJ spg 48).

Informanterne i Skive beretter også om et godt samarbejde på tværs af kommunerne og regionen;

"Ja i vores egen klynge er vi ret enige om hvordan det skal være. Vi har også et veletableret samarbejde på forhånd omkring det her emne. Vi har haft en gruppe omkring KOL på tværs af de tre kommuner og hospitalsenhed Midt og Silkeborg, så vi er vant til at tale sammen og har ret samme ideer om hvad vej vi skal gå" (EMH spg 11).

Nogenlunde samme melding lyder fra MB, som siger; *"[...] vi er nogenlunde på linje og vi er også på linje om kursen. Og vi har jo også samme hospital og det giver en stor fordel"* (MB spg 10). Hun fortællere videre, at Midtklyngen er gode til at sætte sig om bordet og; *"[...] vi har rigtig god erfaring både fra hjerteområdet og KOL-området i at Midtklyngens aktører sætter sig sammen om bordet og prøver at finde ud af, hvordan får vi så det her implementeret"* (MB spg 34). Informanterne i Skive vurderer således begge, at det interorganisatoriske samspil mellem region og kommuner fungerer og styrker samarbejdet i Midtklyngen. Omvendt er almen praksis, ifølge MB, ikke en del af samarbejdet endnu; *"[...] der skal vi have en opmærksomhed på også at få praksislægerne med ind til bordet i og med de bliver tovholdere på KOL"* (MB spg 34). MB forventer dog ikke, at samarbejdet giver problemer i Skive Kommune, fordi de har et godt samarbejde med almen praksis.

Det fremgår ikke af datasættet, hvorvidt informanterne i Viborg Kommune vurderer, at samarbejdet i Midtklyngen fungerer godt. JH giver dog udtryk for, at hun savner involvering fra almen praksis; *"Der hvor jeg mangler noget er vores praksislæger. Fordi jeg tænker, de er jo nogle af dem som*

kender borgerne før vi andre kender dem. Og de er ret usynlige i det her” (JH spg 48). Hun fortæller videre, at Midtklyngen arbejder meget med at involvere praksis, men at praksis *ikke dukker op i samarbejdet* – selvom de er inviteret. PS havde ingen betragtninger på samspillet med almen praksis.

Ovenstående viser, at informanterne vurderer, at samarbejdet i Midtklyngen styrker det interorganisatoriske samarbejde. Heraf fremgår det, at samarbejdet i klyngen er veletableret på tværs af regionale og kommunale aktører. Omvendt ses det også, at almen praksis ikke er del af samarbejdet på KOL-området. Hertil er der forskellige meninger om, hvorvidt almen praksis vil blive en barriere i implementeringsfasen. Det er dog for tidligt at konstatere, at samarbejdet med almen praksis bliver en barriere, idet almen praksis, ifølge informanterne, ikke er involveret endnu.

5.2.4 Håndtering af identificerede kulturelle barrierer

Ovenstående afsnit om *kulturelle faktorer* identificerede barrierer, der relaterer sig til 1) behovet for idéen og 2) almen praksis. Det fremgik af ovenstående, at informanterne i kommunerne vurderer behovet forskelligt. Det fremgik dog også, at informanterne vurderer, at idéen ligger i forlængelse af eksisterende tilbud, hvorfor indsatsen ikke *erstatte noget*. Dette medfører, at idéen opfattes som kompatibel med de eksisterende tilbud til KOL-patienter. Samtidig fremgik det også, at KOL-området og sundhedsfeltet ofte udsættes for forandringer, som JH siger; *”Ja, de er der hele tiden”* (JH spg 40). Idéen opfattes således som et rammevilkår, hvor indsatsen opfattes som en mulighed, hvis patienten ønsker det. Dermed konflikter behovet for idéen ikke med eksisterende praksis og det kulturelle univers. Omvendt er der skepsis overfor størrelsen på udbredelsesprojektet, der opfattes som stort og omfangsrigt. Hertil forventer informanterne, at få borgere reelt kan inkluderes, hvorfor der bruges mange ressourcer på få patienterne¹⁸.

Derudover var der enighed om, at almen praksis ikke er en del af udbredelsesprojektet. Hertil var der forskellige meninger om, hvorvidt almen praksis bliver en barriere, når idéen skal integreres og implementeres. Dette er man dog bevidst om, hvorfor man tilpasser systemet til almen praksis, som HJ siger; *” [...] så tager man afsæt i en forløbsplan der er lavet sammen med praksislægerne [...] Og så må vi andre jo passe os til ind i det system der bliver udviklet der”* (HJ spg 20). Omvendt var der bred enighed om, at samarbejdet i Midtklyngen var veletableret på tværs af region og kommuner.

¹⁸ Se opgørelse i bilag 14

Dette medfører, at Midtklyngen bliver det fora, hvor aktørerne kan etablere fælles forståelser og udvikle det tværsektorielle samarbejde på KOL-området. Hertil fremgik det af ovenstående, at *informanterne har rigtig god erfaring fra hjerteområdet og KOL-området*. Det veludviklede samarbejde i Midtklyngen er derfor med til at sikre, at informanterne ikke forventer store tværsektorielle barrierer, idet man har erfaring fra andre vellykkedes implementeringsprocesser, som EH udtrykker; ” [...] *vi har lavet tværsektorielle mødefora på KOL, hjerteområdet og jeg ved de arbejder på det på diabetes området, så vi gør alt for at få klyngen til at hænge sammen både regionalt og også kommunalt*” (EH spg 30). Midtklyngen er derfor det fora, hvor aktørerne arbejder med eventuelle *misfits*, der går på tværs af enhederne.

5.2.5 Sammenfatning

Ovenstående afsnit om kulturelle faktorer viste, at informanterne ikke forventer kulturelle barrierer, når idéen skal integreres i organisationernes kulturelle univers. Dette skyldes i høj grad kommunernes erfaringer med velfærdsteknologi, hvor idéen ikke forventes at forandre arbejdskulturen for sundhedsprofessionelle. Dette udtrykkes ved at informanterne vurderer, at idéen passer på kerneopgaven for sundhedsprofessionelle og kommunernes eksisterende tilbud til KOL-patienter. Samtidig viste afsnittet, at informanterne opfatter idéen som et værktøj, der ligger i forlængelse af nuværende praksis og ikke *erstatte* noget. I stedet ses idéen som et værktøj, der kan bruges af de patienter som ønsker det. Hertil udtrykker informanterne også, at idéen ikke er kompliceret, men er kompatibel med eksisterende praksis, hvorfor sundhedsprofessionelle forventes at tilpasse sig teknologien og derved ændre arbejdsgang der matcher teknologien. Dette illustrerer samtidig, at idéen ikke blot er en teknologi der spredes, men et værktøj der kan påvirke kultur og arbejdsgange i organisationen. Hertil er de socialt konstruerede forestillinger om idéen helt centrale for informanternes opfattelse af idéens funktionalitet. Dette ses eksempelvis i Silkeborg Kommune, hvor informanterne ser et reelt behov, hvor idéen kan styrke systematik og *planen* for patienterne.

Omvendt viste afsnittet også, at informanterne anser almen praksis som usynlige, idet de ikke er involveret i samarbejdet på nuværende tidspunkt – selvom de er inviteret. Hertil er der dog forskellige opfattelser af, hvorvidt almen praksis bliver en barriere. Således forventer informanterne i Skive Kommune ikke, at samarbejdet giver udfordringer, fordi de har et veletableret samarbejde

med almen praksis. Det kan derfor ikke sammenfattes, at almen praksis bliver en barriere, når idéen skal integreres i Midtklyngen.

Derudover fremgik det, at Midtklyngen er det fora, hvor aktørerne kan etablere fælles forståelser og udvikle det tværsektorielle samarbejde på KOL-området. Hertil har man erfaringer fra andre vellykkedes implementeringsprocesser, hvorfor man ikke forventer tværsektorielle barrierer. Ovenstående indikerer, at idéen ikke konflikter med nuværende kultur, værdier og overbevisninger i organisationen. Der kan således ikke identificeres et *kulturelt misfit* mellem idéens egenskaber og de adopterende organisationer.

5.3 Politiske faktorer

Med *politisk fit* forstås i hvilket omfang idéen er kompatibel med de implicitte og eksplicitte normative interesser og dagsordener i den adopterende organisation. Hertil vil fokus være den nationale beslutning om udbredelse, som medfører stor metodefrihed og idéens institutionelle opbakning.

5.3.1 Divergerende opfattelser om metodefrihed

Informanterne i regionalt regi udtrykker ikke glæde ved den nationale beslutning om udbredelse, som MS siger; *"Det er røv og nøgler. Undskyld. Det skal komme fra os"* (MS spg 5). Samtidig er det EH's opfattelse, at beslutningen om udbredelse skete for hurtigt; *"[...] jeg synes de skulle have klappet hesten og set resultaterne fra Aalborg inden de så ubetinget sagde ja"* (EH spg 25). Hendes kritik beror på, at beslutningen om udbredelse blev truffet i oktober 2015 (Finansministeriet, 2015), mens de endelige forskningsresultater først var klar i 2016 (Udsen, 2016). Videre ønskede hun mindre metodefrihed, så implementeringen blev ens i hele landet;

"Hvis man vil ind og styre, og siger vi skal have telemedicin til KOL, så kunne man måske også have gået ind i detaljen og sagt; jamen der er noget erfaring fra Aalborg og der er nogle resultater – hvis de havde ventet lidt på dem. At de siger det er en god måde at gøre det på den måde der. Så vi vil gerne have at i ruller det ud den vej der. Og så måske have lavet lidt mere fælles i forarbejdet på landsplan" (EH spg 26).

Informanterne i Silkeborg Kommune vurderer også, at der har været stor metodefrihed, hvortil BS siger; *"[...] der kommer en opgave, hvor der siges den her den skal løses og det er bare rammerne og vilkårene, men at man selv kan have lov til at få indflydelse [...] det er jo altid noget"* (BS spg 21). HJ er også tilfreds med udbredelsesmodellen, som hun siger; *"Altså modellen er fin – helt sikkert"* (HJ spg 27). Hertil vurderer HJ også, at kommunen kan få indflydelse, men det bliver på det nære, fordi de store linjer er trukket (HJ spg 41).

Omvendt kan MH se både fordele og ulemper;

"Jeg synes det er fint, at man siger, det her skal vi have til at fungere – find ud af det. Men de siger også, find ud af det med det her. Og der synes jeg måske, at de nationale politikere er nede i maskinrummet. Det er nogle bestemte modeller de vil have udbredt" (MH spg 37).

MH er således tilfreds med den nationale beslutning om udbredelse, hvor regioner og kommunen har fået metodefrihed, men vurderer også, at politikerne vil have udbredt bestemte modeller. Hertil er hendes opfattelse;

"De har sagt vi skal tage det de har arbejdet med i Nordjylland, og det skal vi have bredt ud til resten uden at forholde sig til – er det den bedste idé? Det kan godt være, at telemedicin og teleKOL er en god idé, men kunne det se anderledes ud?" (MH spg 38).

Informanterne i Skive Kommune vurderer i forlængelse heraf, at projektet er stort og fylder meget, som EMH siger; *"Jeg synes det er galimatias for at sige det [...] Ja, men jeg synes det er helt sindssygt for at sige det direkte. For man godt kan tænke, hvorfor er det lige nu, at det her skal fylde så meget?" (EMH spg 40).* Hertil siger hun også; *"[...] og det er jo ikke fordi jeg kan se der er sket kvantespring i den egentlige indsats for borgeren" (EMH spg 39).* EMH har således et stort fokus på, at projektet er stort, fordi man fra national side ikke har fastlagt en bestemt model, som måske ville møde modstand, men ville spare udviklingsarbejde (EMH spg 39). Derudover vurderer EMH idéen som en uforholdsmæssig dyr investering, hvortil hun siger; *"[...] den overordnede beslutning har for mig ikke dannet fornuft. Det synes jeg har gjort noget ved min motivation i det" (EMH spg 47).* Hertil siger hun videre, at det nok skal lykkes at integrere indsatsen ude ved borgerne, men *at man har satset meget stort på nogle meget få resultater.*

MB vurderer også, at udbredelsesprojektet er stort og fylder meget; *"[...] jeg er i tvivl om det behøves at være så gigantisk og jeg håber ikke at de efterfølgende kroniske sygdomme kommer til at blive lige så gigantiske" (MB spg 18).* MB udtrykker især ærgrelse over, at man ikke kiggede mod Skive Kommunes projekt om hjerterehabilitering, som er en udbygning af hjerteindsatsen, men på et mindre niveau; *"Set fra min vinkel synes jeg det har været ærgerligt man måske ikke har kigget noget mere til det" (MB spg 14).* Hertil siger hun også, at patientgruppen er lige så kompleks som svær KOL-patienter, men at der blev valgt et andet og større setup.

Informanterne i Viborg er omvendt glade for den nationale beslutning om udbredelse, som JH siger;

"Nej, altså det tror jeg er nødvendigt. Og jeg tror også man skal være mere hardcore når man udbreder det og ikke lægge så meget op til, at klyngerne og regionerne kan gøre hvad de nu vil.

Altså jeg tror man skal lægge op til – at det her er en national løsning og der skal være national teknologi under det” (JH spg 42).

Det er således hendes opfattelse, at metodefriheden for regioner og kommuner skal begrænses, når en national model skal udbredes. Der er således forskellige opfattelser af udbredelsesmodellen, hvor informanterne i Silkeborg Kommune er glade for metodefriheden, mens de regionale informanter og JH fra Viborg Kommune ønsker mindre metodefrihed. Der kan således identificeres et modsætningsforhold mellem informanterne, hvilket indikerer at politisk fit for en informant kan være et politisk misfit for en anden. Samtidig kan man sige, at det der opleves som en mulighed i én situation kan opfattes som en barriere i en anden. Dette udtrykkes især i spændingerne mellem Silkeborg og Viborg Kommuner, hvor opfattelserne om metodefrihed divergerer. Hertil kan man argumentere for, at dette er naturligt, men det illustrerer alligevel nogle styringsmæssige udfordringer, når nationale modeller skal udbredes i forskellige kontekster.

PS er også tilfreds med den nationale udbredelse, men håber man har undersøgt TeleCare Nord ordentligt; ” [...] og ikke bare sagt – nu har de lavet det her og det kopierer vi, men også tænkt det videre og dykket ned i erfaringerne” (PS spg 8). Dette leder også til en markant udfordring for PS, som ser store udfordringer i at få lokalpolitikere til at bevilge pengene; ”Jeg tror jeg har fået penge nok til implementeringen, men til driftsudgiften skal der jo argumenteres for, i en situation hvor vi skal finde besparelser” (PS spg 17). Denne bekymring skyldes, at PS ikke kan garantere besparelser i projektet, hvorfor pengene måske skal tages fra organisationen. Samtidig er JH også kritisk overfor de data og den gevinstrealisering, som hun ikke vurderer TeleCare Nord havde; ” [...] der tænker jeg at det er et dyrt projekt. Fordi der ikke er de gevinster i det som man gerne vil have” (JH spg 3). Dette kan forstås som en politisk barriere, idet idéen bygger på en politisk forventning om besparelser og overbevisende kvalitative gevinster. Dette uddybes i nedenstående afsnit, hvor fokus også er idéens institutionelle opbakning og formidlingen heraf.

5.3.2 Institutionalisering af ideen

Beslutningen om at sprede idéen er en aftale indgået mellem regeringen, KL og Danske regioner (RM & KOSU, 2016). Dette betyder, at idéen er en *skal-opgave*, hvorfor aktørerne i sundhedsfeltet er tvunget til at udvikle og implementere idéen. Dette fremgår også tydeligt fra informanterne, hvor EH (spg 16), PS (spg 19), BS (spg 11), MS (spg 4) og EMH (spg 44) alle opfatter idéen som tvungen,

hvilket også er en udbredt metode på sundhedsområdet, hvor lovgivning og reformer er udbredt (Sum 2017: Digitaliseringsstyrelsen 2016). Dette opleves derfor ikke som et politisk misfit, fordi *skal-*opgaver er et vilkår og normal praksis i sundhedsfeltet.

Samtidig kan der identificeres et normativt pres, idet idéen i landsdelsprogrammet knyttes til moderigtige begreber indenfor sundhedsfeltet (RM & KOSU, 2016). Her knyttes idéen til færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg, øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet, øget tryghed og sygdomsmestring. Man kan derfor sige, at parterne i landsdelsprogrammet forsøger at konstruere *en pakke* med positive og politisk accepterede elementer, der tilknyttes idéen. Dette udtrykkes også af at et ministersvar fra daværende sundhedsminister Karen Ellemann, som siger;

”Den genberegnete business case for den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL, der er beregnet på baggrund af de endelige resultater fra TeleCare Nord, viser et nettopotentiale på ca. 480 mio. kr. over en femårig periode. Derudover viste projektet overbevisende kvalitative resultater i form af øget følelse af tryghed, øget følelse af mestring af egen sygdom og følelse af frihed hos borgerne der modtog telemedicin [...] Med det udgangspunkt blev der i forbindelse med økonomiaftalerne for 2016 truffet beslutning om at udbrede telemedicin til KOL-patienter på baggrund TeleCare Nord-projektets model [...]” (SUM, 2017).

Herunder kan man argumentere for, at de autoritative aktører forsøger at legitimere spredningen ud fra et *logic of appropriateness-perspektiv*, hvor idéen fremføres som funktionel overlegen i forhold til eksisterende praksis (March & Olsen, 1996). Samtidig formidles idéen af autoritative og centrale aktører i sundhedsfeltet, hvor regeringen, Danske Regioner, KL og interesseorganisationer formidler budskabet om idéen (Finansministeriet, 2012: Finansministeriet 2016: Lungeforeningen, u.å). Her præsenteres idéen som en løsning på sundhedsområdets kroniske udfordringer, mens teknologien fremføres som moden og nødvendig. Dette medfører, at idéen fremføres som funktionel overlegen i forhold til nuværende praksis på KOL-området, hvilket legitimerer og styrker sandsynligheden for udbredelse. Det ses således, at de autoritative aktører har fokus på at konstruere en *positiv pakke*, men udelader de udfordringer, som litteraturen om implementering af telemedicin udelader jf. specialets afsnit 2.1.2. Her tænkes især på udfordringerne omkring manglende gevinstrealiseringer og ekstra arbejdsopgaver i telemedicinske løsninger.

Denne funktionelle overlegenhed deles dog ikke af regionens programstyregruppe, som pointerer, at TeleCare Nord ingen forskel viste i livskvalitet og at løsningen ikke var omkostningseffektiv (Marinus, 2019). Samme opfattelse ses i Viborg Kommune, hvor PS pointerer, at idéen ikke kan forklares med et økonomisk perspektiv, som ministeren forklarede ovenfor;

” [...] den der business-case hænger overhovedet ikke sammen. Business-casen hænger, tror jeg, først sammen om 5-10 år [...] så man kan ikke forklare det med et økonomisk perspektiv – andet end et meget langsigtet perspektiv. Og det kan jo så også være godt nok, men det kræver jo at man tror på det” (PS spg 7).

Ovenstående citater illustrerer forskellen på de nationale og informanternes forventninger. Derfor har programstyregruppen tilpasset idéen fra TeleCare Nord ved at etablere monitoreringsenheder, hvilket dog har mødt modstand og kompromiser om formatet i Midtklyngen, som EH siger; *” [...] vi har diskuteret meget det der med monitoreringscentre. Det har vi absolut ikke været enige om”* (EH spg 19). Hertil var programstyregruppen position, at man ønskede et regionalt center hele døgnet, men at man indgik et kompromis; *”Fordi os der er tæt på, vi var nok af den mening, at så blev kvaliteten for dårlig. Og det var så der vi landene, med at vi kunne tage halv-halv”* (EH spg 20). Samme melding lyder fra MS, som ikke mener beslutningstagerne har været lydhøre;

”Og der har man ikke været lydhøre. Der har faktisk være en stor gruppe, der har sagt lad os nu få det klyngevis altså hospitalsvis. Så klarer vi det. Vi kender vores patienter og de kender os. Mange af dem er jo gengangere. Men det har man valgt ikke at ville gøre. Det synes jeg, er det største problem” (MS spg 13).

Der har således været modstand mod løsningen i Region Midtjylland, som særligt udtrykkes af de regionale informanter. Deres bekymringer relaterer sig især til kvaliteten i behandlingen, idet patienterne ofte er gengangere, som lægerne i hospitalsregi kender. Det er således ikke i hospitalets interesse, at deres kendte patienter skal behandles af udefrakommende KOL-sygeplejersker, som ikke kender patientens historik. Hertil har programstyregruppen dog haft fokus på at gøre løsningen omkostningseffektiv. Dette udtrykker MH eksempelvis glæde ved; *”Så det er også med at få allokeret ressourcerne derhen hvor der er størst sandsynlighed for at de bliver brugt”* (MH spg 5).

Ovenstående citat illustrerer et økonomisk fokus, hvilket også er et gennemgående element hos informanterne. Således viste afsnit 5.3.1 om *divergerende opfattelser om metodefrihed*, at flere informanter vurderede, at idéen var uforholdsmæssig dyr og beslutningen truffet på baggrund af utopiske gevinstrealiseringer. Dette udtrykkes især af informanterne i Skive Kommune, som MB siger; ” [...] *det er utydeligt for mig, hvor henne den økonomiske effekt skal komme*” (MB spg 32). Samme retning udtrykkes af EMH; ” [...] *den store gevinstrealisering man så deroppe var tryghed for borgeren og det skal man jo heller ikke underkende. Man skal bare ikke regne med, at man sparer penge på det*” (EMH spg 2). Der kan derfor identificeres et misforhold mellem den nationale ambition om besparelser og informanternes forventninger. Dette er især aktuelt i kommunalt regi, idet besparelsen forventes i regionalt regi, mens omkostninger til kommunale ydelser er en smule højere, jf. erfaringerne fra TeleCare Nord projektet. Der spores således utryghed ved forventningen om en gevinstrealisering, hvilket kan udfordre institutionaliseringen af idéen og forstærke interesseforskellene og dagsordenerne mellem aktørerne i sundhedsfeltet. Dette kan mediere receptionen af idéen og resultere i en væsentligt politisk udfordring.

5.3.3 Håndtering af identificerede politiske barrierer

Ovenstående afsnit om *politiske faktorer* identificerede barrierer, der relaterer sig til 1) metodefrihed og 2) beslutningen om udbredelse. Heraf ses det, at der var forskellige opfattelse af udbredelsesmodellen, idet nogle informanter ønskede mere metodefrihed, mens andre ønskede mindre. Hertil kan man sige, at løsningen initieres og skabes ikke lokalt, men metodefriheden sikrer, at informanterne involveres i spredningsprocessen. Dette indikerer, at informanterne kan påvirke processen, hvorfor spredningen har *push og pull*-dimensioner. Hertil viser afsnittet dog også, at det der skaber fit i én kontekst skaber barrierer i en anden, hvilket kom til udtryk i de forskellige holdninger til metodefriheden. Dette er interessant og illustrerer variationerne på tværs af kommunerne, hvilket styrker kompleksiteten i spredningsprocessen.

Omvendt var der bred utilfredshed med beslutningen om at sprede idéen, fordi gevinstrealiseringen vurderes utopisk. Analysen viste, at idéen blev præsenteret som funktionel overlegen og formidles af autoritative aktører i sundhedsfeltet, hvilket kan styrke legitimeringen og sandsynligheden for udbredelse. Denne opfattelse deles dog ikke af regionens programstyregruppe, som har tilpasset løsningen med monitoreringscentre, fordi man ikke ser idéen som omkostningseffektiv (Marinus

2019). Analysen indikerer derfor et politisk misfit, idet hverken programstyregruppen eller informanterne forventer samme gevinstrealisering som det nationale niveau.

Samtidig udtrykker flere informanter, at idéen ikke skal fylde mere end den gør, som JH siger; *"Jamen min ambition er, at det ikke kommer til at fylde mere end 90 patienter skal gøre [...] Men gevinsten er jo så, at platformen så er der, og man kan bygge oven på den"* (JH spg 6). Citatet illustrerer en dobbelthed, idet JH ikke ønsker en ekstensiv løsning rettet mod KOL-patienter, fordi idéen er ressourcetung til en lille gruppe patienter. Omvendt påpeger hun også, at gevinsten er en platform, som kan videreudvikles. Dette medfører, at idéen ses i et ekstensivt perspektiv, hvor idéen skal udbredes til flere områder og ikke begrænses til KOL. Dette udtrykkes også af BS; *"[...] det er ligesom motorvejen der bliver lagt nu og baseret på de erfaringer, tror jeg, at det bliver nemmere og koble andre kronikergrupper på"* (BS spg 25). Analysen indikerer således, at programstyregruppen forsøger at skabe et politisk fit ved at udbrede en lav-fidelity, men mere ekstensiv løsning. Dette udtrykkes ved, at idéen afviger fra den oprindelige idé, men understøtter en mere ekstensiv udbredelse i retning af nye patientgrupper.

5.3.4 Sammenfatning

Ovenstående afsnit om politiske faktorer viste, at flere informanter oplever *politiske misfits*. Dette udtrykkes ved kritik af metodefriheden og beslutningen om udbredelse. Kritikken af metodefriheden er dog todelt, idet nogle informanter ønsker mere metodefrihed, mens andre ønsker mindre. Der er således ikke en entydig forståelse af, at metodefrihed er en politisk barriere. Derimod indikerer analysen, at et politisk fit for én informant kan være et misfit for andre. Dette styrker kompleksiteten i spredningsprocessen og illustrerer variation i kommunerne.

Derudover viste analysen, at beslutningen om udbredelse er et *politisk misfit* for flere informanter. Der er således udbredt utilfredshed med beslutningsprocessen, som informanterne vurderer, er truffet på baggrund af få resultater og utopiske gevinstrealiseringer. Det er således flere informanters oplevelse, at beslutningen om udbredelse blev truffet for hurtigt og før de endelige resultater var tilgængelige. Hertil vurderer flere informanter, at projektet er uforholdsmæssig dyrt, fordi der ikke er de gevinstrealiseringer, som de blev stillet i udsigt. Samtidig viste analysen, at monitoreringscentrene skaber en interessemodsætning, hvor særligt de regionale aktører forventer et kvalitetsdyk.

Dette medfører et *politisk misfit* mellem idéens forventede gevinstrealisering på nationalt niveau og de adopterende organisationer forventninger. Dette udtrykkes især ved interessemodsatningen mellem politiske krav om gevinstrealisering og sundhedsprofessionelles rationaler om kvalitative og kvantitative gevinster i behandlingen.

Kapitel 6. Diskussion

Nærværende kapitel er opdelt i tre diskussionsdele; 1) analysens resultater i forhold til den teoretiske ramme, 2) resultaternes generaliserbarhed og 3) styrker og svagheder i specialets metode og teori.

6.1 Analysens resultater i forhold til den teoretiske ramme

Specialets teoretiske ramme er Ansari et.al's (2010) framework, hvorfor analysens resultater diskuteres i forhold til deres idé om fit og misfit. I forlængelse heraf diskuteres de identificerede barrierer og deres betydning for spredning af idéen. Hertil viser analysen, at programstyregruppen tilpasser idéen, så den bedre matcher kravene fra enhederne. Man kan derfor argumentere for, at programstyregruppen søger at *opdage og udnytte variationen*, frem for at *undertrykke variationen* (Ansari et.al 2010). Man har således fokus på at formidle variation til de adopterende enheder, samt hvor og hvornår forbedringen af praksis forekommer. Dette ses eksempelvis ved monitoringsenhederne, hvor man anerkender bekymringerne fra praksis og indsætter *nye veje* at levere idéen på (Marinus 2019). Programstyregruppen har således ikke fokus på en konsekvent og trofast implementering af idéen, men tillader metodefrihed, så idéen kan tilpasses behovet i de adopterende organisationer. Dette ligger i tråd med Ansari et.al's (2010, s. 75) forståelse, idet adopterende organisationer der oplever misfit vil opleve en vanskeligere implementering, som sandsynligvis resulterer i tilpasning eller afvisning.

6.1.1 Teknisk fit

Ovenstående analyse viste, at enhedernes teknologiske fundament har stor betydning for informanternes oplevelse af *teknisk fit*. Samtidig indikerede analysen, at informanternes erfaringer med velfærdsteknologiske løsninger har indflydelse på deres opfattelse af fit. Dette kom især til udtryk i Skive og Viborg Kommuner, hvor informanterne vurderede, at teknologien var moden og simpel at anvende, hvorfor der var et fit med eksisterende teknologier i kommunerne. Omvendt vurderede to informanter i Silkeborg Kommune, at telemedicinske værktøjer ikke var udbredt. Disse informanter oplevede samtidig tekniske udfordringer, som både relaterede sig til robustheden samt patienter og sundhedsprofessionelles håndtering af velfærdsteknologi. Disse oplevelser udspringer af informanternes erfaringer med velfærdsteknologi, hvorfor deres erfaringer og forståelse af det teknologiske fundament har betydning for deres opfattelse af teknisk fit.

Dette ligger i tråd med Ansari et.al's (2010) framework, hvor medarbejdernes teknologiske baggrund og erfaringer med teknologi kan påvirke det tekniske fit. Man kan derfor sige, at viden og oplevede erfaringer ved teknologien er vigtige variable, hvis teknisk misfit skal undgås. Dette leder dog også til en væsentlig udfordring, idet informanterne ser væsentlige barrierer i inklusionen af patienter. Dette er en kendt barriere på KOL-området, hvor udfordringen er at rekruttere de rigtige patienter, som er motiverede og evner at anvende velfærdsteknologi. Derfor kan man diskutere, om dette er en teknisk eller rekrutteringsmæssig udfordring. Hertil er vurderingen i dette speciale, at inklusion af patienter ikke er en teknisk udfordring jf. Ansari et.al's (2010) framework, men en rekrutteringsmæssig udfordring. Denne udfordring forsøger Sundhedsstyrelsen at løse ved at give aktørerne stor metodefrihed, men flere informanter vurderer alligevel, at inklusion af patienter bliver en væsentlig udfordring.

6.1.2 Kulturelt fit

Samtidig viste analysen, at informanternes erfaringer med velfærdsteknologi og opfattelse af idéen har stor indflydelse på informanternes oplevelse af *kulturelt fit*. Hertil var opfattelsen, at idéen var ukompliceret og ligger i forlængelse af eksisterende praksis, hvorved idéen ikke erstatter KOL-tilbud. Dette passer med eksisterende forskning i telemedicin, som viser, at telemedicinske løsninger ikke erstatter tilbud, men bliver et tillæg til nuværende praksis (Christensen J. K., 2017). Dette medfører også, at sundhedsprofessionelle forventes at tilpasse sig teknologien og derved ændre arbejdsgang der matcher teknologien. Dette opleves dog ikke som en udfordring, idet KOL-området har erfaring med forandringer og tværsektorielt samarbejde. De socialt konstruerede forestillinger om idéen spiller derfor en stor rolle for receptionen af idéen. Hertil har erfaringerne fra implementeringsprocesser i Midtklyngen stor værdi, fordi informanterne oplever, at samarbejdet i Midtklyngen etablerer fælles forståelser og udvikler det tværsektorielle samarbejde. Undersøgelsen viser derved, at det veletablerede samarbejde i Midtklyngen styrker det interorganisatoriske samarbejde.

Dette passer med Ansari et.al's (2010) framework, hvor social konformitet er den primære mekanisme, der påvirker kulturelt fit. Analysen viser således, at idéen ikke integreres i et kulturelt tomrum, men i et veletableret kulturelt univers, hvor de adopterende organisationer har et veludviklet tværsektorielt samarbejde. Dette medfører, at idéen ikke konflikter med

overbevisningerne i det tværsektorielle samarbejde, men opfattes som et supplerende værktøj der kan anvendes, hvis patienterne ønsker det. Samtidig kan man sige, at samarbejdet i Midtklyngen er det fora, hvor aktørerne forhandler og udvikler fælles forståelser. Dette kan være nyttigt, når idéen skal tilpasses den lokale kulturs forventninger (Ansari et.al 2010, s. 78-80). Aktørerne i Midtklyngen får herved mulighed for at definere og tilpasse idéen, således den passer til lokale behov.

6.1.3 Politisk fit

Analyseresultaterne viser, at flere informanter oplever *politiske misfits*. Hertil er det især udbredelsesbeslutningen, som er genstand for kritik, idet hverken programstyregruppen eller informanterne forventer samme gevinstrealisering som det nationale niveau. Man kan derfor diskutere, om det lykkedes at sælge den konstruerede *pakke* med de positive og politisk accepterede elementer, der knyttes til idéen. Det fremgår således af undersøgelsen, at idéen ikke opfattes som ekstraordinær eller funktionel overlegen. Dette underbygger og indikerer, at informanterne ikke vurderer, at idéen er nødvendig i sit nuværende format, idet opfattelsen er, at det er vanskeligt at opnå den kvalitative og kvantitative gevinstrealisering.

Her argumenterer Ansari et.al (2010, s. 75) for, at misfit vil vanskeliggøre implementering og resultere i tilpasning eller afvisning. Udbredelsen er dog en *skal*-opgave, hvorfor programstyregruppen har valgt et *kompromis*, hvor man tilpasser idéen og søger at imødekomme de politiske krav og skabe opbakning til udbredelsen. Heraf fremgik det af analysen, at programstyregruppen tilpasser idéen ved etablering af monitoreringsenheder, hvorved man adskiller sig fra den oprindelige idé, som EH siger; ” [...] *men metoden de har gjort deroppe bliver jo meget anderledes end den vi kommer til at gøre hos os*” (EH spg 28). Analysen og citatet illustrerer, at idéen der udbredes har lav fidelity, idet man ikke er tro mod konceptet i den oprindelige idé. Samtidig viste analysen, at informanterne ønsker en mere ekstensiv løsning, fordi gevinstrealiseringen ikke vurderes opnåelig, hvis idéen isoleres til KOL-patienter. Dette kan blive en væsentlig udfordring for implementeringen og driften af idéen, hvis den manglende gevinstrealisering medfører at pengene skal tages fra organisationen. Man kan derfor forestille sig, at fokus i fremtiden bliver gevinstrealiseringen, idet staten ikke understøtter implementeringen og driften (RM & KOSU, 2016).

Specialets indsamlede empiri understøtter derfor en mere ekstensiv løsning, hvis den nationale ambition om gevinstrealiseringer skal opnås, hvilket også udtrykkes af EMH; ” [...] *hvis jeg tænker, at indsatsen skal stå mål med det udbytte jeg forventer man kan få. Så tænker jeg at det skal bruges til mere end det her*” (EMH spg 49). Denne udvikling ligger i tråd med Ansari et.al (2010), som definerer denne tilpasningsform som *tailored adaptation*, hvor den adopterende organisation anvender betydelige ressourcer på implementeringen, men ændrer idéen væsentligt og implementerer en signifikant anderledes version end den oprindelige.

Analysen viser derved, at idéen tilpasses den nye kontekst for at skabe et bedre fit med interesserne i de adopterende organisationer. Dette illustreres også i undersøgelsen, hvor JH (spg 31), EMH (spg 49), HJ (spg 21) og EH (spg 5) påpeger det generiske potentiale. Der er således enighed om, at idéens potentiale er stort, som MS også siger; ”*Men jeg tror for fremtiden, at der bliver det kanongodt*” (MS spg 2). Der er således ingen indikationer på, at informanterne ønsker at *forlade* implementeringen trods det politiske misfit. Undersøgelsen illustrerer derimod, at informanterne ser store muligheder i udbredelsen, men at dette fordrer en mere ekstensiv løsning.

6.2 Analytisk generalisering

Nærværende afsnit vil diskutere specialets analytiske generaliserbarhed, hvor de empiriske resultater kan at være vejledende for lignende situationer, hvis de vurderes at kunne sammenlignes med de undersøgte (Kvale & Brinkmann, 2009). Hertil er det centralt at overveje og reflektere over hvilken kontekst specialets resultater kan overføres til. Fokus for generaliseringen er resten af Region Midtjylland, den nationale udbredelse og andre patientgrupper.

Det fremgik af specialets afsnit om *problemformulering*, at diffusionsprocessen tilpasses når idéen spredtes og integreres. Her viste undersøgelsen, at spredningen er bestemt fra nationalt niveau og legitimeres af autoritative aktører i sundhedsfeltet. Yderligere bygger specialets resultater på empiri fra ni nøgleinformanter i Midtklyngen, hvor forskellige niveauer er repræsenteret. Hertil var den indsamlede empiri ens på tværs af enhederne, hvor specialets empiriske resultater understøttede det teoretiske udgangspunkt – at idéen tilpasses for at skabe fit. Man kan derfor argumentere for, at mekanismerne i de undersøgte enheder også er relevante i sammenlignelige cases, hvor idéen spredtes i en ny organisatorisk kontekst. Her viste specialets afsnit 4.1.2, at klyngerne i regionen har samme organisering og fokus, hvilket underbygger at resultaterne kan generaliseres til regionens

fem klynger. Man kan således argumentere for, at resultaterne fra dette speciale kan være vejledende for hvilke faktorer, der kan skabe fit og misfits i spredningen. Der er således klare sammenligneligheder mellem Region Midtjylland fem klynger, hvilket styrker muligheden for analytisk generalisering (Flyvbjerg 2010).

Omvendt kan man argumentere for, at spredningen på det nationale niveau har forskellige organiseringer og fokuspunkter, hvilket vanskeliggør analytisk generalisering. Hertil viser undersøgelsen dog, at de politiske misfit udspringer fra nationale beslutninger, hvorfor det er plausibelt, at disse kan genfindes i de andre landsdelsprogrammer. Samtidig kan man diskutere, om specialets resultater kan generaliseres til andre patientgrupper end KOL. Hertil er vurderingen dog, at KOL-patienter er en speciel patientgruppe, der næppe kan sammenlignes med fx kræft- eller diabetespatienter, idet KOL-patienter ofte er multisyge eller kognitivt svækkede. Omvendt vurderede MB (se afsnit 5.3.1), at hjertepatienter er lige så komplekse som svær KOL-patienter, hvilket underbygger generalisering til andre patientgrupper.

6.3 Styrker og svagheder i specialets metode og teori

Dette projektet kunne styrkes, hvis datamaterialet blev indsamlet over en længere tidsperiode. Herved ville det være muligt at analysere, hvorvidt idéen institutionaliseres og tilpasses i praksis. Dette begrænses dog af specialeperioden, hvorfor specialet skal ses som et *before-the-storm* projekt. Samtidig kan der også være en udfordring i struktureringen og tolkningen af data, idet der er en risiko for et forudbestemt blik på nogle kategorier, mens andre alternative forklaringer negligeres.

Samtidig kan man udfordre udvælgelsen af informanter, hvor dette speciale har fokus på udvalgte nøgleinformanter. Spredningsprojektet er dog stort, hvorfor der findes flere nøglepersoner i hver enhed, som antageligvis ikke har samme forståelser og tolkninger som specialets informanter. Det er derfor muligt, at andre informanter vil tolke og forstå projektet anderledes. Derudover er det en klar svækkelse for specialet, at almen praksis ikke er repræsenteret, som nævnt i specialets afgrænsning. Hertil ville det også være interessant at indsamle perspektiver fra flere medarbejdergrupper, hvor særligt SOSU-medarbejdere er relevante.

Studier af diffusion har ofte fokus på managementidéer, som hentes fra den private sektor og tilpasses andre kontekster (Ansari et.al 2010). Denne spredningsproces udspringer dog i sundhedsfeltet, hvor Telekat blev til storskalaprojektet i TeleCare Nord, som så dannede model for den nationale udbredelse af idéen. Dette ses dog ikke nødvendigvis som en ulempe, idet det analytiske perspektiv med fordel kan udvides til andre idétyper (Røvik, 2007: Nielsen, 2010). Dette kan dog skabe nogle udfordringer, idet managementreformer er immaterielle og derved nemmere at omforme undervejs i spredningsforløbet (Nielsen, 2010). Denne udfordring løses i dette speciale ved at fokus ikke udelukkende er den teknologiske artefakt som spredes, men den viden og forestilling der knyttes til idéen.

Samtidig er specialets metodiske styrke, at fokus rettes mod interne og eksterne forhold i sundhedsfeltet. Dette kan styrke forståelsen af spredningsprocessen, hvor der i diffusionsteorien ofte kigges indad i organisationer (Ansari et.al 2010). Specialets analyseramme er derfor udvidet fra klassisk diffusionsteori og anlægger et procesorienteret- og institutionelt perspektiv, hvor omverdenen og informanterne bidrager til at konstruere de sociale sammenhænge idéen indgår i. Dette vurderes som en styrke for specialet, idet sundhedsfeltet ofte påvirkes af eksterne forhold i omverdenen, hvor analyserammen kan nuancere de identificerede fit og misfits.

Kapitel 7. Konklusion

Dette speciale har undersøgt, hvilke barrierer og muligheder der kan identificeres i spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i en ny kontekst. Dette er undersøgt i et kvalitativt multipelt casestudie af Midtklyngen i Region Midtjylland. Her har fokus været de barrierer og muligheder, som nøgleinformanter tilskriver mening og betydning. Hertil anlægger specialet et procesorienteret- og institutionelt perspektiv, hvor spredningen påvirkes af interne og eksterne forhold. Specialets fokus har således været samspillet mellem idéen og de adopterende organisationer, hvorfor analyserammen har et udvidet og eksplicit fokus på de organisatoriske felter, som sundhedsfeltet spiller ind i og påvirkes af.

Forskningsmæssigt bidrager specialet med empirisk viden om *hvad der sker* i organisationer under diffusionsprocessen, hvilket er identificeret som et videnshul i litteraturen. Hertil er spredningen af velfærdsteknologi et stort politiske tema, men der mangler viden om hvordan idéer materialiserer sig i nye organisatoriske kontekster på KOL-området. Dette videnshul operationaliseres og belyses ud fra Ansari et.al's framework, hvor tilpasning afhænger af teknisk, kulturelt og politisk fit mellem idéen og den adopterende organisation. Hertil er fokus ikke at bekræfte Ansari et.al (2010), men anvende deres framework til at identificere barrierer og muligheder når idéen skal integreres og materialiseres i praksis.

Her viste undersøgelsen, at informanterne ikke oplever et *teknisk misfit* mellem idéen og de adopterende organisationer. Dette skyldes især de adopterende organisationers veludviklede teknologiske fundament, hvor særligt Skive og Viborg Kommuner har eksperimenteret med velfærdsteknologi i en årrække. Informanterne vurderer derfor, at teknologien er moden og simpel at anvende, hvorfor der opleves et fit med de teknologier der anvendes i organisationerne. Resultaterne viser således, at informanternes oplevede erfaringer med velfærdsteknologi medierer receptionen af teknisk fit. Omvendt er der bred enighed om, at inklusionen af KOL-patienter er en væsentlig udfordring, idet oplevelsen er, at patienterne ikke kan håndtere idéen.

Samtidig viste undersøgelsen, at gode erfaringer med velfærdsteknologi resulterer i et *kulturelt fit*, hvor informanterne oplever og forventer, at idéen ikke konflikter med organisationens kulturelle univers. Hertil viste analysen bred enighed om, at det veletablerede samarbejde i Midtklyngen reducerer tværsektorielle barrierer og styrker den sociale konformitet. Undersøgelsen indikerede

dog også, at almen praksis er usynlige i samarbejdet, hvilket flere informanter opfatter som en udfordring. Hertil er der dog ikke enighed om, hvorvidt almen praksis bliver en barriere.

Undersøgelsen viste derimod et *politisk misfit* mellem idéens forventede gevinstrealisering på nationalt niveau og de adopterende organisationers forventninger. Der ses således udbredt utilfredshed med beslutningsprocessen, som informanterne vurderer, er truffet på baggrund af få resultater og utopiske gevinstrealiseringer. Det fremgår derfor af undersøgelsen, at idéen har lav-fidelity, men er ekstensiv, idet man afviger fra den oprindelige idé og ønsker at udvide løsningen til flere patientgrupper. Dette passer på Ansari et.al's *tailored adaptation*, hvor den adopterende organisation anvender betydelige ressourcer på implementeringen, men ændrer idéen væsentligt og implementerer en signifikant anderledes version end den oprindelige. Samtidig indikerer undersøgelsen, at fit for én informant kan være et misfit for andre, hvorfor en mulighed i én situation kan opfattes som en barriere i en anden.

Derudover viser analysen, at idéens reception ikke afhænger af enhedernes størrelse eller geografi, men informanternes erfaringer med velfærdsteknologi. Undersøgelsen indikerer således, at kommunernes erfaringer og forståelser af velfærdsteknologi spiller en afgørende rolle for receptionen af idéen. Man kan derfor sige, at de socialt konstruerede forestillinger om idéen har betydelig indflydelse på spredningen i feltet. Det er således ikke blot en teknologi der spredes, men socialt konstruerede forestillinger om idéen som påvirker receptionen hos informanterne. Dette er interessant, fordi dette kan påvirke den kommende implementering og institutionalisering.

Hertil viser specialet, at idéen ikke opfattes som kvalitativ eller kvantitativ overlegen, hvilket medierer receptionen og medvirker til et politisk misfit. Dette kan blive en væsentlig udfordring for implementeringen og driften, hvis den manglende gevinstrealisering medfører, at pengene skal tages fra organisationen. Dette kan udfordre institutionaliseringen af idéen og forstærke interesseforskelle og dagsordener mellem aktørerne, hvilken kan resultere i en markant politisk udfordring. Denne udfordring er især aktuell i denne interorganisatoriske kontekst, hvis besparelserne skabes på regionalt niveau, mens det kommunale niveau omvendt får ekstraomkostninger.

Kapitel 8. Perspektivering

Formålet med dette kapitel er at indsætte specialets konklusioner i et bredere perspektiv, hvor fokus er den nationale ambition om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til nye patientgrupper.

8.1 Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til nye patientgrupper

Det fremgik af specialets afsnit 1.1 om *relevans*, at ambitionen er at tilbyde nye relevante patientgrupper telemedicinske løsninger. Hertil identificerer dette speciale flere udfordringer, hvor særligt divergerende opfattelser af gevinstrealisering udfordrer spredningsprocessen. Dette kan blive en væsentlig udfordring for den nationale telemedicinske handleplan, hvis manglende gevinstrealisering medfører, at idéen skal finansieres af de adopterende organisationer. Hertil sporer specialet et misforhold mellem den nationale ambition om besparelser og informanternes forventninger til effekten. Dette passer i fortællingen om telemedicin jf. specialets afsnit 2.2.2 om *telemedicin til KOL-patienter*, hvor der ofte er relativt stor afstand mellem forventningerne til velfærdsteknologiske løsninger og de opnåede resultater. Samtidig sporer specialet også et modsætningsforhold mellem informanterne, hvor fit for én informant kan være et misfit for en andre. Dette er ikke nødvendigvis overraskende, men illustrerer at konteksten er vigtig, hvorfor fremtidige udbredelsesprojekter bør overveje udbredelsesmodellen.

Omvendt viste specialet, at informanterne ønsker en ekstensiv løsning, hvor andre patientgrupper inkluderes på *den telemedicinske motorvej*. Dette indikerer, at informanterne vurderer platformen som en gevinst, hvorfor der spores opbakning til idéen om telemedicinske løsninger. Hertil indikerer specialet dog også, at der er behov for en forventningsafstemning mellem det nationale niveau og resten af sundhedsvæsenet. Specialets empiriske resultater viser derfor, at de forestillinger der knyttes til idéen er vigtige, når idéer skal spredes og integreres i nye kontekster.

Samtidig ses det i specialet, at der fortsat mangler viden om *hvad der sker* i organisationer under diffusionsprocessen. Hertil vurderes det, at Ansari et.al's (2010) framework kan skabe værdi ved at åbne og frembringe viden om den *black box*, der ofte fremhæves i diffusionslitteraturen (Boxenbaum & Bond, 2013; Barros et.al 2013). Det foreslås derfor, at frameworket udfoldes i flere studier af spredning, idet tekniske, kulturelle og politiske faktorer vurderes at kunne styrke forståelsen af *hvad der sker*, når idéer integreres i nye organisatoriske kontekster.

Kapitel 9. Litteraturliste

- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovation. *Academy of Management Review*, 16, pp. 586-612.
- Abrahamson, E. (1996). Management fashion. *Academy of Management Review*, 21, pp. 254-285.
- Andersen, I. (2013). *Den skinbarlige virkelighed - vidensproduktion i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur.
- Andersen, L. B. (2012). Forskningskriterier. In K. M. Lotte Bøgh Andersen, *Metoder i Statskundskab* (pp. 97-113). Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, L. B., Hansen, K. M., & Klemmensen, & R. (2012). Formidling af resultater. In L. B. Andersen, K. M. Hansen, & R. Klemmensen, *Metoder i statskundskab* (pp. 429-452). Hans Reitzels Forlag.
- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, & E. (2010). Made to Fit: How practices Vary As They Diffuse. *Academy og Management Review*, Vol. 35, No. 1, 67-92., pp. 67-92.
- Ansari, S., Reinecke, J., & Spaan, & A. (2014). How are Practices Made to Vary? Managing Practice Adaption in a Multinational Corporation. *Organization Studies*, 2014, Vol. 35(9) 1313-1341, pp. 1313-1341.
- Antoft, R., & Salomonsen, & H. (2007). Studying Organizations by a pragmatic Research Design. *Paper presented at European Group of Organization Studies "Beyond Waltz - Dances of Individuals and Organizations"*, Austria., pp. 1-34.
- Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G., Gao, H., & Lyscom, & T. (2011). *Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable*. TheKingsFund.
- Astrup, P. W., Bendix, H. W., & Jensen, & K. (2015). *Spredning af velfærdsløsninger = merværdi*. Gyldendahl.
- Ballegaard, S. A., Thorsen, M. K., Bro, L. L., & Wentzer, & H. (2012). *Hjemmeteknologi til patienter med KOL*. København: KORA.
- Barros, O. J., & Wanderley, & C. (2016). Adaptation of the Balanced Scorecard: Case Study in a Fuel Distribution Company. *R. Cont. Fin. – USP, São Paulo*, v. 27, n. 72, pp. 320-333.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*. 2003;289(15):1969-1975 (doi:10.1001/jama.289.15.1969) , pp. 1969-1975.
- Berwick, D., Ham, C., & Dixon, & J. (2016). *Improving quality in the english NHS*. London: TheKingsFund.
- Boolsen, M. W. (2017). *Kvalitative analyser - at finde årsager og sammenhænge*. Hans Reitzels Forlag.
- Borum, F. (2003). *Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter*. København: FLOS.
- Boxenbaum, E., & Jonsson, & S. (2017). Isomorphism, Diffusion and Decoupling: Concept Evolution and Theoretical Challenges. In R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence, & R. E. 2.ed., *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. ed. (pp. 77-101). London: SAGE Publications.
- Brandt, C. J. (2018). *How ideas travel in time and space: Digital transformation of Danish Municipalities*. Aarhus: Aarhus University.
- Brandt, C. J., & Nielsen, & J. (2018). The Translation and Adaptation of Mandated IT: From Central eGovernment Strategy to Local Government Practice. *Aalborg Universitet*, p. 16.
- Broens, T. H., Veld, R. M., Vollenbroek-Hutten, M. M., Hermens, H. J., Halteren, A. T., & Nieuwenhuis, & L. (2007). Determinants of successful telemedicine implementations: a literature study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, pp. 13:303-309.

- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods, 4.th edt.* Oxford: Oxford University Press.
- Brænder, M., Harrits, G. S., & Lindekilde, & L. (2012). Dybdegående analyse af kvalitativt materiale. In L. B. Andersen, K. M. Hansen, & R. Klemmensen, *Kvalitative metoder i statskundskab* (pp. 211-235). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bui, Q. ". (2013). What is being Reinvented? Toward a Conceptual Model og Reinvention. *DIGIT 2013 Proceedings. 10.* .
- Bøg, M. F., Christensen, J. B., Jensen, M.-B. K., & Kidholm, & K. (2015). *Erfaringsopsamling i forbindelse med Udbredelse af Telemedicinsk Hjemmemonitorering.* Odense: OUH.
- Care, D. o. (2011). *Whole system demonstrator programme.* Department of Health and Social Care.
- CFT. (2013). *Strategi 2013-2014 - Center for Telemedicin.* Aarhus: Center for Telemedicin.
- CFT. (2016). *Sammenfatning af telemedicinske initiativer til borgere med KOL i Region Midtjylland.* Aarhus: Region midtjylland.
- CFT. (2018). *Rm.dk.* Retrieved from Rm.dk: <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/varktøjer-og-viden/jura-og-telemedicin/>
- Christensen, J. (2015). *Forretningsanalysen - før, nu og i fremtiden: Forretning, Organisation og IT.* BoD.
- Christensen, J. K. (2017). *Network Dynamics in an Interorganizational Telemedicine Network.* Aalborg: Aalborg Universitet.
- Christensen, J. K., & Nielsen, & J. (2017). Interorganisatorisk innovation i sundhedssektoren: Opskalering af et telemedicinsk pilotforsøg. *Økonomistyring & Informatik*, p. Ø&I Årgang 32 nr. 4:.
- Christensen, L. R. (2015). *Barrierer og Next Practise i implementeringsprocesser.* Aarhus: Center for Telemedicin, Region Midtjylland.
- COI. (2015). *Spredning af offentlig innovation.* Roskilde: Center for Offentlig Innovation.
- CTF. (2016a). *Ofte stillede spørgsmål om jura og telemedicin.* Aarhus: CFT; & Juridisk kontor i Region Midtjylland.
- CTF. (u.å). *RM.dk.* Retrieved from RM.dk: <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/hvad-er-telemedicin/>
- Czarniawska, B., & Sevón, & G. (2005). Translation Is a Vehicle, Imitation its Motor, and Fashion Sits. In B. C. (eds.), *Global Ideas. Ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy.* København: Liber and Copenhagen Business School Press.
- Dahler-Larsen, P. (2008). *At fremstille kvalitative data.* Syddansk Universitetsforlag.
- Dieckmann, L. (2019, januar 16). *tv2nord.dk.* Retrieved from tv2nord.dk: <https://www.tv2nord.dk/artikel/nordjysk-kol-behandling-skal-spredes-hurtigere>
- Digitaliseringsstyrelsen. (2016). *Et stærkere og mere trygt digitalt samfund.* København: Digitaliseringsstyrelsen.
- Digitaliseringsstyrelsen. (u.å). *Digitaliseringsstyrelsen.* Retrieved from Digitaliseringsstyrelsen: <https://digst.dk/digital-service/digital-velfaerd/telemedicin-kol/>
- DiMaggio, P. (1992). Cultural boundaries and structural change: The extension of the high culture model to theater, opera and dance, 1900-1940. *Symbolic noundaries and the making of inequality: University of Chigaco Press*, pp. 21-57.

- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, pp. 147-160 48(2).
- DTL. (u.å.). *Det Telemedicinske Landkort*. Retrieved from Det Telemedicinske Landkort: https://telemedicinsk-landkort.dk/map/search?utf8=%E2%9C%93&search%5Btitle_search%5D=&search%5Bfull_search%5D=&search%5Badd_active%5D=0&search%5Badd_active%5D=1&search%5Badd_ended%5D=0&search%5Badd_ended%5D=1&commit=5%C3%B8g
- Dyk, L. v. (2014). A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11, , pp. 1279-1298.
- Eggers, W. D., & Singh, & S. (2009). *The Public Innovator's playbook*. Deloitte Research.
- Emmenegger, P., & Klemmensen, & R. (2012). Kombination af kvalitative og kvantitative metoder. In L. B. Andersen, K. M. Hansen, & & R. Klemmensen, *Metoder i statskundskab* (pp. 425-438). Hans Reitzels Forlag.
- Fairbrother, P., Ure, J., Hanley, J., McCloughan, L., Denvir, M., Sheikh, A., & McKinstry, & B. (2013). Telemonitoring for chronic heart failure: the views of patients and healthcare professionals – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, pp. Volume 23, Issue 1-2.
- Finansministeriet. (2012). *National handlingsplan for udbredelse af telemedicin*. Fonden for velfærdsteknologi.
- Finansministeriet. (2015). *Aftale om regionernes økonomi for 2016*. København: Finansministeriet.
- Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann, & & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder* (p. Kapitel 22). København: Hans Reitzels Forlag.
- Fællesservicecenter. (2015). *Fællesservicecenter*. Retrieved from Fællesservicecenter: <http://www.faellesservicecenter.dk/siteassets/forside/nyheder/uddybende-materiale/dokumentation-fra-fase-1/erfaringsopsamling-fra-ind-og-udland/fsc---erfaringsopsamlingmtv.pdf>
- Gabriel, M. (2014). *Making it BIG*. London: NESTA.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- Gifford, J. (2012). *What makes change succesfull in the NHS? A review of change programmes in NHS South of England*. London: NHS.
- Gond, J.-P., & Boxenbaum, & E. (2013). The Glocalization of Responsible Investment: Contextualization Work in France and Que'bec. *J Bus Ethics* (2013) 115:707–721, pp. 707-721.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, & O. (2004). Diffusion og Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Millbank Quarterly*, pp. Vol. 82, No. 4, 581-629.
- Greenwood, R., Suddaby, R., & Hinings, & C. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal*, 45, pp. 58-80.
- Grosen, S. L. (2012). *Teknologi og arbejdsliv - HVad gør ny teknologi ved FTF'ernes arbejde?* København: Debatoplæg.
- Group, P. C. (2017). *Buisness Case for Landsdækkende Udbredelse af Telemedicinsk Hjemmemonitorering til Borgere med KOL*. Hellerup: PA Consulting Group.
- Ham, C. (2014). *C. Reforming the NHS from within: beyond hierarchy, inspection and markets*. London: TheKingsFund.

- Harrits, G. S., Pedersen, C. S., & Halkier, & B. (2012). Indsamling af interviewdata. In L. B. Andersen, K. M. Hansen, & & R. (Red.), *Metoder i Statskundskab* (pp. 144-172). Hans Reitzels Forlag.
- HENDERSON, C. K. (2013). *Cost effectiveness of telehealth for patients with long term*. BMJ, .
- Holm, A. B. (2018). *Videnskab i virkeligheden*. Samfundslitteratur.
- Hovorka, D. S., & Larsen, & K. (2006). Enabling agile adoption practices through network organizations. *European Journal of Information Systems*, pp. Volume 15, Issue 2, pp 159–168.
- Høgsbro, K. (2008). *Kvalitative metoder i forskning og evaluering*. København: AKF.
- Høybye-Mortensen, M. (2011). Teknologi i Offentlige Organisationer. In C. H. Anders Berg-Sørensen, & & H. (red.), *Organiseringen i den offentlige sektor* (pp. 377-396). Hans Reitzels Forlag.
- Iacovou, C. L., Benbasat, I., & Dexter, & A. (1995). *Electronic Data Interchange and Small Organizations: Adoption and Impact of Technology*. MIS Quarterly 19(4):465-485.
- Jakobsen, M. L. (2012). Kvalitativ analyse: Kodning. In L. B. Andersen, R. Klemmensen, & & K. Hansen, *Metoder i Statskundskab* (pp. 173-187). Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, T. B., Svejvig, P., & Kjærgaard, & A. (2009). Using institutional theory with sensemaking theory: A case study of information system implementation in healthcare. *Scandinavian Journal of Information Systems*.
- Katz, E. (1999). Theorizing Diffusion: Tarde and Sorokin Revisited. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, pp. 144-154.
- KL, Regioner, D., & Regeringen, & (2018). *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. København: Regeringen.
- Klitmøller, A., Lauring, J., & Christensen, & P. (2007). Medarbejderdrevet innovation i den offentlige sektor. *Ledelse og erhvervsøkonomi*, 71(4), 207-216, pp. 207-216.
- Kristiansen, S. (2015). Kvalitative analyse-redskaber. In S. Brinkmann, & & L. (red.), *Kvalitative metoder* (pp. 481-497). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, & S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk (2. udg)*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Latour, B. (1986). The powers of association . In J. L. (red.), *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* (pp. 264-280). Routledge and Kegan Paul.
- Light, B., & Papazafeiropoulou, & A. (2004). Reasons Behind ERP Package Adoption: A Diffusion of Innovations Perspective. *Conference: Proceedings of the 13th European Conference on Information Systems, The European IS Profession in the Global Networking Environment, ECIS 2004, Turku, Finland*, .
- Lilholt, P. H. (2016). *Evaluation of a Telehealthcare Intervention for Patients with COPD : health- and patient-related evaluation of the Danish telecare north trial*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lungeforeningen. (u.å). *Lungeforeningen*. Retrieved from Lungeforeningen: <https://www.lunge.dk/lunger/viden-noegletal-om-lungesygdomme>
- Lykkebo, O. B., Jakobsen, N., & Sauer, & P. (2018). *Nyt sammen med bedre - En håndbog om innovative samarbejder i den offentlige sektor*. Center for Offentlig Innovation.

- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder, en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lyytinen, K., & Damsgaard, J. (2001). What's wrong with diffusion theory? *IFIP Conference Proceedings 187*, pp. 173-190.
- March, J., & Olsen, J. (1996). Institutional Perspectives on Political Institutions. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, pp. vol. 9 (3), 247-264. .
- Marinus, J. (2019, Januar 24). *Medicinsktidsskrift.dk*. Retrieved from *Medicinsktidsskrift.dk*: <https://medicinsktidsskrift.dk/behandling/lunger/1698-region-midt-indforer-telemedicin-til-kol-patienter-ad-nye-veje.html>
- Martin, H. M., & Borst, L. (2013). *Sammenhæng i tværsektorielle KOL-forløb*. København: KORA.
- Mathiassen, L. (2017, June). Designing Engaged Scholarship: From Real-World Problems to Research Publications. *Engaged Management Review*, Vol 1, No 1., pp. 17-28.
- Mica, A. (2013). From Diffusion to Translation and Back. Disembedding-Re-embedding and Re-invention in Sociological Studies of Diffusion. *Polish Sociological Review*, pp. 3-19.
- Neergaard, H. (2007). *Udvælgelse af cases - i kvalitative undersøgelser*. København: Samfundslitteratur.
- Newman, C. H.-L. (2013, Marts 22). Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f1035 doi: 10.1136/bmj.f1035.
- Nicolini, D. (2010). Medical Innovation as a Process of Translation: A Case from the Field of Telemedicine. *British Journal of Management*, Vol. 21, 1011–1026 (2010), pp. 1011-1026.
- Nielsen, J. A. (2010). *Forførende Teknologi - En multi-level analyse af spredning og institutionalisering af mobil teknologi i hjemmeplejen*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Nielsen, J. A., Mathiassen, L., & Newell, S. (2014). Theorization and Translation in Information Technology Institutionalization: Evidence from Danish Home Care. *MIS Quarterly* Vol. 38 No. 1., pp. 165-186.
- Nielsen, V. L. (2013). Implementeringsteori: Implementeringsperspektiver og Frontlinjemedarbejderadfærd. In A. Berg-Sørensen, C. H. Grøn, & H. Hansen, *Organiseringen af den offentlige sektor* (pp. 319-356). København: Hans Reitzels Forlag.
- Nygaard, C. (2018). *5 Skarpe om Digital Sundhed til Sundhedsministeren*. KIAP.dk.
- Nøhr, C., Villumsen, S., Ahrenkiel, S. B., & Hulbæk, L. (2015). Monitoring Telemedicine Implementation in Denmark . *MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health*, pp. doi:10.3233/978-1-61499-564-7-497.
- Ogunlayi, F., & Britton, P. (2017). Achieving a 'top-down' change agenda by driving and supporting a collaborative 'bottom-up' process: case study of a large-scale enhanced recovery programme. *BMJ Open Qual.* 2017; 6(2):.
- Olesen, F. (2018). Teknologiforståelsen former teknologianvendelsen. In T. U. Fredskild, R. Kolbæk, A. D. Sorknæs, & U. (red.), *Sundhedsinformatik i sundhedsvæsenet* (pp. 45-77). Gads Forlag.
- Orlikowski, W. (2000). Using Technology and Constituting Structures; A practise lens for studying TEchnology in Organizations. *Organization Science*, pp. 11(4): 404-428.
- Pedersen, K. M. (2018). *Dansk Sundhedspolitik*. København: Munksgaard.
- Regioner, D. (2018). *Faktaark om Sundhedsvæsenet*. København: Danske Regioner.

- RM. (2011). *Strategi for udvikling af telemedicin i Region Midtjylland - et bidrag til fremtidens sammenhængende sundhedsvæsen*. Viborg: Region Midtjylland.
- RM. (2017). *Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom*. Viborg: Sundhedsaftalen.
- RM. (2018). *Organisationsplan - for Region Midtjylland*. Viborg: Region Midtjylland.
- RM. (2018a). *FASE 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi*. Aarhus: Region Midtjylland og KOSU.
- RM, & KOSU, &. (2016). *Formål og Vision for: Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL 2016-2019 i Midtjylland*. Aarhus: Programstyregruppen.
- RN. (2016). *TeleCare Nord - afslutningsrapport*. Aalborg: Region Nordjylland.
- Roald, T., & Kjøppe, &. S. (2008). GENERALISERING I KVALITATIVE METODER. *Psyke & Logos*, 2008, 29, 86-99, pp. 86-99.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations*, 4th ed. New York: Free Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations (5th ed.)*. . Ney York: The Free Press.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Sahlin, K., & Wedlin, &. L. (2008). Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. In C. O. R. Greenwood, *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. (pp. 218-242). SAGE.
- Scarbrough, H., Robertson, M., & Swan, &. J. (2015). Diffusion in the Face of Failure: The Evolution of a Management Innovation. *British Journal of Management*, Vol. 26, 365–387 (2015), pp. 365–387.
- Seemann, J. (2010). Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. In H. T. (red.), *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet* (pp. 147-161). Professionshøjskolen Metropol.
- Seemann, J., & Gustafsson, &. J. (2016). Challenges for health and healthcare in Europe. In G. Giarelli, B. Jacobsen, M. Nielsen, & &. G. Reinbacher, *Future Challenges for health and healthcare in Europe*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Seemann, J., Dinesen, B., & Gustafsson, &. J. (2013). Interorganizational Innovation in Systemic Networks: TELEKAT Findings. *The Innovation Journal; Ottawa Vol. 18, Iss. 3, (2013): 2-18.*, pp. 2-18.
- Skeem, M. (2018, Maj 25). *Landsdækkende telemedicinsk projekt til KOL-patienter på vej*. Retrieved from Sundhedspolitisktidsskrift.dk: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/998-landsdaekkende-telemedicinsk-projekt-til-kol-patienter-pa-vej.html>
- Sorknæs, A. D. (2018). Telemedicin og kommunikationsteknologi. In T. U. Fredskild, R. Kolbæk, A. D. Sorknæs, & &. U. (red.), *Sundhedsinformatik i sundhedsvæsenet*. Gads Forlag.
- Sorknæs, A. D., Kolbæk, R., & Fredskild, &. T. (2018). De politiske og administrative rammer for den sundhedsinformatiske udvikling. In T. U. Fredskild, R. Kolbæk, A. D. Sorknæs, & &. U. (red.), *Sundhedsinformatik i sundhedsvæsenet* (pp. 23-41). Gads Forlag.
- Strandgaard, L. B. (2016). *På sporet af innovation - nye teknologiske realiteter for organisationen og dens omverden*. Roskilde: Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv - Roskilde Universitet.
- SUM. (2017, April 06). *Sundheds- og Ældreministeriet*. Retrieved from Folketinget: <https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/spm/646/svar/1396879/1741983/index.htm>
- SUM.dk. (2017). *Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.

Sum.dk. (2018). *Strategi for digital sundhed*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsaftalen. (2018, Oktober 01). *Sundhedsaftalen*. Retrieved from <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/klynge-midt/2018/2018-10-01-referat-klyngestyregruppemode-godkendt.pdf>

Sundhedsdatastyrelsen. (2018, Februar 02). *Sundhedsdatastyrelsen*. Retrieved from Sundhedsdatastyrelsen.dk: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/strategi-for-digital-sundhed/forebyggelse>

Sundhedsstyrelsen. (2017). *Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL*. København: Sundhedsstyrelsen.

Svejvig, P., & Jensen, & T. (2012). Making Sense of Enterprise Systems in Institutions. *Scandinavian Journal of Information Systems*, pp. 25(1), 3-36.

Tanggard, L., & Brinkmann, & S. (2015). Interviewet som forskningsmetode. In L. Tanggard, & S. Brinkmann, *Kvalitative metode, en grundbog* (pp. 29-39). Hans Reitzels Forlag.

Udsen, F. W. (2015). *Forskningsresultater i TeleCare Nord*. Aalborg: Aalborg Universitet.

Udsen, F. W. (2016). *Health Economic Evaluation of Telehealthcare: Can we include "why" and "under what circumstances" telehealthcare is cost-effective in health economic evaluation?* Aalborg: Aalborg Universitet.

Vaus, D. A. (2001). *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications.

Winther, S. C., & Nielsen, & V. (2008). *Implementering af politik*. Academica.

Aaen, J., Nielsen, J. A., & Elmholt, & K. (2018). 10 år med velfærdsteknologi: Strategi og praksis. *Samfundslederskab i Skandinavien*, pp. Årgang 33, nr. 3, s. 236-259, 2018.

Kapitel 10. Bilagsoversigt:

	Navn på bilag
Bilag 1	Specialets struktur
Bilag 2	Begrebsafklaringer
Bilag 3	Identificerede barrierer i litteraturen
Bilag 4	Identificerede muligheder i litteraturen
Bilag 5	Centrale innovationsegenskaber
Bilag 6	Rogers sociale systemer
Bilag 7	Dimensioner af variabilitet og tilpasning
Bilag 8	Karakteristika ved efterspørgsels- og udbudssiden
Bilag 9	Organisering af landsdelsprogram i Region Midtjylland og kommuner
Bilag 10	National organisering af udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL
Bilag 11	Udvalgte erfaringer med telemedicinsk til KOL-patienter
Bilag 12	Spørgeguides
Bilag 13	Mail til informanter
Bilag 14	Nøgletal for de tre kommuner
Bilag 15	Kodning
Bilag 16 - 34	Lydfiler fra interview og transskriptioner er vedlagt som bilag i digitaleksamen

Bilag 1: Specialets struktur

	Specifikation
Problemstilling	Det blev i 2015 besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter til resten af landet. Spredning af idéer til nye kontekster er dog svært og komplekst, hvor adskillige faktorer kan påvirke integrationen.
Litteratur	Spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering i sundhedsfeltet.
Specialets framing	Tekniske, kulturelle og politiske faktorer, som kan udfordre eller styrke spredningsprocessen. Fokus er ikke at teste eller bekræfte Ansari et.al (2010), men anvende deres framework til at identificere fit og misfits i Midtklyngen.
Research design	Kvalitativt multipelt casestudie af Midtklyngen i Region Midtjylland, hvori fokus er de barrierer og muligheder som kerneaktører tilskriver mening og betydning.
Problem-formulering	Hvilke barrierer og muligheder kan identificeres i spredningen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i en ny organisatorisk kontekst?
Specialets bidrag	Styrke forståelsen af <i>hvad der sker</i> i organisationer under spredningsprocessen og identificere fit og misfits mellem idéen og de adopterende organisationer, som kan påvirke integrationen.

Egen tilvirkning på baggrund af (Mathiassen, 2017)

Bilag 2: Begrebsafklaringer

Tabel	Ordliste
Adaption	Processen, hvor en innovativ løsning fra én kontekst tilpasses og omformes, så den passer til den nye kontekst (Ansari et.al 2014). Den adopterende organisation forsøger således at skabe et bedre fit mellem innovationen og organisationen, så muligheden for accept i den modtagende organisation forøges (Ansari et.al 2010, s. 71).
Adoption	Står i modsætning til adaption, og forstås som en løsning der blot overtages som den er (COI, 2015)
Diffusion	Forstås som spredning af innovation gennem en eller flere organisationer (Eggers & Singh, 2009)
Hybrid	Forandring hvor den adopterende organisation kombinerer innovationen med lokal praksis (Ansari et.al 2014).
Implementering	Aktiv eller planlagt forsøg på at integrere en innovation i en organisation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004)

Kopiering	Processen hvor løsninger overføres fra én kontekst til en anden kontekst uden tilpasning (COI, 2015)
Opskalering	Gå fra pilotprojekt til stor-skala (Christensen J. K., 2017).
Re-invention	Forandring hvor den adopterende organisation aktivt forandrer meningen med innovationen (Rogers 2003)
Selektiv emulation	Forandring hvor den adopterende organisation vælger ikke at implementere kritiserede elementer i diffusionen (Ansari et.al 2014).
Spredning	Omsætte prototyper, ideer og strategier til handling (Bendix et.al 2015).
Telemedicin	Sundhedsydelser der leveres over afstand, og som er digitalt understøttet. Kan anvendes mellem sundhedsprofessionelle, eller sundhedsprofessionelle og patienter med det formål at dele informationer vedr. behandling og diagnosticering (Bøg et.al 2015).
Telemedicinsk hjemme-monitorering	Når patienter foretager målinger derhjemme og sygehuset kan få adgang til målingerne over afstand. Målingerne kan fx være blodtryk og vægt, eller besvarelse af spørgsmål (CTF, u.å).
Translation	Spredning hvor aktører i netværk oversætter en innovation til en ny løsning (Røvik, 2007).

Egen tilvirkning.

Bilag 3: Identificerede barrierer i litteraturen

Barrierer	Kerneelementer	Litteratur
Økonomiske ressourcer	Begrænsede økonomiske ressourcer, høj kompleksitet når omkostninger og gevinster skal synliggøres, ekstern pres	(Christensen, 2017: Broens et.al 2007: Iacovou et.al 1995: Ham 2014)
Organisatorisk forankring	Manglende organisatorisk forankring af telemedicin, silostruktur, kompleksitet i teknologi, integration og samspil med andre aktører, borgere og personale skal oplæres i brugen af telemedicin, organisatorisk parathed	(Christensen, 2017: Seemann & Gustafsson, 2015: COI 2015: Broens et.al, 2007: Dyk 2014)
Kultur	Telemedicin kan forbindes med øget overvågning og kontrol, fordrer et anderledes forhold mellem professionelle og patienter, bureaukrati og tidsregistrering	(Nielsen et.al, 2014: Ansari et.al 2010)
Teknologi	Lidt for optimistiske ideer om teknologi (lang tid før ny teknologi fungerer tilfredsstillende i praksis), kompleksitet i	(Strandgaard, 2016: Grosen, 2012:

	teknologi, ringe videokvalitet, organisationens tekniske infrastruktur, ny teknologi skal forbedre nuværende praksis	Orlikowski 2000: Bøg et.al 2015: Christensen, 2015: Nielsen, 2010: Dyk 2014)
Politik	Politiske dynamikker kan både være en barriere og en mulighed når tværsektorielle aktører samarbejder og forhandler, ekstern pres eksempelvis i form af isomorfisme, magt, interesser	(Christensen, 2017: Iacovou et.al 1995: Seemann, Dinesen & Gustafsson: Nicolini, 2010)
Sikkerhed	Udfordringer vedrørende driftssikkerhed, juridiske- og etiske retningslinjer.	(Bøg et.al 2015: Christensen, 2015)

Egen tilvirkning på baggrund af litteratur om barrierer ved telemedicin

Bilag 4: Identificerede muligheder i litteraturen

Muligheder	Kerneelementer	Litteratur
Teknologi	Support, træning og kvalitet i den teknologiske løsning, accept fra både patienter og professionelle, evidensen i den telemedicinske løsning og organisationens tekniske infrastruktur	(Broens et.al, 2007: Christensen, 2015)
Ledelse	Ledelsen skal synliggøre behov for forandring, realisere innovation i praksis, mangfoldighed af aktører, skabe innovativt miljø, ledelsens engagement	(Strandgaard, 2016: Rogers, 1995: Nielsen, 2010)
Organisering	Samarbejdet mellem kommuner og region kan styrke spredningen af telemedicin, tilpasningsevne og oversættelseskompetencer, større fokus på området for interventionen	(Christensen, 2017: Ham 2014)
Medarbejdere	Opbakning fra professionelle er helt centralt, synliggøre gevinster og sprede de gode historier, medarbejdernes innovationsevne, øget fokus på patienterne	(Klitmøller et.al, 2007: Bendix et.al, 2015: Ansari et.al, 2010: Broens et.al, 2007: Rogers, 1995:
Policy og lovgivning	Standardisering af tilbuddet om telemedicin, sikkerhed i drift og informationsdeling, lovgivning om anvendelse af telemedicin kan styrke forståelsen hos både patienter og fagprofessionelle.	(Broens et.al, 2007: Nesta 2014)

Egen tilvirkning på baggrund af litteratur om muligheder ved telemedicin

Bilag 5: Centrale innovationsegenskaber

Tabel	Centrale innovationsegenskaber
-------	--------------------------------

Relativ fordel	Hvorvidt en innovation opleves som mere fordelagtig end det afløsende (økonomi, praktik osv.). Jo større fordel des hurtigere adoption
Kompatibilitet	Hvorvidt innovationen passer med eksisterende normer, værdier og behov i den adopterende organisation
Kompleksitet	Hvorvidt en innovation opleves som besværlig. Jo lavere kompleksitet des større mulighed for adoption
Afprøvningsmuligheder	Hvorvidt innovationen kan eksperimenteres på forsøgsbasis i den adopterende organisation
Observerbarhed	Hvorvidt innovationens resultater er synlige. Jo mere synlighed des mere sandsynlighed for adoption.

Egen tilvirkning med inspiration fra Rogers (1995), og Ansari et.al (2010)

Bilag 6: Rogers sociale systemer

	Rogers' sociale systemer
Innovators	Nyskabere (innovative og risikovillige)
Early Adopter	De tidligere tilsluttere (trendsættere og ledere med stor interesse for innovation)
Early Majority	Det tidlige flertal (reagerer senere end early adopters og er ofte usikre på idéens fremkomst)
Late Majority	Det sene flertal (skeptiske overfor nye innovationer og ønsker at prøve innovationen før de kan se fordelene)
Laggards	Efternølere (traditionelle, kritiske og modarbejder typisk forandringer)

(Rogers 2003) egen oversættelse.

Bilag 7: Dimensioner af variabilitet og tilpasning

Tabel	Dimensioner af variabilitet og tilpasning
Low-dosage adaptation	Høj grad af fidelity fra tidligere praksis, men implementeringens omfang er lavere. Tilpasningen tilpasses den tidligere version, men beskedent omfang af implementeringen.
Full and true adaptation	Høje niveauer af fidelity og ekstensivitet. Fuld og tro tilpasning, hvor innovationen implementeres med større fidelity og mere vidtrækkende end den tidligere praksis.

Distant adaptation	Lavt niveau af både fidelity og ekstensivitet, hvor tilpasning afviger fra den tidligere version og er mindre omfangsrig.
Tailored adaptation	Højere niveau af ekstensivitet, men lavere niveau af fidelity. Adoptionsorganisationen anvender betydelige ressourcer på omfattende implementering, men ændrer diffusionen væsentligt og implementerer en signifikant anderledes version end den oprindelige.

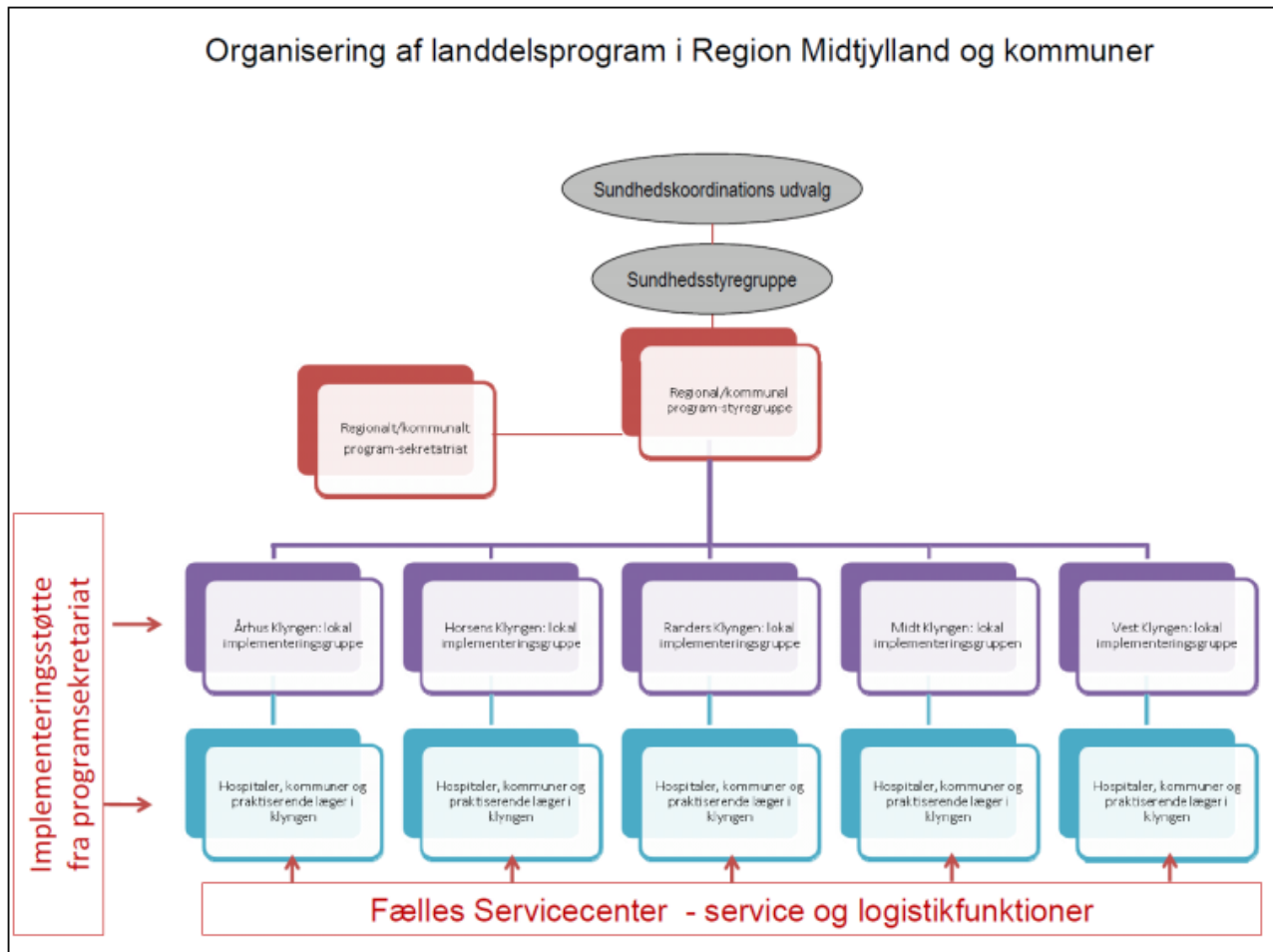
(Ansari et.al 2010, s. 71-73) egen oversættelse.

Bilag 8: Karakteristika ved efterspørgsels- og udbudssiden

Supply- and Demand-Side Characteristics by Level of Analysis

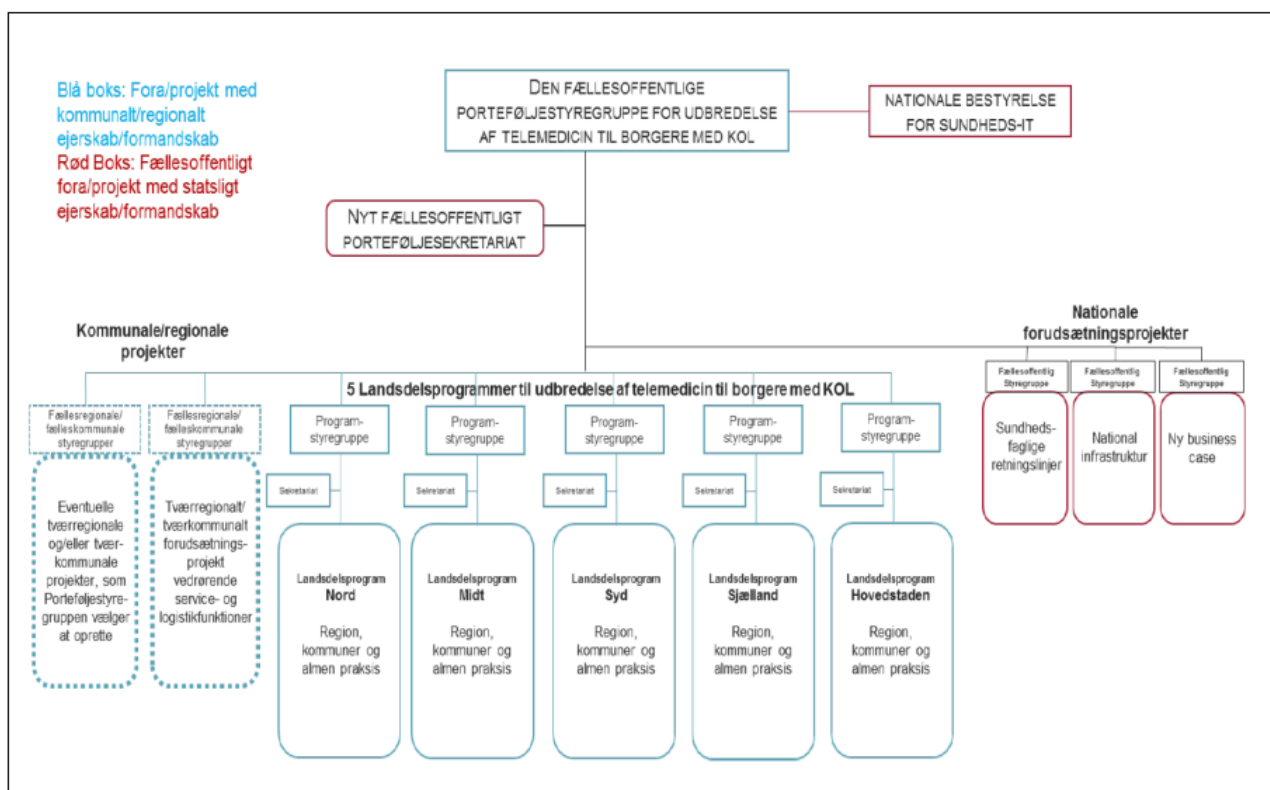
Fit Characteristics	Level of Analysis			
	Supply Side		Demand Side	
	Practice	Intraorganizational	Organizational	Supraorganizational
Technical characteristics	Technological foundation and characteristics embodied by the practice	Individual's background and experience, education level, technical orientation	Organizational absorptive capacity, technological base, innovativeness, level of sophistication of technologies and systems already in use	Technological standards and regulatory regimes, professional bodies, degree of technological advancement, infrastructure, financial and regulatory institutions, educational systems
Cultural characteristics	Cultural characteristics such as cultural values and meaning structures embodied by the practice	Beliefs, values, and preferences about the appropriateness of the work practice	Organizational culture—innovative or closed, values and beliefs	Norms, beliefs, and values of industry associations and regional clusters; macrocultural discourse; cultural icons; dominant institutional logic
Political characteristics	Normative claims, political "loadings," controversial associations embodied by the practice	Interests, relative power, and agendas of organizational members	Formal and informal power structures and rules within an organization, resource dependencies, differential positions in social networks, dominant coalitions	Political settlements; union agreements; government regulations; types and character of political systems; labor market policies; legal systems; degree of political freedom; national policies such as distributing concessions and repressions to various political, corporate, and social groups

Bilag 9: Organisering af landsdelsprogram i Region Midtjylland og kommuner (RM & KOSU, 2016)



Bilag 10: National organisering af udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL

(RM & KOSU, Formål og Vision for: Udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL 2016-2019 i Midtjylland, 2016)



Bilag 11: Udvalgte erfaringer med telemedicinsk til KOL-patienter

Kommune	Udvalgte erfaringer med telemedicin (CFT, 2016)
Hospitalsenhed Midt	Tryk i eget hjem trods KOL: Projekt på klyngeniveau, der fokuserer på overgangen fra hospital til mestring af sygdom i eget hjem. Forskellige prøvehandlinger i de tre kommuner
Silkeborg kommune	- Aidcube: Virtuel hjemmetræning via tablet, hvor målgruppen er 10 borgere med moderat til svær KOL - Silkeborg hospital; forskningsprojekt vedr. TeleKOL, hvor målgruppen var svær til meget svær KOL-patienter. Inklusion fra Silkeborg, Skive og Viborg
Skive kommune	- Projekt Straks-Indsats: Tværfaglig rehabiliterings indsats. Brug af systemet Aidcube hvor målgruppen er borgere med moderat til svær KOL, som hospitalet henviser - Tryk i eget hjem trods KOL: En skærbaseret, visuel og auditiv "kom-godt-hjem"- pakke, hvor der udleveres iPad med en app
Viborg kommune	- Virtuel hjemmesygepleje: Kommunalt projekt, hvor det vurderes hvilke ydelser der evt. kan erstattes med skærmløsning - Tryk i eget hjem trods KOL: Patienter får en individuel behandlingsplan ved udskrivning, hvor der følges op fra kommunen mhp. vurdering af virtuel hjemmesygepleje.

Egen tilvirkning på baggrund af oplyste telemedicinske projekter og erfaringer (CTF 2016: Fællesservicecenter 2015).

Bilag 12: Spørgeguides

Spørgeguide 1: Pilotudgave

- Tilladelse til lydoptagelse, anonymitet og 30-45 min.
- Kort beskrivelse af speciale

Formålet med interviewet er at blive klogere på hvilke barrierer og muligheder som du tilskriver betydning i anvendelsen af telemedicin.

Hvad er telemedicinsk hjemmemonitorering: Patienter foretager målinger derhjemme, som hospitalet kan få adgang til.

Intro

1. **Hvad er dit kendskab til den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering?**
 - a. Hvis kendskab, hvordan stiftede du bekendtskab med det?
2. **Hvad er din ambition og forventning til udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering?**
 - a. Hvordan forventer du, at telemedicinsk hjemmemonitorering vil forbedre nuværende praksis?
 - b. Er det din opfattelse at aktørerne i Midtklyngen har de samme ambitioner og forventninger til udbredelsen?
3. **Er du bekendt med TeleCare Nord – som er det erfaringsgrundlag telemedicinsk hjemmemonitorering bygger på – kan du sætte nogle ord på det?**
 - a. Hvorfor kunne man ikke bare implementere projektet fra Region Nordjylland i Region Midtjylland?

Teknisk fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de tekniske forhold i anvendelsen af telemedicin.

4. **Hvad er i din optik de største tekniske barrierer i telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?**
 - a. Hvilke situationer skaber udfordringer i praksis?
5. **Hvad er din opfattelse af teknologien bag telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?**
 - a. Er det nemt eller kompliceret at anvende?
 - b. Mangler der viden og kendskab om den teknologiske løsning?

Kulturelt fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de organisatoriske forhold, som telemedicin kan påvirke.

6. **Hvordan påvirker telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin forholdet mellem professionel og patient – passer det ind i kerneopgaven for sundhedsprofessionelle eller stiller det anderledes krav til sundhedsprofessionelle?**
7. **Er der nogle ting i telemedicinsk hjemmemonitorering som ikke passer med måden KOL-patienter håndteres på, på nuværende tidspunkt?**

- a. Er der noget i organiseringen omkring KOL-patienter eller sundhed generelt der skal ændres?
- b. Er der noget i jeres håndtering af KOL-patienter der skal tilpasses?

8. Hvordan passer projektet om telemedicinsk hjemmemonitorering ind i Midtklyngens eksisterende tilbud til KOL-patienter?

- a. Er der et reelt behov for telemedicinsk hjemmemonitorering?

Politisk fit

9. Hvilken betydning har det, at man fra national side har besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering?

- a. Hvilken indflydelse forventer du dette har for implementeringen?
- b. Har det betydning at projektet er udviklet og afprøvet i Region Nordjylland og ikke i Viborg kommune?

10. Er det din fornemmelse, at nogle aktører ønsker telemedicinsk hjemmemonitorering eller telemedicin mere end andre?

- c. Hvordan er det kommet til udtryk?

11. Er det din opfattelse, at i udsættes for et pres for at anvende telemedicinske løsninger?

- d. Oplever du, at sundhedsprofessionelle har mulighed for kompetenceudvikling og tid til oplæring i telemedicin?

Opsamling

12. Hvad tror du bliver de største barrierer når telemedicinsk hjemmemonitorering skal implementeres i Midtklyngen?

13. Har du noget du gerne vil tilføje eller centrale barrierer og muligheder, som vi ikke har snakket om?

Tak for din tid.

Spørgeguide 2 – Sundhedsprofessionelle og udviklingskonsulenter

- Tilladelse til lydoptagelse, anonymitet og 30-45 min.
- Kort beskrivelse af speciale

Formålet med interviewet er at blive klogere på hvilke barrierer og muligheder som du tilskriver betydning i anvendelsen af telemedicin.

Hvad er telemedicinsk hjemmemonitorering: Patienter foretager målinger derhjemme, som hospitalet kan få adgang til.

Intro

1. Hvad er dit kendskab til den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering?

- a. Hvis kendskab, hvordan stiftede du bekendtskab med det?

2. Hvad er din ambition og forventning til udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering?

- a. Hvordan forventer du, at telemedicinsk hjemmemonitorering vil forbedre nuværende praksis?

- b. Er det din opfattelse at aktørerne i Midtklyngen har de samme ambitioner og forventninger til udbredelsen?

3. Er du bekendt med TeleCare Nord – som er det erfaringsgrundlag telemedicinsk hjemmemonitorering bygger på – kan du sætte nogle ord på det?

- a. Hvorfor kunne man ikke bare implementere projektet fra Region Nordjylland i Region Midtjylland?

Teknisk fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de tekniske forhold i anvendelsen af telemedicin.

4. Hvad er i din optik de største tekniske barrierer i telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?

- a. Hvilke situationer skaber udfordringer i praksis?

5. Hvad er din opfattelse af teknologien bag telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?

- c. Er det nemt eller kompliceret at anvende?
- d. Mangler der viden og kendskab om den teknologiske løsning?

Kulturelt fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de organisatoriske forhold, som telemedicin kan påvirke.

6. Hvordan påvirker telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin forholdet mellem professionel og patient – passer det ind i kerneopgaven for sundhedsprofessionelle eller stiller det anderledes krav til sundhedsprofessionelle?

7. Er der nogle ting i telemedicinsk hjemmemonitorering som ikke passer med måden KOL-patienter håndteres på, på nuværende tidspunkt?

- a. Er der noget i organiseringen omkring KOL-patienter eller sundhed generelt der skal ændres?
- b. Er der noget i jeres håndtering af KOL-patienter der skal tilpasses?

8. Hvordan passer projektet om telemedicinsk hjemmemonitorering ind i Midtklyngens eksisterende tilbud til KOL-patienter?

- b. Er der et reelt behov for telemedicinsk hjemmemonitorering?

Politisk fit

9. Hvilken betydning har det, at man fra national side har besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering?

- e. Hvilken indflydelse forventer du dette har for implementeringen?
- f. Har det betydning at projektet er udviklet og afprøvet i Region Nordjylland og ikke i Viborg kommune?

10. Er det din fornemmelse, at nogle aktører ønsker telemedicinsk hjemmemonitorering eller telemedicin mere end andre?

- g. Hvordan er det kommet til udtryk?

11. Er det din opfattelse, at i udsættes for et pres for at anvende telemedicinske løsninger?

- h. Oplever du, at sundhedsprofessionelle har mulighed for kompetenceudvikling og tid til oplæring i telemedicin?

Opsamling

- 12. Hvad tror du bliver de største barrierer når telemedicinsk hjemmemonitorering skal implementeres i Midtklyngen?**
- 13. Har du noget du gerne vil tilføje eller centrale barrierer og muligheder, som vi ikke har snakket om?**

Tak for din tid.

Spørgeguide 3 – Ledere og Chef-niveau

- Tilladelse til lydoptagelse, anonymitet og 30-45 min.
- Kort beskrivelse af speciale

Formålet med interviewet er at blive klogere på hvilke barrierer og muligheder som du tilskriver betydning i anvendelsen af telemedicin.

Hvad er telemedicinsk hjemmemonitorering: Patienter foretager målinger derhjemme, som hospitalet kan få adgang til.

Intro

- 1. Hvad er dit kendskab til den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering?**
 - a. Hvis kendskab, hvordan stiftede du bekendtskab med det?
- 2. Hvad er din ambition og forventning til udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering?**
 - b. Hvordan forventer du, at telemedicinsk hjemmemonitorering vil forbedre nuværende praksis?
 - c. Er det din opfattelse at aktørerne i Midtklyngen har de samme ambitioner og forventninger til udbredelsen?
- 3. Er du bekendt med TeleCare Nord – som er det erfaringsgrundlag telemedicinsk hjemmemonitorering bygger på – kan du sætte nogle ord på det?**
 - d. Hvorfor kunne man ikke bare implementere projektet fra Region Nordjylland i Region Midtjylland?

Teknisk fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de tekniske forhold i anvendelsen af telemedicin.

- 4. Hvad er i din optik de største tekniske barrierer i telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?**
 - a. Hvilke situationer skaber udfordringer i praksis?
- 5. Hvad er din opfattelse af teknologien bag telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin?**
 - e. Er det nemt eller kompliceret at anvende?
 - f. Mangler der viden og kendskab om den teknologiske løsning?

Kulturelt fit

Nu vil jeg gerne vende fokus mod de organisatoriske forhold, som telemedicin kan påvirke.

- 6. Hvordan påvirker telemedicinsk hjemmemonitorering og telemedicin forholdet mellem professionel og patient – passer det ind i kerneopgaven for sundhedsprofessionelle eller stiller det anderledes krav til sundhedsprofessionelle?**

7. **Er der nogle ting i telemedicinsk hjemmemonitorering som ikke passer med måden KOL-patienter håndteres på, på nuværende tidspunkt?**
 - a. Er der noget i organiseringen omkring KOL-patienter eller sundhed generelt der skal ændres?
 - b. Er der noget i jeres håndtering af KOL-patienter der skal tilpasses?
8. **Hvordan passer projektet om telemedicinsk hjemmemonitorering ind i Midtklyngens eksisterende tilbud til KOL-patienter?**
 - a. Er der et reelt behov for telemedicinsk hjemmemonitorering?

Politisk fit

9. **Hvilken betydning har det, at man fra national side har besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering?**
 - a. Hvilken indflydelse forventer du dette har for implementeringen?
 - b. Har det betydning at projektet er udviklet og afprøvet i Region Nordjylland og ikke i Viborg kommune?
10. **Er det din fornemmelse, at nogle aktører ønsker telemedicinsk hjemmemonitorering eller telemedicin mere end andre?**
 - a. Hvordan er det kommet til udtryk?
 - b. Hvilke udfordringer har der været i samarbejdet med andre sektorer eller aktører?
11. **Er det din opfattelse, at i udsættes for et pres for at anvende telemedicinske løsninger?**
 - a. Oplever du, at sundhedsprofessionelle har mulighed for kompetenceudvikling og tid til oplæring i telemedicin?
12. **Hvad er dine tanker om, at gevinstrealiseringen for svær KOL var på indlæggelser, mens der var en omkostninger for kommunale aktiviteter for svær KOL-patienter?**

Opsamling

13. **Hvad tror du bliver de største barrierer når telemedicinsk hjemmemonitorering skal implementeres i Midtklyngen?**
14. **Har du noget du gerne vil tilføje eller centrale barrierer og muligheder, som vi ikke har snakket om?**

Tak for din tid.

Bilag 13: Mail til informanter

Kære [XXX]

Jeg er specialestuderende fra Politik & Administration på Aalborg Universitet. Mit speciale omhandler spredning af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i Midtklyngen.

I den forbindelse er du én af de to medarbejdere, som jeg rigtig gerne vil interviewe i [XXX] i din egenskab som [xxx]. Formålet med interviewet er at blive klogere på hvilke barrierer og muligheder, som du ser i anvendelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter.

Har du lyst til og mulighed for at deltage i et interview? Jeg planlægger at gennemføre interviews i perioden mandag den 18. marts til fredag den 29. marts, og er meget fleksibel med tidspunkt og sted. Interviewet tager ca. 30-45 minutter.

Din deltagelse kan selvfølgelig være anonym og du vil få mulighed for at godkende det transskriberede interview, hvis du ønsker det. Min faglige interesse for dette emne udspringer af mit job som studentermedhjælper i Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland og en stor interesse for anvendelsen af telemedicin.

Med venlig hilsen

Kenni Sørensen

Bilag 14: Nøgletal for de tre kommuner

	Silkeborg kommune	Skive kommune	Viborg kommune
Areal	850,30 km ²	683,40 km ²	1.408,90km ²
Indbyggere	92.024	46.599	96.883
Tæthed	107,4 indb./km ²	68,2 indb./km ²	68,2 indb./km ²
Borgmesterparti	Venstre	Venstre	Venstre
Forventet antal inkluderede patienter	Ca. 60 (Interview med MH)	Ca. 12 (Interview med EMH spg 29)	Ca. 90 (Interview med JH spg 4)

Egen tilvirkning.

Bilag 15: Kodning

Teoretisk tema og overskrift	Eksempler på underkoder	Beskrivelse og relation
Teknik: Teknologisk fundament	Teknik, tekniske, teknologisk, værktøj, frygt, tablet, iPad, udstyr, velfærdsteknologi	Alle udsagn vedr. tekniske barrierer og udfordringer
Kultur: Kerneopgave for sundhedsprofessionelle	Kerneopgave, forholdet, modstand, krav, aflæse, værdi,	Alle udsagn vedr. kerneopgaven for sundhedsprofessionelle
Kultur: Eksisterende tilbud til KOL-patienter og behovsvurdering	Opfattelse, forbedre, forbedring, moderne, simpel, moden, forvent,	Alle udsagn vedr. de eksisterende tilbud til KOL-patienter og behovet herfor

	varme/kolde hænder, forlængelse, behov, nødvendig	
Kultur: Interorganisatorisk samspil	Samspil, almen praksis, læge, sammenhæng, samarbejde, enighed, regional, kommunal, overgange	Alle udsagn vedr. interorganisatorisk samspil
Politik: Nationale niveau som bestiller	National side, modeller, beslutning, afprøvet, erfaring, pres, ressourcer, finansiering, resultater, omfang, metodefrihed	Alle udsagn vedr. den nationale beslutning om udbredelse
Politik: Institutionalisering af idéen	Opbakning, skal-opgave, kopiere, motivation, magt, alliance, kompromis, omtale, monitoreringsenhed	Alle udsagn vedr. institutionalisering af idéen.

Egen tilvirkning.