

Skærmbesøg i den kommunale hjemmepleje

- En kvalitativ undersøgelse af borgeres oplevelser og erfaringer af kvaliteten ved medicinadministration



AALBORG UNIVERSITET



AALBORG UNIVERSITET

Studienævn for Sundhed, Teknologi
og Idræt

Niels Jernes Vej 12
DK - 9220 Aalborg Øst
Tlf. 99 40 80 08
mk@hst.aau.dk
www.smh.aau.dk

Title: Virtual visits in the municipal homecare
A qualitative study of the citizens' experiences with the quality of medication administration.

Semester: 4. semester KVT

Semester theme: Master's Thesis (Clinical Science and Technology)

Project period: 1/2 – 6/6 - 2019

ECTS: 30

Supervisor: Birthe Dinesen

Project group: 19gr10514

Sabine Gustafson

Morten Westphal Rasmussen

Abstract

Introduction: An increase in the elderly population has caused demographic changes, challenging the home care of the municipalities. This creates a need for new innovative ways of providing home care. There is currently an increased focus on virtual interaction in Denmark. The technology has shown promising results, including the potential to deliver home care services in the field of medicine administration, reducing the transport time of healthcare professionals. However, citizens' experiences are primarily described in the perspective of the healthcare professionals, which is why it is relevant to examine how the citizens in the home care setting experience virtual visits.

Purpose: The purpose of the project was to investigate the quality of medicine administration, with respect to virtual visits in a home care setting, assessed based on the citizens' experiences.

Method: This study utilized a theoretical frame of reference, based on a combination of The Three Dimensions of Quality, Sense of Coherence Theory and Jens Müller's Technology Definition. A triangulation of data collection techniques was applied, including assessment of documents, observations (8 hours) in Aalborg and Randers Municipality and qualitative interviews with eight citizens in the home care setting in Viborg and Mariagerfjord Municipality. The data was analyzed in NVivo 12.0.

Findings: Several unidirectional and opposing attitudes and experiences were identified in relation to the virtual visits. The main categories were divided into: Citizens' experiences with virtual visits, Nuances in relationship and communication, and Structuring and organizing virtual visits.

Conclusion: The citizens' experience and perception of the quality of medicine administration through virtual visits, predominantly positive. The medicine administration through virtual visits was perceived as both practical and satisfactory. In spite of few negative items, the virtual visits generally met the citizens' personal preferences and expectations.

Number of pages: 75 sider
Number of appendices: 12

By signing this document each individual group member confirms that everyone has contributed equally to the creation of this project and thus the members collectively liable for the report. The report is freely accessible, but publication may only be made after agreement with the authors, and with proper reference.



AALBORG UNIVERSITET

Studienævn for Sundhed, Teknologi
og Idræt
Niels Jernes Vej 12
DK - 9220 Aalborg Øst
Tlf. 99 40 80 08
mk@hst.aau.dk
www.smh.aau.dk

Titel: Skærmbesøg i den kommunale hjemmepleje
En kvalitativ undersøgelse af borgernes oplevelser og erfaringer af kvaliteten ifm. medicin håndtering

Semester: 4. semester KVT

Semester tema: Kandidatspeciale (Klinisk Videnskab og Teknologi)

Projektperiode: 1/2–6/6-2019

ECTS: 30

Vejleder: Birthe Dinesen

Projektgruppe: 19gr10514

Sabine Gustafson

Morten Westphal Rasmussen

Resumé

Introduktion: De demografiske ændringer med flere ældre udfordrer særligt den kommunale hjemmepleje. Det er derfor nødvendigt at tænke nye måder, at levere kerneydelserne til borgerne på. Skærmbesøg har de seneste år fået stor årvågenhed i Danmark, bl.a. pga. teknologiens potentiale til at kunne levere hjemmeplejens kerneydelser, særligt inden for medicin håndtering, og samtidigt at kunne frigøre transporttid hos de sundhedsprofessionelle. Borgernes oplevelser og erfaringer er dog primært beskrevet ud fra de sundhedsprofessionelles perspektiver, hvorfor det findes relevant at undersøge hvordan borgerne i hjemmeplejen oplever skærmbesøgene.

Formål: Formålet med projektet var at undersøge kvaliteten af medicin håndtering ifm. skærmbesøg i hjemmeplejen, vurderet ud fra borgernes oplevelser og erfaringer.

Metode: Dette casestudie anvendte en teoretisk referenceramme med en kombination af kvalitetsbegrebets tre dimensioner, Sense of Coherence-teori samt Jens Müllers teknologidefinition. Der blev anvendt en triangulering af dataindsamlingsteknikker, med dokumentmateriale, observationer (8 timer) i Aalborg- og Randers Kommune og kvalitative interviews med otte borgere i hjemmeplejen i Viborg- og Mariagerfjord Kommune. Empirien blev analyseret i NVivo 12.0.

Fund: Der blev identificeret flere ensrettede og modsatrettede holdninger og oplevelser til skærmbesøgene, hvor hovedkategorierne blev opdelt i: Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøg, Nuancer i relationen og kommunikationen samt Strukturering og tilrettelæggelse af skærmbesøg.

Konklusion: Borgernes oplevede og erfarede kvalitet af medicin håndtering via skærmbesøg var overvejende positiv, praktisk og tilfredsstillende. På trods af få negative elementer levede skærmbesøgene generelt op til borgernes personlige præferencer og forventninger.

Antal sider: 75 sider
Bilag: 12

Ved at underskrive dette dokument bekræfter hvert enkelt gruppemedlem, at alle har deltaget lige i projektarbejdet, og at alle således hæfter kollektivt for rapportens indhold. Rapportens indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse må kun ske efter aftale med forfatterne og med passende kildeangivelse.

Forord

Specialet er udarbejdet af gruppe 19gr10514, som består af Morten Westphal Rasmussen og Sabine Gustafson.

Specialet er udarbejdet ifm. 4. semester på kandidatuddannelsen, Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet. Specialeperioden har forløbet sig fra 01.02.2019 til 06.06.2019.

Aalborg Kommune er samarbejdspartner ifm. specialet. Kommunen er i startfasen af udvikling og implementering af skærmbesøg i hjemmeplejen og ønsker derfor mere viden indenfor området.

Formålet med specialet er at undersøge, hvordan borgerne tilknyttet hjemmeplejen oplever og erfarer kvaliteten af skærmbesøg ifm. medicinadministration samt at identificere hvilke faktorer, der har indflydelse på dette set ud fra borgernes perspektiv.

Ydermere er visionen, at specialets resultater skal bidrage med viden vedrørende borgernes oplevelser og erfaringer af skærmbesøg ifm. medicinadministration, således at Aalborg Kommune kan finde inspiration til implementering og forbedring af skærmbesøg. Dog kan alle kommuner, der har eller ønsker at implementere skærmbesøg i hjemmeplejen have interesse i specialets fund.

Vi vil gerne takke borgerne, der har medvirket i specialets interviewundersøgelse samt vores kontaktpersoner i Randers-, Viborg- og Mariagerfjord Kommune for deres hjælp ifm. specialet. Ydermere vil vi takke Jan Mainz for en informativ diskussion vedrørende kvalitetsbegrebet i sundhedssektoren. Herudover vil vi takke vores vejleder Birthe Dinesen og bivejleder Claus Ugilt Østergaard for konstruktiv vejledning, feedback og sparring.

Aalborg Universitet, juni 2019.

Læsevejledning

Specialet består af 75 sider og 12 bilag.

Specialet bør læses kronologisk for at danne en helhedsforståelse.

Vancouver er anvendt som referencesystem, og referencehenvisningerne angives derfor i numerisk rækkefølge i parentes efter sætningen. Ved kildehenvisning indenfor punktum refereres der til den pågældende sætning. Ved kildehenvisning efter punktum refereres der til hele forgående afsnit eller fra sidstnævnte kildehenvisning.

Citater er i kursiv og sættes i citation.

Forkortelse angives ved først at skrive det fulde ord efterfulgt af forkortelsen i parentes. Efterfølgende anvendes forkortelsen i resten af rapporten.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Læsevejledning	2
Tabeloversigt	5
Figuroversigt	5
Billedoversigt	5
1 Problembaggrund	6
1.1 <i>Flere ældre, én global udfordring.....</i>	6
1.1.1 Gå udfordringerne i møde ad nye digitale veje.....	6
1.2 <i>Borgernes oplevede kvalitet af digitale løsninger.....</i>	7
1.3 <i>Hjemmeplejen i Danmark under pres.....</i>	8
1.3.1 Kvalitetsudvikling i hjemmeplejen via digitalisering	10
1.3.2 Skærmbesøg som teknologi.....	10
1.3.3 Afprøvning og anvendelse af skærmbesøg i den kommunale hjemmepleje	11
1.3.4 Parat til forandring?.....	14
1.4 <i>Problemafgrænsning</i>	14
1.5 <i>Problemformulering.....</i>	15
2 Kvalitet af skærmbesøg i hjemmeplejen.....	16
2.1 <i>Hjemmeplejen i Danmark.....</i>	16
2.1.1 Lovgivning og plejebehov	16
2.1.2 Medicinadministration i hjemmeplejen.....	17
2.1.3 Hjemmeplejens strukturering af skærmbesøgene.....	17
2.2 <i>Videokommunikation</i>	18
2.2.1 Videokommunikationens historie	18
2.2.2 Teknologiforståelse af skærmbesøg.....	18
2.2.3 Nuværende erfaringer med skærmbesøg.....	22
2.3 <i>Hvordan kan kvaliteten af skærmbesøg evalueres?</i>	23
2.3.1 Kvalitetsbegrebets tre dimensioner	23
3 Teori.....	26
3.1 <i>Sense of Coherence</i>	26
4 Metode.....	29
4.1 <i>Videnskabsteoretisk afsæt.....</i>	29
4.1.1 Vores forforståelse.....	30
4.2 <i>Casestudie design</i>	31
4.3 <i>Udvælgelse og rekruttering af informanter</i>	32
4.4 <i>Dataindsamlingsmetoder</i>	34
4.4.1 Dokumentanalyse.....	34

4.4.2	Observationer	34
4.4.3	Interviews	35
4.5	<i>Case – Unikke og generelle træk</i>	39
4.6	<i>Databehandling</i>	40
4.6.1	Forberedelse af indsamlet empiri forud for analysen	40
4.6.2	Meningskodning	40
4.6.3	Meningskondensering	42
4.6.4	Meningsfortolkning	42
4.7	<i>Etiske overvejelser</i>	42
4.8	<i>Litteratursøgning</i>	43
5	Fund	44
5.1	<i>Fund i forbindelse med interviews og observationer</i>	44
5.1.1	Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøg	45
5.1.2	Nuancer i relationen og kommunikationen gennem skærmbesøg	46
5.1.3	Strukturering og tilrettelæggelse af skærmbesøg	47
6	Analyse og diskussion	49
6.1	<i>Anvendelse af teknologi i hverdagen</i>	49
6.2	<i>Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøgene</i>	50
6.2.1	Let anvendelig teknologi er en forudsætning	50
6.2.2	Medicinadministration leveres tilfredsstillende	51
6.2.3	Skærmbesøg faciliterer til empowerment	53
6.2.4	Føler sig bundet til eget hjem	53
6.2.5	Få tekniske problemer	54
6.3	<i>Relation og kommunikation mellem borgere og personale gennem skærmbesøg</i>	55
6.3.1	Oplever samme relation, men mindre nærvær	55
6.3.2	Oplever tydelig virtuel kommunikation	57
6.4	<i>Tilrettelæggelse af skærmbesøg</i>	58
6.4.1	Forskellige oplevelser af fleksibiliteten	58
7	Metodediskussion	60
8	Konklusion	62
9	Perspektivering	64
10	Referenceliste	67

Tabeloversigt

<i>Tabel 1: In- og eksklusionskriterier for udvælgelse af informanter til interviewundersøgelsen.</i>	32
<i>Tabel 2: Oversigt over observationssteder ifm. specialet.</i>	34
<i>Tabel 3: Uddrag af interviewguiden.</i>	38
<i>Tabel 4: Generelle- og unikke træk hos Viborg- og Mariagerfjord Kommune ifm. skærmbesøg.</i>	40
<i>Tabel 5: Oversigt over demografiske karakteristika blandt informanterne i interviewundersøgelsen.</i>	44
<i>Tabel 6: Oversigt over fund fra interviewundersøgelse med borgere i Viborg - og Mariagerfjord Kommune.</i>	45

Figuroversigt

<i>Figur 1: Tre veje at imødekomme udfordringerne på ældreområdet.</i>	9
<i>Figur 2: Illustration over kommuner i Danmarks status på skærmbesøg i 2017(36).</i>	11
<i>Figur 3: Skærmbesøgs digitale infrastruktur.</i>	21
<i>Figur 4: Kvalitetsbegrebets tre dimensioner og deres indbyrdes indflydelse på borgernes oplevelser med skærmbesøget. (22)</i>	24
<i>Figur 5: Den adfærdsmæssige- og perceptuelle mekanisme ift. SOC inspireret af Aaron Antonovsky(64).</i>	27
<i>Figur 6: Flowchart over rekrutteringsprocessen.</i>	33
<i>Figur 7: Kodetræ over identificerede kategorier og subkategorier.</i>	41
<i>Figur 8: Elementer, der har indflydelse på borgernes oplevelse og erfaringer af skærmbesøgene.</i>	50
<i>Figur 9: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af skærmbesøgene.</i>	54
<i>Figur 10: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af deres relation og kommunikation med de sundhedsprofessionelle.</i>	57
<i>Figur 11: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af struktureringen og koordineringen af skærmbesøgene.</i>	59
<i>Figur 12: Kvalitetsfigur inspireret af kvalitetsbegrebets tre dimensioner og Donabedians model vedrørende struktur, proces og resultat. (22,35)</i>	65

Billedoversigt

<i>Billede 1: Viewcare's skærmløsning hos en borger. På billede ses en skærm med integreret PC, samt ekstern højttaler.</i>	20
<i>Billede 2: Borgernes brugergrænsefladen ved skærmopkaldets start.</i>	20
<i>Billede 3: De sundhedsprofessionelles brugergrænseflade ifm. et skærmopkald.</i>	21

1 Problembaggrund

1.1 Flere ældre, én global udfordring

Verdensbefolkningen af ældre er stigende(1). Den internationale organisation, OECD, anslår, at der i år 2000 var 20,1 procent flere ældre set ift. gruppen af 15-64 årige, hvilket vil stige til 32,7 procent i 2030. (2) World Population Prospects(1) forventer ligeledes, at antallet af personer over 60 år vil være mere end fordoblet i 2050 og mere end tredoblet i 2100. Globalt vokser proportionen af ældre mere end den yngre aldersgruppe(1), og samtidig ses der en stigning i prævalensen af kroniske sygdomme og funktionsnedsættelser blandt ældre(3). Den demografiske udvikling medfører én af de mest betydningsfulde globale sociale forandringer i det 21. århundrede med konsekvenser i flere af samfundets sektorer(1). Dette vil have indflydelse på den offentlige økonomi, og samtidig vil aldersforskydningen have indflydelse på sundhedsniveauet af de ældre(2). Det forudses derfor, at den aldrende population over de næste årtier særligt vil udfordre sundhedssektoren(2), eftersom efterspørgslen på sundhedsvæsenets kerneydelser stiger(3). Ifølge OECD vil udgifterne til sundhedsydelser stige markant, således at flere lande ikke vil være i stand til at finansiere dette i 2050, medmindre der omstruktureres og investeres i fremmende sundhedstiltag(4). Flere industrialiserede lande benytter nationale finansieringsmodeller for sundhedsvæsenet, der går på at fremme sundheden, forbedre den samlede kvalitet af sundhedsydelserne og samtidig reducere de totale omkostninger(5). Det forventes både i USA og Europa, at teknologi vil være en afgørende faktor for at finde frem til nye løsninger, der kan imødekomme disse mål(5).

1.1.1 Gå udfordringerne i møde ad nye digitale veje

Der ses en global tendens til, at den samfundsbaseerede pleje gradvist går mod at lade ældre forblive længst muligt i eget hjem, og at plejehjem betragtes som "sidste udvej"(6). Ligeledes ses en voksende interesse blandt de ældre, der gerne vil ældes i eget hjem fremfor i en plejehjem, hvilket bl.a. er associeret med højere livskvalitet, værdighed og selvstændighed hos den ældre(3). Det forudses derfor, at hjemmeplejen står overfor bekymrende udfordringer med at organisere og levere højkvalitetsydelser til de ældre(3). Flere lande retter fokus mod at udvikle mekanismer, der understøtter dette behov og ændrer måden hvorpå, plejeydelser leveres i hjemmet(6). Sundhedssektorerne verden over

anerkender i stigende grad anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi (ICT) i sundhedsarbejdet. Indførelse af ICT i sundhedssektoren har vist at have positiv effekt på leveringen af sundhedsydelserne, borgernes sundhed, borgertilfredshed og empowerment(7). ICT forventes at kunne bremse omkostningsinflationen i sundhedsvæsenet og øge kvaliteten af sundhedsydelserne og samtidig understøtte de ældres behov i eget hjem.(6,8,9)

Teknologi til at foretage videoopkald er i de seneste år blevet billigere, mere tilgængelig og mere pålidelig, hvilket har øget interessen i at forsøge at omlægge fysiske hjemmepleje besøg til virtuelle besøg.(6,10) Internationale undersøgelser af virtuelle besøg har vist sig at være effektive, levere den samme kvalitet som traditionel pleje og giver mulighed for at kunne individualiseres efter borgernes behov(11–15). Det fremgår bl.a., at brugen af virtuelle besøg kan øge frekvensen af de besøg den ældre modtager, fremme sundheden af borgeren og samtidig give plejepersonalet mulighed for at være mere effektive(11). Ydermere viser et studie, at borgere, der modtog virtuelle besøg som supplement til deres normale fysiske besøg, opnåede et højere almindelig daglig livsførelse (ADL)-niveau, samt at den teknologiske løsning både er teknisk og klinisk parat til anvendelse(12). Studier fra Sverige fandt, at borgerne i hjemmeplejen var positivt stemte overfor virtuelle besøg(16), og at disse tidsmæssigt var ressourceeffektivt for både personalet og borgerne(13). Et systematisk review konkluderede, at virtuelle besøg kan mindske ensomhed, give støtte og vejlede borgerne i medicinadministration samt facilitere til, at borgerne forbliver længst muligt i eget hjem(3). Ydermere har virtuelle besøg ifm. medicinadministrationen hos ældre med begyndende demens vist at kunne stabilisere medicineringscompliance og ligeledes minimere deres behov for fysiske besøg(17).

1.2 Borgernes oplevede kvalitet af digitale løsninger

Som med traditionelle kerneydelser hviler de virtuelle besøg tungt på borgernes tilfredshed, eftersom borgeren er den eneste kilde til informationer vedrørende, hvordan plejen og omsorgen opleves samt, hvorvidt denne lever op til deres forventninger(18). Dinesen et al. understreger, at telemedicinske løsninger ikke er en “one-size-fits-all”.(5) Der skal være mulighed for at individualisere teknologien, da det er vigtigt, at borgerne oplever teknologien som meningsfuld, og at de har de rette kompetencer til at benytte denne, ellers tager borgerne ikke teknologien til sig.(5)

Den borgeroplevede tilfredshed er et voksede element i sundhedsvæsenet og bliver bl.a. benyttet i USA og Europa som et mål for kvalitet(18,19). Er borgerne utilfredse med den telemedicinske ydelse, vil denne blive overflødig og dyr(18).

Der er ikke enighed omkring definitionen af kvalitet i sundhedsvæsenet, men der hersker en generel forståelse af, at den er flerdimensionel og indeholder varierende fortolkninger(20–23). Det er således et vigtigt element for sundhedssektorerne at inddrage borgernes perspektiver for at kunne imødekomme deres behov i udviklingen og leveringen af teknologibaseret pleje(18,19).

1.3 Hjemmeplejen i Danmark under pres

Danmark står overfor lignende demografiske udfordringer, hvor befolkningsfremskrivningen anslår, at der i 2060 vil være 58.000 flere personer mellem 65-79 år og dermed 7% flere end i dag(24). Den stigende gruppe af ældre kræver mere medicin, pleje og omsorg, hvilket resulterer i større omkostninger for sundhedssektoren(25). I Danmark står personer over 65 år for knap halvdelen af de samlede sygehusudgifter(25) og for lige over 90% af alle visiterede hjemmeplejebesøg(26).

Den demografiske udvikling vil resultere i, at flere vil være på offentlig forsørgelse samtidig med, at der vil være færre personer i den arbejdsdygtige alder, der er med til at finansiere velfærdssamfundet(27). Dette sætter den kommunale hjemmepleje under et økonomisk pres(28). Ydermere er det vanskeligt for kommunerne at rekruttere tilstrækkeligt med arbejdskraft til at levere disse serviceydelser(28). Den demografiske forskydning øger efterspørgslen på de kommunale kerneydelser på ældreområdet(27). Velfærdskommissionen(29) anslår, at udgifterne vil stige med op mod 25% frem mod 2040, hvilket svarer til merudgifter på ca. 11 milliarder kroner om året(28,29). Kommunerne kan overordnet set imødekomme disse udfordringer ved tre forskellige strategier, se figur 1(28,29).



Figur 1: Tre veje at imødekomme udfordringerne på ældreområdet.

1.
De kan fortsætte som hidtil og forsøge at rekruttere tilstrækkeligt personale til at imødekomme efterspørgslen.
2.
Kvaliteten af ydelserne kan nedjusteres.
3.
Kommunerne kan forsøge at implementere ny velfærdsteknologi, der kan understøtte de ældres behov og gøre dem mere selvhjulpne.

Strategien omhandlende rekruttering af mere personale kræver, at de økonomiske midler skal finansieres gennem andre dele af velfærdssamfundet, hvilket ikke anses som en holdbar løsning(28).

Det nationale kvalitetsprograms vision er at skabe mere sundhed for pengene og samtidig tilbyde borgere sundhedsydelser af høj kvalitet, hvorfor strategien vedrørende nedjustering af kvaliteten strider mod visionen(30).

Den danske regering har en forhåbning om vha. "Vækstplan DK" at frigøre 12 milliarder frem mod 2020 ved hjælp af modernisering af den offentlige sektor, der kan benyttes til kernevelfærd(31). Denne vækstplan gør det potentielt muligt at realisere den tredje strategi, som omhandler introduktion og udvikling af nye velfærdsteknologiske løsninger i kommunerne(31). Dette begrundes med en antagelse om, at teknologiske løsninger kan bidrage til at løse de sundhedsfaglige opgaver mere effektivt og frigøre ressourcer, samtidig med at kvaliteten bevares(31).

Der er i hjemmeplejen en udviklingsmulighed ved at forsøge at omstrukturere arbejdsgangene(28). Hjemmeplejen anvender i dag ca. 60% af deres tid på direkte brugertid med borgerrelaterede opgaver, af denne brugertid kræver 80% fysisk tilstedeværelse af plejepersonalet, hvoraf 10-15% delvist kan erstattes af fjernkontakt eller -monitorering, og de sidste 5-10% har potentialet til fuldt ud at kunne erstattes(28). Hjemmeplejen anvender 17% på indirekte brugertid, hvoraf omkring 10% benyttes til kørsel til og fra borgere.

Hjemmeplejen anvender i gennemsnit fire timer ugentligt til transport, hvilket potentielt kan reduceres ved at omlægge fysiske besøg til virtuelle.(28)

1.3.1 Kvalitetsudvikling i hjemmeplejen via digitalisering

Det danske sundhedsvæsen har gennem årtier haft kvalitetssikring og -udvikling højt prioriteret(22) og har en vision om, at borgere også i fremtiden skal kunne tilbydes sundhedsydelser af høj kvalitet(32). Ifølge det Nationale Kvalitetsprogram skal sundhedsvæsenet måle på kvaliteten gennem effekten af kerneydelserne hos borgerne, herudover skal kvalitetssikring og -udvikling både gavne personalet og borgerne. Kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet skal understøtte den tredelte målsætning, som er en del af det Nationale Kvalitetsprogram, hvor det bestræbes at:(22,30)

- Forbedre sundhedstilstanden i befolkningen
- Højne patientoplevelen og erfaret kvalitet
- Lavere omkostninger pr. behandlet borger

Ambitionen med disse målsætninger er at fremme danskernes sundhed, skabe et sammenhængende patientforløb, sikre høj kvalitet i leveringen af kerneydelser samt at udnytte sundhedsvæsenets ressourcer effektivt for at kunne levere mere sundhed for pengene.(30) Sundhedsvæsenets omdrejningspunkt er borgerne, eftersom de er de eneste, der har forudsætningerne til at vurdere kvaliteten af kerneydelserne samt hele forløbet gennem sundhedsvæsenet. Deres oplevelse er i sidste ende afgørende for, hvorvidt sundhedsvæsenet kan karakteriseres som velfungerende eller ej.(22) Borgernes oplevelser og erfaringer er således et mål for sundhedsvæsenets succes(22).

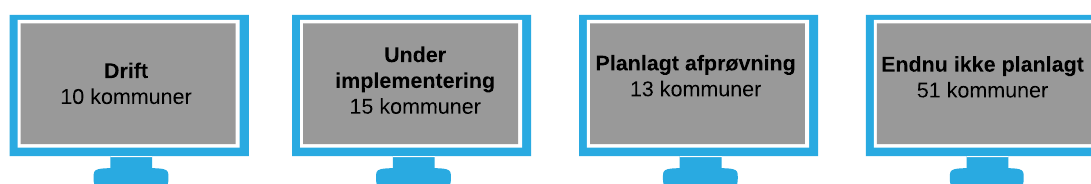
1.3.2 Skærmbesøg som teknologi

Skærmbesøgene forgår ved at den sundhedsprofessionelle kommunikerer med borgerne via videoteknologi direkte til borgerens eget hjem. De sundhedsprofessionelle har mulighed for at foretage skærmopkaldende på forskellige lokationer f.eks. i bilen, på kontoret eller andre steder, hvor der er ro til at foretage en samtale med borgeren(33,34). Der kan identificeres en lang række konkrete tekniske løsninger, der understøtter skærmbesøg i hjemmeplejen med forskellig software, hardware og infrastruktur(33). Ved at anvende Jens Müllers teknologi definition, kan skærmbesøgene opdeles i fire bestanddele: *Teknik*, *Viden*, *Organisation* og *Produkt*, for lettere at kunne beskrive de enkelte elementer i skærmbesøgene(35). Det tekniske element, hardwaren, i skærmbesøgene kan bestå af en PC, tablet eller smartphone,

hvor et indbygget eller eksternt kamera, mikrofon og højttaler sikre at det er muligt at foretage videosamtaler via internettet. Videns elementet består af den installerede software på de forskellige devices, samt brugernes viden omkring anvendelsen. Skærmbesøgene kan organiseres og anvendes på mange forskellige måder og involverer både teknologiens infrastruktur, de sundhedsprofessionelle og borgerne. Summen af hardwaren, softwaren, brugernes viden omkring anvendelse og organiseringen udgør produktet, skærmbesøg.(33,34,36) Dette uddybes nærmere i afsnit 2.2.2 Teknologiforståelse af skærmbesøg.

1.3.3 Afprøvning og anvendelse af skærmbesøg i den kommunale hjemmepleje

Virtuelle skærmløsninger har de seneste år fået stor årvågenhed i Danmark bl.a. pga. de lovende resultater fra udlandet(37–39) samt Regeringens ønske om at modernisere hjemmeplejen(31). Dette har fået flere kommuner landet over til at afprøve skærmbesøg som erstatning eller supplement til de fysiske besøg(28,34,37,40). Ifølge Kommunernes Landsforening (KL) havde ti kommuner virtuelle besøg i drift, og 15 kommuner var under implementering eller afprøvning i hjemmeplejen i 2017. Herudover havde 13 kommuner planlagt at skulle have teknologien under afprøvning, og 51 kommuner havde endnu ikke planlagt at skulle afprøve eller implementere virtuelle besøg, se figur 2.(36)



Figur 2: Illustration over kommuner i Danmarks status på skærmbesøg i 2017(36).

Ved visitation af borgere til hjemmepleje vurderes pleje- og støttebehovet af en visitator(33). Borgeren bliver visiteret til en ydelse og ikke en fastsat tid, hvorfor den samlede ydelse kan have forskellig varighed alt efter borgerens funktionsniveau. Der er derfor forskel på, hvorvidt borgerens visiterede ydelse og funktionsniveau egner sig til skærmbesøg. Dette hviler på en individuel vurdering.(33) Overordnet er målgruppen i hjemmeplejen ifm. skærmbesøg borgere, der fysisk og kognitivt kan håndtere teknologien(33). Skærmbesøg kan med fordel erstatte eller supplere følgende hjemmeplejeydelser(33,40):

- Guide og støtte til bad.
- Støtte til at komme op om morgen (eks. hjælp til mad og skift af plaster).
- Støtte til middag (eks. mad og drikke).
- Støtte til aften (eks. tryghed).
- Medicinadministration.

Specielt medicinadministrationen vurderes særdeles velegnet(33,40) og foregår ved, at den sundhedsprofessionelle ringer borgeren op og herigennem støtter til dispensering, dosering, kontrol, påmindelse eller bortskaffelse af medicinen(28,34,36). En opgørelse fra Viborg Kommune viser, at hovedparten af deres skærmbesøg er rettet mod netop hjælp til medicinadministration.(34) Viborg har siden 2015 haft skærmbesøg i drift i hele kommunen og foretager ca. 30.000 skærmopkald om året(34). En evalueringsrapport af skærmbesøgene i Viborg Kommune valgte at belyse, hvilken betydning implementeringen af virtuelle besøg i hjemme- og sygeplejen har for personalets oplevelse af pleje- og omsorgsarbejdet(34). Rapporten bygger på 17 dages observationer og 32 interviews med ledelse og medarbejdere. Fundene fra rapporten viser, at det er muligt at udføre god pleje via skærmbesøgene. Det påpeges, at borgerkendskabet er et vigtigt parameter, da det derved er muligt at opfange ændringer i rutiner, ændret stemmeføring, kropsholdning eller samtaleindhold. Desuden oplever de sundhedsprofessionelle, at videokommunikationen giver nærvær og ro i mødet med borgeren, som ikke altid er muligt at bevare under de fysiske besøg grundet tidspres. For at skærmbesøg opnår succes, påpeges det, at det er nødvendigt at finde de rigtige borgere. Borgeren skal være motiveret, kunne se fordelene ved skærmbesøgene og have de rette kompetencer. Hvis dette ikke efterleves, udtrykker de sundhedsprofessionelle en bekymring for, hvorvidt borgeren kan løfte deres ansvar af opgaven ifm. skærmbesøgene. Bekymringerne er bl.a., om borgeren ikke opdager at have mistet appetitten, glemmer at drikke, har fået det dårligt og ikke fortæller det samt ikke vil ulejlige eller tale med personalet.(34)

Ballerup Kommune har ligeledes undersøgt deres skærmbesøg gennem en velfærdsteknologivurdering (VTV). Evalueringen baseres på et ukendt antal af deltagerobservationer, interviews af to borgere samt interviews med et ukendt antal medarbejdere, én teamleder og én leder af hjemmeplejen. Vurderingen viser, at borgerne bliver mere selvhjulpne, oplever større livskvalitet (QOL) samt oplever øget fleksibilitet. Derudover erfares det, at borgerne får deres medicin rettidigt, når medicinadministrationen

foretages vha. skærmbesøg. Personalet oplevede, at det var muligt at hjælpe borgerne via skærmbesøgene. Desuden påpegede vurderingen, at hjemmeplejen sparede tid på transport. Borgere, der fik erstattet et fysisk besøg med et skærmopkald, var tøvende overfor ændringen, men borgere, der endnu ikke modtog hjælp, viste sig at være mere tilbøjelig til at acceptere skærmopkaldende.(37) Ydermere viser et referat af et pilotforsøg med 21 borgere fra Fredensborg Kommune, at borgerne generelt var tilfredse med skærmbesøgene, og at der kun var et fåtal, der ville have fysiske besøg i stedet. Pilotundersøgelsen viste samtidigt, at det var muligt at frigøre tid ved at omlægge fysiske besøg til virtuelle. Hvor mange borgere samt, hvordan deres oplevelser er indsamlet, fremgår ikke.(42)

Copenhagen Healthtech Cluster (CHC) har udarbejdet et katalog med det formål at give inspiration til de kommuner, der anvender eller skal til at implementere skærmbesøg i hjemmeplejen. Kataloget består af fire borgercases med dertilhørende tekniske løsningsforslag. Medicinadministration fremhæves som en plejeopgave, der har et stort potentiale til at blive varetaget af skærmbesøg.(40)

KMD har i samarbejde med Center for Digital Forvaltning foretaget en analyse af hjemmeplejen omkring hvilke potentialer og holdninger, der ses ifm. digitalisering herunder virtuelle skærmløsninger. Det fremgår, at der ligger et udviklingspotentiale gemt ved at reducere transporttid og omlægge fysiske besøg til virtuelle. Ydermere fremgår det, at danskere generelt ønsker mere velfærdsteknologi, og at denne vil yde bedre ældreomsorg.(28)

KL gav med deres slutrapport i 2017 et overblik over fokusområder ifm. skærmbesøg samt medarbejdernes og borgernes oplevelser af teknologien. Undersøgelsen bygger på en spørgeskemaundersøgelse af medarbejdere i 84 kommuner. Resultaterne viser, at det ikke er alle borgere, der har nyttet sig af hjemmeplejeydelser via skærmbesøg, og ligeledes er det ikke alle hjemmeplejeydelser, der kan varetages via skærmen, men at bl.a. medicinadministration har potentialet. Det kræver en omfattende viden hos medarbejdere vedrørende borgernes kognitive- og fysiske funktionsniveau samt skærmbesøgenes fordele og ulemper for at vurdere hvorvidt, skærmbesøg vil være relevant for den enkelte borger.(36)

PAconsulting foretog i 2018 en analyse af anvendelsen af skærmbesøg i Danmark. Analysen er baseret på KL's slutrapport, CHC, Viborg- og Ballerup- Kommunes rapporter, mødereferat

fra Fredensborg Kommune samt erfaringer fra andre danske kommuner, der ønsker at være anonyme. Det påpeges, at skærmbesøg ikke skal være en erstatning for et fysisk besøg, men et supplement i det omfang hvor det giver mening for borgeren. Skærmbesøgene gør det muligt, at borgerne eksempelvis kan indtage deres medicin rettidigt og, at der er mulighed for, at borgerne kan modtage hjælp under ferier.(33)

Kommunernes erfaringer samt analyserne af skærmbesøg viser lovende resultater i en dansk kontekst. Med afsæt i ovenstående, baseres dette primært på sundhedsprofessionelles oplevelser og synsvinkel, hvor borgernes oplevelser belyses gennem de sundhedsprofessionelles perspektiv. Enkelte borgere er inddraget i Ballerup Kommunes VTV(37) og CHC rapporten(40), hhv. to og tre borgere, men rapporternes metode er ikke fyldestgørende beskrevet.

1.3.4 Parat til forandring?

Ifølge evalueringsrapporten fra PAconsulting er skærmbesøg i hjemmeplejen vurderet til at have en medium modenhed, eftersom teknologien er implementeret i 21 kommuner, og der er dokumenteret erfaring fra fire kommuner.(33) Ligeledes ses der en høj volumen af målgruppen indenfor skærmbesøg i hjemmeplejen. Ydermere har KMD-analysen foretaget en Galluptelefonundersøgelse med 1000 respondenter, som kunne konkludere, at tre ud af fire danskere ønsker mere velfærdsteknologi, der skal understøtte borgere i at blive mere selvhjulpne ved sygdom eller svækkelse. Ligeledes mener syv ud af ti danskere, at de er klar til at modtage kommunale sundhedsydelser via videoteknologi, og samtidig har seks ud af ti tiltro til, at videokommunikation vil føre til bedre ældrepleje.(28) Tilsammen udgør disse parametre et udviklingspotentiale for anvendelse af skærmbesøg i hjemmeplejen.(33)

1.4 Problemafgrænsning

Skærmbesøg er afprøvet af flere kommuner landet over, og der ses en tendens til, at denne løsning vil være med til at forme fremtidens ældrepleje.(34,36) Der er flere ydelser, der kan erstattes af et skærmbesøg, men specielt medicinadministration findes særligt velegnet.(33,34,39) For at kunne bestræbe sig på at nå det danske sundhedsvæsens målsætning omhandlende høj patientoplevelse og erfaret kvalitet ses det som en nødvendighed at inddrage borgere, der modtager skærmbesøg(22), da borgeren er ekspert i eget liv(43). For at kunne belyse borgernes erfarede kvalitet er det en forudsætning at forstå, hvad kvalitet er.

Kvalitetsbegrebet er flerdimensionelt, hvor dimensionerne er indbyrdes afhængige af hinanden(22,23). De danske undersøgelser af skærmbesøg beskæftiger sig primært med besøg set fra de sundhedsprofessionelles perspektiv, hvortil borgerperspektivet er mangelfuldt(28,34,36,39). Det findes derfor relevant at belyse hvilke erfaringer og oplevelser borgerne, der modtager skærmbesøg i hjemmeplejen har ifm. kvaliteten af medicinadministration.

1.5 Problemformulering

Hvordan erfarer og oplever borgere i hjemmeplejen kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg?

1.5.1.1 Begrebsafklaring

Hjemmeplejen:

Kommunal hjemmepleje, der yder hjælp til pleje, praktisk hjælp og/eller madservice i eget hjem hos borgere med psykisk eller fysisk nedsat funktionsevne(44), som ikke selv er i stand til at opfylde egne behov(28). I denne rapport omfatter hjemmeplejen de ydelser som social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter varetager.

Kvalitet:

Kvalitet defineres ud fra borgernes personlige præferencer og forventninger, samt i hvilket omfang ydelsen tilfredsstiller borgernes ønsker

Medicinadministration:

Begrebet anvendes som en samlet betegnelse over sundhedspersonalets ydelser knyttet til medicin dispensering, observation, dokumentation samt hjælp til indtagelse af medicinen(45).

Skærmbesøg:

Hjemmeplejeydelser der leveres gennem videokommunikationsteknologi(33). Skærmbesøg og virtuelle besøg anvendes som synonymer for denne ydelse i rapporten.

2 Kvalitet af skærmbesøg i hjemmeplejen

Formålet med dette kapitel er at give et indblik i den kommunale hjemmepleje, teknologien bag skærmbesøg samt hvordan kvaliteten af skærmbesøg kan evalueres.

2.1 Hjemmeplejen i Danmark

I 1963 blev alle kommuner pålagt en ordning vedrørende hjemmehjælp, således der kunne struktureres en velorganiseret hjælp til de hjemmeboende ældre. I 1997 blev bestemmelserne for omsorg, pleje mm. samlet i serviceloven, hvis formål bl.a. var at styrke den forebyggende indsats hos de ældre. I årene efter blev kommunerne forpligtet til at opstille egentlige kvalitetsstandards, der skulle ensarte fordelingen af- og styrke kvaliteten af kerneydelserne i de respektive kommuner. Gennem 1990'erne kom der et øget fokus på dokumentation og styring af kerneydelserne. Komplexiteten af opgaveløsningen i hjemmeplejen er blevet større i takt med udviklingen af det danske sundhedsvæsen.(27)

I 2017 var ca. 216.000 borgere over 65 år visiteret til hjælp fra den kommunale eller private hjemmepleje(26), heraf var ca. 28.300 borgere visiteret udelukkende til personlig pleje og 98.800 visiteret til praktisk hjælp(26). Gruppen af borgere, der modtog hjemmehjælp, blev visiteret til mere end 521.400 timers hjælp om ugen, hvilket i gennemsnit svarer til 2,4 timer om ugen pr. borger.(46) I 2012 blev der brugt 13,9 milliarder kr. til hjemmehjælp i Danmark, hvoraf det skønnes at 2,1 mia. kr. blev anvendt til praktisk hjælp, og 11,8 mia. kr. blev benyttet til personlig pleje(27,47).

2.1.1 Lovgivning og plejebenhov

Sundhedslovens paragraf §83(48) angiver kommunernes forpligtigelse til bl.a. at tilbyde praktisk hjælp og personlig pleje til borgere, som varigt eller midlertidigt ikke selv er i stand til at løse disse opgaver grundet fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse. Formålet med hjemmehjælpen er at yde hjælp til selvhjælp, hvilket består i at vejlede og hjælpe til med de funktioner og opgaver, borgeren ikke selv har mulighed for eller er i stand til at løse. Visiteringen af hjemmeplejeydelser foregår derfor ud fra en individuel vurdering af funktionsniveauet og opgaveorienterede forhold, og det er op til de enkelte kommuner at definere, hvilken hjælp de vælger at tilbyde samt i hvilket omfang.(27)

Borgernes plejebehov defineres ikke ud fra alder men derimod den ældres helbred og funktionsniveau. Der ses en tendens til, at de ældre gennem de sidste 15 år har oplevet et stigende fysisk funktionsniveau, hvor de ældre både er blevet og føler sig mere raske.(27) Udviklingen viser, at der er en væsentlig stigning i antallet af leveår uden funktionsbegrænsninger, hvilket er med til at udskyde tidspunktet for hvornår, der bliver behov for hjælp til pleje. Den gennemsnitlige ældre, der modtog hjemmehjælp i 2011, var 81,5 år gammel, og det forventes at stige til 86 år i 2050.(27)

Ambitionen for hjemmehjælpsområdet er bl.a. at understøtte udviklingen af antallet af år uden funktionsbegrænsninger og således forsøge at fremme den sunde aldring. Dette vil givetvis være medvirkende til at mindske det økonomiske pres, der er forbundet med den demografiske udvikling.(27)

En stor del af fremtidens ældre forventes at være ressourcestærke på et eller flere områder, herunder at have et godt helbred, et godt arbejde og en god økonomi samt et godt og stærkt socialt netværk. Dette vil resultere i mere overskud og flere samlede ressourcer til at bevare kontrollen og kunne tage ansvar for eget liv. Dog vil der også være ældre, der grundet langvarig sygdom, manglede eller få ressourcer eller andre faktorer, har et komplekst plejebehov.(27)

2.1.2 Medicinadministration i hjemmeplejen

Ca. 90% af ældre over 65 år indtager medicin, og af dem benytter 40% mere end fem forskellige præparater(49,50). Det er lægens ansvar at vurdere hvilken medicin, borgerne i hjemmepleje skal have(45). Dertil agerer hjemmeplejepersonalet som lægens medhjælp til dispensering, medicinadministration, dokumentation, observation og hjælp til indtagelse, såfremt dette er nødvendigt. Vurderingen af den hjælp, der er nødvendig, tager udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og behov, hvorfor instrukserne vil variere afhængigt af borgerne. Der kan være tale om hjælp til enten dispensering, medicinadministration eller begge dele jf. Serviceloven §83.(45,48)

2.1.3 Hjemmeplejens strukturering af skærmbesøgene

I hjemmeplejen er skærmbesøg, virtuel kommunikation, virtuelle besøg etc. betegnelser for virtuel eller online pleje og omsorg(33). Dette betyder, at de kommunale ydelser, der leveres inden for Sundhed- og Serviceloven, foregår via videoteknologi(33). Ved et skærmbesøg har

de sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen udvalgt en borger og en ydelse, borgeren får, som kan erstattes af et skærmbesøg. Skærmbesøgene er ikke tiltænkt som en komplet erstatning af de fysiske besøg i hjemmeplejen men derimod som et supplement til den vanlige pleje. Desuden er der flere plejeydelser, der kræver fysisk tilstedeværelse, og derfor ikke kan varetages over en skærm.(33) Opkaldene kan være struktureret således, at der sidder en gruppe af medarbejdere, der varetager alle skærmbesøg i det pågældende distrikt, eller at alle medarbejdere er uddannet i at varetage skærmopkaldene.(33)

2.2 Videokommunikation

2.2.1 Videokommunikationens historie

I 1968 blev den første kommercielle billedtelefon introduceret på verdensmessen i New York, hvor deltagere kunne afprøve kommunikation via video(51). Videoapparat var både dyrt, klodset og krævede særlige tekniske færdigheder at betjene(51). Sidenhen er der sket en betydelig udvikling af videokommunikation og anvendelsen heraf bl.a. inden for sundhedsvæsenet. I de seneste år er prisen på videoteknologisk udstyr faldet, og samtidigt er avancerede tekniske færdigheder ikke længere nødvendige for at kunne betjene systemerne. Der ses derfor i dag et væld af nye applikationer til videokommunikation inden for forskellige områder i sundhedsvæsenet.(52,53) Teknologiuudviklingen har haft indflydelse på, hvordan vi kommunikerer, interagerer, lærer og arbejder. Forståelsen af teknologien er derfor essentiel forud for forståelsen af borgernes oplevede og erfarede kvalitet af skærmbesøg. Skærmbesøg kan klassificeres som ICT. ICT understøtter elektronisk opbevaring, behandling og udveksling af oplysninger, der i sundhedsmæssige sammenhænge har til formål at fremme sundhed, forebygge og behandle sygdom mm.(54) Videokommunikation er således et interaktivt system, der i realtid tillader interaktion gennem video og lyd, hvor deltagerne ikke befinder sig på samme lokation (52).

2.2.2 Teknologiforståelse af skærmbesøg

De videokommunikative løsninger har mange nuancer bl.a. i valg af hardware, software, infrastruktur, måden hvorpå de anvendes og hvem, der er leverandør af teknologien.(33) Kommunerne imellem strukturerer ikke nødvendigvis de tekniske løsninger ens, og der er således forskel på, om det bl.a. skal være muligt for borgerne at anvende deres eget udstyr, eller om det er kommunen, der står for leveringen af udstyret.(33) I nogle tilfælde har det dog vist sig at være problematisk at være afhængig af borgernes eget udstyr, da deres enheder har

været forældet, eller deres internetforbindelse har været ustabil. Kvaliteten af udstyret og internetforbindelsen er vigtige elementer, da flere borgere har svært ved at acceptere teknologien, hvis der har været tekniske udfordringer ifm. implementeringen(55). Flere af kommunerne vælger derfor at levere en samlet pakke til borgeren med både det tekniske udstyr og mobilt bredbånd for at mindske risikoen for signalforstyrrelser samt tekniske udfordringer og samtidig have den fulde kontrol over alle enhederne.(33,34) Kommunerne benytter ofte en digital infrastruktur med en end-to-end løsning gennem en fag-app med videoklient ved brug af det åbne internet(33).

Der er stor variation i leverandørerne, nogle af løsningerne leveres af store globale virksomheder som eksempelvis Microsoft med skype for business(56), mens andre er mere lokale og dedikerede løsninger til det fagspecifikke område som eksempelvis Viewcare A/S(57). Viewcare er en af Danmarks førende virksomheder indenfor levering af teknologi til skærmbesøg(57). Viewcare leverer en totalløsning, som understøtter både de sundhedsprofessionelle og borgerne. Med afsæt i Müllers teknologidefinition har vi valgt at opdele deres skærmløsning i definitionens fire hovedbestanddele: *Teknik*, *Viden*, *Organisation* og *Produkt*. Bestanddelene hænger uløseligt sammen, men opdeles for at kunne beskrive teknologiens delelementer(35).

Teknik (hardware)

Viewcares skærmløsning indeholder flere devices; en stationær skærm med indbygget PC (benævnes som skærm i resten af projektet), tablet og smartphone. Oftest får borgerne udleveret en skærm (16”) med touch funktion, integreret kamera og mikrofon samt en ekstern højttaler (skildpadde), se billede 1. Medarbejderne anvender oftest en tablet (10”) eller smartphone (4”) under skærmbesøgene, hvor kamera, mikrofon og højttaler er indbygget. Internetforbindelsen er altafgørende for at kunne anvende skærmbesøg. Viewcares løsning kræver en minimumshastighed på 1 Mbit/s til skærmen med indbygget PC og en minimumsforbindelse på 256 kbit/s til tablet og smartphone. Viewcare benytter TDC's mobile bredbåndssignal 4G.¹

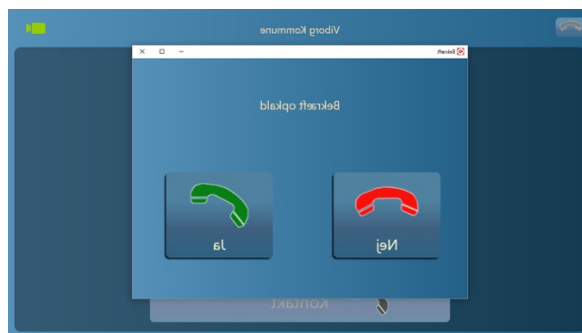
¹ Oplyst ved samtale med medarbejder fra Viewcare indenfor udvikling, drift og support.



Billede 1: Viewcare's skærløsning hos en borger. På billede ses en skærm med integreret PC, samt ekstern højttaler.

Viden (software)

Differentieringen mellem borgernes skærm og medarbejdernes skærm er den installerede software. Borgerne anvender Windows 10 eller en nyere version som styresystem på deres stationære skærm og benytter applikationen CareRoom. CareRoom har en simpel brugergrænseflade, hvor borgerne oftest kun har mulighed for at besvare opkaldet fra de sundhedsprofessionelle, se billede 2. Viewcare har mulighed for via deres managementsystem at opdatere borgernes skærme samt yde teknisk fjernsupport.

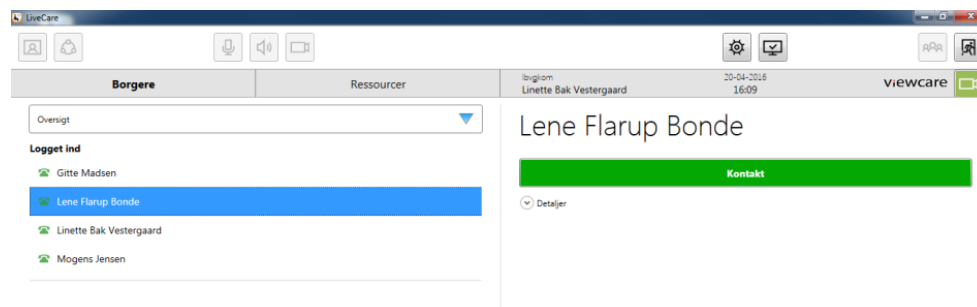


Billede 2: Borgernes brugergrænsefladen ved skærmopkaldets start.²

De sundhedsprofessionelle anvender oftest tablet eller smartphone med styresystemerne iOS eller Android med applikationen LiveCare. LiveCares brugergrænseflade har flere funktioner og understøtter de sundhedsprofessionelles behov for at kunne fremsøge borgere, kommunikere internt mm., se billede 3³

² Tilsendt af medarbejder fra Viewcare A/S med samtykke til anvendelse i specialet.

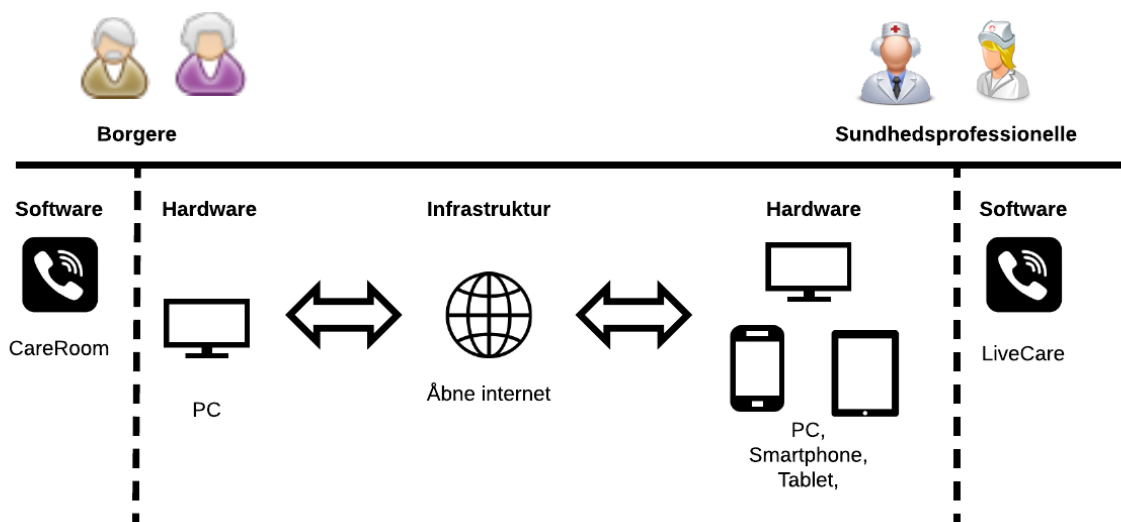
³ Oplyst ved samtale med medarbejder fra Viewcare A/S indenfor udvikling, drift og support.



Billede 3: De sundhedsprofessionelles brugergrænseflade ifm. et skærmopkald.⁴

Organisation

Organiseringen af skærmbesøgene foregår ved, at de sundhedsprofessionelle ringer borgerne op via deres device fra eksempelvis deres kontor eller bil. Opkaldet foregår over det åbne internet via en krypteret forbindelse⁵ ud til borgerne, der kan besvare opkaldet på deres device. I enkelte tilfælde har borgerne mulighed for at ringe de sundhedsprofessionelle op via deres eget device⁶, se figur 3.



Figur 3: Skærmbesøgs digitale infrastruktur.

Produkt

Produktet er som tidligere nævnt summen af de tre ovenstående elementer, hvilket karakteriserer skærmbesøget. Det er således det helhedsorienterede perspektiv på skærmbesøgene som teknologi, der forsøger at løse problemstillingen med de demografiske

⁴ Tilsendt af medarbejder fra Viewcare A/S med samtykke til anvendelse i specialet.

⁵ Oplyst ved samtale med medarbejder fra Viewcare A/S indenfor udvikling, drift og support.

⁶ Oplyst ved samtale med medarbejder fra Viewcare A/S indenfor udvikling, drift og support.

udfordringer i hjemmeplejen og samtidig tilfredsstille brugernes behov, hvilket ender ud i dens brugsværdi.(35)

Teknologien kan ifølge Müller ikke stå alene, men skal sættes i relation til sine omgivelser(35). I hjemmeplejen er det derfor vigtigt at medtænke borgere og sundhedsprofessionelle. Denne relation udvikles kontinuerligt i tæt sammenspil med bl.a. de forskellige kontekster og kulturer, teknologien er indlejret i. De fire elementer kan bl.a. relateres til den nytte, borgerne oplever ved produktet samt den viden, der skal være i spil for at kunne anvende teknologien både fra de sundhedsprofessionelles vinkel og fra borgernes. Samtidig henfører det ligeledes til den påvirkning af organisationsstrukturen som, teknologien vil have på både organisering og arbejdsgange. (35)

2.2.3 Nuværende erfaringer med skærmbesøg

Der ses flere fordele ifm. skærmbesøgene. De sundhedsprofessionelle medarbejdere oplever et større nærvær med borgerne, da de ikke har praktiske gøremål under samtalen, som de har ved de fysiske besøg(33,34). Skærmbesøgene faciliterer ligeledes borgerne til selv at udføre ADL-opgaver, og dermed vedligeholdes deres færdigheder. Eksempelvis kan medarbejderne finde på at hjælpe borgeren med at finde mad frem eller udfører andre aktiviteter i hjemmet under de fysiske besøg, som i realiteten er opgaver, som borgeren selv kan varetage.(3,12,33) Desuden opleves det, at skærmopkaldende giver mindre spildtid og dermed effektiviserer arbejdsgangen i hjemmeplejen(11,33,58). Flere medarbejdere har udtalt, at de oplever en faglig stolthed ved at anvende skærmbesøg, da de føler et kompetenceløft samtidig med, at de oplever større borgertilfredshed(33,34). De konkrete hjemmeplejeydelser leveres i højere grad til tiden ved anvendelse af skærmbesøg, hvilket mindsker ventetiden, og gør det nemmere for borgeren at strukturere dagen(33). Borgeren får desuden en større grad af privatliv, da plejepersonalet er mindre fysisk tilstede i deres hjem, hvilket kan opleves som øget livskvalitet(33,34).

Medarbejderne oplever en barriere i at skulle vurdere hvilke typer af borgere, der egner sig til at modtage skærmbesøg, og det kan i visse tilfælde være nødvendigt med et stort motivationsarbejde blandt medarbejderne for at overbevise borgerne om at modtage disse(33). Medarbejderne identificerer kvaliteten af deres arbejde ud fra deres relation til borgerne. Det at skabe en relationen via skærmen ses som værende en stor kulturændring, der forringer servicen for borgeren. Dette påvirker ligeledes medarbejderne ift. deres

arbejdsglæde, da de ikke føler, at de udfører deres arbejde tilfredsstillende.(55) Flere medarbejdere føler ikke, at de kan vurdere borgerens almene tilstand over et skærmbesøg i samme grad som ved et fysisk besøg(33). Nogle borgere udtrykker bekymring ift. om deres fysiske besøg reduceres, hvis de siger ja til skærmbesøg(55). Slutteligt er det ikke alle medarbejdere, der er trygge ved teknologien og føler, at de mangler teknisk ekspertise for at anvende denne(33).

2.3 Hvordan kan kvaliteten af skærmbesøg evalueres?

Sundhedsvæsenet og kommunerne har en vision om at forbedre kvaliteten af de leverede hjemmeplejeydelser, men hvordan defineres og undersøges kvalitet? Kvalitet bliver ofte associeret med, at højere pris giver mere kvalitet, dog har USA verdens dyreste sundhedssystem, men har samtidig også skuffende helbredsmæssige patientresultater(59).

Avedis Donabedian anslår, at definitionen og vurderingen af kvalitet i sundhedsvæsenet er baseret på den begrebsmæssige og operationelle definition af, hvad "kvalitet af sundhedsydelser" betyder(23). Dette er vanskeligt, og der opstår derfor mange problemer allerede på dette grundlæggende niveau, for kvalitet af sundhedsydelser er bemærkelsesværdigt svært at definere.(22,23)

Kvalitet kan grundlæggende betragtes som niveauet af målopfyldelse set ift. det kvalitetsmål, der er defineret for et givent produkt, ydelse eller resultat(22). Kvalitet kan defineres som:

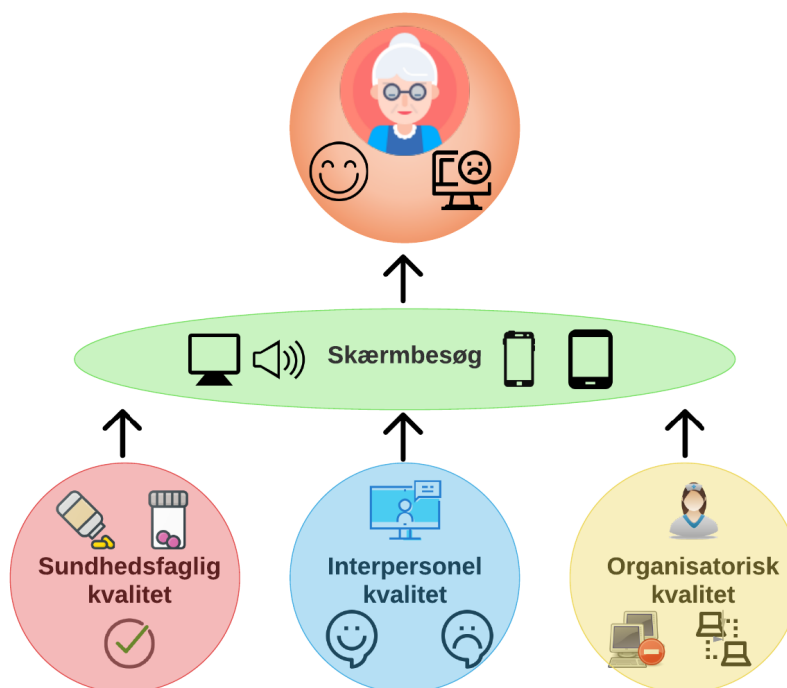
"The totality of features and characteristics of a health care product or services, that bear on its ability to satisfy stated or implied needs of the consumers of these products or services"(60)

Patienttilfredsheden kan benyttes som en måde, hvorpå kvaliteten kan operationaliseres og anses derfor som borgerens positive attitude eller evaluering af sundhedsydelsen-, produktet eller resultatet.(60) Flere publikationer anvender denne definition af kvalitet i deres kvalitetsarbejde(60–62)

2.3.1 Kvalitetsbegrebets tre dimensioner

Kvalitet i det danske sundhedsvæsen, herunder hjemmeplejen, udtrykker evnen til at opfylde borgernes pleje- og omsorgsbehov inden for de givne politiske og økonomiske rammer samt

inddragelse af tilgængelig evidens på områderne(22). Kvalitetsbegrebet er som førnævnt flerdimensionelt og kan bl.a. opdeles i følgende tre dimensioner, der hver især har indflydelse på borgernes oplevelse af skærmbesøg, se figur 4:(22)



Figur 4: Kvalitetsbegrebets tre dimensioner og deres indbyrdes indflydelse på borgernes oplevelser med skærmbesøget.(22)

Sundhedsfaglig kvalitet

Sundhedsfaglig kvalitet indeholder sundhedsvæsenets kerneydelser, herunder personlig hjælp, pleje og omsorg i hjemmeplejen. Kerneydelserne udføres af plejepersonalet i et tværfagligt samarbejde med bl.a. sygeplejerskerne mhp. at opnå det mest optimale helbredsresultat for borgerne eksempelvis ifm. skærmbesøg.(22)

Interpersonel kvalitet

Interpersonel kvalitet omhandler relationer mellem sundhedspersonalet og borgerne og involverer både de psykologiske, kulturelle og etiske dimensioner i interaktionen. Specielt kommunikationen har en væsentlig betydning for borgernes oplevelse af kvalitet, eftersom kommunikation giver borgerne mulighed for at formidle sine behov og ønsker. Samtidig kan god kommunikation mellem plejepersonalet og borgeren sikre, at borgeren inddrages og tager del i egen pleje.(22)

Organisatorisk kvalitet

Organisatorisk kvalitet omhandler sammenhængen og kontinuiteten i plejen, hvor koordinationen og den indbyrdes sammenhæng mellem ydelser og services er tilrettelagt i en hensigtsmæssig struktur, der tilgodeser borgeren. Manglende koordination og kontinuitet kan være årsag til frustration og irritation for borgerne. Unødige forsinkelser kan medføre kvalitetsproblemer og forringe mulighederne for, at den enkelte borger opnår et godt resultat.(22)

Kvaliteten skal ses som en samlet vurdering af alle tre dimensioner. Opdelingen giver mulighed for at sikre en systematisk evaluering og identifikation af kvalitetsproblemer(22). For at sikre kvalitet i hjemmeplejen og imødegå de omskiftelige krav fra borgerne er det nødvendigt, at hjemmeplejen samt teknologien er i stand til at adaptere til kompleksiteten af borgerens behov(63). Generelt er teknologi, der anvendes i sundhedsvæsenet ikke fuldt effektivt, og succeskriterierne er ofte ikke fuldt beskrevet, hvorfor kvaliteten i bestemte situationer ikke er kendt. Af denne årsag er det nødvendigt at undersøge resultatet i givne situationer. Visse typer af resultater er ufejlbarlige og lette at måle såsom for eksempel overlevelse. Andre resultater, der ikke er så klart defineret, er noget mere vanskelige at måle. Disse omfatter bl.a. borgers holdninger og oplevelser.(23)

Denne rapport tager udgangspunkt i borgernes perspektiv, hvor kvaliteten betragtes som totaliteten af egenskaberne ved skærmbesøgene og defineres gennem borgernes oplevelser og erfaringen hermed. Kvaliteten af skærmbesøg undersøges og baseres på borgernes personlige præferencer og forventninger, og i hvilket omfang ydelsen tilfredsstiller borgernes ønsker gennem sundhedsfaglige-, interpersonelle- og organisatoriske kvalitetskarakteristika.

3 Teori

I dette kapitel beskrives Aaron Antonovsky's Sense of Coherence (SOC)-teori(64). Teorien bliver anvendt som analyseredskab i specialet for at opnå en dybere forståelse af borgernes mestringsevne af skærmbesøgene. Fordelen ved at anvende denne teori i dataindsamling og analyseprocessen er dels dens fokus på individet som person, samt at den kan benyttes til at analysere individets åbenhed, der medfører en øget forståelse og øgning af ressourcer overfor et givet fænomen(65). Svagheden er, at oplevelsen af sammenhæng og den oplevede kvalitet ikke nødvendigvis er forbundet. Teorien indgår derfor i dataindsamlingen og analysen for at forsøge at forklare borgernes oplevelser og erfaringer af kvaliteten af medicinadministrationen gennem skærmbesøg. Dette vil blive beskrevet nærmere i afsnit 4.4 Dataindsamlingsteknikker.

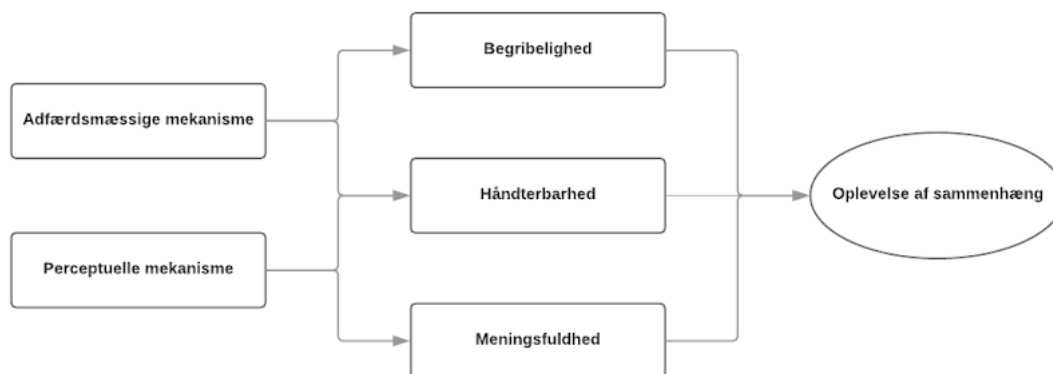
3.1 Sense of Coherence

Aaron Antonovsky(1923-1994) var medicinsk sociolog og skaber af den salutogenetiske tankegang samt SOC-teorien(66). Teorien undersøger, hvordan mennesker håndterer deres manglende evne til at kunne kontrollere eget liv, og indeholder elementerne *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*(67). Elementet begribelighed omhandler, hvorvidt den viden, modtageren får, er tydelig, struktureret og kognitiv forståelig. Håndterbarhed indbefatter, om den tilførte viden stemmer overens med modtagerens forudsætninger og ressourcer. Det sidste element, meningsfuldhed, omhandler, hvorvidt modtageren er motiveret til opgaven, og om modtageren føler, at denne er værd at engagere sig følelsesmæssigt i. De tre elementer skaber tilsammen oplevelse af sammenhæng, som ifølge Antonovsky styrker menneskers mestringsevne og ressourcer ifm. at kunne håndtere eget liv, og hermed påvirker den fysiske- og psykiske sundhedstilstand positivt. Jo bedre de tre elementer er opfyldt jo større sammenhæng og dermed større styrkelse af mestringsevnen(64,68).

Et studie har undersøgt, hvilke mekanismer, der er relevant ift. at styrke SOC. Det fandt, at de adfærdsmæssige- og perceptuelle mekanismer havde indflydelse herpå(69). Den adfærdsmæssige mekanisme omhandler empowerment, da individet skal have mulighed for at anvende egne ressourcer i stressfulde situationer. Den perceptuelle mekanisme omhandler refleksion, individet skal kunne reflektere over deres forståelse af den stressfulde situation og

deres ressourcer. De to mekanismer er indbyrdes afhængige og kan ifølge studiet være anvendelige inden for sundhedssektoren, hvor formålet er at styrke SOC.(69)

For at undersøge den borgeroplevede kvalitet i et bredere perspektiv blev det valgt at anvende SOC i analyseprocessen, herunder den adfærdsmæssige- og perceptuelle mekanisme, se figur 5.



Figur 5: Den adfærdsmæssige- og perceptuelle mekanisme ift. SOC inspireret af Aaron Antonovsky(64).

I forhold til den adfærdsmæssige mekanisme skal borgeren styrkes til at anvende egne ressourcer ift. at håndtere stressfulde situationer ifm. skærmbesøgene og kvaliteten heraf. Borgernes ressourcer kan f.eks. være at søge hjælp, hvis de mener, at kvaliteten af ydelsen er utilfredsstillende, der er problematikker ifm. kommunikationen med den sundhedsprofessionelle eller, at de oplever tekniske problemer. Empowerment skal anvendes af borgeren mhp. at reagere på miljøets stimuli ift. at opnå de ønskede resultater af kvaliteten af deres skærmbesøg.(69) I den perceptuelle mekanisme skal borgerne kunne håndtere stressfaktorerne, der kan være ifm. et skærmbesøg. De skal kunne reflektere og forstå situationen for at kunne identificere de ressourcer, der skal anvendes for at kunne håndtere den stressfulde situation, hvilket ligeledes er beskrevet i SOC under begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.(69) Eksempelvis skal borgerne kunne identificere, hvad der gør, at de oplever kvaliteten af skærmbesøgene som mangelfuld for at kunne reagere på dette. Er det, at de ikke bliver ringet op til rette tid? At der opstår misforståelse ifm. kommunikationen med personale etc.?

Ved at opfylde de tre elementer vil borgerne, ifølge Antonovsky, opnå en følelse af sammenhæng, hvilket vil give de optimale forudsætninger til at mestre stressfaktorerne, der kan være ifm. skærmbesøgene fra hjemmeplejen(64).

4 Metode

I følgende kapitel er vores metodiske valg beskrevet ifm. dataindsamling og behandling, der tog afsæt i en fænomenologisk hermeneutisk tilgang(70). Indsamlingen af data bestod af deltagende og ”ikke-deltagende” observationer samt semistrukturerede interviews(71,72). Formålet var at indsamle borgernes oplevelser og erfaringer af medicinadministration ifm. skærmbesøg, hvorfor interviews var den primære dataindsamlingsteknik. Ved at belyse borgernes perspektiver og samtidig forstå deres oplevelser og erfaringer, blev den forstående forskningstype anvendt, hvor spejl-, helheds-, og gyldighedskriterierne er essentielle kvalitetskriterier for god forskning(71).

4.1 Videnskabsteoretisk afsæt

Vi valgte at indsamle data med inspiration fra den fænomenologiske forståelsesramme som beskrevet af Kvale og Brinkmann(72). Den fænomenologiske tilgang vil ifølge Husserl(73) søge at forme et videnskabeligt grundlag, der indfanger fænomener som, de opleves i individets livsverden. I denne relation er det ikke interessant at undersøge skærmbesøget i sig selv men derimod at undersøge borgernes oplevelser og erfaringer ifm. skærmbesøgene(74). Kvale og Brinkmann anser fænomenologien i relief til kvalitative interviews som et begreb, der søger at forstå fænomener ud fra individets perspektiver og syn på verden, som de oplever den(72). Dette baseres på en antagelse om, at individets oplevelser og erfaringer er den vigtige virkelighed(72).

Fænomenologien findes betydningsfuld for klarlægningen af forståelsesformen i det kvalitative interview, når interviewet rettes mod betydningen af oplevelserne set ud fra interviewpersonens livsverden(72). Den filosofiske grundtanke og fundamentet i fænomenologien er, at det videnskabelige udgangspunkt er inddragelse af subjektiviteten i beskrivelsen af erkendelsesakten(70). Der tages udgangspunkt i den verden, borgeren befinder sig i frem for at opstille hypoteser eller teorier herom. Det er derfor nødvendigt at sætte vores egen forforståelse i parentes under dataindsamlingen for at opnå adgang til borgernes livsverden, og hvilke fænomener de finder betydningsfulde.(70) Den fænomenologiske tilgang til dataindsamlingen muliggjorde at sætte den common sense baserede og videnskabelige viden til side for at opnå en fordomsfri beskrivelse af fænomenerne.(72)

Mens fænomenologien fokuserer på at vise, hvordan individet oplever egen livsverden, fokuserer hermeneutikken på forståelse og fortolkningen af mening(72). Eftersom formålet med undersøgelsen var at opnå en indsigt i borgernes oplevelser og erfaringer, valgte vi både at lade os inspirere af fænomenologien og hermeneutikken i analyseprocessen. Hermeneutikken skal betragtes som en måde, hvorpå verden kan anskues, og er læren om forståelse og fortolkning(75). Det omhandler at skabe bevidsthed omkring, hvordan fortolkninger skabes, og mening opstår. Grundlæggende anvendes to spørgsmål indenfor hermeneutikken: *hvad er forståelse? og hvilken metode bør jeg anvende for at opnå forforståelse?*(75) Forforståelse er forestillinger, antagelser og viden, der benyttes i processen til at forstå. Forforståelsen er det grundlæggende element i skabelsen af nye forståelser. Det er således en metode til at skabe ny viden. Forståelse kan ses som en cirkularitet mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvilket afspejles i den hermeneutiske cirkel.(74) Det er nødvendigt at forstå delelementerne for at kunne forstå helheden, og omvendt er det nødvendigt at forstå helheden for at kunne forstå de enkelte dele. I det hermeneutiske perspektiv er det ikke 'mig' eller 'dig', der har svaret på den endegyldige sandhed, men det afgørende ligger i at give lov til at forstå det, den anden forstår og gennem det forme en ny forståelse.(74)

I forsøget på at forstå borgerne var det i projektet nødvendigt at forholde sig til, at vi ikke nødvendigvis forstår borgerens forståelse. Ved at sætte vores fordomme i parentes og være ydmyge overfor det der endnu ikke forstås, var det muligt i videst muligt omfang at frigøre os fra vores egen forståelse og lade borgernes være den styrende i søgen efter ny viden og forståelse.(70,72,74) Analysearbejdet tog derfor udgangspunkt i både det hermeneutiske og fænomenologiske perspektiv, idet der blev forsøgt at identificere ligheder og forskelle i det indsamlede materiale og med afsæt i dette formulere fortolkninger, der skulle understøtte den videre undersøgelse af underliggende betydninger. Fortolkningerne skal kunne forklare data og ikke undlade væsentlige aspekter. Et vigtigt element var, at vores eget perspektiv og forforståelse ikke forurener fortolkningsprocessen ved at lade denne være det styrende element.(71)

4.1.1 Vores forforståelse

Vi er begge uddannede fysioterapeuter og har i denne forbindelse beskæftiget os med borgere i hjemmeplejen. Ydermere har den ene af os arbejdet i hjemmeplejen og har hermed erfaring

indenfor hjemmeplejens arbejds gange og viden om de forskellige borgertyper. Forforståelsen omkring borgertyperne i hjemmeplejen er bl.a. anvendt ifm. udarbejdelsen af interviewguiden, hvor der har været fokus på at stille let forståelige spørgsmål.

4.2 Casestudie design

Vi valgte at anvende et casestudiedesign, der af Robert K. Yin defineres som:

“A case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon (the ‘case’) within its real-life contexts especially when the boundaries between phenomenon and contexts are not clearly evident.”(76)

Citatet beskriver, at det gennem et casestudie er muligt at studere dybdegående forståelser af fænomener gennem omfattende beskrivelser, analyser og fortolkninger. Designet gør det muligt at respektere kompleksiteten af sociale systemer og deres afhængighed af kontekster. Casestudiedesignet er fleksibelt og tillader åbenhed overfor nye informationskilder, der fra projektets start ikke var prædefineret. Dette åbnede op for ikke at begrænse sig til én specifik datakilde, men gjorde det muligt at anvende flere dataindsamlingsmetoder og informationskilder i ønsket om at nå en dybere forståelse af genstandsfeltet(76,77). Ydermere gav det mulighed for at arbejde tæt på virkeligheden, og det producerede empiri havde derfor en høj grad af autenticitet.(71,76). Flyvbjerg(78) nævner bl.a., at konkret, kontekstafhængig viden er mere værdifuld end et forsøg på at opstille generelle, universelle og forudsigelige antagelser og teorier.(78)

Casen blev afgrænset til borgere i hjemmeplejen, der anvendte skærmopkald ifm. medicinadministration og deres erfaringer og oplevelser heraf mhp. at undersøge deres oplevede kvalitet. Casen var et lille delelement indlejret i en større sammenhæng både i hjemmeplejen og i borgerens liv. Det empiriske materiale indeholdt derfor de normer og sociale konstruktioner, der var gældende i den samlede kontekst. Casekonteksten har oftest mange nuancer og vinkler at studere, hvorfor konteksten i de kommuner, der deltog i projektet, blev taget i betragtning i rapporten via baggrundsspørgsmål, der blev indhentet gennem mail og samtale med ledere, se bilag 1.(70,76,77) Der blev indsamlet empiri i Aalborg-, Randers-, Viborg- og Mariagerfjord Kommune.

4.3 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Udvælgelsesprocessen af informanterne til interviewundersøgelsen tog udgangspunkt i nedenstående in- og eksklusionskriterier, tabel 1.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Har en tilknytning til den kommunale hjemmepleje	Diagnoser der påvirker borgerens hukommelsesmæssige niveau, bl.a. demens
Har modtaget skærmbesøg i minimum tre måneder	
Får minimum skærmbesøg én gang om ugen	
Er visiteret til og modtager skærmbesøg ifm. medicinadministration	
Kan tale og forstå dansk	

Tabel 1: In- og eksklusionskriterier for udvælgelse af informanter til interviewundersøgelsen.

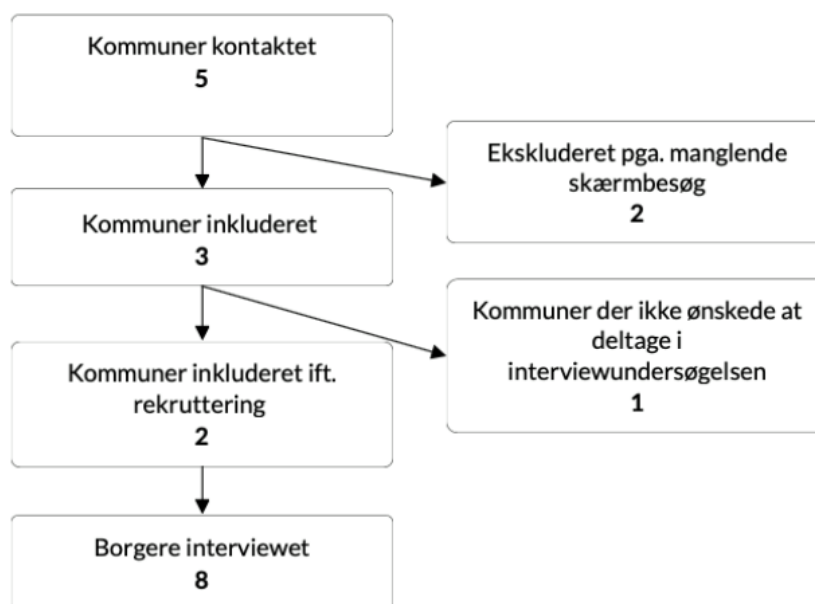
For at sikre at borgerne havde modtaget tilstrækkelige skærmbesøg til at kunne udtale sig om deres oplevelser og erfaringer, blev kriteriet vedrørende, at borgerne minimum skulle modtage ét virtuelt besøg om ugen i minimum tre måneder, opstillet. For at undgå misforståelse under empiriindsamlingen var det ligeledes et krav, at informanterne kunne tale og forstå dansk. Ydermere blev borgere, der havde fået konstateret demens eller led af andre hukommelsesnedsættende forhold ekskluderet. Dette var en nødvendighed, da borgerne skulle kunne huske skærmbesøgene for at kunne ytre sig om deres oplevelser under disse.

Vi valgte at tage kontakt til Frederikshavn-, Esbjerg-, Viborg-, Randers- og Mariagerfjord Kommune, da det blev antaget, at alle anvendte skærmbesøg i hjemmeplejen.

Frederikshavn- og Esbjerg Kommune anvendte ikke skærmbesøg i hjemmeplejen. Vores kontaktperson i Randers Kommune ønskede ikke, at deres borgere skulle deltage i interviewundersøgelsen, og interviewundersøgelsen endte derfor med at foregå i Viborg- og Mariagerfjord Kommune.

Kontakten til informanterne foregik først via udviklingskonsulenter og andre kontaktpersoner i de respektive kommuner. Disse var behjælpelige med at formidle kontakt til hjemmeplejeledere i kommunerne. Kontakten foregik telefonisk samt gennem mailkorrespondancer, hvor formål og indhold omkring undersøgelsen blev beskrevet, se bilag 2.

Rekrutteringsprocessen foregik derefter gennem hjemmeplejelederne og social- og sundhedspersonalet, der forhørte sig hos borgerne om, hvorvidt de havde lyst til at deltage i undersøgelsen. Ved borgernes accept og samtykke til at projektgruppen måtte kontakte dem, videreformidlede hjemmeplejelederen kontaktinformationerne. Vi havde ikke adgang til borgernes journaler, hvorfor in- og eksklusionskriterierne blev vurderet af personalet. Der blev efterfølgende taget kontakt til borgerne pr. telefon, hvor information omkring interviewet og tidspunktet blev fastlagt. Ifølge Kvale skal der i en interviewundersøgelse bestræbes på at rekruttere 15 +/- ti(72). Det var muligt at rekruttere 8 borgere inden for den givne tidsramme, se figur 6.



Figur 6: Flowchart over rekrutteringsprocessen.

Alle interviews foregik i borgernes eget hjem, hvor informanterne gav skriftligt samtykke, bilag 3. Rekrutteringen og dataindsamlingen foregik i perioden uge 13 til uge 20, 2019.

4.4 Dataindsamlingstekniker

Der blev anvendt en triangulering af dataindsamlingsteknikker, hvor dokumentmateriale, observationer og interviews blev benyttet. Ved at anvende flere dataindsamlingsteknikker blev det muligt at undersøge problemstillingen fra flere vinkler.(76) Empirien fra dokumentmaterialet, observationer og interviews blev analyseret i den samme proces.

4.4.1 Dokumentanalyse

For at danne os en baggrundsforståelse blev dokumentmateriale som velfærdsteknologivurderinger, konsulentrapporter, rapporter fra sundhedsstyrelsen, interne notater og referater fra kommunerne, hjemmesider og videnskabelige studier vedrørende skærmbesøg i hjemmeplejen gennemlæst. Formålet med dokumentanalysen var bl.a. at få indsigt i og opnå en basal forståelse for skærmbesøg i hjemmeplejen.(70) Dele af dokumentmaterialet blev analyseret i NVivo version 12.0 (QSR International, Melbourne, Australien).

4.4.2 Observationer

Forud for observationerne blev der udarbejdet en observationsguide, bilag 4, med afsæt i Müller's teknologidefinition(35), SOC-teorien(64) og kvalitetsdimensionerne(22). Formålet med observationerne var at danne en baggrundsforståelse for konteksten samt at give et indblik i, hvordan skærmbesøg anvendes og struktureres i praksis. Se tabel 2 for oversigt over observationssteder.

Vi fortog observationer:

- Ved en workshop i Aalborg Kommune d. 12/2-19 omhandlende diskussion og inspiration ifm. implementering af skærmbesøg mellem 11 sundhedsfaglige eksperter og to repræsentanter fra Kvalitet- og Innovationsenheden i Ældre- og Handicapforvaltningen. Observationerne forgik fra klokken 12.00- 16.00.
- I Randers Kommune d. 1/4-19 under en dagvagts levering af skærmbesøg til de ældre i hjemmeplejen. Vi overværede fire skærmbesøg. Observationerne foregik fra klokken 7.00-11.00.

Tabel 2: Oversigt over observationssteder ifm. specialet.

Vi var begge tilstede under observationerne. Feltnoterne blev samlet og renskrevet i Microsoft Word (Redmond, Washington, USA) og efterfølgende analyseret i NVivo 12.0.

I den initierende fase af projektet deltog vi i en workshop tilrettelagt af Aalborg Kommune, der omhandlede skærmbesøg i hjemmeplejen. Formålet med observationerne ved workshoppene var bl.a. at danne en baggrundsforståelse for kompleksiteten af skærmbesøgene samt at få et indblik i, hvilke perspektiver de sundhedsprofessionelle havde og antog på borgernes vegne. Workshoppene blev afholdt over en eftermiddag, hvor der deltog 11 eksperter, der arbejdede indenfor hjemmeplejen. Eksperternes faglige baggrunde var fordelt på sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt visitatorer fra kommunen. Vi deltog i workshoppene som ”ikke-deltagende” observatører, der havde til opgave at nedskrive feltnoter under seancen, og vi interagerede derfor ikke med de andre deltagere. Feltnotaterne blev efterfølgende delt med Aalborg Kommune, bilag 5. Workshoppene havde ifølge Aalborg Kommune til formål at indsamle viden til videre implementering af skærmbesøg i hjemmeplejen.

Der blev udført feltobservationer i Randers Kommune ifm. deres anvendelse af skærmbesøg i hjemmeplejen. Observationerne havde til formål at give projektgruppen et indblik i, hvordan skærmbesøg fungerede i praksis, hvordan disse var struktureret, samt hvordan personalet og borgerne agerede under disse. Observationerne af skærmbesøgene foregik over én formiddag og var åbne, da hjemmeplejepersonalet og borgerne var bevidste om vores tilstedeværelse og skulle give samtykke til dataindsamlingen. Projektgruppen var observerende deltagere og iagttog derfor processen fra den sundhedsprofessionelles vinkel, hvilket muliggjorde at overvære flere opkald den pågældende formiddag. Selve observationerne foregik ved, at vi sad ved siden af den sundhedsprofessionelle og var med ved skærmbesøget, hvor borgerne også kunne se og interagere med os. Ydermere blev der efterfølgende foretaget uformelle interviews med den skærmansvarlige i hjemmeplejen samt hjemmeplejelederen.

4.4.3 Interviews

Forud for interviews af borgerne blev der udarbejdet en interviewguide, jf. afsnit 4.4.3.4 Interviewguide og bilag 6, med afsæt i Müllers teknologidefinition(35), SOC-teorien(64) og kvalitetsdimensionerne(22). Formålet med at anvende interviews var at belyse borgernes oplevelser, erfaringer og holdninger omhandlende skærmbesøg i hjemmeplejen(70,72). Interviewundersøgelserne havde en varighed på 11-42 minutter og foregik i Viborg- og

Mariagerfjord Kommune. Vi var begge tilstede under alle interviews og fordelte primær- og sekundær interviewerrollen ligeligt. Interviewene blev optaget på en diktafon og efterfølgende transskriberet samt analyseret i NVivo 12.0.

4.4.3.1 Kvaless syv faser i interviewundersøgelsen

For at sikre et lineært forløb i udarbejdelsesprocessen blev der taget udgangspunkt i Kvaless syv faser: *Tematisering, Design, Interview, Transskription, Analyse, Verifikation og Rapportering*.⁽⁷²⁾ Under Tematisering blev formålet med projektet afklaret, som var at undersøge borgernes oplevelser og erfaringer af kvalitet af skærmbesøg ifm. medicinadministration. Herudover blev viden vedrørende undersøgelsesemnet tilegnet vha. videnskabelige artikler, workshops og et ekspertinterview⁷. Designfasen omhandlede planlægning og strukturering af undersøgelsen, herunder blev det semistrukturerede interview valgt som dataindsamlingssteknik. Under interview bliver undersøgelsesspørgsmål samt interviewguide udformet, og det blev tilstræbt at opretholde en reflekterende relation til informanten. I transskriptionsfasen blev den indsamlede empiri klargjort til analyse, hvilket blev gjort ved at transskribere interviewene vha. en transskriptionsguide. I analysen blev den analyseform, der passede til at analysere den indsamlede empiri udvalgt. Analysen indeholdt tre elementer; meningskodning, meningskondensering og meningsfortolkning. Under meningsfortolkning blev der analyseret ud fra en teoretisk forståelse. Ved verifikation blev det sikret, at undersøgelsens resultater var valide og reliable. Rapporteringen sikrede, at undersøgelsens fund blev videnskabeligt formidlet med hensyntagen til projektets etiske problemstillinger.⁽⁷²⁾

4.4.3.2 Semistruktureret interview

Det semistrukturerede interview blev anvendt for at kunne strukturere interviewene, målrette spørgsmålene specifikt mod emnet og samtidig have plads til at udforske informanternes udsagn.⁽⁷²⁾

4.4.3.3 Verifikation

Verifikationsprocessen foregik ved løbende at opsummere hovedtrækkene af informanternes udtalelser således, at informanterne havde mulighed for at af- eller bekræfte vores forståelse af deres oplevelser og erfaringer. Ydermere blev der til sidst i interviewet lavet en generel

⁷ Ekspertinterview med ekspert indenfor videokommunikation og telepsykiatri.

opsamling, hvor informanterne ligeledes havde mulighed for at supplere eller korrigere deres udsagn.

4.4.3.4 Interviewguide

Vi udarbejdede interviewguiden med afsæt i centrale begreber fra Müllers teknologidefinition(35), SOC-teorien(64) og kvalitetsdimensionerne(22). Kvalitetsbegrebene tre dimensioner og bilag 6. Derudover har vi qua vores videnskabssyn udarbejdet åbne spørgsmål for at have et eksplorativt perspektiv. Interviewguiden blev udarbejdet med overordnede emner, undersøgelsesspørgsmål med dertilhørende interviewspørgsmål. De overordnede emner var *Demografiske karakteristika*, *Oplevelse af kvalitet under skærmbesøg* samt *Vurdering af skærmbesøg generelt*.

Demografiske karakteristika indgik for at få et indblik i borgernes alder, erfaringer med teknologi samt omfanget af deres skærmbesøg og generelle behov for hjemmepleje. Under hvert emne blev der udformet et undersøgelsesspørgsmål. De udarbejdede undersøgelsesspørgsmål skulle tilsammen bidrage til at besvare projektets problemformulering. Interviewspørgsmålene blev udarbejdet, således de havde en tematisk og dynamisk dimension. Den tematiske dimension omhandlede selve produktionen af viden, og den dynamiske dimension omhandlede den interpersonelle kommunikation mellem interviewer og informanterne. Sammenspillet mellem de to dimensioner skulle fremme en naturlig og flydende samtale og dermed skabe et godt sammenspil i interviewene.(72) Interviewspørgsmålene blev udarbejdet vha. en fælles brainstorming, hvorefter der blev foretaget en reduktion ud fra spørgsmålenes relevans ift. undersøgelsesspørgsmålet og det tilhørende emne, se uddrag af interviewguiden i tabel 3. Spørgsmålene i interviewguiden var primært åbne, da dette gav borgerne mulighed for at komme med mere nuancerede svar ifm. deres oplevelse og erfaring af skærmbesøgene(70). Der blev lagt stor vægt på, at interviewspørgsmålene blev formuleret i et letforståeligt sprog uden fagspecifikke vendinger og ord for at tage hensyn til målgruppen. Ydermere måtte spørgsmålene ikke være ladet, da dette kunne farve borgerne ift. deres udsagn.(72)

Emne	Undersøgelsesspørgsmål	Interviewspørgsmål
Oplevelse af kvalitet under skærmbesøg	Hvordan oplever borgerne kvaliteten af den virtuelle medicinadministration?	Hvilken forventning har du til skærmbesøg? Hvad synes du om at have skærmen stående i dit hjem? Vil du kort forklare, hvordan du får hjælp gennem skærmen? Hvordan oplever du den hjælp, du får gennem skærmbesøg? Hvor lang tid varer et opkald normalt? Hvordan oplever du kommunikationen mellem dig og den sundhedsprofessionelle under dit skærmbesøg? Hvordan oplever du koordineringen af den hjælp, du modtager? Hvordan oplever du teknikken ifm. skærmbesøg? Hvilke oplevelser har du med håndteringen af skærmen?

Tabel 3: Uddrag af interviewguiden.

4.4.3.5 Pilotinterview

Efter interviewguiden var udarbejdet, blev der foretaget to pilotinterviews. Det første pilotinterview blev udført som en tænk højt seance med to medstuderende, hvor interviewguiden blev afprøvet og efterfølgende snakket igennem mhp. feedback. Efter denne seance blev der bl.a. foretaget ændringer i interviewguidens introduktion, da denne var lang og omfattende samt indeholdt fagspecifikke ord, der ikke blev vurderet ideel ift. undersøgelsens målgruppe. Det andet pilotinterview blev udført på en plejehjemsbeboer, da denne borger var sammenlignelig med borgerne, der modtog skærmbesøg.⁽⁷⁵⁾ Under pilotinterviewene blev varigheden noteret og lå på hhv. 25 og 45 minutter.

4.5 Case – Unikke og generelle træk

En væsentlig forskel mellem de tre inkluderede kommuner var, hvor længe de havde anvendt skærmbesøg, samt hvorvidt de var overgået fra implementerings- til driftsfasen. Mariagerfjord Kommune var fortsat i implementeringsfase, mens de to andre kommuner var i driftsfasen. Dette havde bl.a. indflydelse på, hvor mange borgere i kommunerne der var visiteret til skærmbesøg.⁸ Herudover kan der være kulturelle forskelle i kommunerne, som eksempelvis deres værdier, sociale sammenhold og holdninger(79).

Alle kommunerne havde valgt at undervise medarbejdere i at varetage skærmbesøg, og det var ligeledes personalet, der havde ansvaret for udvælgelse af borgere hertil. Plejepersonalet var medvirkende til visitation af skærmbesøg ud fra en faglig vurdering om, hvorvidt borgerens ydelse kunne varetages af et skærmopkald, og om borgeren havde de fornødne forudsætninger til at administrere dette. Den primære ydelse, der blev varetaget gennem skærmbesøg, var medicinadministration herunder at huske medicinen, at kontrollere om det var den rette medicin samt at se borgeren indtage medicinen. Alle borgerne i kommunerne havde indflydelse på, om de modtog skærmbesøg, da de til en hver tid kunne fravælge ydelsen.⁹ Kommunerne benyttede sig alle af samme leverandør, Viewcare(57), til deres skærløsninger og er derfor ens ift. den tekniske del. Ydermere er personalet i hjemmeplejen, der varetager skærmbesøgene alle uddannet indenfor social- og sundhedsområdet eller sygeplejeområdet, hvorfor det bør antages, at de har den samme faglige baggrund på tværs af kommunerne, se tabel 4.

⁸ Baseret på udsagn fra hjemmeplejeledelsen i Viborg -, Mariagerfjord -, Randers Kommune.

⁹ Baseret på udsagn fra hjemmeplejeledelsen i Viborg -, Mariagerfjord -, Randers Kommune.

Unikke træk		Generelle træk
Viborg Kommune	Mariagerfjord Kommune	Viborg- og Mariagerfjord Kommune
Er i driftsfasen med deres skærmbesøg i hjemmeplejen	Er i implementeringsfasen af deres skærmbesøg i hjemmeplejen	Samme leverandør af deres skærmøsning (Viewcare)
		Personale har ansvaret for udvælgelse af borgere samt varetagelse af skærmbesøg
		Primær ydelse var medicinadministration
		Borgerne havde mulighed for at takke nej til skærmbesøg
Kulturelleforskelle		Personalet er uddannet indenfor samme område

Tabel 4: Generelle- og unikke træk hos Viborg- og Mariagerfjord Kommune ifm. skærmbesøg.

4.6 Databehandling

I følgende afsnit bliver databehandlingen samt analyseprocessen beskrevet, og den indsamlede empiri vil blive analyseret i NVivo version 12.0(80). Der blev designet et kodetræ, som efterfølgende blev analyseret med afsæt i Kvale og Brinkmanns principper(72). I databehandlingen blev det valgt ikke at skelne mellem hvilken kommune, borgerne var tilknyttet, da det blev vurderet at kommunerne var sammenlignelige indenfor caseafgrænsningen, med afsæt i kommunernes generelle- og unikke træk.

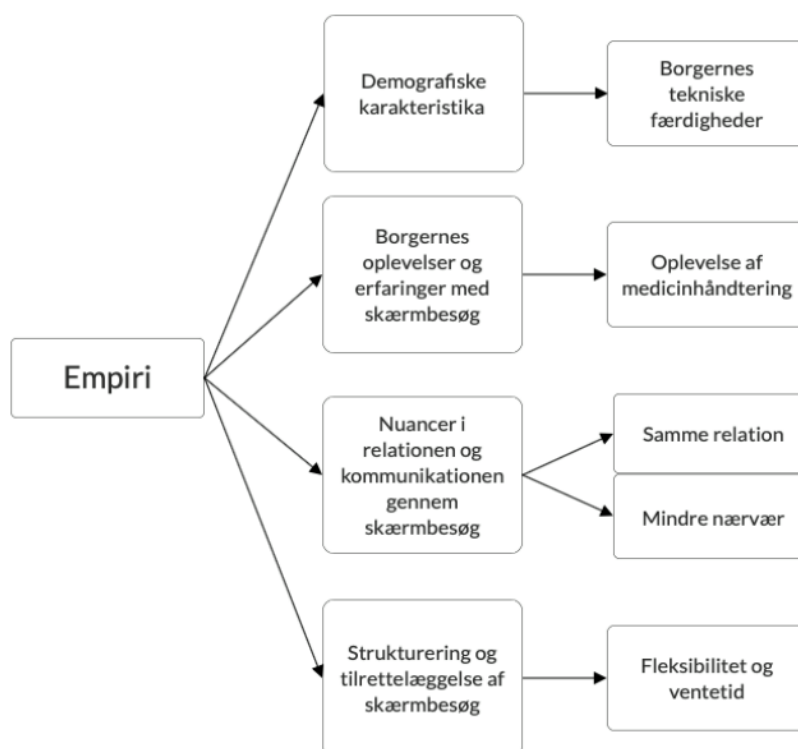
4.6.1 Forberedelse af indsamlet empiri forud for analysen

Efter workshopen blev feltnotaterne renskrevet efter Aalborg Kommunes fokuspunkter, se bilag 5. Feltnoterne fra observationerne i Randers Kommune blev renskrevet og struktureret ift. observationsguidens struktur, se bilag 7.(70) Efter dataindsamlingen af interviews i Viborg- og Mariagerfjord Kommune blev alle interviewene transskriberet efter en transskriptionsguide for at sikre homogenitet(75), bilag 8. Grundet undersøgelsesformålet blev det valgt at fokusere transskriptionerne mod det indholdsorienterede, hvorfor artikulationer og gestikulationer blev undladt. Ligeledes blev tankeord, dobbeltord og lyde undladt, såfremt disse ikke blev vurderet meningsdannende. Efterfølgende blev empirien gennemlæst af begge gruppe-medlemmer og samlet mhp. den videre analyse.

4.6.2 Meningskodning

I forbindelse med kodningen blev der udarbejdet et kodetræ, som blev diskuteret mhp. forståelsen af kodernes betydning for at sikre enigheden mellem os, intersubjektivitet(72).

Meningskodningen blev benyttet til at systematisere og samle informanternes udtalelser samt observationer, hvilket gav et overblik over, hvordan disse fordelte sig ift. kodetræets kategorier(72). Der blev anvendt en eksplorativ tilgang til kategoriseringen med opmærksomhed på nyopståede kategorier, som løbende blev diskuteret og afstemt. Kategorierne blev kondenseret over flere omgange, se bilag 9. Det endelige kodetræ fremgår af figur 7. Kodningen blev foretaget med afsæt i Müllers teknologidefinition, SOC-teorien og kvalitetsbegrebets tre dimensioner.



Figur 7: Kodetræ over identificerede kategorier og subkategorier.

Efter meningskodningen blev empirien under hver kategori reduceret. Reduceringen tog udgangspunkt i Kvaless 1-5 skala, hvor 1 var mindst relevant, og 5 var mest relevant. Relevansen blev vurderet på baggrund af, hvor relevant den enkelte udtalelse var ift. dens kategori og projektets problemformulering. Udtalelser, der fik scoren 1 og 2 blev slettet. Udtalelserne blev gennemgået i plenum, således projektgruppens medlemmer nåede til enighed vedrørende scoringerne.(72)

4.6.3 Meningskondensering

Efter meningskodningen og reduceringen blev informanternes udsagn formuleret til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen forblev den samme(72). Kategorierne blev delt mellem gruppens to medlemmer, hvor hvert medlem hver især meningskondenserede de tildelte kategorier. Efterfølgende blev kategorierne byttet og læst igennem for at sikre, at der var enighed omkring meningskondenseringerne. Ved uenighed blev meningskondenseringerne diskuteret i plenum.

4.6.4 Meningsfortolkning

Analysen af empirien tog udgangspunkt i den teoretiske forståelse, hvor fortolkningen af informantens udsagn ofte ligge ud over informantens egen selvforståelse(72). Ydermere valgte vi at anvende Müllers teknologidefinition(35), SOC-teorien(64) og kvalitetsdimensionerne(22) som teoretisk referenceramme i fortolkningen af meningsindholdet(72).

4.7 Etiske overvejelser

Projektet var ikke anmeldelsespligtig til etisk komite jf. komitelovens § 14, stk. 2(81), da der blev foretaget observationer og interviews, som ikke omfattede menneskeligt biologisk materiale(82). Ydermere er kvalitetskontrol og kvalitetsudvikling ikke omfattet af anmeldelsespligten(82). Der blev taget kontakt til datatilsynet(83) ifm. rekruttering af borgere til interviewundersøgelsen. Rekrutteringen foregik gennem kommunerne, og der var derfor tvivl om, hvorvidt en databehandleraftale skulle udarbejdes mellem projektgruppen og kommunerne. Eftersom kommunerne blot videreformidlede kontaktoplysninger og ikke behandlede oplysninger på vegne af projektgruppen, var det tilstrækkeligt med et samtykke fra borgerne om, at kommunen måtte videregive deres kontaktoplysninger til projektgruppen.(84)

I henhold til Helsinkideklarationen(85) blev der givet mundtligt og skriftligt deltagerinformation, se bilag 10, og indhentet skriftligt samtykke ifm. interviews og observationer, bilag 3 og 11. Det blev understreget før interviewenes og observationernes start, at det var frivilligt at deltage og, at de til hver en tid kunne tilbagekalde deres samtykke. Lydoptagelserne fra interviewene blev optaget via diktafon og opbevaret på denne.

Lydoptagelserne blev slettet efter projektets ophør. Informanterne blev informeret om at det var anonymt at deltage, og har derfor fået tildelt et alias i projektet, derudover blev alle personidentificerbare oplysninger sløret i rapporten.

4.8 Litteratursøgning

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport blev der foretaget en systematisk søgning, som tog udgangspunkt i ældre plejekrævende borgere, der modtager sundhedsfaglige ydelser gennem videokommunikative løsninger. Indledningsvis blev der udført simple søgninger for at indsamle viden omkring emnet og områdets anvendte terminologi. Søgningerne blev foretaget i Google Scholar, Aalborg Universitets bibliotek samt forskellige sundhedsrelateret søgedatabaser og hjemmesider.

Den systematiske søgning blev foretaget som bloksøgning i databaserne; Cinahl, Pubmed Embase og Scopus. Databaserne blev valgt på baggrund af deres sygepleje- og sundhedsvidenskabeligt indhold med relation til rapportens sigte. Der blev anvendt forskellige søgeværktøjer, som trunkering, emneord- og fritekstsøgning, begrænsningsfunktioner samt boolske operatorer for at præcisere søgningen i de enkelte databaser.⁽⁷⁵⁾ For et samlet overblik over søgeprocessen samt inkluderede artikler se bilag 12.

5 Fund

I dette kapitel præsenteres fundene ifm. besvarelse af specialets problemformulering:

Hvordan erfarer og oplever borgere i hjemmeplejen kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg?

5.1 Fund i forbindelse med interviews og observationer

I nedenstående tabel 5 ses informanternes alias, køn, alder, hyppighed af skærmbesøg samt deres anvendelse af andre teknologier i hjemmet. Herudover er der angivet, hvorvidt borgerne modtager fysiske besøg eller ej ved siden af deres skærmbesøg. Borgerne, der modtager fysiske besøg, fortæller, at dette bl.a. er hjælp til personlig pleje, medicindosering eller hjælp til praktiske gøremål, herunder rengøring.

Demografiske karakteristika					
Alias	Køn	Alder	Modtager fysiske besøg	Hyppighed af skærmbesøg	Anvendelse af teknologier udover skærmbesøg
Grete	Kvinde	81 år	Ja Personlig pleje, praktisk hjælp	Flere gange dagligt	Ipad
Marie	Kvinde	87 år	Ja Rengøring	Hver dag	Computer
Preben	Mand	65 år	Ja Medicindosering hver 14. dag	Hver dag	Computer, fjernsyn og smartphone
Ruth	Kvinde	57 år	Nej	Hver dag	Smartphone
Tove	Kvinde	82 år	Ja Rengøring	Hver dag	Computer og kopimaskine
Helga	Kvinde	76 år	Ja Medicindosering hver 14. dag	Hver dag	Computer, men det er hendes pårørende, der benytter den
Carsten	Mand	91 år	Ja Personlig pleje	Hver dag	Ingen
Karna	Kvinde	98 år	Ja Personlig pleje, praktisk hjælp	Flere gange dagligt	Ingen

Tabel 5: Oversigt over demografiske karakteristika blandt informanterne i interviewundersøgelsen.

I tabel 6 ses en oversigt over fundene fra interviewene med borgerne i Viborg- og Mariagerfjord Kommune.

Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøg

- Borgerne har stor forståelse for, at hjemmeplejen har travlt og derfor tilbyder dem skærmbesøg.
- Borgerne har overvejende positive oplevelser og erfaringer med skærmbesøgene.
- Flere borgere oplever, at de modtager den samme kerneydelse ved skærmbesøgene som ved fysiske besøg.
- Nogle borgere oplever en følelse af at være mere bundet til eget hjem end før, de modtog skærmbesøg.
- Borgerne oplever få tekniske problemer med skærmene.

Nuancer i relationen og kommunikationen gennem skærmbesøg

- Flere borgere oplever samme gode relation ved skærmbesøgene som ved de fysiske besøg.
- Nogle borger oplever mindre nærvær ved anvendelse af skærmbesøgene.

Strukturering og tilrettelæggelse af skærmbesøg

- Der er stor variation i oplevelsen af ventetid ifm. skærmbesøgene.
- Nogle borgere oplever en større medbestemmelse af tilrettelæggelsen og struktureringen af deres hjælp fra hjemmeplejen.

Tabel 6: Oversigt over fund fra interviewundersøgelse med borgere i Viborg - og Mariagerfjord Kommune.

5.1.1 Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøg

Under denne kategori præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer med medicinadministration som ydelse gennem skærmbesøg.

5.1.1.1 Oplevelse af medicinadministration

Størstedelen af deltagerne er bevidste omkring ældrebyrden og har derfor stor forståelse for, at hjemmeplejen må tænke ud af boksen og anvende skærmbesøg. Der er forskellige oplevelser og erfaringer med skærmbesøgene, nogle af deltagerne nævner, at de lever op til alle deres forventninger, mens andre ikke kan se meningen med disse. Flere deltagere finder det ikke betydningsfuldt, hvorvidt personalet befinder sig fysisk i hjemmet eller ej, og konstaterer, at de modtager den samme ydelse under skærmbesøgene.

“Jeg har den samme kontakt med dem (når de er her fysisk som over skærmen), jeg ved selvfølgelig godt, at de ikke er her fysisk, men det er ikke sådan noget, jeg har tænkt synderligt over, at der er nogen forskel der.” - Ruth

Flere deltagere oplever en tryghed ved, at de kan se den, de taler med og føler, at det er dejligt, at hjemmeplejen kan holde øje med dem, nu hvor flere af informanterne bor alene. Ydermere oplever informanterne at have mere kontakt med hjemmeplejen.

Nogle af informanterne føler sig mere bundet til deres hjem, og det specifikke rum skærmen er placeret i, mens andre oplever en øget frihed og selvstændighed ved at anvende skærmbesøg frem for fysiske besøg.

“Jamen det er det der med, at jeg synes, jeg skal være her (i hjemmet) hele tiden.” - Helga

Borgerne tænker ikke over, om skærmen er diskret, da personer, der kommer i deres hjem, allerede kender til deres situation. Ydermere nævner en borger, at hun jo har brug for hjælp, så det kan ikke være anderledes. Under halvdelen af informanterne har oplevet tekniske problemer med deres produkt, men de nævner, at det ikke har haft indflydelse på deres medicinadministration. Enkelte informanter nævner dog en irritation over skærmens høje ringetone.

Gennem workshoppen med Aalborg Kommune blev der observeret en frygt for, at de sundhedsprofessionelle ikke kunne levere den samme kvalitet i deres kerneydelser til borgerne, og at denne ville falde, hvis de overgik til skærmbesøg.

5.1.2 Nuancer i relationen og kommunikationen gennem skærmbesøg

Under denne kategori præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer af kommunikationen og relationen med den sundhedsprofessionelle.

5.1.2.1 Samme relation

Flere af informanterne udtrykker, at relationen er den samme ved skærmbesøgene som ved de fysiske besøg. Flere nævner, at det handler om den person, der bliver opbygget en relation til mere end om, det er fysisk eller virtuelt. Dog nævner enkelte informanter, at relationen ikke har stor betydning. En informant tilføjer, at dem, der ringer til hende, også kommer fysisk, hvilket forbedrer deres relation.

“Altså det er jo mere den måde man taler til hinanden på og med hinanden, der egentlig betyder noget for mig ... Jeg synes godt, man kan have en samtale (over skærmen), som virker som en samtale i virkeligheden. Det, synes jeg ikke, er noget problem.” - Ruth

Gennem workshoppene med Aalborg Kommune tilføjer sundhedspersonalet, at de tror, de kan levere mere nærvær i samtalen med borgeren ved skærmbesøgene.

Observationerne i Randers kommune viste, at sundhedspersonalet forsøgte at skabe en relation til borgeren således, at personalet havde mulighed for at opsamle små signaler i f.eks. ansigtsmimikken for at vurdere deres sundhedstilstand. Ydermere oplevede sundhedspersonalet, at borgernes tilstand havde betydning for, om borgeren var længe om at besvare opkaldet eller ej.

5.1.2.2 Mindre nærvær

Flere borgere nævner, at de nemmere opbygger en relation, at det er hyggeligere og mere nærværende, når sundhedspersonalet kommer og besøger dem fysisk end ved de virtuelle besøg. Herudover udtaler en borger, at hun ser skærmbesøg som noget meget upersonligt.

“Altså jeg opfatter den forbindelse, altså skærmen, (og kommunikationen mellem) hjemmehjælpen og mig som noget meget upersonligt.” - Grete

5.1.3 Strukturering og tilrettelæggelse af skærmbesøg

Under denne kategori præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer af koordineringen af skærmbesøg.

5.1.3.1 Fleksibilitet og ventetid

Nogle af borgerne oplever en større fleksibilitet ved at anvende skærmbesøg ved, at de lettere har mulighed for at tilpasse besøgene efter deres tidsplan og kan ændre i dette med kort varsel bl.a. ved sygdomsforværring eller personlige ærinder. Ydermere tilføjer en borger, at han ved skærmbesøget har mulighed for at få tilføjet et fysisk besøg, såfremt han finder dette nødvendigt. Interview ifm. observationerne i Randers Kommune viste, at såfremt den sundhedsprofessionelle, der varetager skærmopkaldet, vurderer, at borgernes sundhedstilstand ikke er god, vælger hun at arrangere et fysisk besøg senere på dagen, således hun kan tilse borgeren.

Der er stor uenighed blandt informanterne ift., hvordan de synes, skærmbesøg har haft indflydelse på ventetiden. Nogle oplever, at skærmbesøgene leveres mere præcise ift. aftalt tid end de fysiske besøg, mens andre oplever, at der er mere ventetid ved skærmbesøgene, og nogle synes ikke, der er forskel.

“Det eneste er den der ventetid.” - Tove

“Ventetid?” - Interviewer

“Ja, når pigerne (hjemmeplejen) har tid. For jeg er jo ikke den eneste, der skal have besøg eller opkald vel, og så kan det godt svinge en halv eller en hel time. Men så må du jo bare sætte sig ned og vente på, at de ringer, det kan du jo ikke gøre noget ved, de har jo masser af mennesker, de skal besøge.” - Tove

Gennem workshoppen med Aalborg kommune udtalte sundhedspersonalet, at de mente, at skærmbesøgene ville give større fleksibilitet for borgeren og personalet, da personalet undgår transporttiden ud til borgerne.

6 Analyse og diskussion

I følgende kapitel vil fundene blive diskuteret med afsæt i problemformuleringen ud fra Müllers teknologidefinition, SOC-teorien, kvalitetsbegrebets tre dimensioner samt videnskabelig litteratur.

Hvordan erfarer og oplever borgere i hjemmeplejen kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg?

6.1 Anvendelse af teknologi i hverdagen

Som det fremgår af tabel 5, afsnit 5.1 Fund i forbindelse med interviews og observationer, ses det, at de to ældste borgere, Karna og Carsten på hhv. 98 år og 91 år, ikke anvender andre teknologier ud over skærmen til skærmbesøg i hjemmet. Da Karna blev spurgt, om hun anvendte computer eller mobiltelefon, udtalte hun, at det ikke var noget et gammelt folk, som hende kunne forstå. Et studie af Huang et al. finder, at ældre ofte nævner deres alder som begrundelse for deres utryghed ved at anvende nye teknologier (86). Dette kan være medårsag til Karnas holdninger omkring nye teknologier, samt at yngre borgere er mere tilbøjelige til at acceptere teknologi(87).

Ifølge Müller jf. 2.2.2 Teknologiforståelse af skærmbesøg kræver videnselementet, at borgerne har den nødvendige viden og de rette færdigheder for at kunne anvende og drage nytte af skærmbesøgene, hvilket ikke nødvendigvis falder intuitivt for denne målgruppe(35). Ældre har generelt en større tendens til at anvende teknologier, der har været tilgængelige i længere tid som f.eks. fjernsyn og telefoner, og at nyere teknologier som PC'er og tablets bliver mindre benyttet(88). Der ses også en tendens blandt de ældre omhandlende ikke at ville anvende personlige ressourcer på at sætte sig ind i nye teknologier, da dette vil være ressourcekrævende(86). Da det er krævende for de ældre at sætte sig ind i nye teknologier, er det nødvendigt, at borgeren føler sig motiveret og kan se meningen med anvendelsen af skærmbesøgene. Hvis meningsfuldhedselementet er opfyldt, vil det ifølge Antonowsky være værd for borgeren at engagere sig og investere sin tid i, hvilket kan påvirke deres accept og oplevelse af skærmbesøgene(64,68,89). Det er bekræftet, at borgere kan anvende virtuelle besøg med minimalt besvær på trods af en stereotypisk opfattelse af, at ældre ikke kan eller har svært ved at oplæres i brugen af disse(12). Problemstillingen er dog den, at det ofte ikke er de ældres tekniske kunnen, der begrænser dem men deres initiativ til at benytte

teknologien på egen hånd(12). For at opnå succes ift. borgernes accept af skærmbesøgene er det derfor vigtigt at motivere borgerne til selvstændigt at bruge og tage teknologien til sig(64). Se figur 8 for at få et overblik over de væsentligste pointer i dette afsnit.



Figur 8: Elementer, der har indflydelse på borgernes oplevelse og erfaringer af skærmbesøgene.

6.2 Borgernes oplevelser og erfaringer med skærmbesøgene

I dette afsnit præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer af kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg.

6.2.1 Let anvendelig teknologi er en forudsætning

Størstedelen af de interviewede informanter udtrykker en forståelse for, at hjemmeplejen er presset på ressourcer og, at personalet derfor har travlt. Borgerne udviser en velvilje til, at hjemmeplejen er nødsaget til at tænke nye veje og hermed må erstatte nogle af deres fysiske besøg med virtuelle. Herudover udtrykker borgerne, at teknologien er håndgribelig og let at anvende, samt at de føler, de har tilstrækkelig viden og de nødvendige kompetencer, der skal til for at anvende teknologien. Disse elementer er medårsag til, at borgerne kan opleve en følelse af sammenhæng.(64) Dette er ifølge Antonovsky en forudsætning for, at deres oplevelser og erfaringer med teknologien bliver positive, jf. 3.1 Sense of Coherence. Størstedelen af de ældre, der indgik i interviewundersøgelsen, udtrykker overvejende positive holdninger omkring skærmbesøgene. En medvirkende faktor til dette er muligvis, at de interviewede informanter alle var borgere, der har sagt ja til, og anvender skærmbesøg og ikke de borgere, der har fravalgt denne ydelse. Flere artikler understøtter dog den positive attitude overfor de virtuelle besøg. (3,13,14,16,90–92)

Der ses stor variation i, hvordan borgerne reagerede, da de fik introduceret skærmbesøg som supplement eller erstatning for deres nuværende fysiske besøg. Helga fortæller bl.a., at hun ikke kan se meningen med, hvad skærmen skal anvendes til. Hun fortæller, at hun ikke forstår, hvorfor de ikke "bare" ringer på hendes mobiltelefon. Hun føler, at skærmens funktioner overstiger hendes forventninger til den ydelse, hun modtager, og at selve skærmen forvirrer hende. Hun foretrækker derfor at mødes ansigt til ansigt frem for over skærmen eller benytte sig af sin mobiltelefon, som hun kan have med rundt over alt. Borgernes manglende forståelse af formålet med skærmbesøgene påvirker de adfærdsmæssige- og perceptuelle mekanismer jf. 3.1 Sense of Coherence. Ved at teknologien overstiger hendes ressourcemæssige kompetencer, kan dette resultere i, at det bliver svært at mestre og se meningen med skærmbesøgene, hvilket påvirker hendes oplevelser og erfaringer med skærmen.(64) Karlsen et al. fremhæver, at visse ældre oplever en inkongruens mellem deres behov og teknologien samt, at det er nødvendigt, at de kan se værdien i teknologien for at anvende den(89). Ruth kunne ikke forestille sig, hvordan medicinadministrationen kunne administreres gennem et skærmbesøg, men efter at have afprøvet og stiftet erfaringer med dette, syntes hun efterfølgende, at skærmbesøgene fungerede i praksis, og på nuværende tidspunkt ville hun ikke være det foruden. Dette fænomen findes også af Huang et al.(86) og Finkelstein et al.(14), der påpeger, at de plejekrævende ældre oplever en større accept af sundhedsteknologien, når de tilegner sig erfaringer med denne.

"Hvad tænkte du, da de (sundhedspersonalet) kom og foreslog dig, at du kunne få skærmbesøg til det (medicinadministration)?" - Interviewer

"Jamen først tænkte jeg, hvordan fanden vil de bære sig af med det, indtil jeg lige havde fanget den ikke også ... men med hensyn til det, altså medicinindtag, der synes jeg, det fungerer praktisk, altså det er praktisk." - Ruth

6.2.2 Medicinadministration leveres tilfredsstillende

Størstedelen af borgerne føler, at skærmbesøgene ifm. medicinadministration lever op til deres forventninger, og at der ikke er forskel på leveringen af ydelsen ift., om det er ved et fysisk - eller virtuelt besøg. Hertil udtaler Ruth, at hun synes, at ydelsen medicinadministration er håndgribelig og simpel at levere over skærmen.

"Jeg har tænkt på, jeg kan godt se, at mange andre ting er det nok lidt vanskeligt at ordne over en skærm, men nu det her (medicinadministration), det er så håndgribeligt. Det er bare

en pille, der skal opløses i noget vand, der er ikke så meget, der kan være på andre måder vel.” - Ruth

Tidligere undersøgelser har ligeledes vist, at specielt guidning og opfølgning på medicinadministration gennem skærmbesøg er en sundhedsfaglig ydelse, der er velegnet til at erstatte fysiske besøg (3,33,34,36,40,90). Både hvad angår at kunne observere, at medicinen bliver indtaget korrekt samt at minde borgerne om at tage deres medicin(33,34,36,40). Preben nævner under interviewet, at det er hændt, at han har glemt at tage sine tabletter, hvor de gennem skærmbesøget husker ham på dette, hvilket han værdsætter. Et internt referat¹⁰ viser, at 20 ud af 36 skærmbesøg i det pågældende distrikt var hjælp til medicinadministration¹¹. Dette sammen med borgernes udtalelser vedrørende medicinadministration gennem skærmbesøg tyder på, at denne ydelse kan varetages over skærmen og fungere i praksis. Dette står i kontrast til udtalelser fra workshopen, hvor flere af de sundhedsfaglige udtrykker bekymringer omhandlende, at de ikke kan levere den samme sundhedsfaglige kvalitet i medicinadministrationen til borgerne gennem skærmbesøg som ved de fysiske besøg. Ydermere er nogle sundhedsprofessionelle utrygge ved at anvende skærmbesøgene, da de ikke føler sig rustet til at opfange kropssprog og små signaler fra borgerne, der er et vigtigt element i pleje- og omsorgsarbejdet(27,33,34).

Det skal dog pointeres, at ikke alle ydelser kan eller bør erstatte fysiske besøg med virtuelle(28,34,36). Skærmbesøg skal ses som et værktøj der på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering kan anvendes og, at det ikke skal ses som en erstatning men et supplement(33).

“Hvis du kunne vælge at få fysisk besøg, hvor de kom hjem til dig frem for, at de ringede til dig over skærmen, hvad ville du så helst have?” - Interviewer

“Ja, jeg tror, det er mig uden forskel, for det gør de jo også nogle gange. Nogle gange kommer de også bare og siger hej, hvordan går det her? Så det er mig ligegyldigt.” - Tove

Informanterne oplever generelt, at de modtager den samme ydelse, uanset om personalet er til stede fysisk eller virtuelt, hvilket stemmer overens med et RCT studie af Dorsey et al., der

¹⁰ Et internt referat fra opfølgningsmøde nr. 22, mellem Randers Kommune og deres skærmbesøgsleverandør

¹¹ Et internt referat fra opfølgningsmøde nr. 22, mellem Randers Kommune og deres skærmbesøgsleverandør

ligeledes finder samme kliniske effekt hos borgerne ved de fysiske og virtuelle besøg(93). Herudover føler flere af informanterne, at de har mere kontakt til hjemmeplejen, hvilket understøttes af Prince et al., der finder, at sygeplejersker kan nå 15-25 borgere om dagen via virtuelle besøg mod 5,2 borgere ved de fysiske samt øge frekvensen af de besøg, den ældre modtager(11).

6.2.3 Skærmbesøg faciliterer til empowerment

Eksperterne, der deltog i workshoppen samt sundhedspersonale fra Viborg Kommune(34) nævner, at skærmbesøgene faciliterer til empowerment hos borgerne. Empowerment kommer til udtryk idét, at personalet ikke er fysisk tilstede og kan hjælpe til bevidst som ubevidst, med opgaver, som borgerne reelt set selv kan administrere jf. 3.1 Sense of Coherence. Karna nævner, at hun før skærmbesøgene har fået hjælp til ADL-opgaver, som hun selv kunne varetage, men som personalet alligevel gjorde ubevidst for hende.

“Da de kom (fysisk) før, føler du, at du får det samme ud af det, som da du havde skærmbesøget her?” - Interviewer 2

“Ja, jeg får det samme ud af det, af skærmen, ja, der var ingen forskel. Det eneste var jo, dem, der kom, spurgte, om maden var smurt og fandt det frem, det kan de jo ikke, dem, der sidder bag skærmen.”- Karna

*“Føler du, det har nogen indflydelse på den hjælp, du så får, at de ikke gør det.”
- Interviewer 2*

“Nej.”- Karna

“Så du kan sagtens gøre det selv?” - Interviewer 2

“Ja.”- Karna

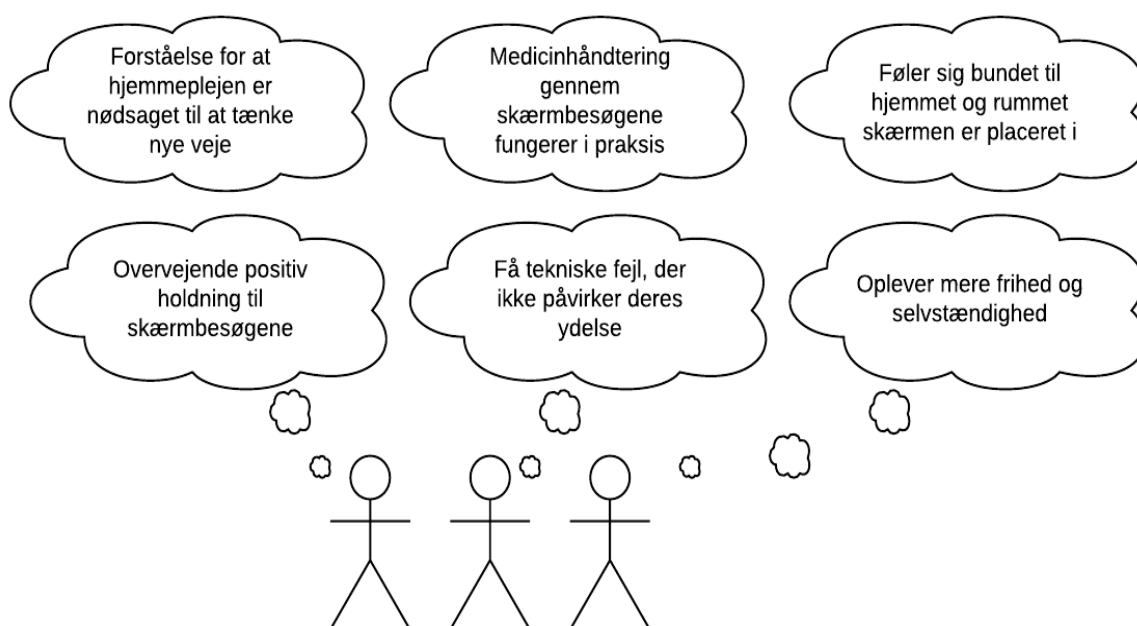
6.2.4 Føler sig bundet til eget hjem

Flere borgere udtrykker, at de føler sig bundet til hjemmet samt det pågældende rum, skærmen er placeret i. Borgerne tør ikke forlade rummet, skærmen er placeret i, da de er bange for, at de ikke kan nå at besvare opkaldet, da flere af borgerne nævner, at de er dårligt gående eller hurtigt mister pusten. Dette er til trods for, at de er klar over, at hjemmeplejen vil forsøge at ringe igen. I kontrast til dette fastslår en konsulentrapport, at borgerne ikke føler sig bundet til deres hjem(33). Vores fund modstrider dette, eftersom dette er gældende for et

flertal af borgerne. Ydermere beskriver rapporten, at borgerne kan tage tabletten med sig(33), hvilket ikke har været gældende for nogle af borgerne i denne undersøgelse, da alle anvendte den stationære skærm. Til trods for dette udtrykker de to yngste informanter, Ruth og Preben, at de oplever en større frihed og selvstændighed ved brugen af skærmbesøgene, samt at ydelsen i højere grad bliver leveret på deres præmisser. Årsagen til borgernes forskellige syn på friheden ifm. skærmbesøg kan skyldes deres forskellige teknologikendskab, alder og generelle funktionsniveau(87).

6.2.5 Få tekniske problemer

Et fåtal af de interviewede borgere har oplevet tekniske problemer med deres udstyr. Problematikkerne har været at personalet ikke har kunne ringe borgeren op fra deres device, og har derfor kontaktet borgerne via et telefonopkald. Ydermere nævnes en skærm, der ikke kunne tændes og en skærm, der ikke kunne få internetforbindelse. Dog forklarer borgerne, at det er opstået ganske få gange, og at det ikke har haft indflydelse på deres ydelse. Alle tre kommunerne havde samme skærmlieferandør, hvilket kan være medårsag til at borgernes generelle oplevelse af, at der var få tekniske problemer. Flere studier har undersøgt de tekniske forhold ift. skærmbesøg og fandt ligeledes ganske få tekniske problemer(12,14,15,91,94), samt at virtuelle besøg både er klinisk og teknisk velfungerende(12). Se figur 9 for at få et overblik over de væsentligste pointer i dette afsnit.



Figur 9: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af skærmbesøgene.

6.3 Relation og kommunikation mellem borgere og personale gennem skærmbesøg

I dette afsnit præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer med kommunikationen samt borgernes relation til den sundhedsprofessionelle gennem skærmbesøgene.

6.3.1 Oplever samme relation, men mindre nærvær

Relationsarbejdet er en central del af arbejdet med de ældre i hjemmeplejen(27,34). Personalet vurderer derfor en del af kvaliteten af deres arbejde ud fra graden af deres relation til de ældre, bilag 5(34). Medarbejdere i Viborg Kommune vurderer, at det er sværere og tager længere tid at opbygge en relation til borgerne over skærmen bl.a. grundet skærmbesøgenes kortere varighed(34). Men hvordan oplever borgerne relationen?

Der er stor forskel på, hvordan de adspurgte borgere vurderer det oplevede og erfarede samspil med sundhedspersonalet ved skærmene. Helga anser bl.a. skærmen for at være meget upersonlig og finder det ikke naturligt at smalltalke gennem skærmen, mens Ruth sagtens kan tale om løst og fast med personen på den anden side, der overværer hende, mens hun klargør og tager sin medicin. For hende handler relationsarbejdet mere om, hvorvidt den person, hun taler med, er en, hun har set flere gange, hvor Grete supplerer med, at så længe hun kender personen, er det underordnet, hvorvidt hun kommunikerer med dem gennem telefonen med eller uden video. Dette underbygges af hjemmehjælpskommissionen, der understreger vigtigheden af kontinuiteten af det sundhedspersonale, der er i kontakt med den pågældende borger, da de har kendskab til borgernes vaner og behov(27). Den gode relation og at møde et kendt ansigt vurderes af borgerne til at levere en højere kvalitet af kerneydelsen(27). Flere informanter fortæller, at de oplever stor variation i hvem, de taler med, hvilket kan vanskeliggøre relationsarbejdet og derved påvirke den oplevede og erfarede kvalitet.

Flere undersøgelser viser, at medarbejderne oplever på borgernes vegne, at borgerne får mere nærvær i besøget ved brug af skærmen(33,34,95). Borgerne i vores undersøgelse udtrykker dog, at de ikke føler, at personalet er nærværende på samme måde som under et fysisk besøg. Marie, Preben og Tove ønsker fysisk tilstedeværelse af personalet for at opleve nærvær, men understreger samtidig, at relationen til den de kommunikerer med via skærmen ikke fejler noget eller virker kunstig.

“Det er jo hyggeligere, når de kommer (fysisk)”. - Tove

“Hvad er det, der gør det hyggeligere, når de kommer?” - Interviewer

“Det er det der nærvær, man har, og de kan huske, hvad man har gjort” - Tove

Under workshopen med Aalborg Kommune, bilag 5, blev det af flere sundhedsprofessionelle antaget, at borgerne vil opleve mere nærvær i samtalen, da de sundhedsprofessionelle ikke har andre gøremål samtidigt med skærmbesøget. Denne antagelse modstrider borgernes oplevelser og erfaringer.

Det fremhæves, at relationsarbejdet er en grundlæggende forudsætning for succesfuld pleje og omsorg(34,95,96), hvor personalet påpeger tid som det vigtigste element(34). Det kan derfor virke paradoksalt, at skærmbesøgene er væsentligt kortere end traditionelle besøg, men at det fra ledelsen side understreges, at der er tale om samme ydelse, der blot leveres på en ny måde(34). Der opstår helt nye vilkår og præmisser for den ældre, hvilket er et vigtigt opmærksomhedspunkt ift. at kunne sikre samme høje kvalitet i pleje- og omsorgsarbejdet. Disse vilkår og præmisser har en særlig betydning for borgernes håndtérbarhed af skærmbesøgene. Relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle kan ses som en ressource idet, at støtten fra sundhedspersonalet kan styrke og motivere borgeren i at anvende skærmen. Hvis relationen ikke er til stede, kan borgerne føle, at de bliver offer for omstændighederne idet, at de føler, at de bliver tvunget til at anvende teknologien. Hvis ikke borgerne kan honorere de krav, der stilles, kan det påvirke deres motivationskomponent jf. 3.1 Sense of Coherence. Dette er erfaret af tidligere undersøgelser, der finder stor forskel på, hvor engagerede borgere er i deres virtuelle samtaler og hvilket udbytte hver især ender ud med(13,97,98).

“Ja. Altså der synes jeg ikke, der var nogen forskel på, at om de var her fysisk eller (virtuelt). For der kunne også godt komme nogle, man heller aldrig havde set før, og dem snakker man jo ikke med på samme måde som nogle, man har set flere gange vel.” - Ruth

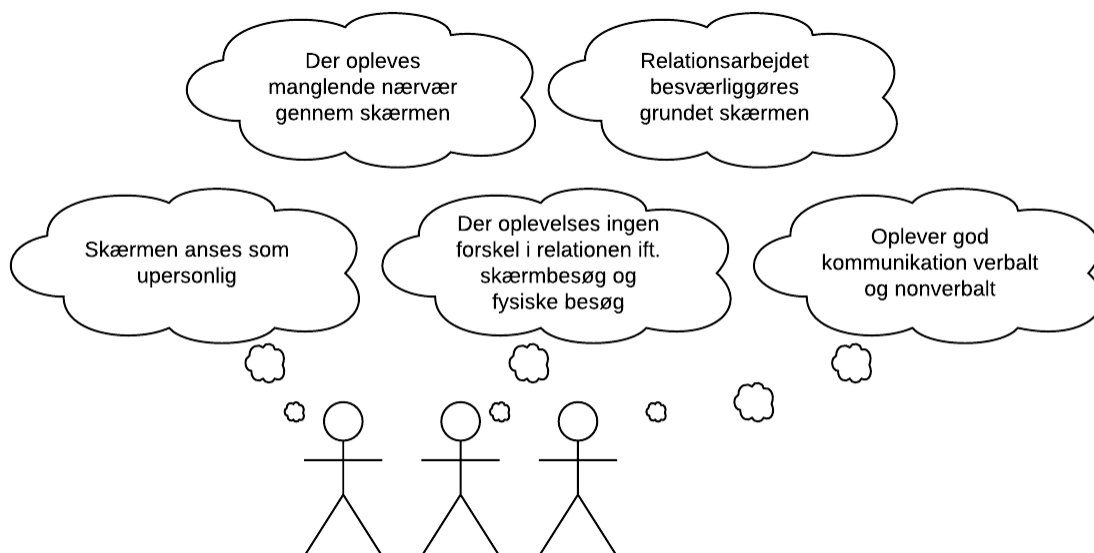
“Føler du, at du kan opbygge den samme relation over skærmen?” - Interviewer

“Ja, det synes jeg egentligt godt, man kan. Altså det er jo mere den måde, man taler til hinanden på og med hinanden, der egentligt betyder noget for mig. Hvordan man opbygger

en relation ikke. Men jeg synes godt, man kan have en samtale, som virker som en samtale i virkeligheden. Det, synes jeg, ikke er noget problem.”- Ruth

6.3.2 Oplever tydelig virtuel kommunikation

Kommunikationen mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle har stor betydning for borgernes holdning og oplevelse af skærmbesøgene. Mammen et al. finder, at den interpersonelle kvalitet af virtuelle besøg særligt afhænger af kommunikationselementet, hvorvidt borgerne føler sig taget alvorligt, føler sig set, hørt og forstået(97). Dette synes dog ikke at være en mangel blandt de interviewede, hvor bl.a. Marie nævner, at hun oplever en nem og tydelig kommunikation gennem skærmen. Herudover nævner Preben, at han oplever en tryghed ved, at de sundhedsprofessionelle vurderer hans sundhedstilstand ud fra hans stemmefald og ansigtsmimik. Han har oplevet, at personalet kommer på et fysisk besøg senere på dagen, hvis de har vurderet, at han har virket konfus eller dårlig. Dette understøttes af fundene fra Funderskov et al. samt Jönsson og Willman, hvor borgerne oplever en tryghed og sikkerhed i at kunne se plejepersonalet, da de derved kan vurdere borgernes velbefindende. Borgerne oplever hermed, at de virtuelle besøg styrker kommunikationen og har en beroligende effekt.(16,92) Se figur 10 for at få et overblik over de væsentligste pointer i dette afsnit.



Figur 10: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af deres relation og kommunikation med de sundhedsprofessionelle.

6.4 Tilrettelæggelse af skærmbesøg

Under kategorien organisatorisk kvalitet præsenteres borgernes oplevelser og erfaringer af koordineringen af skærmbesøg.

6.4.1 Forskellige oplevelser af fleksibiliteten

Der er individuelle forskelle på, hvordan informanter oplever præcisionen af skærmbesøgene ift. det aftalte tidspunkt. Karna oplevede en større præcision ved de fysisk besøg end ved skærmbesøgene, og Grete oplevede forsinkelser på op til to timer ved skærmbesøgene. Ruth og Preben oplevede derimod, at skærmbesøgene er væsentligt mere præcise, og personalet ringer til aftalt tid. Et af rationalerne for udbredelsen af skærmbesøg er bl.a., at disse i højere grad kan leveres til aftalt tid(34), hvilket dog ikke opleves af alle informanterne. Ventetiden forklares af informanterne som et irritationsmoment, hvilket ifølge Antonovsky kan påvirke oplevelsen af sammenhæng(65) og kan give borgerne en oplevelse af en kvalitetsforringelse(22).

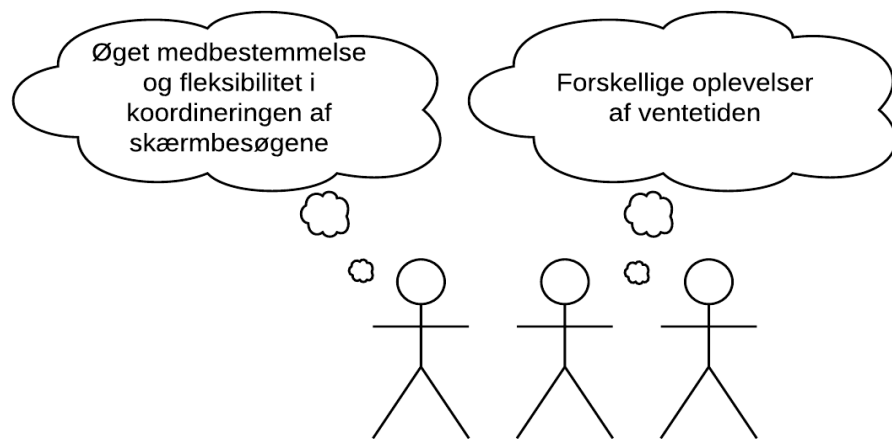
“Jamen så føler man, at man er i venteposition mange gange, (når personalet ikke ringer til aftalt tid), og det kan godt være irriterende.”- Tove

Flere informanter nævner at have haft medbestemmelse omkring, hvilket tidspunkt skærmbesøget skal foretages på, samt oplever større fleksibilitet i koordineringen af skærmbesøgene. Preben fortæller bl.a., at han er tilfreds med måden, hvorpå skærmbesøgene bliver koordineret, at han har medindflydelse på hvor mange besøg, han modtager samt, at der er plads til, at han kan bede hjemmeplejen om at komme forbi, såfremt det er nødvendigt.

“Er der nogle gange, hvor du tænker, at du faktisk gerne vil have flere af dem (skærmbesøg)? - Interviewer

“Nej, det er der ikke. Men det kan hurtigt lige laves om. Vi kan altid koble mere på.”- Preben

Hjemmehjælpskommissionen(27) samt anbefalinger for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen(32) understreger vigtigheden i medinddragelse af borgernes holdninger og meninger ifm. deres pleje og omsorg, hvilket ligeledes vil styrke borgernes accept af teknologien jf. 3.1 Sense of Coherence, som har indvirkning på borgernes oplevede kvalitet. Se figur 11 for at få et overblik over de væsentligste pointer i dette afsnit.



Figur 11: Borgernes samlede oplevelser og erfaringer, der har indflydelse på vurderingen af struktureringen og koordineringen af skærmbesøgene.

7 Metodediskussion

Dette kapitel indeholder vores metodemæssige overvejelser og refleksioner, der er foretaget og opstået i løbet af udarbejdelsen af specialet.

Eftersom vi ikke havde mulighed for at tage direkte kontakt til borgerne, var det kontaktpersoner og det sundhedsfaglige personale i Viborg - og Mariagerfjord Kommune, der stod for rekrutteringen af informanter til interviewundersøgelsen. Kommunerne kunne ikke udlevere kontaktoplysningerne på borgerne uden deres samtykke til vi måtte kontakte dem (85,99). Rekrutteringsprocessen er derfor forbundet med en risiko for selektionsbias, da kontaktpersonerne havde internt kendskab til borgernes holdning til skærmbesøgene. Kontaktpersonerne havde hermed mulighed for at udvælge borgere efter deres præferencer og holdninger, hvilket kan have indflydelse på fundene. Vi har udelukkende talt med borgere, der anvender skærmbesøg og ikke dem, der har sagt nej til ydelsen eller afprøvet og efterfølgende fravalgt skærmen. Vi kunne med fordel have inkluderet borgere, der har modtaget skærmbesøg og efterfølgende fravalgt dette, for at få et mere nuanceret billede af borgernes oplevelser og erfaringer med kvaliteten af medicinadministration ifm. skærmbesøg. Under rekrutteringsprocessen var det muligt at inkludere otte informanter, hvilket ifølge teorien anses som et tilfredsstillende antal(72). Samtidig blev udsagn omhandlende mange af fundene nævnt af flere informanter, hvorfor det antages, at der er opnået datamætning(72).

Interviewfundene fra de to kommuner blev analyseret samlet således, at den enkelte borgers udsagn ikke kunne ledes tilbage til den pågældende kommune. Kommunerne havde få unikke træk, bl.a. at den ene var i implementeringsfasen og de andre i driftsfasen mhp. skærmbesøgene, hvilket kan have betydning for informanternes udtalelser. Implementeringsgraden af skærmbesøgene kan have indflydelse på borgernes oplevede og erfarede kvalitet, da både arbejdsgangene og teknikken er ny for personalet, hvilket kan have indvirkning på alle tre kvalitetsdimensioner(22). Ved at have differentieret databehandlingen af interviews for hver kommune kunne en mere kontekstafhængig analyse være foretaget. Dette vil dog kræve en større indsigt i arbejdsgange, organisationskultur mm., hvilket ligger uden for denne undersøgelses formål.

Under de metodemæssige overvejelser blev det overvejet, hvorvidt der skulle udføres fokusgruppeinterviews i stedet for semistrukturerede interviews. Fokusgruppeinterviews

kunne give borgerne mulighed for at inspirere, diskutere og supplere hinanden(70), hvorved der kunne være opstået holdninger og synspunkter, der ikke ville have kommet til udtryk ved det semistrukturerede interview. Da informanterne i projektet er borgere i hjemmeplejen, ville det være en udfordring at samle informanterne, da flere af borgerne var dårligt gående og ikke havde mulighed for at transportere sig selv. Herudover havde nogle af informanterne nedsat hørelse eller dyspnø, hvilket ikke er særligt hensigtsmæssigt i en fokusgruppe setting(70). De semistrukturerede interviews gav mulighed for, at borgerne kunne sidde i ro i deres eget hjem, og dermed havde de bedste vilkår for at høre interviewerens. Ydermere var vi opmærksomme på at give informanterne god tid til at reflektere og svare på spørgsmålene således, at borgerne med eksempelvis dyspnø ikke skulle føle, at det var en stressfuld situation.

Afslutningsvis har vores refleksioner omkring læringsprocessen særligt været rettet mod udfordringerne ved at forene kvalitet med teknologien, skærmbesøg, eftersom der ikke set fra borgernes side er en entydig og klart defineret kvalitetsstandard.

8 Konklusion

I følgende kapitel vil specialets fund blive sammenfattet til en samlet konklusion på baggrund af projekts problemformulering.

Hvordan erfarer og oplever borgere i hjemmeplejen kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg?

Med afsæt i SOC-teorien har oplevelsen af sammenhæng stor betydning for borgernes oplevelse og anvendelse af skærmbesøgene, hvor alder og erfaring med teknologi spiller en væsentlig rolle. Borgerne har stor forståelse for travlhed blandt personalet i hjemmeplejen og udviser generelt en positiv holdning til anvendelsen af skærmbesøgene. Flere borgere mener, at det er underordnet, om hjemmeplejen er fysisk eller virtuelt tilstede, når det gælder hjælp til medicinadministration. Et tydeligt påfaldende fund ved anvendelsen af skærmbesøgene var, at størstedelen af informanterne oplevede at være bundet til det pågældende rum, skærmen var placeret i. I kontrast til dette nævner enkelte informanter dog, at skærmen har givet dem mere frihed og selvstændighed.

Teknologien borgerne anvender ifm. skærmbesøg er blevet leveret af den samme skærmleverandør i kommunerne. Enkelte borgere har oplevet få tekniske problemer ifm. skærmopkaldene, og nævner at disse ikke har haft indflydelse på deres medicinadministration. De få tekniske problemer kan være medvirkende til borgernes positive syn på kvaliteten af skærmbesøgene, samtidig med at flere borgere udtaler at teknologien til at foretage skærmbesøg er let anvendelig.

Relationsarbejdet mellem borgerne og sundhedspersonalet besværliggøres ved skærmbesøg, eftersom der anvendes mindre tid, og borgerne ofte oplever nye ansigter. Dog oplever flere borgere generelt en god relation med sundhedspersonalet over skærmen. Skærmbesøgene nævnes af få informanter som værende upersonligt, og flere nævner, at de ikke oplever nærvær. Borgerne oplever en større fleksibilitet og medbestemmelse i koordineringen af deres besøg, men erfarer også til tider øget ventetid på opkaldene.

Kvalitetsbegrebet har mange nuancer, og det blev i projektet valgt at tage udgangspunkt i borgernes perspektiver, og i hvilket omfang medicinadministrationen lever op til deres ønsker

og forventninger. Sammenfattet oplever borgerne elementerne i den sundhedsfaglige kvalitet som værende praktisk og tilfredsstillende. Under den interpersonelle kvalitet oplever borgerne at have en god relation til de sundhedsprofessionelle, men flere nævner mangel på nærvær. Under den organisatoriske kvalitet oplever borgerne skærmbesøgene som fleksible, men flere føler sig bundet til eget hjem. Med alle elementerne taget i betragtning vurderes skærmbesøgene ifm. medicinadministration til at have en overvejende positiv borgeroplevelt og erfaret kvalitet, der lever op til deres personlige præferencer og forventninger.

9 Perspektivering

Dette projekt tog udgangspunkt i borgernes oplevelser og erfaringer af kvaliteten af medicinadministration gennem skærmbesøg, hvorfor fundene i specialet er baseret på borgernes subjektive holdning til ydelsen og at kvalitetsmålet varierer borgerne imellem. I kontrast til den kvalitative tilgang kunne kvaliteten kvantificeres via kvantitative dataindsamlingsteknikker i et forsøg på at undersøge de sundhedsmæssige resultater, skærmbesøgene medfører. Flere studier har anvendt en kvantitativ tilgang med et randomiseret og kontrolleret design for at måle forskellige kliniske outcomes af virtuelle besøg, herunder kvalitet(12,14,87,93,94). Studierne målte bl.a. på dødelighed(12,14,87), sygelighed(12,14), ændringer i plejeniveau(14), hospitalsindlæggelser(14,87), tilfredshed gennem spørgeskema(12,14,87), klinisk brugbarhed(12,93), tekniske forhold(94) og økonomiske omkostninger ved de virtuelle besøg(12). Ved at anvende et kontrolleret og randomiseret design vil det være muligt at forholde sig til et mere kvantitativt billede af kvalitetsaspekterne. Ved at sammenholde kvalitative og kvantitative aspekter af kvalitet vil det være muligt at opnå et mere nuanceret billede af kvaliteten.

En anden måde at anskue og strukturere kvalitetsbegrebet igennem, kunne være at anvende Donabedians *struktur, proces og resultat* betragtning(23).

Struktur:

Sundhedsvæsenets rammer og ressourcer, som bl.a. omfatter: teknologi, udstyr, personale, organisering samt fysiske rammer

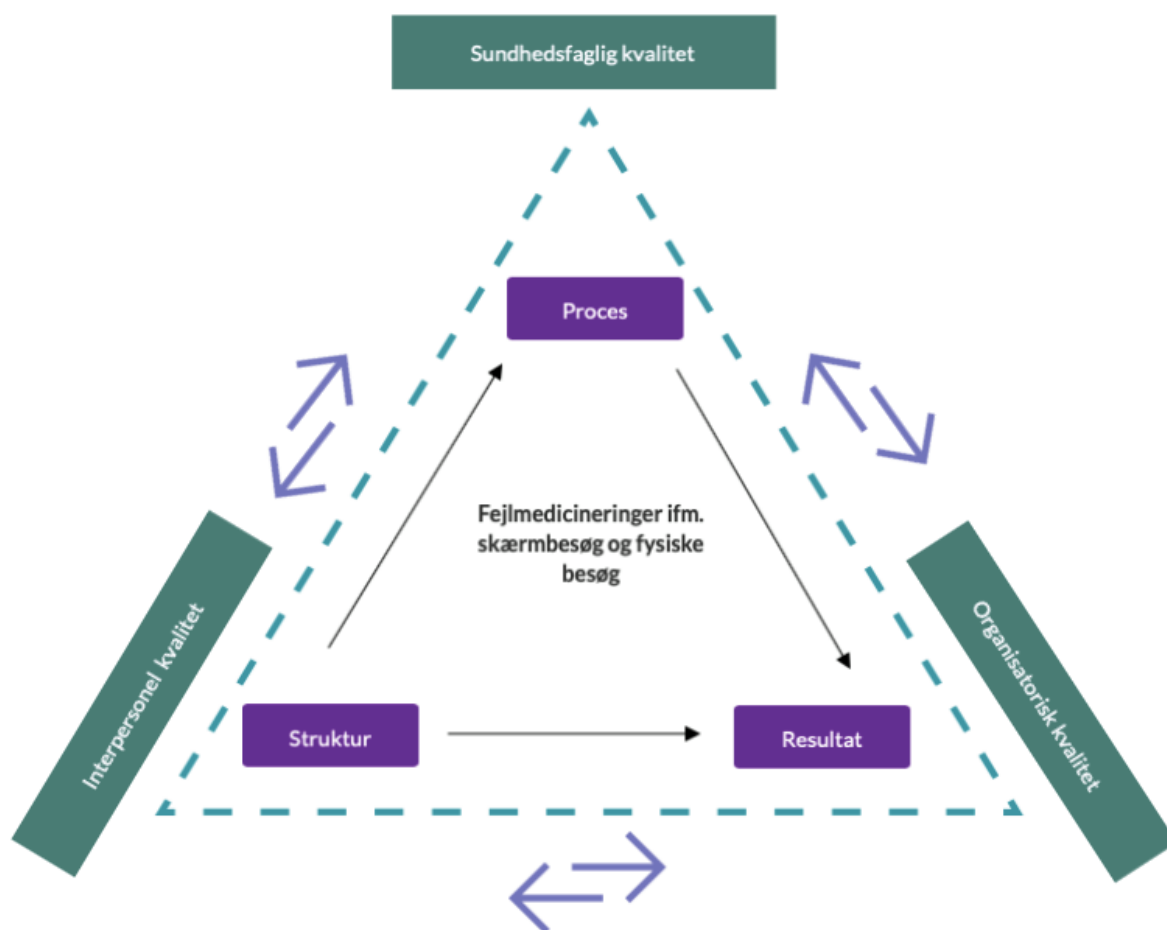
Proces:

Processerne der udføres ifm. levering af kerneydelserne, som bl.a.: procesbeskrivelser, kliniske retningslinjer, hvordan medicinadministrationen gennem skærmbesøg bør foregå.

Resultat:

Resultatet defineres ud fra borgerens helbredsmæssige forhold, der kan tilskrives de leverede kerneydelser. Her kan bl.a. måles på: overlevelse, utilsigtede hændelser ifm. medicinadministration gennem skærmbesøg, indlæggelser, livkvalitet og borger tilfredshed.

Donabedians grundlæggende idé var, at en god struktur fremmer gode processer som dermed øger sandsynligheden for et godt og tilfredsstillende borgerforløb. Kvalitetsbegrebernes tre dimensioner og Donabedians model skal ikke nødvendigvis stå alene. Ved at inkorporere struktur, proces og resultat i hver af de tre kvalitetsdimensioner, vil det være muligt at betragte kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem en mere systematisk evaluering. Fremtidige undersøgelser kunne bl.a. undersøge antallet af fejlmedicineringer ved hhv. skærmbesøg og fysiske besøg i et forsøg på, at sammenligne og belyse kvaliteten på flere niveauer både for at undersøge slutresultatet, men også for at analysere på hvilket niveau, der givetvis kan optimeres, se figur 12.



Figur 12: Kvalitetsfigur inspireret af kvalitetsbegrebernes tre dimensioner og Donabedians model vedrørende struktur, proces og resultat.(22,35)

På trods af at videoteknologien er veludviklet og anvendes i vid udstrækning, er skærmbesøg i hjemmeplejen fortsat ikke særligt udbredt i de danske kommuner, hvor kun 15 kommuner (11%) har det i drift(36). Før skærmbesøg kan blive en succes, er det derfor ikke teknologien men implementeringsprocessen, der er en udfordring. I implementeringsprocessen er det bl.a.

vigtigt at forholde sig til, at det at løse kerneopgaverne på en ny og anderledes måde både stiller krav til nye kompetencer hos medarbejderne, påvirker arbejdsgangene og skaber kulturelle forandringer i organisationen. Forandringsprocessen er en afgørende faktor for anvendelse af skærmbesøg i hjemmeplejen, og implementeringen kræver et særligt ledelsesmæssigt fokus med tydelige målsætninger for både anvendelse og udbredelses.(33,34,36)

10 Referenceliste

1. United Nations. Ageing [Internet]. [cited 2019 Mar 19]. Available from: <http://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
2. Jacobzone S, Combois E, Robine J. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? [Internet]. 2000. Available from: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/4223075136/Jacobzone_1999_OECD.pdf
3. Husebø AML, Storm M. Virtual visits in home health care for older adults. *Sci World J*. 2014;2014.
4. OECD. Healthcare costs unsustainable in advanced economies without reform [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 30]. Available from: <http://www.oecd.org/health/healthcarecostsunsustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm>
5. Dinesen B, Lindeman D, Young HM, Kidholm K, Southard JA, Jethwani K, et al. Personalized Telehealth in the Future: A Global Research Agenda. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):e53.
6. Milligan C, Roberts C, Mort M. Telecare and older people: Who cares where? *Soc Sci Med* [Internet]. 2011;72(3):347–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.014>
7. Vedel I, Akhlaghpour S, Vaghefi I, Bergman H, Lapointe L. Health information technologies in geriatrics and gerontology: A mixed systematic review. *J Am Med Informatics Assoc*. 2013;20(6):1109–19.
8. Vrijhoef HJM, Boeije HR, van Hoof J, Wouters EJM, Peek STM, Luijkx KG. Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review. *Int J Med Inform* [Internet]. 2014;83(4):235–48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.01.004>
9. Wu YH, Lu YC. Qualitative research on the importance and need for home-based telecare services for elderly people. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014;5(4):105–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.04.001>
10. Achey MA, Beck CA, Beran DB, Boyd CM, Schmidt PN, Willis AW, et al. Virtual house calls for Parkinson disease (Connect.Parkinson): Study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials*. 2014;15(1).
11. Prince TR, Croghan JE, Sheridan Jr. PH, Weatherly JD. Enhancing efficiency and

- quality of ambulatory care through telehealth technology. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2005;28(3):222–9. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L40923433%0Ahttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=01489917&id=doi:&atitle=Enhancing+efficiency+and+quality+of+ambulatory+care+through+telehealth+technology&stitle=J.+Ambul>
12. Finkelstein SM, Speedie SM, Potthoff S. Home Telehealth Improves Clinical Outcomes at Lower Cost for Home Healthcare. Vol. 12, *Telemedicine and e-Health*. 2006. p. 128–36.
 13. Nyholm D, Larsson J, Willows T, Grenholm P, Kjellander S, Schmiau U, et al. Initiation of Levodopa-Carbidopa Intestinal Gel Infusion Using Telemedicine (Video Communication System) Facilitates Efficient and Well-Accepted Home Titration in Patients with Advanced Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis*. 2017;7(4):719–28.
 14. Finkelstein SM, Speedie SM, Demiris G, Veen M, Lundgren JM, Potthoff S. Telehomecare: quality, perception, satisfaction. *Telemed J e-health* [Internet]. 2004;10(2):122-128. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00481183/full>
 15. Demiris G, Speedie SS, Finkelstein SM. The nature of communication in virtual home care visits. *J Am Med Informatics Assoc*. 2001;(S):135–8.
 16. Jönsson A-M, Willman A. Implementation of Telenursing Within Home Healthcare. Vol. 14, *Telemedicine and e-Health*. 2009. p. 1057–62.
 17. Smith GE, Lunde AM, Hathaway JC, Vickers KS. Current Topics in Management Telehealth Home Monitoring of Solitary Persons With Mild Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* [Internet]. 2007;22(1):20–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17533998>
 18. Brooks M, Tran L, Krowski N, Vela J, Rodriguez B, Kruse CS. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8):e016242.
 19. European Patients Forum. Quality of care [Internet]. [cited 2019 Mar 14]. Available from: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Policy/quality-of-care>
 20. Grossbart SR, Agrawal J. Conceptualization and Definitions of Quality. *Heal Care Qual Clin Prim*. 2001;9–24.
 21. Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Syst Rev* [Internet].

- 2015;4(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
22. Mainz J. Basal kvalitetsudvikling. Kbh.: Munksgaard; 2017. 232 sider, illustreret. (Basal-serien).
23. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. N Engl J Med. 2010;288(25):1352–3.
24. Danmarks Statistik. Markant flere ældre i fremtiden. NYT fra Danmarks Stat. 2018;(180):2.
25. Hansen B, Holst C, Jørgensen O. Pres på sundhedsvæsenet. Regioner.dk [Internet]. 2015;1–28. Available from: <https://www.regioner.dk/media/2209/2015-pres-paa-sundhedsvaesenet.pdf>
26. Danmarks Statistik. AED06: Modtagere visiteret til hjemmepleje, frit valgt, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn. M [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.statistikbanken.dk/AED06>
27. Hjemmehjælpskommissionen. Hjemmehjælpskommissionen - Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. 2013. 140 p.
28. KMD Analyse, Langager M. Digitalisering af ældreplejen: Potentialer og holdninger. 2011;
29. Velfærdskommissionen, Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Befolkningsudvikling velstandsdilemma og makroøkonomiske strategier teknisk analyserapport. 2005;106. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjkPaQ0s_iAhXHsaQKHS4wCrAQFjABegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.fm.dk%2F~%2Fmedia%2Fpublikationer%2Fimported%2Fvelfaerds Kommissionen%2F2005%2Fbefolkningsudvikling-velst
30. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. 2015;16.
31. Regeringen, Kl, Danske Regioner. Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013-2020- Digital velfærd - En lettere hverdag. 2013;(September):24. Available from: http://www.fm.dk/publikationer/2013/digital-velfaerd-_-en-lettere-hverdag/~ /media/Publikationer/Imported/2013/Digital velf?rd - en lettere hverdag/Digital velf?rd_en lettere hverdag_web.pdf
32. Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet. Udvalg Om Det Nære Og Sammenhængende Sundhedsvæsen [Internet]. 2017. Available from:

- https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2017/Juni/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2017/Sammenhaenge-naere-sundhedsvaesen/Afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.ashx
33. PAconculting. Analyse af skærmbesøg og virtuelle konsultationer. 2018.
 34. Ballegaard SA, Kamp A. Skærmopkald i hjemme- og sygepleje, videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde. 2018.
 35. Kuada JE. Culture and technological transformation in the South : transfer or local innovation? Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2003. 262 sider, illustreret.
 36. KL velfærdsteknologi. Velfærdsteknologi statusrapport for 2017 med fokus på digitalt understøttet træning og skærmbesøg. 2017.
 37. Ballerup Kommune. Velfærdsteknologivurdering, skærmbesøg i hjemmeplejen. 2017.
 38. Combi C, Pozzani G, Pozzi G. Telemedicine for Developing Countries. Appl Clin Inform. 2016;07(04):1025–50.
 39. Lilholt PH, Udsen FW, Ehlers L, Hejlesen OK. Telehealthcare for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life: Results from the Danish TeleCare North' cluster-randomised trial. BMJ Open. 2017;7(5).
 40. Copenhagen Healthtech Cluster. Større fleksibilitet med virtuel hjemmepleje. 2017.
 41. Ballegaard SA, Kamp A, Universitet R. Skærmopkald i hjemme- og sygepleje. 2018.
 42. Fredensborg Kommune. Fredensborg kommune. Referat Social- og Seniorudvalget (18-21) 17-04-2018 Nr. 43 – Skærmbesøg i hjemmeplejen. 2018. [Internet]. [cited 2019 Feb 20]. Available from: [https://www.fredensborg.dk/politik/dagsordener-og-referater/social--og-seniorudvalget-\(18-21\)/2018/april/17--april-2018--referat](https://www.fredensborg.dk/politik/dagsordener-og-referater/social--og-seniorudvalget-(18-21)/2018/april/17--april-2018--referat)
 43. Pors B. Bøgeren er ekspertrn i sit eget liv [Internet]. Sygeplejersken. 2007 [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2007-25/borgeren-er-ekspertrn-i-sit-eget-liv>
 44. Sundhed.dk. Hjemmephjælp [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/sygdom/hjemmephjælp/>
 45. Sundhedsstyrelsen. Korrekt håndtering af medicin, et værktøj for plejehjem, hjemmeplejen og bosteder - ansvar, sikkerhed og opgaver. 2001; Available from: <https://stps.dk/da/udgivelser/2011/korrekt-haandtering-af-medicin/~media/9B52FC784C60492882991BF6543431C7.ashx>
 46. Danmarks Statistik. AED20: Forløb og genindlæggelser for personer 67 år og derover,

- efter område, enhed og diagnose [Internet]. [cited 2019 Mar 30]. Available from: <https://www.statistikbanken.dk/AED20>
47. Broderick A, Lindeman D, Dinesen B, Kidholm K, Spindler H, Catz S, et al. Telehealth innovation: Current Directions and Future Opportunities. 2017;(December):1–20. Available from: http://vbn.aau.dk/files/266903927/TTRN_Telehealth_Innovation_12.22.17_FINAL.pdf
48. Børne- og Socialministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=202239>
49. Danmarks Apotekerforening. Apotekets kunder er især kroniske patienter, der anvender mange lægemidler. 2013.
50. Pharmakon. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem Et udviklings- og pilotprojekt. 2010.
51. Vyopta. A brief history of video conferencing [Internet]. vyopta. 2018 [cited 2019 Apr 27]. Available from: <https://www.vyopta.com/blog/video-conferencing/brief-history-video-conferencing/>
52. Augestad KM, Lindsetmo RO. Overcoming Distance : Video-Conferencing as a Clinical and Educational Tool Among Surgeons. 2009;1.
53. Communication B. Clinical Telehealth Across the Disciplines : Lessons Learned. 2008;
54. Beckhoff GB, Nielsen G, Larsen EL. Use of information communication technology and stress, burnout, and mental health in older, middle-aged, and younger workers—results from a systematic review. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2017;23(2):160–71. Available from: <https://doi.org/10.1080/10773525.2018.1436015>
55. Jensen T, Petersen H. Evalueringsrapport Projekt Virtuel Bostøtte [Internet]. 2017. Available from: <http://www.vi-s.dk/media/22534689/virtuel-bostoette-evalueringsrapport.pdf>
56. Microsoft. Skype for business [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 2]. Available from: <https://www.skype.com/da/>
57. Viewcare A/S. ViewCare [Internet]. [cited 2019 May 23]. Available from: <http://www.viewcare.com/index.php/hjem/>
58. Witthøfft A, Sommer C. “Skærmbesøg er win-win” [Internet]. *Sygeplejersken* 2019 ; (4): 24-27. Temaer. [cited 2019 May 27]. Available from:

- <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2019-4/skaermbesoeg-er-win-win>
59. Woolf SH, Aron LY. The US health disadvantage relative to other high-income countries: Findings from a National Research Council/Institute of Medicine report. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2013;309(8):771–2.
 60. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Heal Expect* [Internet]. 1998;1(2):82–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>
 61. Ware JE. Defining and Measuring with medical care Satisfaction. 1984;6(August):247–63.
 62. Ware JE, Hays RD. Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters. *Med Care*. 2012;26(4):393–402.
 63. Kep NCM, Effendy C, Setyopranoto I. Quality Indicators in Home-Based Care: A Systematic Review. 2018;2(1):1–5.
 64. Antonovsky A. Health, stress and coping. 2. pr. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. xiv, 255 s., illustreret. (The Jossey-Bass social and behavioral science series).
 65. Mittelmark MB, Eriksson SSM, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstro B, Espnes GA. The Handbook of Salutogenesis. CFS Courier Forschungsinstitut Senckenberg. Springer; 2017. 467 p.
 66. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. *The Handbook of Salutogenesis*. 2016. p. 1–461.
 67. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938–44.
 68. Basisbog i fysioterapi. 1st ed. Kbh.: Munksgaard; 2010. 695 sider, illustreret (nogle i farver). (Fysio/Munksgaard).
 69. Super S, Wagemakers MAE, Picavet HSJ, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: Opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int*. 2016;31(4):869–78.
 70. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 633 sider.
 71. Launsø L, Olsen L, Reiper O. Forskning om og med mennesker. 6th ed. 2014.
 72. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. Kbh.; 2013. 376 sider.

73. Sadala M, Adorno R. Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty's thought. *J Adv Nurs* [Internet]. 2002;37(3):282–93. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106918499&site=ehost-live>
74. Birkler J. *Videnskabsteori en grundbog*. 1st ed. 2010.
75. *Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination*. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard; 2018. 577 sider, illustreret i farver.
76. Yin RK, Venkatesh V, Brown SA, Bouzid I, Ali RE, Ali RE, et al. Case study research - Design and metohds [Internet]. Vol. 86, *Qualitative Research*. 2010. 1–26 p. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2184170?origin=crossref%0Ahttp://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=19934406&retmode=ref&cmd=prlinks%0Ahttp://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-3-page-476.htm%0Afile:///Users/DURU/Doc>
77. Antoft R. *Håndværk & horisonter : tradition og nytænkning i kvalitativ metode* [Internet]. Kbh.: Nota; 2013. p. 333 sider. (University of Southern Denmark studies in history and social sciences, vol. 336). Available from: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/615561>
78. Flyvbjerg B. Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qual Inq*. 2006;12(2):219–45.
79. Jacobsen DI, Thorsvik J. *Hvordan organisationer fungerer : en indføring i organisation og ledelse*. 3rd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. 494 sider, illustreret.
80. QSR International. NVivo [Internet]. 2019 [cited 2019 May 24]. Available from: <https://www.qsrinternational.com>
81. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=192671>
82. National Videnskabsetisk Komité. Hvad skal jeg anmelde? [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
83. Datatilsynet. Datatilsynet [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.datatilsynet.dk>
84. Datatilsynet. Kontakt Datatilsynet [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from:

- <https://www.datatilsynet.dk/kontakt/>
85. World Medical Association. WMA declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 86. Huang KTL, Lu TJ, Alizadeh F, Mostaghimi A. Homebound patients' perspectives on technology and telemedicine: A qualitative analysis. Vol. 35, Home Health Care Services Quarterly. 2016. p. 172–81.
 87. Bowles KH, Hanlon AL, Glick HA, Naylor MD, O'Connor M, Riegel B, et al. Clinical Effectiveness, Access to, and Satisfaction with Care Using a Telehomecare Substitution Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Int J Telemed Appl*. 2011;2011:1–13.
 88. Calvert JF, Kaye J, Leahy M, Hexem K, Carlson N. Technology use by rural and urban oldest old. *Technol Heal Care*. 2009;17(1):1–11.
 89. Karlsen C, Ludvigsen MS, Moe CE, Haraldstad K, Thygesen E. Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JB database Syst Rev Implement reports*. 2017;15(12):2913–80.
 90. Wade V, Izzo J, Hamlyn J. Videophone delivery of medication management in community nursing. *Electron J Heal Informatics*. 2009;4(1):1–5.
 91. Van Der Heide LA, Willems CG, Spreeuwenberg MD, Rietman J, De Witte LP. Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technol Disabil*. 2012;24(4):283–91.
 92. Funderskov KF, Raunkiær M, Danbjørg DB, Zwisler AD, Munk L, Jess M, et al. Experiences With Video Consultations in Specialized Palliative Home-Care: Qualitative Study of Patient and Relative Perspectives. *J Med Internet Res*. 2019;21(3):e10208.
 93. Dennis MK, Field AS, Burai R, Ramesh C, Whitney K, Bologna CG, et al. Randomized, controlled trial of “virtual housecalls” for Parkinson disease. *JAMA Neurol*. 2013;127(70(5)):565–70.
 94. Demiris G, Speedie S, Finkelstein S, Harris I. Communication patterns and technical quality of virtual visits in home care. [Internet]. Vol. 9, Journal of telemedicine and telecare. 2003. p. 210–5. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L137>

- 557575%0Ahttps://tdnetdiscover.com/shibboleth/go/773/resolver/full?sid=EMBASE&issn=1357633X&id=doi:&atitle=Communication+patterns+and+technical+quality+of+virtual+visits+in+home+
95. Arnaert A, Delesie L. Telenursing for the elderly. The case for care via video-telephony. J Telemed Telecare. 2001;
 96. Nagel DA, Penner JL. Conceptualizing Telehealth in Nursing Practice: Advancing a Conceptual Model to Fill a Virtual Gap. J Holist Nurs. 2016;34(1):91–104.
 97. Mammen JR, Elson MJ, Java JJ, Beck CA, Beran DB, Biglan KM, et al. Patient and Physician Perceptions of Virtual Visits for Parkinson's Disease: A Qualitative Study. Telemed e-HEALTH. 2018;
 98. Arnaert A, Wainwright M. Developing a Home Telecare Service for Elderly Patients with COPD : Steps and Challenges. Can J Nurs Informatics. 2008;3(2):49–83.
 99. Datatilsynet. Databeskyttelsesforordningen [Internet]. [cited 2018 May 28]. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/lovgivning/>