

AALBORG UNIVERSITET

KLINISK VIDENSKAB OG TEKNOLOGI

KANDIDATAFHANDLING

Tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med diabetes mellitus type-2

- *et mixed methods studie med fokus på hjemmesygeplejerskers holdninger samt implementering*



Gruppe 20gr10511:

Katja Krog Noer
Lisa Marie Lundsgaard
Maria Kobber Lund

Vejleder:

Lotte N. S. Andreasen Struijk

1. juni 2020



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

**Institut for Medicin og
Sundhedsteknologi**
Klinisk Videnskab og Teknologi
Niels Jernes Vej 12
9220 Aalborg Øst
<https://www.hst.aau.dk>

Titel:

Tværsektoriel videokonsultation
for sårbare borgere med
diabetes mellitus type-2
*- et mixed methods studie
med fokus på hjemme-
sygeplejerskers holdninger
samt implementering*

Projekt:

4. semester

Projektperiode:

03.02.2020 - 02.06.2020

Projektgruppe:

20gr10511

Deltagere:

Katja Krog Noer
Lisa Marie Lundsgaard
Maria Kobber Lund

Vejleder:

Lotte N. S. Andreasen Struijk

Sidetal: 104

Antal bilag: 7

Afsluttet d. 02.06.20

Synopsis:

Baggrund: I Danmark er diabetes mellitus type-2 (DM2) et problem, hvor der blandt andet er risiko for senkomplikationer, som kan nedsætte borgerens livskvalitet. Sårbare borgere med DM2 udebliver hyppigere fra ambulante konsultationer end andre. Sygdomsprævalensen er stigende og fordrer nytænkning i sundhedsvæsenet. Videokonsultation kan være en løsning på dette. I Region Nordjylland findes videokonsultation som tilbud til diabetikere, men der har dog hidtil ikke været fokus på sårbare borgere med DM2.

Metode: Projektet er et mixed methods studie bestående af et sekventielt eksplorativt samt et parallelt konvergerende design. Card sorting blev foretaget med fire hjemmesygeplejersker, og dannede baggrund for spørgeskemaundersøgelsen, hvor 25 hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland deltog. Resultaterne blev sammenfattet med fund fra et ekspertinterview.

Fund og resultater: Det fremgår at udeblivelser er et kendt fænomen. Der eksisterer en række incitamenter for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation til målgruppen, herunder forbedret glykæmisk kontrol, reduceret antal ambulante udeblivelser, et styrket tværsektorielt samarbejde og bedre borgerforløb. Barrierer for tværsektoriel videokonsultation kan være ændrede arbejdsgange, tidskrævende teknologi samt manglende overskud hos borgerne. Brugerinddragelse under en implementering og nøglepersoner har vist sig at være gavnlig, og der kan være behov for fokus på forandringsprocesser.

Konklusion: Hjemmesygeplejerskernes holdninger afspejler muligheder og barrierer for tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2. Videokonsultation kan muligvis imødekomme udeblivelser samt styrke tværsektorielt samarbejde. Målgruppen kan potentielt opnå bedre glykæmisk kontrol og nedsat risiko for senkomplikationer. Barrierer kan være bekymring for ændrede arbejdsgange og manglende overskud hos borgerne. Faktorer der bør fokuseres på ved implementering er borgerinddragelse, superbrugere, brugervenlighed, forandringsprocesser samt interessentanalyse.

Rapportens indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse (med kildeangivelse) må kun ske efter aftale med forfatterne.



AALBORG UNIVERSITY
STUDENT REPORT

Health Science and Technology
Clinical Science and Technology
Niels Jernes Vej 12
9220 Aalborg Øst
<https://www.hst.aau.dk>

Title:

Cross-sectoral video consultation
for vulnerable patients with
diabetes mellitus type-2
*- a mixed methods study
with focus on primary health
care nurses' attitudes and
implementation*

Project:

4th semester

Project period:

03.02.2020 - 02.06.2020

Project group:

20gr10511

Participants:

Katja Krog Noer
Lisa Marie Lundsgaard
Maria Kobber Lund

Supervisor:

Lotte N. S. Andreasen Struijk

Pages: 104

Appendices: 7

Date of completion: 02.06.20

Abstract:

Introduction: In Denmark diabetes mellitus type-2 (DM2) is a problem where, among other things, there's a risk of late complications that can reduce quality of life of the patient. Vulnerable patients with DM2 has more frequently no-shows from outpatient consultations than others. The prevalence of DM2 is increasing and requires innovation in health care. Video consultation can be a solution to this. In the region of Northern Jutland video consultation is available for diabetics, but so far there hasn't focus on vulnerable patients with DM2.

Methods: This project is a mixed methods study with an explorative sequential and a convergent parallel design. Card sorting was carried out with four primary health care nurses, and formed the basis for a questionnaire with 25 primary health care nurses from the region of Northern Jutland participating. Results were summarized with findings from an expert interview.

Findings and results: It appears that no-shows from consultations are a known phenomenon. There are a number of incentives for implementing cross-sectoral video consultation for the patients, including improved glycemic control, reduced number of non-attendances, improved cross-sectoral collaboration and patient care. Barriers to cross-sectoral video consultation may be changing workflows, time-consuming technology and patients' lack of resources. Patient involvement during implementation and super-users have proven to be beneficial and focus on change management may be needed.

Conclusion: Primary health care nurses' attitudes towards video consultation reflect opportunities and barriers for cross-sectoral video consultation for vulnerable patients with DM2. Video consultation may accommodate non-attendances and strengthen cross-sectoral cooperation. The patients can potentially achieve better glycemic control and reduced risk of late complications. Barriers can be concerns about changing workflows and patients' lack of resources. Factors that should be focused on due to implementation are patient involvement, super-users, user-friendly technology, change management and stakeholder analysis.

The report is freely accessible, but publication may be made only after agreement with the authors, and with references.

Forord

Dette projekt er udarbejdet som kandidatspeciale af projektgruppe 20gr10511 på Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet i foråret 2020.

Projektgruppen bag dette speciale består af Katja Krog Noer, Lisa Marie Lundsgaard samt Maria Kobber Lund, der alle tre er sundhedsfagligt uddannet med klinisk erhvervserfaring.

Formålet med specialet er at undersøge hjemmesygeplejerskers holdninger til videokonsultation for sårbare borgere med DM2. Herunder undersøge incitamenter, muligheder og barrierer for implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation samt ønsker i forhold til implementering af dette. Ydermere ønskes tidligere erfaringer med implementering af videokonsultation til diabetikere med henblik på hvilke faktorer, der bør fokuseres på ved implementering af tværsektoriel videokonsultation.

Specialet henvender sig til personer, der beskæftiger sig med sundhedsteknologi og implementering i forbindelse hermed, herunder eksempelvis videokonsultation eller deslignende. Specialet kan give indblik i kompleksiteten bag implementerings- og forandringsprocesser, og kan dermed bidrage til en helhedsorienteret implementering med afsæt i klinisk praksis. Sundhedsprofessionelle i primær og sekundær sektor kan ligeledes finde projektets fund og resultater interessante.

Alle illustrationer er originale og udarbejdet af projektgruppen med få undtagelser. Stor tak til Diabetesforeningen og Region Nordjylland, der har været så venlige at udlåne enkelte figurer og skabeloner anvendt i projektet.

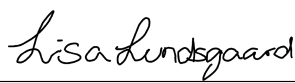
Stor tak til vejleder Lotte N. S. Andreasen Struijk for yderst kompetent vejledning gennem hele processen i udarbejdelsen af dette speciale.

Derudover vil projektgruppen ligeledes rette en stor tak til Region Nordjylland for deltagelse i dataindsamlingen i dette projekt, herunder projektleder og konsulent i Digitalisering og IT samt hjemmesygeplejersker i Rebild, Mariagerfjord, Læsø, Aalborg og Jammerbugt Kommune.

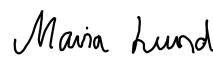
Derudover rettes en tak til Steno Diabetes Center Nordjylland som samarbejdspartner i dette speciale, herunder projektleder Ulrik Appel og projektsygeplejerske Jane Nielsen fra Endokrinologisk Ambulatorium, Aalborg Universitetshospital for samarbejde trods udfordringer som følge af COVID-19.



Katja Krog Noer



Lisa Marie Lundsgaard



Maria Kobber Lund

Læsevejledning

Dette projekt inddeles i kapitler med dertilhørende afsnit, der er opstillet efter en naturlig, kronologisk orden fra start til slut. For at opnå optimal forståelse for indholdet i dette projekt anbefales det derfor at projektet læses i samme kronologiske orden.

Dette projekt anvender Vancouver referencesystem til at håndtere eksterne kilder. I sætninger hvor der nævnes en eller flere forfattere vil referencen stå umiddelbart efter forfatternavn. Er der ikke en forfatter angivet i teksten vil referencen stå i slutningen af sætningen.

Alle tal til og med ti udskrives som ord, mens tal fra 11 og op skrives med tal for at øge læsevenligheden.

I projektet vil gængse forkortelser som *ca.*, *f.eks.*, *m.fl.* og *kr.* blive anvendt, mens andre ofte anvendte forkortelser som *henholdsvis*, *blandt andet* og *med henblik på* skrives ud for at øge læsevenligheden.

Begrebsafklaring

Projektgruppen: I dette projekt anvendes der gennemgående begrebet "projektgruppen". Hermed menes forfatterne bag netop dette projekt, hvis ikke begrebet anvendes i anden kontekst .

Incitament: Incitament forstås i dette projekt som et grundlag eller tilskyndelse til anvendelse af tværsektoriel videokonsultation, hermed ment som et paraplybegreb indeholdende adskillige aspekter såsom holdningsbaserede, litterære eller erfaringsbaserede.

Patient: Begrebet anvendes i konteksten af ydelser fra og behandlingsforløb i sekundær sektor for at være tro mod terminologien i hospitalsregi, herunder ambulatorier. Begrebet kan i dette projekt forekomme i afsnit, hvor begrebet "borger" anvendes, men der gør sig i disse tilfælde samme regler om kontekstafhængighed og kildetroværdighed.

Borger: Begrebet anvendes i konteksten af ydelser fra og behandlingsforløb i primær sektor for at være tro mod terminologien i kommunalt regi, herunder i hjemmesygeplejen. Begrebet kan i dette projekt forekomme i afsnit, hvor begrebet "patient" anvendes, men der gør sig i disse tilfælde samme regler om kontekstafhængighed og kildetroværdighed.

Sårbar borger: En sårbar borger med diabetes mellitus type-2 defineres i dette projekt som en borger med en eller flere følgende faktorer sideløbende med vedkommendes diabetes: psykisk sygdom, lav socialøkonomisk status, funktionstab, sygdomsforståelse/mestring, kulturelle/sproglige udfordringer, multisygdom, misbrug og svagt netværk/social udsat.

Compliance: Compliance er et udtryk for en persons evne til at forstå og efterleve behandlingsregimer relateret til egen sygdom.

Pilotprojektet: Pilotprojektet refererer til Steno Diabetes Center Nordjyllands pilotprojekt "*Videokonsultation og hjemmemåling af HbA1c for sårbare patienter med diabetes type 2 i Rebild Kommune*".

Afprøvningsprojektet: Begrebet anvendes når der er tale om projektet fra 2018 i Morsø Kommune, hvor et videoambulatorie blev afprøvet for borgere med diabetes.

Respondent: Hjemmesygeplejersker der har deltaget i projektets spørgeskemaundersøgelse.

Informant: Er i dette projekt deltagere i projektets ekspertinterview.

Deltager: Hjemmesygeplejersker fra Rebild Kommune, der har deltaget i projektets card sortering.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1	Introduktion	1
Kapitel 2	Problemanalyse	2
2.1	Diabetes mellitus	2
2.1.1	Ætiologien bag diabetes mellitus type-2	2
2.1.2	Diabetesrelaterede konsekvenser for den enkelte borger	4
2.2	Den sårbare borger med diabetes mellitus type-2	5
2.3	Diabetesbehandling på tværs af sektorer	6
2.3.1	Behandling og kontrol af diabetes mellitus type-2	6
2.3.2	Udfordringer med udeblivelser på ambulatorierne i Danmark	8
2.3.3	Et tværsektorielt samarbejde i diabetesbehandlingen	8
2.4	Anvendelse af telemedicin i behandlingsforløbet for diabetikere	9
2.4.1	Telemedicin og sårbare patienter	10
2.4.2	Implementering af videokonsultation i praksis	12
2.5	Sammenfatning	14
Kapitel 3	Problemformulering	15
3.1	Problemafgrensning	15
3.2	Problemformulering	15
3.2.1	Forskningsspørgsmål	15
Kapitel 4	Teori og metode	16
4.1	Projektets formål	16
4.2	Teori	16
4.2.1	Videnskabsteoretisk afsæt	16
4.2.2	Studiedesign	18
4.2.3	Teknologiforståelse	19
4.3	Metode	23
4.3.1	Litteratursøgning	23
4.3.2	Analyse af feltet	24
4.3.3	Studiebesøg på Endokrinologisk Ambulatorium	28
4.3.4	Kvalitativ dataindsamling gennem card sorting	28
4.3.5	Kvantitativ dataindsamling gennem spørgeskemaundersøgelse	30
4.3.6	Ekspertinterview	32
4.4	Ethiske overvejelser relateret til dataindsamling	33
Kapitel 5	Empiri	34
5.1	Virtuel card sorting	34
5.1.1	Udarbejdelse af card sorting	34
5.1.2	Rekruttering af deltagere	36
5.1.3	Pilottest af card sorting	36

5.1.4	Afvikling af card sorting	36
5.1.5	Eksplorativ databehandling af card sorting	37
5.2	Spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland	38
5.2.1	Udarbejdelse af spørgeskema	38
5.2.2	Rekruttering af respondenter	40
5.2.3	Pilottest af spørgeskema	41
5.2.4	Databehandling af spørgeskema	41
5.3	Ekspertinterview	41
5.3.1	Udvælgelse og rekruttering af informanter	41
5.3.2	Udarbejdelse af interviewguide	42
5.3.3	Afvikling af ekspertinterviewet	43
5.3.4	Behandling af indsamlede empiri fra ekspertinterview	43
5.3.5	Projektafslutningsrapporter fra afprøvningsprojektet i Morsø Kommune	44
Kapitel 6 Fund og resultater		46
6.1	Analyse af fund fra card sorting	46
6.1.1	Forskningsspørgsmål 1 - Incitament	46
6.1.2	Forskningsspørgsmål 2 - Barrierer	49
6.1.3	Forskningsspørgsmål 3 - Muligheder	52
6.1.4	Forskningsspørgsmål 4 - Implementeringsønsker	53
6.2	Analyse af resultater fra spørgeskemaundersøgelse	55
6.2.1	Forskningsspørgsmål 1 - Incitament	57
6.2.2	Forskningsspørgsmål 4 - Implementeringsønsker	63
6.2.3	Forskningsspørgsmål 2 - Barrierer	66
6.2.4	Forskningsspørgsmål 3 - Muligheder	69
6.3	Analyse af fund fra ekspertinterview samt projektafslutningsrapport	71
6.3.1	Forskningsspørgsmål 1 - Incitament	71
6.3.2	Forskningsspørgsmål 5 - Implementeringserfaringer	74
6.4	Sammenfatning af fund og resultater	77
Kapitel 7 Diskussion		79
7.1	Diskussion af metode	79
7.1.1	Projektets studiedesign	79
7.1.2	TEKU-modellen som teknologiforståelse	81
7.1.3	Dataindsamlings teknikker	82
7.2	Diskussion af fund og resultater	85
7.2.1	Incitamenter for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation	85
7.2.2	Barrierer for implementering af tværsektoriel videokonsultation	87
7.2.3	Muligheder for implementering af tværsektoriel videokonsultation	90
7.2.4	Hjemmesygeplejerskernes ønsker til implementering af videokonsultation	91
7.2.5	Tidligere erfaringer med implementering af videokonsultation i praksis	93
Kapitel 8 Konklusion		95
Kapitel 9 Perspektivering		97

Litteratur	98
Bilag A Litteratursøgning	105
Bilag B Interessentanalyse	109
Bilag C Card sorting	111
Bilag D Spørgeskemaundersøgelse	113
Bilag E Interviewguide	118
Bilag F Ekspertinterview	119
Bilag G Meningskondensering	123

Sukkersyge (diabetes mellitus) er i Danmark i de senere år blevet en folkesygdom sidestillet med blandt andet cancer, lændesmerter og hjertesygdomme (1). Diabetes mellitus (DM) er den sygdom i Danmark med størst årlig incidens på omkring 15.525 nye tilfælde, og som står for højest antal ambulante hospitalsbesøg blandt den danske befolkning (2; 3).

DM klassificeres i type-1 (DM1), som dækker over manglende insulinproduktion fra bugspytkirtlen (pancreas), og type-2 (DM2), der er insulinresistens samt manglende evne til at kompensere for utilstrækkelig insulinsekretion (4; 5; 6). Antallet af borgere med DM2 er næsten tredoblet fra 2000 frem mod 2018 fra 82.375 til 241.425 (7; 2). Som konsekvens af DM kan der opstå senkomplikationer såsom nyresygdom, øjenpåvirkning, nervepåvirkning samt fodsår, hvilket kan være invaliderende for den enkelte borger (6; 8; 5).

I Danmark lider borgere med ingen eller kortere uddannelser oftere af folkesygdomme end borgere med videregående uddannelser (9). Risikofaktorer for DM2 ses oftere hos borgere med lav indkomst og lavt uddannelsesniveau (10). Konsekvenserne af dette kan medføre nedsat funktions- og arbejdsevne samt overdødelighed (9).

Antallet af borgere med DM2 i Danmark forventes at være fordoblet i 2030, hvorfor der er behov for at tænke i nye baner for behandlingen af DM (11). Ruddock et al. (12) beskriver, at der i højindkomstlande ses en markant forskel i kontrol af DM blandt etniske minoriteter samt borgere med lav socioøkonomisk status. Ifølge Nielsen et al. (13) er sårbare diabetespatienter ofte ensomme og mangler socialt netværk. Patienterne beskriver, at når de er udeblevet fra ambulante konsultationer to gange, afsluttes deres behandlingsforløb, og de skal derfor henvises på ny gennem egen læge, hvis forløbet ønskes genoptaget, hvilket kan opleves som en uoverskuelig udfordring (13). Der er derfor behov for nye innovative strategier for at forbedre diabetesbehandlingen ved udsatte populationer (12).

Det danske sundhedsvæsen har i flere år arbejdet med udbredelsen af telemedicin og velfærdsteknologier, der understøtter fagprofessionelles arbejdsgange, samt forbedrer pleje og behandling for borgerne (11). I 2016 lancerede Regeringen, KL og Danske Regioner en politisk aftale om en digital fælles retning mod højere kvalitet i sundhedsvæsenet med fokus på samarbejde på tværs af primær- og sekundær sektor (11). For at imødekomme dette skal sundhedsvæsenet løftes til et nyt digitalt niveau (11). I 2019 blev der i Region Nordjylland udarbejdet en tværsektoriel sundhedsaftale med henblik på at opnå større lighed i sundhed samt styrke det tværsektorielle samarbejde om sundhedstilbud tæt på borgeren (14). Digitale løsninger kan forbedre behandlingskvalitet, geografisk lighed samt øge sammenhæng på tværs af enheder og fag, hvormed der kan skabes flow i patientforløbene (11).

Ovenstående leder frem til en initierende undren om, hvordan videokonsultation som et tværsektorielt tilbud kan være en alternativ behandlingsmulighed for sårbare borgere med DM2.

Problemanalyse 2

I dette kapitel præsenteres projektets problemanalyse, der udmunder i problemafgrænsningen i Kapitel 3, som leder frem mod projektets problemformulering.

2.1 Diabetes mellitus

DM karakteriseres ved utilstrækkelig insulinsekretion og/eller insulinfølsomhed og deraf forstyrrelser i cellernes energiomsætning, hvilket medfører forhøjet blodsukker (hyperglykæmi) (5). Som førnævnt opdeles DM i type-1 (DM1) samt type-2 (DM2), hvoraf DM1 er insulinkrævende og DM2 oftest er forårsaget af livsstilsfaktorer som overvægt og inaktivitet, hvorfor DM2 ikke nødvendigvis behandles med insulin (5).

På verdensplan er ca. 8,3 % af den voksende befolkning diagnosticeret med DM, og prævalensen forventes at stige frem mod 2030 og 2040, hvor det estimeres, at henholdsvis ca. 578 og 642 mio. mennesker vil have DM (15; 8; 16).

I Danmark lever 267.350 personer med DM, hvoraf DM2 udgør mindst 241.425 af disse tilfælde (2).

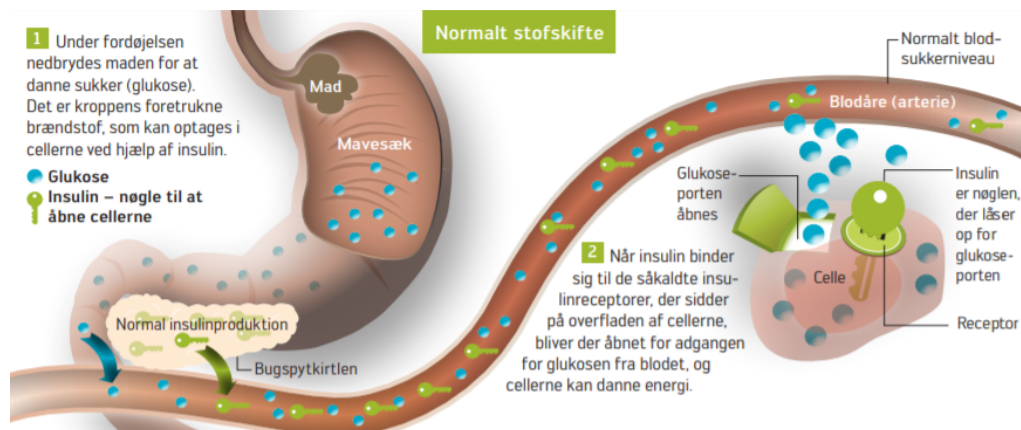
Globalt set pålægger DM høje menneskelige, sociale og økonomiske omkostninger (15). De danske samfundsøkonomiske udgifter som følge af DM er årligt på 31,8 mia. kr.. Heraf koster behandlingen hos praktiserende læger samt hospitalerne ca. 5,5 mia. kr. mens plejesektoren koster ca. 6,4 mia. kr. Derudover går 5,6 mia. kr. til måleudstyr, patienttid samt afskrivninger (17). Den største udgift findes i produktivitetstab, som er på ca. 13 mia. kr.

Produktivitetstab dækker over arbejdsløshed, øget sygefravær og at diabetikere oftere forlader arbejdsmarkedet tidligere end "raske" borgere (17). Ca. hver fjerde diabetiker udvikler senkomplikationer, og denne gruppe udgør ca. 60 % af de samlede udgifter for diabetikere (17).

2.1.1 Ætiologien bag diabetes mellitus type-2

DM2 karakteriseres ved, at der opstår hyperglykæmi grundet henholdvis insulinresistens og pancreas' manglende evne til at producere nok insulin (6; 5). Der ses dermed et misforhold mellem den mængde insulin der produceres, samt det reelle behov for insulin (5).

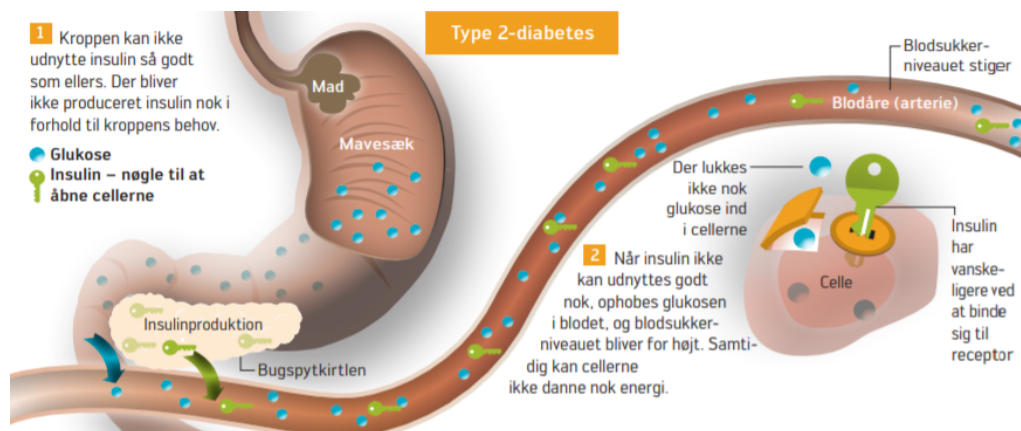
Insulin frigives af β -celler i pancreas, og normalt anvendes insulinen til at reducere glukoseproduktion fra leveren samt øge glukoseoptagelse i muskelceller samt fedtvæv - se Figur 2.1 (18). Ved indtagelse og fordøjelse af et måltid omdannes kulhydrater til glukose. Glukose trænger ved hjælp af insulin ind i kroppens celler, som på denne måde opretholder kroppens energi (19).



Figur 2.1: Menneskets normale stofskifte (Illustration anvendt med tilladelse fra Diabetesforeningen) (19).

Borgere med DM2 er en heterogen gruppe, hvor både overvægtige og slanke borgere kan diagnosticeres med sygdommen (6; 5). Insulinresistens samt en lille nedsat evne til at producere nok insulin ses ofte ved overvægtige borgere med DM2 (5). Ved insulinresistens udnyttes insulinen ikke hensigtsmæssigt, hvilket medfører, at glukose ophobes i blodet, og dermed opstår hyperglykæmi (18; 8) - se Figur 2.2.

Efter en længere periode vil β -cellernes produktion af insulin falde, og der kan derfor ikke produceres ekstra insulin, når behovet opstår (8; 20; 5).



Figur 2.2: Ætiologien bag DM2 (Illustration anvendt med tilladelse fra Diabetesforeningen) (19).

Modsat overvægtige borgere med insulinresistens har slanke borgere med DM2 ofte normal insulinfølsomhed, men derimod markant nedsat insulinproduktion (5). En væsentlig faktor der øger risikoen for DM2 er overvægt, fysisk inaktivitet samt genetisk disposition for sygdommen (5; 20).

HbA1c - også kaldet "sladrehanken"

Der kan anvendes tre forskellige metoder til at diagnosticere DM2; påvisning af glykeret hæmoglobin i blodet (HbA1c) ≥ 48 mmol/mol (6,5%), påvisning af venøs plasmaglukose

(p-glukose) og de klassiske symptomer, samt påvisning af faste venøs p-glukose eller 2-timers venøs p-glukose efter indtagelse af vand med et højt sukkerindhold (21).

Internationale organisationer samt forskning støtter op om brugen af HbA1c til at diagnosticere og regulere DM2 (22; 8; 23). HbA1c anvendes også som måleenhed for, om glukoseniveauet er tilpas reguleret, og værdien repræsenterer den gennemsnitlige glykæmiske kontrol for de seneste 2 - 3 måneder, hvilket giver et indblik i borgerens livstil og agerer sladrehank i forhold til niveauet af compliance (22; 23).

Nogle af de største udfordringer for at opnå en succesfuld diabetesbehandling er at regulere en dårlig glykæmisk kontrol, og at det kun er 3 % af alle patienter, der efterlever den rekommanderede diabetesbehandling (22).

2.1.2 Diabetesrelaterede konsekvenser for den enkelte borger

Borgere med DM2 er som konsekvens af denne sygdom i højrisikogruppen for at udvikle en række senkomplikationer (24; 18). De mest kendte senkomplikationer som følge af DM2 er hjerte-karsygdomme, retinopati, nefropati, neuropati samt fodsår (5; 6; 8).

Allerede ved diagnosetidspunktet har 35 % af borgere med DM2 senkomplikationer (25). Borgere med DM2 har, som følge af karskader, en øget forekomst af åreforkalkninger, hvilket kan medføre hjerte-karsygdomme (5). I Danmark ses hjerte-karsygdomme hos ca. en tredjedel af alle diabetikere (2).

Borgere med DM2 er også ekstra udsatte for at udvikle diabetisk retinopati, hvor prævalensen er ca. 30% (5). Som konsekvens af retinopati risikerer borgere med DM2 i en tidlig alder at udvikle blindhed, og derfor er det vigtigt, at borgerne følger et systematisk screeningsprogram (5).

Ved tidspunktet for diagnosticering har ca. 3 % nefropati og ca. 4 % har neuropati (25). Ubehandlet nefropati kan resultere i aftagende nyrefunktion og på sigt nyresvigt, som kræver dialysebehandling (5).

Neuropati hos borgere med DM2 kan forårsage føleforstyrrelser, lammelser og smerter samtidig med, at det øger risikoen for udvikling af fodsår (5). Ubehandlede eller for sent igangsat behandling af fodsår kan i værste tilfælde ende med amputation (5).

I Danmark har ca. 1,1 % af alle borgere med DM fået foretaget amputationer på enten fod, underben, lårben eller hofte som følge af neuropati og hjerte-karsygdomme i perioden 1996-2008 (26). Udover at borgeren efter en amputation har nedsat funktionsevne, kan amputationen også medføre smerter i sår, nerve- samt fantomsmerter (27). En benamputation kan være traumatiserende, og der opstår oftest en psykisk kriseperiode efter amputationen (27). Patienten skal ligeledes igennem et længere genoptræningsforløb samt sårplejeforløb (27).

Borgere med DM udtrykker i et studie, at senkomplikationer kan have negativ indvirkning på livskvaliteten grundet behov for omfattende behandling og pleje (28). Ydermere tyder det på, at der er et misforhold mellem den betydning borgerne tillægger egen sygdom, og hvor alvorlige konsekvenser DM kan medføre (13).

Psykosociale faktorer som stress og depression kan associeres med udvikling af DM2, og et studie påpeger, at depression er dobbelt så almindelig blandt borgere med DM2 end blandt den generelle befolkning (29). De borgere som både har DM2 samt depression har samtidig større risiko for at udvikle diabetiske senkomplikationer (29; 10). Der ses altså

adskillige alvorlige problematikker relateret til DM2, både fysiske og psykiske, som kan påvirke borgerens sundhed og livskvalitet.

2.2 Den sårbare borger med diabetes mellitus type-2

I Danmark er der ti sygdomme, som bidrager til den største ulighed i sygdomsbyrde, og DM indgår som en af disse (9). Socialt udsatte har højere sygelighed samt disposition for psykisk sygdom end den generelle befolkning (9).

Som tidligere beskrevet ses en association mellem depression og udvikling af DM2, og derudover har andre psykologiske faktorer såsom stress og forringede sociale evner indvirkning på utilstrækkelig kontrol af DM (10). Omvendt kan DM også have indvirkning på psykosociale faktorer, og nogle borgere oplever perioder med depression grundet førnævnte konsekvenser, som amputation af ekstremiteter, som DM kan medføre (30).

Ifølge Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) er prævalensen af depression fordoblet og generaliseret angst firedoblet hos diabetikere i forhold til den generelle befolkning (31). DSAM beskriver ligeledes, at tilstedeværelsen af psykisk lidelse har betydning for den enkeltes evne til egenomsorg og dermed negativ indflydelse på glukoseregulering og prognose (31).

En undersøgelse omhandlende sårbare diabetespatienter, foretaget i samarbejde mellem Region Hovedstaden, KOPA og Novo Nordisk Fonden, definerer sårbare diabetespatienter inden for fire målgrupper; *psykiatriske patienter, multisygge patienter, socialt udsatte patienter og patienter fra etniske minoriteter* (13).

Ligeledes beskriver en rapport omhandlende sårbarhed i en sundhedsfaglig kontekst en række risikofaktorer, som kan medvirke til, at enten borgeren selv eller sundhedsvæsenet opfatter borgeren som sårbar (32). Disse risikofaktorer er; *social position, multisygdom, kognitiv svækkelse, manglende netværk, alder og skrøbelighed, manglende empowerment, mistet identitet og fremmed i systemet* (32).

Ældre borgere >70 år med DM2 har ofte betydelige funktionsnedsættelser, øget skrøbelighed og komorbiditeter såsom hjertekarsygdomme, depression og KOL, hvorfor disse også ses som en særlig sårbar gruppe (31; 33). En patient med DM2 og komorbiditeter har behov for involvering af læger fra forskellige specialer i behandlingen (31). Dette øger risikoen for manglende compliance samt flere medicininducerede bivirkninger, hvorfor det kan være svært at adskille symptomer på ny sygdom fra allerede eksisterende sygdomme (31).

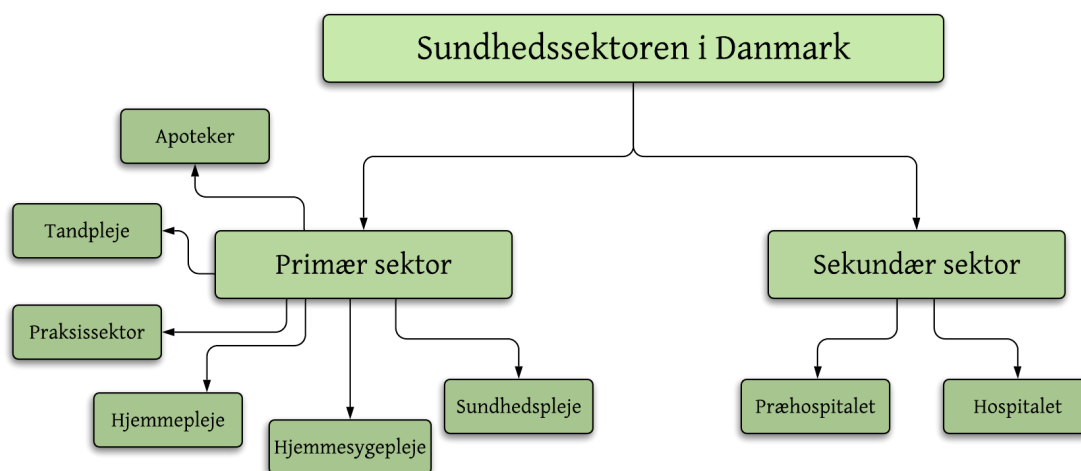
Den ældre patients evne til egenomsorg kan være påvirket af funktionsnedsættelse og skrøbelighed såsom dårlig gangfunktion, svækket syn, immobilitet, social isolation og øget risiko for depression samt tab af kognitive ressourcer (31). Nedsat egenomsorg kan skabe et øget behov for hjælp og støtte fra sundhedspersonale, hvilket kræver et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje (31).

Nielsen et al. (13) beskriver, at DM ikke fylder meget i hverdagen for størstedelen af sårbare diabetespatienter; dette til trods for, at flere af patienterne oplever senkomplikationer. Hos visse sårbare diabetespatienter overskygges deres DM i høj grad af andre udfordringer i hverdagen såsom angst, depression eller andre psykiske lidelser der medvirker til mangel på overskud til at passe deres DM sygdom (13).

Derudover har multisyge andre somatiske sygdomme som f.eks. KOL, hvis symptomer der, modsat DM2's symptomer, kan mærkes i dagligdagen, hvorfor denne sygdom bliver opfattet langt mere alvorlig (13). Etniske minoriteter kæmper ofte med ensomhed, sprogsvækkigheder og andre helbredsproblemer der ligeledes også overskygger deres DM (13).

2.3 Diabetesbehandling på tværs af sektorer

Det danske sundhedsvæsen er opbygget i henholdsvis primær- og sekundær sektor. Primær sektoren er den del af sundhedssektoren, hvor aktiviteterne foregår uden for sygehusvæsenet, hvilket blandt andet indbefatter praksissektoren, hjemmesygeplejen og sundhedsplejen m.fl., mens sekundær sektor består af præhospitalet og regionernes hospitaler (34) - se Figur 2.3.



Figur 2.3: Grafisk overblik over opdelingen af den danske sundhedssektor.

I Danmark er det primært almen praksis, som koordinerer forløbene for størstedelen af patienter med DM2 (35). Det er derfor op til den praktiserende læge at vurdere, om diabetespatientens sygdomsforløb kræver henvisning til et diabetesambulatorie på hospitalet eller andre behandlere (35). Det kan f.eks. være ved forværring af sygdom, at almen praksis vælger at henvise til diabetesambulatoriet (30).

2.3.1 Behandling og kontrol af diabetes mellitus type-2

Som beskrevet i ovenstående afsnit er det primært den praktiserende læge, som varetager behandlingen af DM2 for de fleste borgere (35). Kontrollerne af DM2 forekommer med samme kontinuitet både i almen praksis og hos diabetesambulatoriet (36).

Alle borgere med DM2 tilbydes en såkaldt årskontrol, hvori borgeren gennemgår en række screeninger (36; 37):

- Øjenscreening

- Fodundersøgelse
- Undersøgelse for neuropati
- Undersøgelse for nefropati
- Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom
- Undersøgelse af kolesterol
- Risikostratificering

Ved risikostratificeringen vurderes det af lægen, baseret på de ovenstående screeninger, om borgeren skal behandles hos enten praktiserende læge eller en endokrinolog i ambulatoriet alt efter, hvor borgeren har behandlingsforløb på det givne tidspunkt (36).

Udover den årlige kontrol af DM2 tilbydes borgeren mellemliggende rutinemæssige kontrolbesøg ca. hver tredje måned, med henblik på at opretholde det gode patientforløb (36; 37).

Mellemliggende kontroller kan udføres af enten en læge eller sygeplejerske, hvor der foretages målinger såsom blodtryk, vægt og HbA1c efterfulgt af en samtale omhandlende borgerens sygdom samt andre forhold der kan gøre sig gældende hos den enkelte (37).

Behandlingen af DM2 afhænger af den enkelte borger, men består oftest af en kombinationsbehandling (36; 38). Behandlingen af DM2 består af livsstilsændring som sund kost, vægttab (ved overvægt), regelmæssig motion samt rygestop (36). Derudover kombineres livsstilsændringen med medicinsk behandling som sænker glukoseniveauet i blodet, og i nogle tilfælde suppleres dette med medicin, som reducerer kolesterol med henblik på at minimere risikoen for, at borgeren udvikler senkomplikationer (36; 38).

Hjemmesygeplejerskernes inddragelse i behandling og kontrol af DM2

I hjemmesygeplejen oplever sygeplejerskerne, at antallet af syge borgere med DM2 øges, hvoraf flere er så syge, at de er kommet i insulinbehandling (39). Derudover oplever hjemmesygeplejerskerne, at indlæggelserne er forkortede, hvorfor borgerne kommer tidligere hjem fra hospitalet (39).

I takt med at borgerne bliver ældre, oplever hjemmesygeplejerskerne, at der er kommet flere sygeplejeopgaver (39). Det betyder blandt andet, at hjemmesygeplejerskerne har opgaver såsom at oplære borgerne i at medicinere sig selv (39). Derudover er der kommet flere såkaldt "tunge diabetikere", hvilket betyder, at den ældre borger med DM2 f.eks. ikke kan medicinere sig selv grundet forringet syn, hvorfor hjemmesygeplejersken må varetage opgaven (39). Hjemmesygeplejerskerne oplever ydermere, at de i højere grad skal lave blodsukkerprofiler hos de borgere, der ikke selv magter det, hvorfor de er ude og måle blodsukker flere gange dagligt henover tre til fem døgn (39).

Hos de diabetikere, som har behov for hjemmesygepleje, beskrives det også, at hjemmesygeplejerskerne har opgaver af en mere praktisk karakter som f.eks. at sørge for, at der er medicin i hjemmet, og at det er opbevaret korrekt (39). Derudover oplever hjemmesygeplejen, at de "svage" og "tunge" diabetikere kontakter dem, når de ikke ved, hvem de ellers skal kontakte, hvorfor hjemmesygeplejen også agerer sikkerhedsnet (39).

Hjemmesygeplejen har også til opgave at lave forebyggende arbejde, som indebærer samtale om rygning og kostvejledning med borgerne med DM2 (39). Udover det forebyggende arbejde samt støtte til medicingivning er det også hjemmesygeplejen som har ansvar for flere senkomplikationer som sårpleje af diabetiske fodsår (39).

På baggrund af ovenstående fremgår det, at der forekommer flere opgaver omkring borgeren med DM2. Dette for borgeren selv i forhold til omlægning af livstil og medicinsk behandling, men også for hjemmesygeplejen, der dagligt varetager opgaver såsom at støtte og vejlede borgeren i at mestre egen sygdom. Derudover ses det, at både den praktiserende læge og endokrinologerne i diabetesambulatoriet har et stort ansvar i at vurdere og screene borgerne kontinuerligt med henblik på eksempelvis at forebygge eller behandle senkomplikationer.

Det er derfor essentielt at borgerne fastholdes i behandlingen for at minimere risikoen for senkomplikationer (36).

2.3.2 Udfordringer med udeblivelser på ambulatorierne i Danmark

Borgere med DM registreres årligt for gennemsnitligt 332.333 besøg på diabetesambulatorierne i Danmark (3). Dette antal besøg udgør 3,7 % af alle ambulante hospitalsbesøg inden for det somatiske område (3).

I 2016 indkaldte Endokrinologisk Ambulatorium på Aalborg Universitetshospital 21.779 patienter med DM, hvoraf 1.659 udeblev fra deres konsultation (40). Dette udgør en udeblivelsesprocent på 7,6 %, hvilket sammenlignet med den gennemsnitlige udeblivelsesprocent på 4,5 %, på samtlige ambulatorier i Region Nordjylland, dermed fremstår højere (40).

Region Nordjylland har udarbejdet en regional indsats for at mindske antallet af udeblivelser og aflysninger, som blandt andet består af såkaldte NemSMS'er (påmindelser) og webbooking (giver patienterne mulighed for at bestille tid online) (40). Det fremgår dog ikke, om der foreligger undersøgelser af årsagerne til udeblivelserne, og om der kan være faktorer, som har indflydelse på udeblivelserne f.eks. sårbare borgere.

Nielsen et al. (13) beskriver dog, at sårbare patienter kan udeblive fra konsultationer eksempelvis grundet glemsomhed eller andre problemer, som fylder mere i deres hverdag.

Sårbare diabetespatienter oplever, at det kan være uoverskueligt selv at bestille tid til konsultation, og hvis de har en aftalt tid, kan det ligeledes være uoverskueligt at komme til og fra lægen eller ambulatoriet, fordi deres diabetes overskygges af andre udfordringer i deres hverdag (13). Det kan ydermere være særligt udfordrende for diabetespatienter at genoptage behandlingen, hvis deres forløb bliver afsluttet grundet udeblivelser, da dette kræver, at de på eget initiativ skal kontakte praktiserende læge med henblik på ny henvisning (13).

2.3.3 Et tværsektorielt samarbejde i diabetesbehandlingen

I Region Nordjyllands sundhedsaftale fra 2019 er der udarbejdet en politik omhandlende samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren (14). Sundhedsaftalen skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af patientforløb på tværs af sektorerne (14).

Sundhedsaftalen skal understøtte, at sektorerne hver især og sammen kan løfte deres kerneopgaver på en måde, hvormed patienterne oplever en sammenhængende indsats af høj, ensartet kvalitet og faglighed (14).

Sårbare patienter kan have behov for personlig støtte fra personale, som de kender og har tillid til; de har brug for kontinuitet, hvor det samme sundhedspersonale følger dem over

tid (13). De har ligeledes brug for en livline i akutte situationer, og mange har brug for daglig støtte i hjemmet til f.eks. at tage medicin (13).

Et studie fra England beskriver, at en af årsagerne til, at patienter med DM dropper den traditionelle behandling, herunder konsultationer, blandt andet skyldes dårlig koordinering mellem primær- og sekundær sektor (41). Studiet beskriver, at patienterne især oplever, at personalet i de to sektorer er dårlige til at kommunikere vedrørende prøvesvar samt samarbejde omkring patienten (41). Det tydeliggøres, at et godt tværfagligt samarbejde derfor er essentielt (41).

I de nordjyske kommuner anvendes forskellige omsorgssystemer, eksempelvis CURA og KMD Nexus, mens der i sekundær sektoren i Region Nordjylland dokumenteres i den elektroniske patientjournal Clinical Suite (42; 43; 44). Fælles for systemerne er, at de ikke er kompatible, og dokumentation er således forbeholdt den respektive sektor (45). Region og kommune kan kommunikere gennem såkaldte tværsektorielle meddelelser, hvor dialog om patienten/borgeren kan foretages gennem korrespondancemeddelelser (45). Ifølge Nielsen et al. (13) giver et godt tværfagligt samarbejde mellem sektorer en øget tryghed og værdi for de sårbare patienter, da der bliver taget hånd om hele deres situation.

Den Nationale Diabeteshandleplan beskriver ydermere, at regioner, kommuner og almen praksis udvikler og afprøver modeller for et styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter (46). Ligeledes beskriver Region Nordjyllands sundhedsaftale, at der skal ske en udvikling i det tværsektorielle samarbejde (14).

Sektorerne skal udvikle en fælles løsning af sundhedsopgaver gennem udveksling af sundhedsdata på tværs, hvormed denne skal bidrage til bedre planlægning og kommunikation af sundhedsindsatser, hvilket vil øge kvalitet og sammenhæng i borgernes forløb (14). Dette kan f.eks. imødekommes gennem telemedicinske løsninger og elektronisk kommunikation på tværs af sektorer, hvilket også vil medføre effektive, smidige og sikre arbejdsgange i samarbejdet mellem sektorerne (14).

2.4 Anvendelse af telemedicin i behandlingsforløbet for diabetikere

Telemedicin bliver af American Telemedicine Association (ATA) defineret som *"the remote delivery of health care services and clinical information using telecommunications technology"* (47). Definitionen anvendes similært af Ruddock et al. (12), der beskriver telemedicin som en vifte bestående af begreberne telemedicin, telekommunikation og mobil sundhed.

Et studie konkluderer, at telemedicin anvendt i behandling af diabetikere kan være omkostningseffektiv relateret til hospitalsindlæggelser og skadestuekontakter som følge af dysreguleret diabetes (48). Samme studie konkluderer ligeledes, at de telemedicinske interventioner i studiet medførte reduktion af HbA1c, og at det samtidigt medførte tilfredshed hos både patienter og sundhedspersonale (48).

Et RCT-studie viser ligeledes, at telemedicin, bestående af hjemmemonitorering af blodsukker og blodtryk mindst tre gange ugentligt, som supplement til almindelig diabetesbehandling, kan medføre reduktion af HbA1c; DM2 patienter blev inkluderet i studiet, der viser, at telemedicin interventionen havde en statistisk signifikant effekt på

reduktionen af HbA1c (49).

Derudover viser flere studier, at videokonsultation har potentiale i forhold til at forbedre diabetesbehandlingen, herunder blodsukkerniveauet samt reducere HbA1c i områder, der er geografisk distanceret fra ambulatorierne (50; 51). Telemedicin anvendt i diabetesbehandling har altså et betydeligt potentiale for forbedret kontrol af HbA1c, hvilket både kan have stor betydning for patienterne, men også være cost-effective for samfundet relateret til konsekvenserne af dysreguleret DM.

I det danske sundhedsvæsen anvendes i højere grad komplekse IT-systemer samt digital kommunikation på tværs af sektorer, og Danmark anses ydermere som frontløbere på dette område (34). Det betyder altså, at der med teknologiens fremspring i Danmark foreligger et potentiale i behandlingsforløbet til danske patienter, herunder diabetikere.

2.4.1 Telemedicin og sårbare patienter

Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdede i 2017 en række initiativer i en national diabeteshandleplan (46). Initiativerne omhandler blandt andet, at diabetesbehandlingen skal indrettes efter den enkelte borger, herunder mere individualiserede behandlingsforløb samt en styrket indsats for særligt de sårbare borgere med DM (46). Derudover skal alle borgere med DM have adgang til behandling af samme høje kvalitet med tanke på, at der er behov for en styrket tværsektoriel indsats (46).

Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2016-2020 uddyber ligeledes, at digitalisering skal sikre god kvalitet, være brugervenligt og overskueligt i den offentlige sektor (11). Dette understøttes af, at Region Nordjyllands sundhedsaftale vil prioritere telemedicinske løsninger, og at elektronisk kommunikation samt datadeling på tværs af sektorer fungerer (14).

Ruddock et al. (12) beskriver, at telemedicinske interventioner såsom online videokonsultation kan resultere i forbedret sygdomsindsigt, øget ansvarsfølelse og adfærdsændringer, samt reducere HbA1c blandt diabetikere med større engagement i behandlingsforløbet. Derudover ses forbedret livskvalitet ved videokonsultation med diabetikere (12).

Studiet af Ruddock et al. (12) beskriver dog, at der i denne sammenhæng er mangel på litteratur omhandlende etniske minoritetsgrupper samt socioøkonomisk status, hvorfor det kan være svært at sammenligne ovenstående resultater med denne population.

Aktuelle initiativer og tilbud om videokonsultation til diabetesbehandlingen i Danmark

Et retrospektivt studie fra Svendborg har afprøvet videokonsultationer som alternativ til fysisk fremmøde i diabetesambulatoriet for både DM1 og DM2 (52). Studiet viste, at patienterne, der geografisk var bosat på Ærø, efter interventionens afslutning havde markant forbedrede parametre relateret til deres diabetes (52). Dette understøttes af et andet dansk studie fra Kolding, der dog udelukkende inkluderede patienter med DM2; studiet viste signifikant reducerede niveauer af HbA1c og konkluderede, at videokonsultation både er et sikkert og effektivt redskab i diabetesbehandlingen i Danmark (53).

Et lignende RCT-studie fra København i 2017 viser, at bedre glykæmisk kontrol kan opnås ved brug af videokonsultation mellem behandler og patient (54). Studiet fremhæver dog, at

der fremadrettet bør fokuseres på en differentieret løsning skræddersyet til særligt sårbare patienter (54). Særligt sårbare patienter kræver ekstra opmærksomhed, da det oftest er dem, der har mangel på compliance, og da det gennem studiet ikke lykkedes at nå ud til denne målgruppe (54).

Initiativtager	Videokonsultationstiltag
Region Nordjylland	Videokonsultation via skærm-løsning i sundhedshuset (Morsø). Borgerne kunne derfra have konsultation med sundhedspersonale placeret på Thisted sygehus (55).
Steno Diabetes Center Nordjylland	Videokonsultation hvor borgeren anvender app'en Diasamtale i eget hjem, eller møder op i et af de nævnte videoambulatorier, hvor de har konsultation med sundhedspersonale placeret på Aalborg Universitetshospital (55).
Sygehus Lillebælt	Videokonsultation med patienter med DM. Visionen er at sammenligne videokonsultation og almindelig fysisk forløb i ambulatoriet med henblik på at se, om de kan opnå lige så god og effektiv behandling via videokonsultation (56; 53).
Steno Diabetes Center Odense	Er i gang med at etablere videokonsultation som en del af den digitale platform, Mit Sygehus. (57).
Odense Universitetshospital og Digitaliseringsstyrelsen	Storskalaprojekt fra 2016-2018. IT-understøttet ambulantly behandling af patienter med endokrinologiske lidelser, herunder videokonsultation i stedet for fremmøde i ambulatoriet for diabetikere. Patienterne tilgik via egen PC, tablet eller smartphone et virtuelt venteværelse, hvorfra der blev etableret videokontakt til sundhedspersonale på hospitalet (58).
Holbæk Sygehus	Projekt hvor Holbæk Sygehus har åbnet et Medicinsk Fælles Ambulatorium, hvor læger og sygeplejersker taler sammen på tværs af specialer, så patienten kommer i centrum. Dertil består projektet af virtuelle konsultationer, hvor borgeren har videokonsultation i eget hjem gennem en app (59).
Odense Universitetshospital, Svendborg	Et retrospektivt studie fra Svendborg har, for borgere med DM1 og DM2, afprøvet videokonsultationer som alternativ til fysisk fremmøde i Endokrinologisk Ambulatorium. Studiet viste markant forbedrede parametre relateret til deres DM (52).
Bispebjerg Hospital, København	Et RCT-studie fra 2017 testede brugen af videokonsultation mellem behandler og patient med DM2. Studiet viste, at der kunne opnås bedre glykæmisk kontrol ved brug af videokonsultation (54).

Tabel 2.1: *Oversigt over videokonsultationstiltag til borgere med diabetes i Danmark*

I 2018 blev videokonsultation afprøvet for borgere med diabetes i Morsø Kommune (55). Afprøvningen skete som et led i udviklingsprogrammet "Nye Veje" i Region Nordjylland for at imødekomme kliniske problemstillinger samt skabe mere værdi for borgerne og mere sammenhængende patientforløb (60). Det er udarbejdet på baggrund af blandt andet geografiske afstande, der kan skabe problemer for nordjyske diabetespatienter, der har langt

ind til nærmeste diabetesambulatorium (55). Tilbuddet henvender sig til de patienter, der enten har mulighed for at komme ud til et videoambulatorium eller har både fysiske og mentale ressourcer til at tilgå videokonsultationen hjemmefra (55).

I Tabel 2.1 ses et overblik over aktuelle videokonsultations initiativer, der afprøves eller er implementeret i Danmark. De eksisterende tilbud og initiativer præsenteret i tabellen kan være et problem i forhold til sårbare diabetespatienter, der ikke altid har ressourcer til at møde op i ambulatoriet eller som ikke har enten teknologi eller viden om, hvordan de skal operere digitalt. I det danske sundhedsvæsen eksisterer endnu ikke en videokonsultationsløsning, som tilgodeser sårbare diabetespatienter.

Point-of-care måling af HbA1c

Ruddock et al. (12) påpeger netop, at der er et behov for innovative løsninger, herunder telemedicinske løsninger til at forbedre diabetesbehandling samt -resultater hos sårbare populationer med DM.

Et review af Schnell et al. (22) har fundet, at point-of-care (POC) måling af HbA1c hos patienter med DM2 kan øge den glykæmiske kontrol samt patienttilfredsheden. POC betyder, at kliniske målinger foretages tæt på patienten, her eksempelvis hos en sundhedsklinik tæt på patientens eget hjem (22). Resultaterne viser i et af studierne, at HbA1c var signifikant forbedret fra 8,1 % til 7,7 %, hos patienterne med DM2, der fik målt HbA1c på sundhedsklinikken, hvor analysesvaret kom umiddelbart efter målingen (22).

Schnell et al. (22) fandt, at POC målt i et sundhedscenter i et område præget af lav indkomstniveau og lav egenomsorg, havde potentiale for at øge compliance hos målgruppen. Studiet fandt ligeledes, at konsultationsfremmødet i sundhedscenteret steg fra 28,6 % til 53,8 % (22).

Udover at øge compliance og den glykæmiske kontrol har POC målinger også vist sig at være cost-effective baseret på færre gentagne konsultationer, udeblivelser, nedsatte transportomkostninger samt reducerede hospitalsindlæggelser (22). Studiet af Schnell et al. (22) viser dog ikke, at der foreligger viden eller afprøvninger af POC målinger foretaget hjemme hos patienten, hvorfor diabetespatienters problematikker relateret til fysisk fremmøde i diabetesambulatorierne fortsat gør sig gældende.

2.4.2 Implementering af videokonsultation i praksis

I Tabel 2.1 fremgår det, at der forekommer implementeringsprojekter i Danmark relateret til videokonsultationer med diabetespatienter som målgruppe.

Det er ikke kun i Danmark der er fokus på videokonsultationer; et mixed methods studie fra England beskriver, at der er et politisk pres om at fokusere på digitale teknologier i sundhedsvæsenet (61). Dette understøttes af et review, der især beskriver, at rutinemæssige kontroller af kroniske sygdomme, som DM, bør udføres gennem videokonsultation med henblik på at forbedre effektiviteten af arbejdsgange, samt at få behandlingen "tættere på hjemmet" hos patienterne (62).

Digitale løsninger, herunder videokonsultation, kan blandt andet medvirke til at udvikle arbejds- og behandlingsmønstre (61). Derudover har løsningerne også til hensigt at være omkostningseffektiv, øge effektiviteten, samt behandle et større antal af patienter på en pålidelig måde (61; 62).

Greenhalgh et al. (61) undersøger implementering af videokonsultation, hvilket ifølge studiet kan være komplekst. En årsag kan blandt andet være et travlt sundhedsvæsen til trods for, at personalet er positive over for videokonsultation, og afdelingen villig til forskning, hvorfor en implementering kan være langt mere vanskelig end forventet (61). Barrierer for implementeringen var det ekstreme pres på personale- og økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet, samt det at klinikere, ledere og teknikere i hver afdeling ligeledes var under stort pres, hvorfor nøgleposter i projekterne inkluderet i studiet var udfyldte eller sat på pause (61).

Et andet studie af Kolltveit et al. (63) beskriver, at implementering af telemedicinske løsninger strategisk bør være drevet af ledere. Det kan være et problem, hvis lederne ikke er involveret i implementeringen, da de derved ikke vil kunne følge op på implementeringen, og dermed ikke kunne støtte deres personale undervejs i implementeringen (63).

Greenhalgh et al. (61) fremhæver, at personale der er modstandere af teknologien kan have negativ indvirkning på en implementeringsproces. Noget personale kan være fortalere for ny teknologi, dog er der også personale som ikke ønsker at bruge teknologien, hvorfor de kan finde på undskyldninger for ikke at tage den i brug (61).

I forlængelse af dette påpeger Kolltveit et al. (63), at sundhedspersonalets accept af nye teknologier som telemedicin samt deres deltagelse og engagement er vigtige komponenter for en implementeringsproces. Endvidere er det essentielt for en god implementeringsstrategi, at der skabes en dyb forståelse for personalets arbejdsgange samt arbejdskultur, som den nye teknologi skal introduceres i, da løsningen kan blive taget forskelligt imod i forskellige arbejds kontekster (63).

Det bør ifølge Greenhalgh et al. (61) overvejes, hvor længe patienten skal have tilbuddet om videokonsultation, da det viser sig at virke bedst ved langtidsbehandling, hvor patienten med jævne mellemrum har konsultationer med sundhedspersonale. Derudover ses der også en betydelig forskel i aldersprofil, hvormed patienter over 55 år kan have udfordringer med at anvende videoteknologien (61).

Ydermere er det ikke alle patienter og sundhedspersonale der besidder de nødvendige IT-færdigheder, som det til tider kræver for at kunne håndtere tekniske problemstillinger (61). Kolltveit et al. (63) tydeliggør i den sammenhæng, at det er essentielt, at den telemedicinske løsning er brugervenlig, og at der er god support tilknyttet implementeringen.

Et review af Nordtug et al. (64) beskriver, at en vellykket implementering af videokonsultation især afhænger af god netværkstilgang og at udstyret fungerer, så der ikke opstår problemer med kvaliteten af videoen. Brugeren skal derfor have tilstrækkelig information og undervisning i brugen af videokonsultation, og det anbefales i den forbindelse, at patienterne har brug for teknisk support under interventionen (64).

Baseret på ovenstående studier ses det, at der er flere faktorer, som kan have indflydelse på implementering af videokonsultation i praksis.

2.5 Sammenfatning

DM er et stort problem både på verdensplan og i Danmark. Sårbare borgere har større risiko for at udvikle DM, og har derudover ofte dårligere compliance end patienter uden for denne gruppe, hvilket kan medføre adskillige senkomplikationer. Endvidere viser litteraturen, at sårbare borgere oftere udebliver fra ambulante konsultationer, og dermed hyppigere afsluttes fra diabetesambulatorierne trods et fortsat behov for behandling.

Senkomplikationer kan have stor betydning for den sårbare borgers fysiske og mentale sundhed samt påvirke individets livskvalitet negativt.

I takt med en øget prævalens af danskere med DM øges samtidigt belastningen i primær sektor med flere sygeplejeopgaver, der skal tage hånd om borgerne i eget hjem. Ligeledes er antallet af patienter i diabetesambulatorierne steget, hvilket fordrer, at der tænkes i nye baner for diabetesbehandlingen i Danmark. Grundet det stigende antal af diabetikere i Danmark er der udarbejdet sundhedspolitikker omhandlende digitale initiativer med henblik på behandling af folkesygdomme.

Både internationale og nationale studier viser, at point-of-care måling af HbA1c potentielt kan forbedre den glykæmiske kontrol samt medføre patienttilfredshed og øget livskvalitet for patienterne, men fælles for studierne er, at patienterne skulle møde på et lokalt sundhedscenter for at få målt HbA1c og/eller deltage i videokonsultation med en endokrinolog.

I Region Nordjylland tilbydes diabetespatienter at deltage i videokonsultation som alternativ til fysisk fremmøde, men dette tilbud rettes mod de patienter, der enten kan møde op i et lokalt videoambulatorium eller tilgå videokonsultation via egen smartphone, tablet eller computer.

Således er der endnu ikke igangsat initiativer rettet mod sårbare borgere, der af en eller flere årsager ikke kan medvirke til HbA1c-målinger uden for hjemmet.

Problemformulering 3

3.1 Problemafgrænsning

Litteraturen viser, at digitale løsninger såsom videokonsultation kan imødekomme problematikker i sundhedsvæsenet i forhold til behandling af diabetespatienter. Dog forekommer der manglende viden omkring konkrete løsninger relateret til sårbare borgere med DM2, der i forhold til mindre udsatte patientgrupper kan have manglende compliance. De kan derved være i risiko for at afsluttes i deres behandlingsforløb, hvilket kan medføre øget risiko for senkomplikationer og forringet glykæmisk kontrol.

I denne kandidatafhandling ønskes det at undersøge holdninger til videokonsultation blandt hjemmesygeplejersker i hele Region Nordjylland, herunder årsager til udeblivelser fra konsultationer samt potentielle muligheder og barrierer ved implementering af dette for sårbare borgere med DM2. Endvidere ønskes det undersøgt, hvilke faktorer der bør fokuseres på ved en eventuel implementering, herunder erfaringer med implementering af videokonsultation samt ønsker til implementering hos hjemmesygeplejersker. På baggrund af problemafgrænsningen opstilles følgende problemformulering.

3.2 Problemformulering

Hvilke holdninger har hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland til implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med diabetes mellitus type-2, og hvilke faktorer bør der fokuseres på ved eventuel implementering af dette?

3.2.1 Forskningsspørgsmål

Med udgangspunkt i problemformuleringen opstilles fem forskningsspørgsmål, som understøtter besvarelse af problemformuleringen.

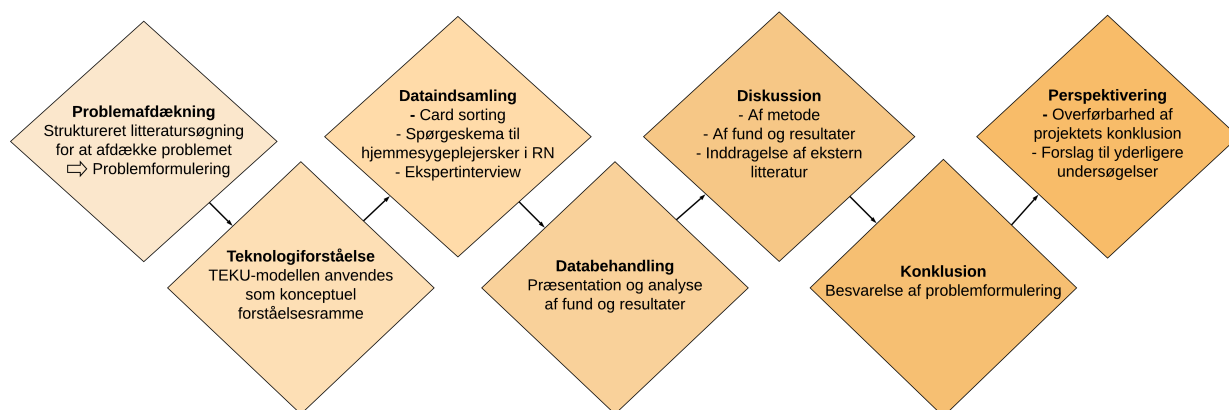
1. *Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?*
2. *Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?*
3. *Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?*
4. *Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?*
5. *Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?*

Teori og metode 4

I dette kapitel vil projektets videnskabsteoretiske tilgang, metode samt etiske overvejelser blive præsenteret.

4.1 Projektets formål

Formålet med dette projekt er at undersøge hjemmesygeplejerskers holdninger til videokonsultation for sårbare borgere med DM2. Herunder undersøge incitamenter, muligheder og barrierer for implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation, samt deres erfaringer med borgere i målgruppen og ønsker i forhold til medinddragelse i forbindelse med implementering af dette. Ydermere ønskes tidligere erfaringer med implementering af videokonsultation til diabetikere med henblik på at bidrage med viden om faktorer, der bør fokuseres på ved implementering af tværsektoriel videokonsultation. Den overordnede proces fra problemafdækning til perspektivering er skitseret i Figur 4.1



Figur 4.1: Overordnet proces over projektet

4.2 Teori

I følgende afsnit vil projektets videnskabsteoretiske afsæt, studiedesign samt teknologiforståelse blive præsenteret.

4.2.1 Videnskabsteoretisk afsæt

Projektets videnskabsteoretiske baggrund tager afsæt i det hermeneutiske- og positivistiske paradigme, da projektet anvender både en kvalitativ- og kvantitativ tilgang (65).

Hermeneutisk-fænomenologisk tilgang

Hermeneutik er en kvalitativ videnskabsteoretisk tilgang, der omhandler læren om forståelse (65).

I det hermeneutiske paradigme skal forskeren med udgangspunkt i sin egen forståelseshorisont forstå og fortolke fænomener (65). Denne forståelseshorisont skabes ud fra forforståelser, som er et af hermeneutikkens kernebegreber (65). Forskerens forståelseshorisont kan skabe en ny forståelse, og forklaringen på dette findes i den hermeneutiske cirkel, som henviser til forståelsens cirkularitet (65).

I den hermeneutiske cirkel forløber delforståelse og helhedforståelse af et givent emne som en cirkulær proces, der gensidigt har indvirkning på hinanden (65). Delforståelser kan skabe en ny helhedsforståelse og en ny helhedforståelse danner nye delforståelser (65).

I dette projekt kommer hermeneutikken til udtryk, idet forforståelsen anvendes i udarbejdelsen af interviewguide til ekspertinterview samt forberedelse af card sorting.

Hermeneutikkens søsterdisciplin, fænomenologien, kommer ligeledes til udtryk i dette projekt. Fænomenologien handler om at opnå forståelse for det bevidsthedsfænomen, der opleves af den udforskede person (65). Dette kræver, at forskeren tilsidesætter sin egen forforståelse og forholder sig neutral samt ser bort fra forudfattede meninger og holdninger (65).

Fænomenologien fremgår i projektet idet videokonsultation til sårbare borgere med DM2 undersøges som et fænomen, hvormed hjemmesygeplejerskers holdninger og meninger om fænomenet udforskes gennem projektets card sorting. Projektgruppen vil så vidt muligt tilsidesætte egen forforståelse under dataindsamling med henblik på at lade deltagernes subjektive meninger træde frem.

Gennem kvalitativ forskning ønskes der at opnå en dybere forståelse for hjemmesygeplejerskernes holdning til videokonsultation, erfaringer med borgergruppen samt deres ønsker til, hvordan en implementering af videokonsultation bør forløbe.

Logisk positivisme

Logisk positivisme er en videnskabsteoretisk tilgang, der objektivt beskæftiger sig med forhold og fænomener, der kan måles og vejes (65). Inden for logisk positivisme arbejdes der ud fra den kvantitative tilgang med henblik på at sammenligne og generalisere (65). Forskeren forsøger ligeledes at forklare forhold og fænomener frem for at fortolke dem (66). Målbarhed, analyse og syntese, årsag og sammenhæng samt verificerbarhed er nøglebegreber fra positivismen, som også ligger til grund for den kvantitative tilgang (65).

Logistisk positivisme kommer til udtryk i dette projekt gennem en spørgeskemaundersøgelse, da det ønskes at kvantificere nordjyske hjemmesygeplejerskers holdninger til implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation hos sårbare borgere med DM2 i Region Nordjylland.

Den kvantitative tilgang kan øge overførbareheden af projektets resultater, og dermed bidrage til en generel viden om populationen og ikke kun samplet inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen (67). Det forventes derfor, at den viden som opnås gennem spørgeskemaundersøgelsen kan være overførbare til andre kommuner.

Mixed methods

I mixed methods forskning kombineres det hermeneutisk-fænomenologiske paradigme med det positivistiske, og dermed består dataindsamlingen af både kvalitativ og kvantitativ metode (67). Det at dataindsamlingen udgør en kombination af de to metoder kan give større indsigt i det udforskede felt, end hvad de to metoder enkeltvis kan give (68).

Brinkmann & Thanggaard (68) fremhæver tre begrundelsesformer for at vælge at kombinere metoder; *Kompleksitet*, *Triangulering* og *Komplementaritet*.

Kompleksitet dækker over ønsket om at skabe en mere kompleks viden, end det er muligt ved brug af kun én metode (68). Mens der er mindre fokus på gyldighed, er der ofte fokus på forskelle og at give en fremstilling af virkeligheden fra resultater og fund (68).

Triangulering omhandler ønsket om at skabe mere sikker viden, hvilket gøres ved at den kvalitative og kvantitative metode gensidigt skal validere hinandens fund og resultater (68). Det er derfor også kun de resultater og fund, som bekræftes af begge metoder, der medtages som gyldige resultater (68).

I *Komplementaritet* tilstræbes at opnå en dækkende og komplementær viden ved, at alle fund og resultater medtages som supplement til hinanden, hvilket giver forskeren en uddybende forståelse for det udforskede felt (68). Denne komplementære tilgang anvendes ofte i eksplorativ mixed methods forskning (68).

I dette projekt anvendes både den triangulære og komplementære tilgang. Den triangulære tilgang anvendes, da der ønskes at skabe en mere sikker viden om hjemmesygeplejerskers holdninger til tværsektoriel videokonsultation, erfaringer med sårbare borgere med DM2, samt muligheder og barrierer i forbindelse med implementering af tværsektoriel videokonsultation (68). Dette gøres ved at anvende to forskellige metoder til at undersøge det samme fænomen (68).

I samspil med den triangulære tilgang anvendes den komplementære tilgang, da det ønskes at skabe en mere dækkende viden og forståelse for hjemmesygeplejerskernes holdninger og erfaringer med, samt implementering af videokonsultation (68).

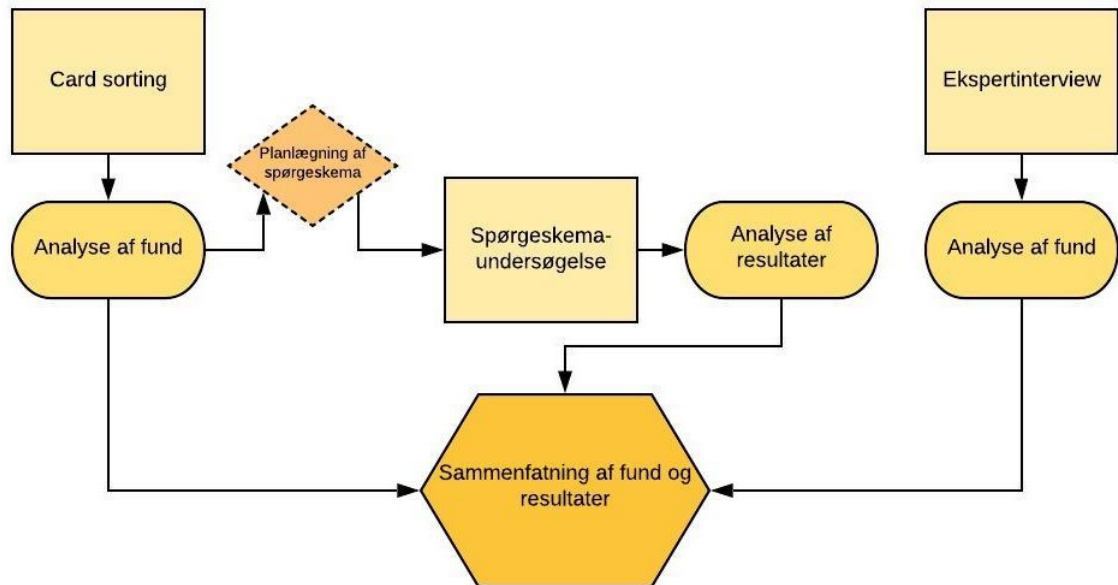
4.2.2 Studiedesign

Projektet anvender et mixed methods studiedesign (67). Dette studiedesign vælges, da det ønskes, at fund fra de kvalitative teknikker, card sorting og ekspertinterview, samt resultater fra den kvantitative teknik, spørgeskemaundersøgelse, gensidigt skal komplementere hinanden, og det tilstræbes derfor at opnå en mere dækkende viden om det udforskede felt (68).

Dataindsamlingsteknikkerne anvendes i både et sekventielt eksplorativt og parallelt konvergerende design. Card sorting og spørgeskemaundersøgelsen anvendes i et sekventielt design, hvor fundene fra card sorting anvendes i udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen. Parallelt med card sortingen og spørgeskemaundersøgelsen foretages et ekspertinterview - se Figur 4.2. Efter endt dataindsamling i projektet bliver fund og resultater sammenfattet således, at disse kan komplementere hinanden (69).

Det sekventielle eksplorative design anvendes, da det muliggør, gennem card sorting, at opnå en dybere viden og forståelse for hjemmesygeplejerskernes holdninger til videokonsultation og erfaringer med målgruppen, hvilket anvendes i udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen (69). Spørgeskemaundersøgelsen kan muliggøre generalisering

af hjemmesygeplejerskernes holdninger og erfaringer (66).



Figur 4.2: *Sekventielt eksplorativt og parallelt konvergerende design*

Designet muliggør ligeledes, at fund fra card sorting og resultater fra spørgeskemaundersøgelsen kan supplere hinanden for at opnå en mere sikker viden om hjemmesygeplejerskernes holdninger og erfaringer (68).

Ekspertinterviewet foretages parallelt med det sekventielle design, da dette giver mulighed for at inddrage ekspertviden om erfaringer fra implementeringsprocessen fra et tidligere videokonsultationsprojekt.

Erfaringerne fra eksperterne sammenfattes med fund og resultater fra card sortingen og spørgeskemaundersøgelsen for at opnå en dybdegående viden om muligheder og barrierer i forbindelse med implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation.

4.2.3 Teknologiforståelse

Når ny teknologi introduceres i klinisk praksis har denne evnen til at indgribe og påvirke den måde, som sundhedsprofessionelle arbejder på (70). Teknologi som begreb kan defineres som "... en kulturkraft, der griber ind i og forandrer ikke bare menneskers arbejdsliv, men også deres tankeformer." (70, s. 11). Teknologi kan i større eller mindre grad omforme praksis og lette, og i nogle tilfælde erstatte, arbejdsopgaver og -funktioner (70). Derfor er det essentielt, at sundhedsprofessionelle lærer at anvende ny teknologi og forholde sig til sit eget arbejdsområde samt forstå, hvad teknologien gør ved dette (70). En gensidig påvirkning mellem teknologi og sociale betydninger, her konkret klinisk praksis, kan siges at være sociomateriel, hvilket vil sige, at materialitet får en særlig, kollektiv meningsfuldhed når det tilsættes sociale betydninger (70).

Konkret betyder det for dette projekt, at videokonsultation som teknologi får en særlig meningsfuldhed, når den placeres i klinisk praksis i både primær og sekundær sektor,

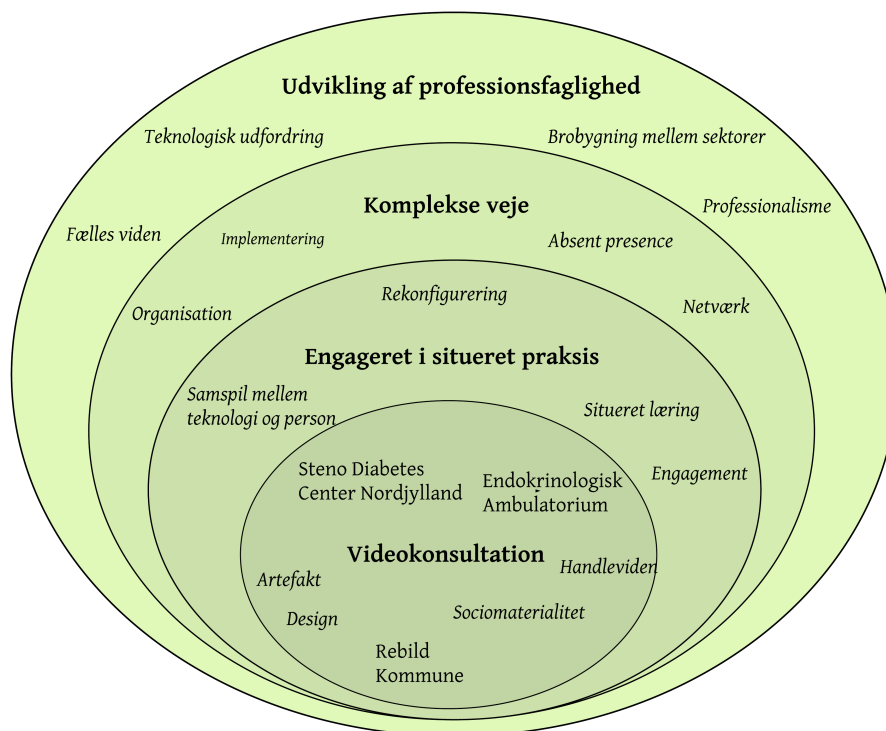
der indeholder sociale konstellationer, betydninger og relationer, hvormed der opstår en interaktion mellem teknologi og praksis (70).

TEKU-modellen er en måde at forstå, italesætte og indtænke ny teknologi i eksisterende klinisk praksis, og kan som teknologiforståelse anvendes til at analysere teknologiens betydning for profession og arbejdsområde (70). Modellen kan anvendes både som en konceptuel forståelsesramme for ny teknologi og som analyseredskab for en konkret teknologi (70). TEKU-modellen fordrer, i modsætning til andre teknologiforståelser såsom Müllers teknologibegreb, at personalet forholder sig aktivt til, hvordan videokonsultation anvendes konkret i deres hverdag, samt hvad teknologien gør ved fagprofessionen som uddannelse (71; 70).

TEKU-modellen er en omfattende teknologiforståelse, der ikke blot sikrer, at teknologien analyseres som artefakt, men derimod hele konteksten som den placeres i (70). En teknologi som videokonsultation kan have stor betydning for hjemmesygeplejerskers arbejdsgang og endda deres profession. Derfor er alle domæner essentielle og i spil i dette projekt.

Modellen består af fire domæner, der hver især kan anvendes til at analysere teknologien fra forskellige vinkler (70). Tilsammen udgør disse domæner et mere helhedsorienteret billede af teknologien og dens indvirkning på praksis. De fire domæner er *Teknologi*, *Engageret i situeret praksis*, *Komplekse veje* og *Udvikling af professionsfaglighed* (70) - se Figur 4.3.

I dette projekt anvendes TEKU-modellen som teknologiforståelse til at forstå og analysere, hvad en teknologi som videokonsultation i en tværsektoriel kontekst gør ved hjemmesygeplejerskerne. Derudover kan modellen anvendes til at analysere betydningen af videokonsultationers indvirkning i et organisatorisk perspektiv. Hasse & Brok (70) fremhæver, at de fire domæner ikke kan stå for sig selv, men derimod anvendes som grundsten for en større og samlet forståelse for teknologi.



Figur 4.3: TEKU-modellen som teknologiforståelse i et samspil mellem aktørerne og teknologien

TEKU-modellen vil i dette projekt ligeledes blive anvendt som metodologisk ramme for udarbejdelse af dataindsamlingsteknikkerne, der på denne måde, er med til at sikre afspejling af de fire domæner i projektets dataindsamling netop for at søge forståelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2 som ny teknologi i en klinisk kontekst.

T - Teknologi

T-domænet i TEKU omhandler ny teknologi i klinisk praksis (70). Ved mødet med ny teknologi vil teknologiens design være brugerens umiddelbare indtryk (70). Indførsel af ny teknologi fordrer, at sundhedspersonalet forholder sig til teknologien og dets design (70). Sundhedspersonalet kan på baggrund af tidligere erfaringer med teknologi have handleviden dannet gennem kulturelle læreprocesser, der på sigt gør den enkelte i stand til at reflektere og analysere egne samt andres handlinger i praksis, herunder analysere teknologiers formål og indpas i professionen (70).

Anvendelse og forståelse af ny teknologi foregår gennem læringsprocesser og afprøvning af teknologien (70). Teknologier som artefakter kan være ens, men have vidt forskellig betydning i praksis afhængigt af formål og brugspotentiale (70).

Videokonsultation som materiel artefakt er uspecifik foruden kontekst (70). Når videokonsultation indføres i en kontekst, hvor den skal tilpasses en speciel målgruppe, her sårbare borgere med DM2, så kræver det andre læringsprocesser på baggrund af den specifikke kontekst (70).

I dette projekt vil T-domænet anvendes til at udforske deltagernes, respondenternes samt informanternes erfaringer og holdninger til videokonsultation og implementering af denne. Erfaringer med teknologi anvendes bevidst eller ubevidst i mødet med ny teknologi og bliver derved metaferdigheder, som kan overføres til andre kontekster (70). Over tid udvikles disse til færdigheder og kompetencer, hvormed teknologiske læringsprocesser er en kontinuerlig proces (70).

E - Engageret i situeret praksis

Situeret praksis vil sige at tage udgangspunkt i den aktuelle praksis, hvori teknologien placeres (70). Engagement indbefatter aktivt samspil mellem materialitet (artefakter) og brugerne i situerede kontekster (70).

Engagement kan også være læreprocesser, der går i gang, når de sundhedsprofessionelle begynder at anvende teknologi med et bestemt formål (70). Den handleviden som de sundhedsprofessionelle besidder bliver sat i spil og aktivt engageret i konteksten, hvor ny teknologi præsenteres og læres gennem situeret læring (70). Engagement er omskifteligt og afhænger af den enkelte situerede praksis, og placeres teknologi i en anden praksis vil den på ny udfordre den enkeltes handleviden og engagement (70).

I dette domæne analyseres teknologiens rekonfigurering af situeret praksis, og om den understøtter eller udfordrer denne. Situeret praksis kan ligeledes rekonfigurere teknologien og skabe nye måder at anvende teknologien på (70).

Ved implementering af videokonsultation i en ny, situeret praksis rekonfigureres teknologiens funktion og anvendelse samtidigt med, at videokonsultation på samme vis rekonfigurerer den situerede praksis, som eksisterer på de involverede arbejdspladser (70). Gennem dataindsamlingen vil der i dette projekt undersøges, hvordan respondenterne og

deltagerne anskuer videokonsultation i eksisterende praksis, og udfordrer deres måde at indtænke teknologi som alternativ til denne.

K - Komplekse veje

Ny teknologi tilbagelægger ofte komplekse veje frem mod implementering, hvilket fordrer, at teknologien analyseres i forhold til årsager og baggrund for implementeringen (70). Teknologi eksisterer ikke i et vakuum, men eksisterer på baggrund af organisatoriske og politiske beslutningsprocesser (70).

Ved analyse gennem K-domænets emneområder kan sundhedsprofessionelle søge en forståelse for, hvordan og hvorfor teknologien implementeres i den konkrete praksis (70). Ved at undersøge teknologiens komplekse veje kan de sundhedsprofessionelle afklare, hvilken betydning teknologien har for organisationen, og hvilke aspekter der gør sig gældende relateret til bevæggrundlag såsom økonomisk og politisk incitament (70).

En organisation kan anskues som et større netværk med kommunikationsveje på kryds og tværs (70). Anskues en organisation eksempelvis som et vertikalt kommunikationsnetværk kan der være langt fra øverste leder til medarbejder "på gulvet"(72). Derfor kan det være svært for den enkelte medarbejder at forstå incitamentet for implementeringen af teknologien, og endda fremstå som værende ulogisk, når teknologien er taget ud af kontekst - teknologien er derved såkaldt absent present (70). Derfor er en analyse af teknologiens komplekse veje essentiel for at få et bredere perspektiv.

Ved at analysere de komplekse veje ved implementering af videokonsultation samt hjemmemåling af HbA1c, vil medarbejderne få et større indblik i bevæggrundene for implementeringen og derved sætte det i en større organisatorisk kontekst.

U - Udvikling af professionsfaglighed

Teknologi påvirker de professioner som berøres af implementering, og indvirker derfor også på professionsfagligheden (70). Her handler det om at analysere eksisterende arbejdsgange og afdelingskultur for dermed at afklare hvordan teknologien påvirker selve professionsfagligheden; afklare hvordan teknologien indgriber i professionalismismen, og hvilke kompetencer det kræves for at anvende teknologien (70).

U-domænet som analyseredskab har særligt fokus på hvordan teknologien kan udfordre relationskompetencer samt påvirke både professionsforståelsen og -fagligheden (70).

Det er essentielt at analysere og tydeliggøre hvordan ens professionalisme kommer til syne i hverdagen, da teknologi ofte er en usynlig aktør i professionaliseringsprocessen (70). Ved at tydeliggøre hvordan teknologien spiller ind på professionalismismen kan der også åbnes op for forståelsen af teknologiens muligheder i situeret praksis (70). Videokonsultation som artefakt er ikke ny teknologi, men det er i dette projekt konteksten, som teknologien anvendes i, der er ny. Derved udfordrer teknologien professionsfagligheden og åbner op for flere måder at være professionel på. Teknologien påvirker på denne måde også professionsfagligheden fremadrettet, og stiller krav til de kompetencer, som de sundhedsprofessionelle besidder (70). Dette fordrer, at der må vurderes, hvorvidt denne indgriben medfører nytænkning af professionen og muligvis ændrer på uddannelseskravene for selve professionen.

4.3 Metode

I dette afsnit redegøres for projektets planlagte metode.

4.3.1 Litteratursøgning

For at skabe overblik over eksisterende viden og litteratur på området blev der indledningsvist foretaget ustrukturerede litteratursøgninger i henholdsvis Google, Google Scholar og PubMed.

De ustrukturerede litteratursøgninger dannede grundlag for et behov for at søge viden omhandlende sårbare borgere med DM, tværsektorielt samarbejde mellem primær og sekundær sektor samt telemedicin, herunder videokonsultation. Der blev derfor foretaget strukturerede litteratursøgninger med henblik på at finde evidensbaseret litteratur på disse områder.

De strukturerede litteratursøgninger blev udarbejdet som bloksøgninger bestående af fire blokke; *diabetes mellitus*, *sårbare borgere*, *sektorer og telehealth*.

Alle søgeord blev søgt som både fritext og emneord, hvis de findes som MeSH-term i databaserne, og der blev ligeledes fundet synonyme søgeord. Efterfølgende blev der anvendt boolske operatører, hvor OR kombinerede søgeord inden for samme blok, mens AND kombinerede de fire blokke (73).

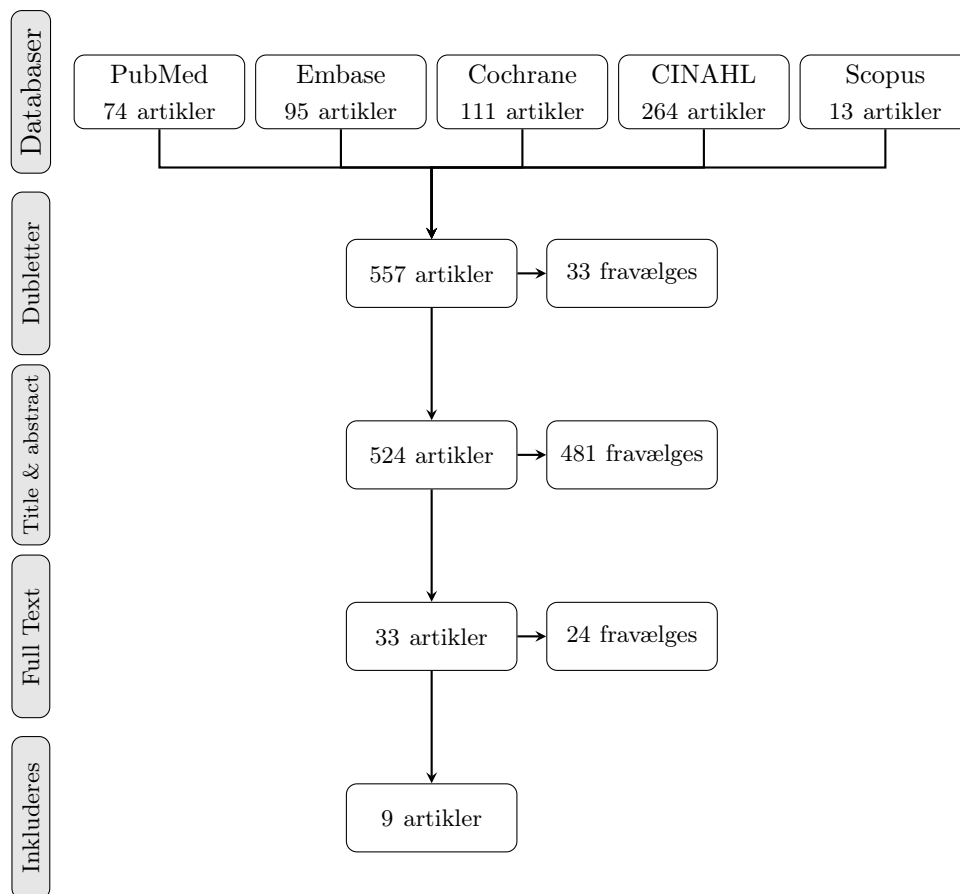
De enkelte søgetermer varierede fra database til database, alt efter hvad den enkelte database anbefalede af søgetermer - se Bilag A.

PubMed, Embase, Scopus, Cinahl, Cochrane og PsycInfo blev udvalgt som søgedatabaser, da disse indeholder videnskabeligt materiale inden for blandt andet sundhedsteknologi, sundhedsvidenskab, medicin og sygepleje, hvilket kan relateres til de ønskede emneområder (74).

Litteratursøgningerne blev importeret til RefWorks, hvorefter dubletter blev fjernet. Efterfølgende blev samtlige artikler sorteret på titel og abstracts baseret på de opstillede in- og eksklusionskriterier - se Tabel 4.1. 33 artikler blev udvalgt til læsning af full text, hvoraf 9 artikler blev inkluderet til problemanalysen - se Figur 4.4.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sprog: engelsk, dansk, norsk eller svensk	Dyr
Artiklerne skal være nyere end 2005	Personer under 18 år
Diabetes mellitus type-1	Graviditetsbetinget diabetes (GDM)
Diabetes mellitus type-2	
Videokonsultation eller monitorering	

Tabel 4.1: In- og eksklusionskriterier til udvælgelse af artikler



Figur 4.4: Struktureret litteratursøgning. Der var 0 hits i PsycInfo, hvorfor denne ikke fremgår i flowchartet.

4.3.2 Analyse af feltet

Videokonsultation og hjemmemåling af HbA1c for sårbare borgere med type-2 diabetes

Steno Diabetes Center Nordjylland (SDCN) har i samarbejdet med Endokrinologisk Ambulatorium og Rebild Kommune igangsat pilotprojektet "*Videokonsultation og hjemmemåling af HbA1c for sårbare patienter med diabetes type 2 i Rebild Kommune*" (75).

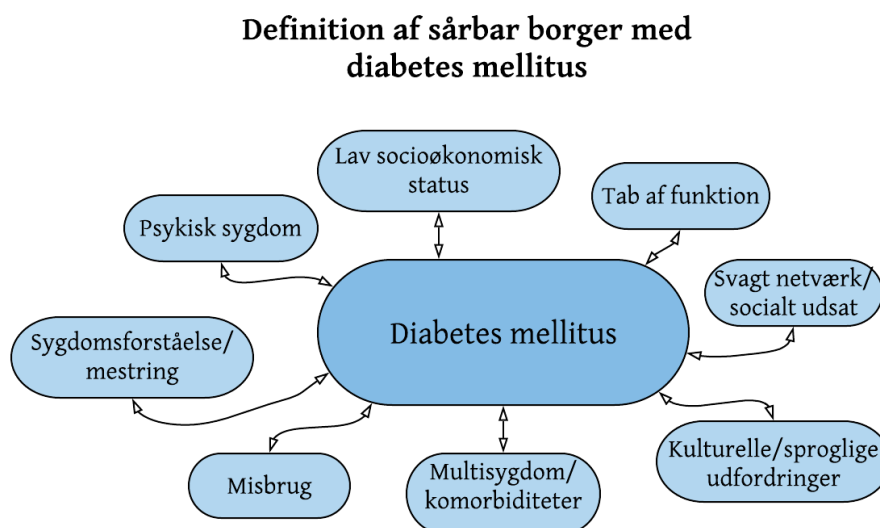
Pilotprojektet er igangsat fordi det af ambulant personale erfares, at særligt sårbare patienter med DM2 har svært ved at navigere rundt i eget behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvorfor de udebliver fra deres konsultationer i diabetesambulatoriet (75). Efter tre udeblivelser, afsluttes patienten fra ambulatoriet, hvormed der ikke er nogen som varetager behandlingen af patientens DM2 (75). Derudover kan det også være svært for patienten at komme tilbage i behandling, hvis først denne er afsluttet (75).

Pilotprojektet forløber fra foråret 2020 med slutfase i 2021, og har fokus på at fastholde patienterne i deres behandling, samt reducere risikoen for at patienterne udebliver fra deres planlagte konsultationer (75).

Pilotprojektet tager afsæt i sårbare patienter med DM2, som er udeblevet fra fysiske konsultationer i Endokrinologisk Ambulatorium på Aalborg Universitetshospital i perioden

01.01.2018 - 30.06.2019 (75).

Litteraturen definerer en sårbar borger forskelligt, men der lægges i dette projekt vægt på risikofaktorerne, som kan ses i Figur 4.5. Figuren skal forstås som et samspil mellem DM og én eller flere af følgende risikofaktorer, som ses i de omsluttende bokse i figuren.



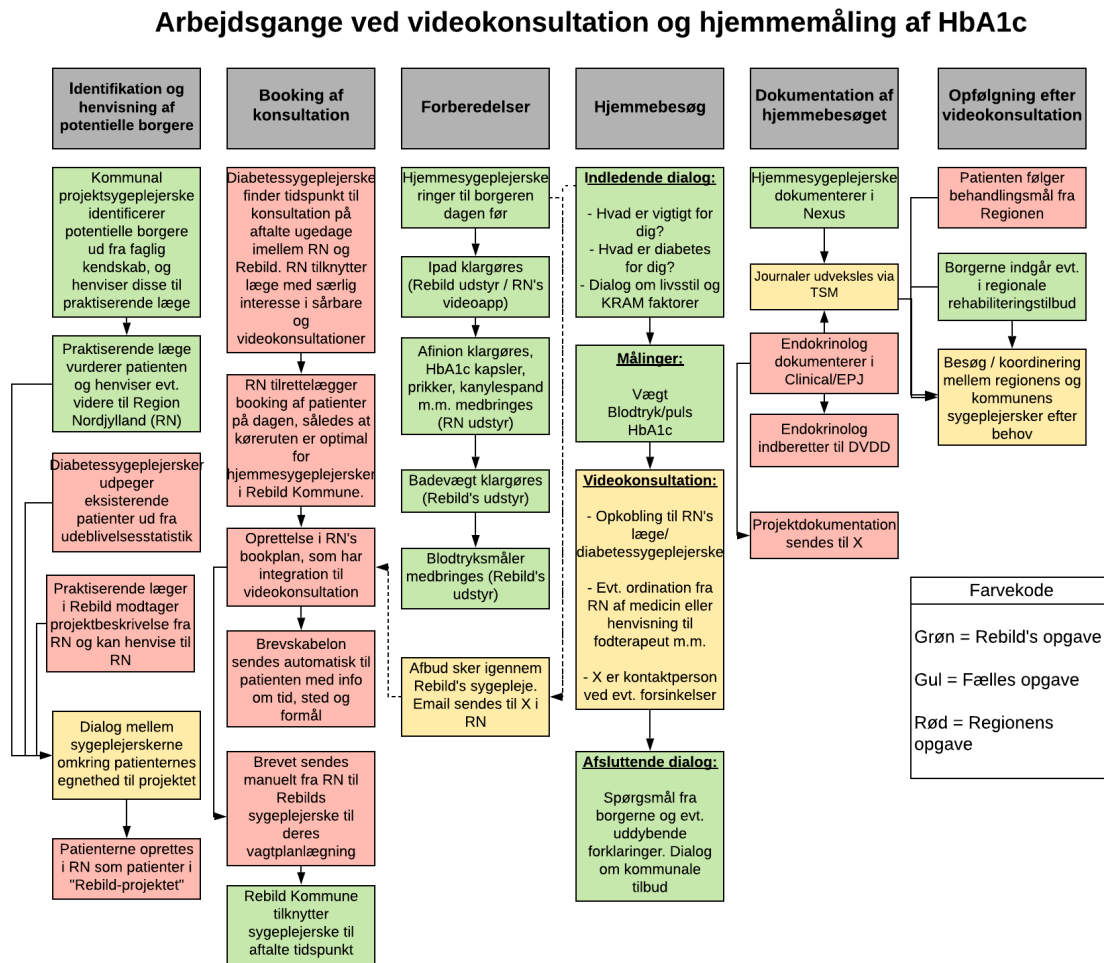
Figur 4.5: Definition af en sårbar borger med DM med én eller flere risikofaktorer.

I 2018 var der i Rebild Kommune 31 patienter fra denne målgruppe, som udeblev fra deres konsultationer. De 31 patienter stod samlet for 63 udeblivelser fra diabetesambulatoriet i 2018 (75).

I pilotprojektet rekrutteres de sårbare patienter med DM2 tværsektorielt. Det vil sige, at det både er Endokrinologisk Ambulatorium og Rebild Kommune, herunder 70 hjemmesygeplejersker og syv praktiserende lægehuse, der har ansvaret for at inkludere patienter i pilotprojektet - se Figur 4.6 for detaljeret oversigt over ansvar og arbejdsgange i forbindelse med pilotprojektet (75; 76).

Pilotprojektet indebærer videokonsultation gennem videoapp'en VideoSamtale, hvor patienten kan have en virtuel konsultation med en endokrinolog i ambulatoriet (75). Forskellen fra almindelig videokonsultation som foretages af patienten alene er, at de sårbare patienter vil blive understøttet af en hjemmesygeplejerske, som vil være til stede i patientens hjem under konsultationen (75). Derudover har hjemmesygeplejersken til opgave at medbringe et blodtryksapparat samt apparaturet Abbott Afinion 2, som blandt andet kan måle HbA1c i hjemmet hos patienten (75).

20 minutter inden konsultationen begynder, måler hjemmesygeplejersken patientens HbA1c samt blodtryk, så disse målinger er klar til at konsultationen starter (75). Efter konsultationen afsluttes vil hjemmesygeplejersken blive hos patienten og tale om de emner, som blev omtalt til konsultationen, samt den videre behandlingsplan (75).



Figur 4.6: Arbejdsgange i forbindelse med pilotprojektet.

Analyse af pilotprojektets interessenter

For at identificere de forskellige aktører, der direkte eller indirekte har betydning for pilotprojektet, foretages en interessentanalyse. Interessentanalysen er udarbejdet med inspiration fra Kousholt (72) - se Bilag B.

Interessentanalysen kan belyse hvilke aktører, der er relevante at fokusere på i dette projekt (72).

En interessentanalyse har til formål at identificere aktørerne, deres rolle og påvirkning af et projekt for derved at kunne navigere samt agere på aktørernes betydning for at tilrettelægge dette (72). Interessenter defineres som de enkeltpersoner og organisationer, der aktivt er involveret i et projekt, eller hvis interesser der kan blive berørt som følge af projektets initiering (72). Interessenterne kan omvendt også påvirke projektet og dets resultater (72).

Interessentanalysen vidner om, at de vigtigste aktører i pilotprojektet er borgerne, lægerne på Endokrinologisk Ambulatorium og sygeplejerskerne i hjemmesygeplejen.

Selvom alle interessenter har indvirkning på pilotprojektet, kan projektet ikke gennemføres uden borgere, der ønsker at deltage, endokrinologer der træffer beslutninger i forhold til

behandling samt hjemmesygeplejersker, der skal ud til borgerne og foretage målinger og understøtte borgeren.

Der ses ud fra interessentanalysen et behov for i dette projekt at fokusere på borgerne samt hjemmesygeplejersker relateret til pilotprojektet med henblik på at få et indblik i deres holdninger og forbehold for videokonsultation i et tværsektorielt samarbejde.

Da det af logistiske og etiske årsager ikke er muligt at inddrage borgerne direkte i dataindsamlingen, vælges det at inddrage hjemmesygeplejerskernes tanker om synspunkter borgerne kan have, sideløbende med undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes holdninger og erfaringer.

Afprøvningsprojekt om videokonsultation til diabetespatienter i Morsø Kommune

Som tidligere beskrevet i Tabel 2.1 er der flere projekter med videokonsultation til borgere med DM. I Region Nordjylland blev der i 2018 afprøvet videokonsultation til borgere med DM bosat i Morsø Kommune (55). Der blev i den forbindelse etableret et videoambulatorie, hvorigennem borgeren havde konsultation med en læge eller sygeplejerske fra hospitalet i Thisted (55). Tiltaget er en del af projekt "Nye Veje" som et forsøg på at nytænke sundhedsvæsenet samt skabe lighed i sundhed i hele Region Nordjylland (55).

Afprøvningsprojektet startede op d. 1. februar 2018, og 1. maj blev den første videokonsultation afprøvet med en patient. D. 1. juli blev afprøvningsprojektet afleveret (77). Afprøvningsprojektet forløb over to rul, hvori videokonsultationen i første rul blev afprøvet på diabetespatienter i alderen 30 - 59 år, som havde mellem 3-4 årlige konsultationer (78). Det blev vurderet, at mindst 2-3 af konsultationerne kunne foretages som en digital ambulant konsultation (78). Ved andet rul lå fokus på implementering og skalering, hvorfor indsatsen var at koble flere specialer og borgere på løsningen (79).

For at besvare projektets problemformulering er det relevant at undersøge erfaringer, som tidligere projekter har gjort. Dog skal det fremhæves, at projektet ikke er identisk med SDCN's pilotprojekt, hvorfor der bør tages højde for de forskelle, som fremgår i Tabel 4.2.

SDCN's pilotprojekt	Afprøvning i Morsø Kommune
Borgerne har DM2	Borgeren har DM1 eller DM2
Borgerne er bosat i Rebild Kommune	Borgerne er bosat i Morsø kommune
Borgerne er kategoriseret som sårbar	Ingen kategorisering af borgerne fremgår
Ingen aldersbegrænsning	Skal være mellem 30 - 59 år
Konsultationen foregår i borgerens hjem	Konsultationen foregår i Morsø Sundhedshus
Borgeren understøttes af en hjemmesygeplejerske	Ingen fysisk støtte fra sundhedspersonale
Erstatter fysiske konsultationer	Supplement til fysiske konsultationer
Borgerne får målt blodtryk og HbA1c i eget hjem	Ingen information fremgår om forudgående undersøgelser

Tabel 4.2: Forskellen på SDCN's pilotprojekt (75) og afprøvningen af videokonsultation i Morsø Kommune (55; 78).

4.3.3 Studiebesøg på Endokrinologisk Ambulatorium

Indledningsvis afholdes et studiebesøg på Endokrinologisk ambulatorium på Aalborg Universitetshospital. Studiebesøget har til formål at give en samlet forståelse for pilotprojektet. Derudover fremvises og afprøves teknologien til videokonsultation samt måleredskabet Abbott Afinion 2.

Under studiebesøget afholdes et møde med en endokrinologisk ambulatoriesygeplejerske med henblik på at eksplorere feltet, både i forhold til borgere og sundhedspersonale, men også for at forstå problemstillingerne, som SDCN oplever, herunder udeblivelser blandt patienter samt logistiske udfordringer i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

4.3.4 Kvalitativ dataindsamling gennem card sorting

Card sorting er et værktøj, som kan anvendes til at forstå brugerens tanker og holdninger (80). Metoden foregår ved at give deltagerne et sæt kort, hvorpå der er skrevet prædefinerede ord og udsagn, som de skal placere ud fra deres tanker og holdninger under de adspurgte temaer (80).

Card sorting kan ifølge Spencer anvendes i forskellige sammenhænge (80):

- Brainstorm over forskellige kategorier.
- Undersøgelse af hvilke kategorier der er similære eller komplementære.
- Viden omkring, hvad der hænger sammen, og hvad der ikke gør.
- Samle lister af ord, der beskriver specifikke informationer.

Card sorting kan udarbejdes på forskellige måder, og der er flere aspekter, der skal overvejes under planlægningen (80). Først skal det overvejes, om card sortingen skal gennemføres ved at forskeren er fysisk til stede, eller om den skal foretages virtuelt, hvor deltagerne besvarer undersøgelsen gennem en softwareløsning (80). Derudover skal det besluttet, om card sortingen skal afvikles gruppebaseret eller individuelt. Dernæst skal det overvejes, om card sortingen skal være åben uden prædefinerede kort, eller om den skal være lukket, hvor alle kategorier er prædefinerede (80). Der er ligeledes mulighed for at anvende både åbne og lukkede svarmuligheder, og dermed lave en semistruktureret card sorting (80).

I dette projekt har card sorting til formål at skabe dybere forståelse for, hvilke muligheder og barrierer hjemmesygeplejerskerne i Rebild Kommune ser i forhold til tværsektoriel videokonsultation hos sårbare borgere med DM2. Ydermere skal card sorting i dette projekt belyse, hvilke holdninger hjemmesygeplejerskerne har til selve teknologien, samt hvordan de ønsker at implementeringen kan afvikles, hvilket er relevant i forhold til at udarbejde en implementeringsstrategi når/hvis pilotprojektet skal overgå til drift.

Card sorting beskrives af Spencer (80) som en simpel metode til at danne forståelse for de mennesker, en teknologi designes/udvikles til. Som indledende dataindsamlingsteknik er card sorting fordelagtig for dette projekt, da denne, som tidligere beskrevet, blandt andet kan anvendes til at samle lister med ord, der beskriver noget specifikt (80). Ydermere kan card sorting anvendes, hvis det ønskes at undersøge hvorvidt forsker og deltagere tænker ens om essentielle udsagn (80).

Hjemmesygeplejerskerne er en del af brugerne af videokonsultationen, og det er derfor essentielt at få et indblik i deres holdninger til bestemte temaer og kategorier i forhold til teknologien. Den indsamlede empiri anvendes til projektets kvantitative

dataindsamlingsteknik, hvorfor det er fordelagtigt, at empirien visualiseres konkret gennem kort med svarmuligheder.

Alternativt kunne et fokusgruppeinterview være fordelagtigt idet interviewformen er god til at få mange forskellige synspunkter frem vedrørende forskellige emner, som er i fokus for gruppen (81). Dog beskriver Kvale & Brinkmann (81), at et fokusgruppeinterview ikke har til formål at opnå enighed eller præsentere løsninger på de spørgsmål, som der diskuteres. Det kan derfor blive problematisk at overføre den indsamlede empiri til projektets spørgeskemaundersøgelse, da det ikke er sikkert, at der kommer nogle konkrete løsninger frem, hvorimod card sorting vil kunne fremvise konkrete meninger gennem kortene. Deltagerne er ikke nødvendigvis enige om svarene i card sortingen, men deres prioriteringer af svarmulighederne gør det muligt at identificere de udsagn, der skal indgå i projektets spørgeskemaundersøgelse.

Det er vigtigt at have for øje, at card sorting som dataindsamlingsteknik ikke bør stå alene, da der er risiko for, at fundene ikke vil give dybdegående indsigt (80). Spencer (80) beskriver i den forbindelse, at det er essentielt at anvende card sorting i kombination med andre dataindsamlingsteknikker. På den baggrund er card sorting en god indledende dataindsamlingsteknik i kombination med projektets spørgeskemaundersøgelse og ekspertinterview.

Ifølge Spencer (80) afhænger antallet af deltagere og grupper af, hvad der ønskes undersøgt, og beskriver ydermere, at et antal på fem til seks deltagere eller grupper er acceptabelt, hvis det ønskes at klarlægge, hvorvidt forsker og deltager tænker i samme retning.

I projektet tilstræbes det at inkludere 10-12 hjemmesygeplejersker.

Planlægning af card sorting

Spencer (80) anbefaler, at forskeren er fysisk til stede under card sorting, da det minimerer risikoen for manglende eller mangelfulde besvarelser. Derudover vil der ikke kunne opstå tekniske udfordringer, hvis card sorting afholdes via fysisk fremmøde (80).

Når card sorting afholdes gruppebaseret med forskeren til stede, kan en fordel være, at forskeren kan observere, hvad deltagerne taler om indbyrdes, hvormed argumenter for de placerede kort kan noteres (80). Derudover har deltagerne også mulighed for at stille spørgsmål ved behov (80).

Grundet de førnævnte fordele som et fysisk fremmøde ved card sorting vil kunne give, var det oprindeligt planen, at projektets card sorting skulle have været afholdt på denne måde, men grundet COVID-19 var dette ikke muligt. Det blev derfor nødvendigt at ændre den planlagte metode for dataindsamling, selvom den anden metode var at foretrække.

Den alternative løsning til projektets card sorting er derfor en virtuel udgave, hvilket Spencer også beskriver som værende en mulighed (80). Der vil blive anvendt en semistruktureret tilgang, hvormed der både vil blive udformet lukkede og åbne kort til hvert spørgsmål (80). Den semistrukturerede tilgang vælges, da denne giver deltagerne mulighed for at bidrage med egne udsagn, hvis de mener, at der mangler essentielle kort. Temaer og kort vil på den baggrund blive udarbejdet i Microsoft PowerPoint.

Pilottest af card sorting

Card sortingen blev pilottestet hos medstuderende på Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet med en sygeplejefaglig baggrund. Pilottestningen havde til henblik at teste om temaerne og kort var forståelige, samt om disse kunne fremstå tvetydige. Derudover havde pilottestningen til formål at afprøve det estimerede tidsforbrug til card sortingen.

Databehandling af fund fra card sorting

De indsamlede data fra card sortingen kan analyseres eksplorativt eller statistisk (80). Begge analysemetoder kan bidrage til at finde vigtige mønstre og give nyttig indsigt i den indsamlede data (80). Om der skal anvendes eksplorativ- eller statistisk analyse afhænger af, hvad der ønskes at ekstrahere fra den indsamlede data, og hvor stor en mængde data forskeren har (80).

En eksplorativ analyse er fordelagtig at anvende ved et lille antal af deltagere, og er brugbar til at undersøge, hvilke kort de anvender, og hvordan de placeres (80). En statistisk analyse er derimod fordelagtig, når forskeren har en stor mængde data at bearbejde; hvor det ønskes at fremhæve, om der er ensartede mønstre i den indsamlede data, og sammenligne resultater fra forskellige grupper (80).

I projektet anvendes eksplorativ analyse af fund card sorting, idet Spencer beskriver, at denne metode er bedst ved et lille antal af deltagere (80). Derudover beskrives det, at denne metode er at foretrække, når forskeren ønsker at finde ud af, om han/hun tænker ens med deltagerne. Ydermere vil det fremgå, om deltagerne besvarelser er similære eller forskellige, hvormed disse kan sammenlignes (80).

4.3.5 Kvantitativ dataindsamling gennem spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelser anvendes, når der ønskes ny viden om fænomeners udbredelse samt statistiske sammenhænge (82). Dette fordrer, at der kan genereres en større mængde data, der vurderes at være repræsentativ for en større population (83).

I spørgeskemaundersøgelser stilles de nøjagtigt samme spørgsmål til en større mængde personer, hvorefter data kan analyseres ved brug af statistik (83). Et spørgeskema skal så nøjagtigt som muligt måle på det, der ønskes at måle på. Derudover skal målingen være reproducerbar samt sammenlignelig med andre undersøgelser (84).

Planlægning af spørgeskemaundersøgelsen omfatter valg af design, population, sample samt konstruktion af spørgeskemaet (83).

I dette projekt vil fundene fra den kvalitative metode, card sorting, blive anvendt til udarbejdelse af spørgeskemaundersøgelsen. Spørgeskemaet vil blive udarbejdet til alle hjemmesygeplejersker som er ansat i Region Nordjyllands 11 kommuner.

Spørgeskemaundersøgelsen har til formål at give et mere generelt indblik i hjemmesygeplejerskernes erfaringer med målgruppen, og holdninger til videokonsultation, herunder hvilke muligheder og barrierer de ser ved videokonsultation, samt hvordan de ønsker videokonsultation implementeret hos dem.

Konstruering af spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen vil blive udarbejdet i programmet SurveyXact, som er et internetbaseret spørgeskemaværktøj, der både kan anvendes til udformning af spørgeskema samt bearbejdning af data (85).

I dette projekt udarbejdes et deskriptivt spørgeskema, der har til formål at beskrive og sammenligne holdninger hos respondenterne. For at et spørgeskema kan være repræsentativt kræves det, at det kan frembringe baggrundsoplysninger om respondenterne (86).

Når spørgsmålene udformes er det vigtigt, at de formuleres letlæselige for respondenterne (66). Endvidere skal spørgsmålene være klare, forståelige, éndimensionelle, ikke-ledende, ikke-provokerende samt korte og præcise (66). Det ønskes gennem projektets spørgeskema at udforske både faktuelle svar relateret til baggrund og viden, men også attitudemæssige svar relateret til holdninger og værdier.

I et spørgeskema kan der anvendes åbne eller lukkede spørgsmål (66). Ved åbne spørgsmål kan respondenterne selvstændigt formulere sine svar, og ved lukkede spørgsmål vælger respondenterne ud fra prædefinerede svarmuligheder (66). I dette projekt er det relevant at anvende delvist lukkede og halvåbne spørgsmål, da dette giver respondenterne mulighed for at uddybe deres svar.

Til at måle respondenternes holdninger anvendes forskellige skalaer. I dette projekt anvendes en blanding af nominal- og intervallskala samt Likert-skalaen (66; 86). Nominalskalaen anvendes til at udforske respondenterne gennem baggrundsoplysninger, men også som afkrydsning af prædefinerede udsagn, deriblandt mulighed for også at vælge "Andet - uddyb gerne". Likert-skalaen anvendes i undersøgelsen til at måle på respondenternes holdninger til et givent scenarie strækkende fra eksempelvis "Slet ikke" til "I meget høj grad" (86). Derudover anvendes ligeledes multiple choice-spørgsmål, hvor respondenterne har mulighed for at afkrydse flere felter, afhængigt af deres holdning til det enkelte udsagn (87). Disse spørgsmål tilføjes også muligheden "Andet - uddyb gerne", hvilket sikrer, at respondenternes besvarelser af disse spørgsmål ikke er fastlåst på de prædefinerede svarmuligheder. Dette afspejler et fænomenologisk islæt i undersøgelsen.

Pilottestning af spørgeskemaundersøgelse

Pilottest af et spørgeskema anvendes for at kvalitetssikre undersøgelsen (66). Pilottesten giver forskeren feedback og er vigtig i forbindelse med om spørgeskemaet er klar til at blive sendt ud eller ej. Feedback kan f.eks. omhandle forståelse af spørgsmålene, brugervenlighed, spørgsmålenes sværhedsgrad, tidsperspektivet, og om der er eventuelt mangler i spørgeskemaet (66). Selve pilottesten bør foretages på flere respondenter, der ligner samplet (66). Pilottestning af dette spørgeskema kan derfor bidrage til at styrke validiteten af selve undersøgelsen (66).

Behandling af data fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne vil blive behandlet ved brug af deskriptiv statistik. Databehandlingen vil foregå direkte i SurveyXact, hvor det er muligt at ekstrahere data og præsentere dette på forskellig vis gennem grafer, plots m.fl. (85).

Svarprocenten udregnes manuelt på baggrund af det potentielle felt. Der tilstræbes en svarprocent på mellem 50-60 %, da dette, af Kjær & Kristensen (66), vurderes acceptabelt i en spørgeskemaundersøgelse for at kunne generalisere resultater til en større population. Ved de åbne spørgsmål, hvor respondenterne har mulighed for at angive kommentarer, opstilles svarene i en tabel med henblik på den videre analyse.

4.3.6 Ekspertinterview

Ekspertinterview er med personer, der er ledere eller eksperter på et bestemt område (81). I et ekspertinterview kan der forekomme asymmetri i magtforholdet grundet ekspertens magtfulde stilling (81). Det er derfor vigtigt, at interviewpersonen har dannet et godt kendskab til emnet og mestrer fagsproget (81).

Ekspertinterviewene i dette projekt har til formål at afdække erfaringer fra implementeringen af videokonsultation til borgere med DM på Mors.

Informanterne til ekspertinterviewene er en projektleder og en konsulent fra Digitalisering og IT i Region Nordjylland, tilknyttet et tidligere projekt. Ved at spørge tilknyttede projektleder og konsulent er det muligt at få indblik i både muligheder og udfordringer ved implementering af videokonsultation. Projektlederen er tilknyttet projektet gennem hele perioden, og på samme måde kan konsulenten bidrage med ekspertviden om tiltaget fra det overgik til drift. Ved at spørge projektlederen og konsulenten frem for borgerne i projektet kan der opnås et mere fagligt indblik i implementeringsprocessen med henblik på at vide, hvad der fungerede, og hvad der ikke gjorde.

Planlægning af interview til eksperter

Informanterne tilbydes, at ekspertinterviewene kan foregå via Skype eller som skriftligt computerstøttet interview. Interview via Skype vil foregå som et traditionelt fysisk interview ville gøre. Forskellen vil være, at der, modsat i et fysisk interview, ikke er mulighed for at anvende non-verbal kommunikation i samme grad. Computerstøttede interview kan ifølge Kvale & Brinkmann (81) foregå gennem e-mail korrespondancer, hvilket medfører et asynkront samspil mellem interviewer og informant. Denne interviewform foregår ved, at intervieweren tilsender informanten spørgsmål, for efterfølgende at vente på svar, og derefter er der mulighed for at sende opfølgende spørgsmål (81). Det computerstøttede interview har dermed en semistruktureret tilgang grundet muligheden for at stille opfølgende spørgsmål (68). Computerstøttede skriftlige interviews kræver ifølge Kvale & Brinkmann (81) ikke transskribering, da spørgsmål og svar er skrevet tekst, hvorfor fundene direkte er klar til analyse.

Konstruering af ekspertinterviews

Til ekspertinterviewene udarbejdes en interviewguide med tilhørende interviewspørgsmål, som har til formål at strukturere interviewet (81). Brinkmann & Tanggaard (68) beskriver, at en interviewguide er styrende for interviewet, hvorfor det kan være fordelagtigt at udarbejde en tabel, hvor der skelnes mellem forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål. Interviewspørgsmålene er de spørgsmål der stilles for at besvare forskningsspørgsmålene (68). Den tilgrundliggende årsag til dette er, at forskningsspørgsmålene ofte søger forklaringer, mens interviewspørgsmålene søger beskrivelser af disse (68).

Interviewspørgsmålene bør være mundrette og ligefremme, hvilket skal fremme en positiv interaktion samt motivere interviewpersonen til at fortælle om sine oplevelser (68). Interviewet skal derfor helst foregå som en almindelig samtale, men samtidig have specifikke formål samt en særlig struktur (68).

Databehandling af ekspertinterviews

Ekspertinterviewet kræver ikke transskribering, da det foregår som et computerstøttet interview, og derfor på forhånd fremstår som skreven tekst (81). I databehandlingen af ekspertinterviewet vil der med inspiration fra Kvale & Brinkmann (81) foretages en meningskondensering, hvilket indebærer, at informantens udsagn gives en kortere formulering, hvori hovedbetydningen vil fremgå. I praksis foregår meningskondensering ved, at naturlige enheder formuleres i centrale temaer (81). Med naturlige enheder menes informantens udsagn, og de centrale temaer består i den korte kondensering af informantens udsagn (81). Dette omfatter ifølge Kvale & Brinkmann (81) fem trin; gennemlæsning af interviewet, definering af meningsenheder og temaer, spørgsmålstilling til meningsenhederne, samt at væsentlige temaer i interviewet knyttes sammen som en helhed i et deskriptivt udsagn (81).

Da ekspertinterviewet indebærer faktuel viden omhandlende tidligere erfaring med implementering, er det fordelagtigt, at meningskondensere informanternes udsagn således, at deres meninger fortsat fremstår tydelige, og at det er hovedbetydningen af det sagte, som anvendes i analysen.

4.4 Etiske overvejelser relateret til dataindsamling

Alle deltagere og respondenter fra henholdsvis card sorting og spørgeskemaundersøgelsen i dette projekt deltager frivilligt, og vil i forbindelse med deltagelsen blive informeret om, at deltagelse er frivillig. Enhver besvarelse vil kunne trækkes tilbage frem til datoen for projektmedlemmernes afsluttende eksamen. Dette gøres, da det ifølge Henricson (67) er essentielt at værne om deltagernes ligeværd, integritet og selvbestemmelse i projektarbejdet.

Deltagerne til card sorting vil blive informeret om ovenstående pr. mail. For at sløre deltagerne fra card sorting får disse tildelt et unikt ID-nummer, hvormed det deltageren fortæller efterfølgende vil blive noteret under dette alias konsekvent gennem dette projekt. Hjemmesygeplejerskerne i den regionale spørgeskemaundersøgelse vil blive anonymiseret gennem SurveyXact, så deres identitet ikke fremgår over for projektgruppen eller i dette projekt. Respondenterne vil blive informeret via indledende tekst i spørgeskemaet, så de har mulighed for at trække sig, såfremt de ikke kan samtykke til dette. Derudover vil der i de mails, der sendes ud til de kommunale ledere, blive vedhæftet et skriv til respondenterne, hvori der står deres rettigheder som respondenter, herunder anonymisering og frivillig deltagelse.

Identiteten af informanterne til ekspertinterviewene vil blive sløret i et relevant omfang. For at redegøre for relevansen af valg af eksperter vil deres titler så vidt muligt fremgå i dette projekt ved referering til informanterne, men dette vil overfor informanterne blive fremhævet som værende frivilligt. Al materiale relateret til dataindsamlingerne vil blive destrueret efter endt eksamen ultimo juni 2020.

I følgende kapitel vil projektets overvejelser og afvikling af metoden blive beskrevet, herunder dataindsamling samt databehandling af de tre dataindsamlingsteknikker.

5.1 Virtuel card sorting

Her præsenteres projektets dataindsamling gennem card sorting, herunder udarbejdelse, rekruttering, afvikling og databehandling.

Projektets card sorting blev indledningsvist foretaget, blandt hjemmesygeplejersker i Rebild Kommune, for at skabe en forståelse for deres holdninger til videokonsultation samt erfaringer med sårbare borgere med DM2. Den oprindelige plan for dataindsamlingen, gruppebaseret card sorting gennem fysisk fremmøde, kunne ikke gennemføres grundet COVID-19, hvorfor card sortingen kun var mulig at afholde virtuelt. Derudover medførte COVID-19 følgende andre udfordringer, som havde indvirkning på dataindsamlingsteknikken:

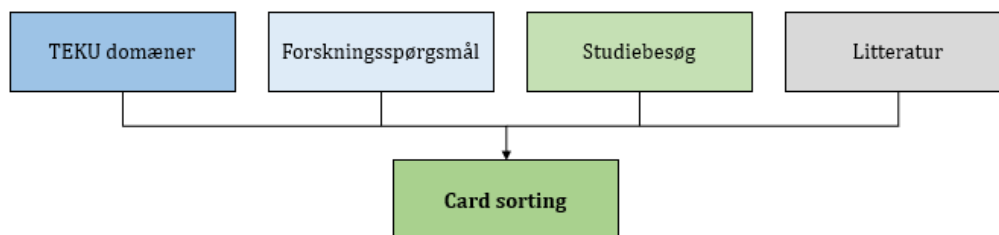
1. Nogle hjemmesygeplejersker var hjemsendt med hjemmearbejde i dataindsamlingsperioden.
2. COVID-19 resulterede i øget travlhed blandt de udekørende hjemmesygeplejersker, hvormed samling af medarbejdere var umuligt.
3. En af de to tilknyttede nøglepersoner var nødsaget til at melde fra, hvorfor der kun var én nøgleperson tilbage til at rekruttere deltagere til card sortingen.

Grundet ovenstående udfordringer blev det besluttet, at deltagerne skulle besvare card sortingen individuelt.

5.1.1 Udarbejdelse af card sorting

Udarbejdelsen af card sortingen tog afsæt i TEKU, forskningsspørgsmål, videnskabelig litteratur samt studiebesøget.

Temaernes afsæt i forskningsspørgsmålene sikrede en viden der kunne anvendes til at besvare projektets problemformulering. TEKU-modellen blev ligeledes inddraget i udarbejdelsen af temaer, for at sikre viden der, med udgangspunkt i modellens domæner, kunne bidrage til forståelse for teknologien. Derudover har empiri fra studiebesøget og den videnskabelige litteratur, omhandlende videokonsultation og udfordringer hos sårbare borgere med DM samt tværsektorielt arbejde, bidraget med viden til udarbejdelse af temaer samt kort - se Figur 5.1. Processen frem mod den endelige card sorting sikrede, at temaerne indeholder de essentielle dele, som kan besvare projektets forskningsspørgsmål samt sikre den nødvendige viden, som er vigtig for at forstå og analysere teknologien.



Figur 5.1: Oversigt over udarbejdelsen af card sorting.

Til udarbejdelse af card sorting blev programmet Microsoft PowerPoint anvendt. Der blev på baggrund af Forskningsspørgsmål 1-4, TEKU, studiebesøg og litteratur udarbejdet seks temaer med tilhørende kort. De seks temaer omhandlede; holdning til videokonsultation, sygeplejerskernes tanker om sårbare borgere med DM2 og videokonsultation på tværs af sektorer, holdninger til app's til videokonsultation, samt hvordan sygeplejerskerne ønskede at være inddraget i forbindelse med implementering af videokonsultation - se Bilag C.

For hvert tema blev der opstillet flere kort, og derudover havde deltageren mulighed for selv at tilføje kort med egne udsagn. Hvert tema blev udformet, så deltageren kunne opstille deres besvarelser i en prioriteret rækkefølge fra et til seks, hvor et var det, deltageren prioriterede som værende vigtigst. For at deltagerne kunne flytte rundt på kortene, var det vigtigt, at de åbnede PowerPoint-filen i et redigerbart format, se eksempel i Figur 5.2.

4) Hvilke udfordringer kan du forestille dig, at der kan være fra borgermålgruppens synspunkt ved videokonsultation?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Flyt relevante udsagn op (vælg gerne flere end ét):

- Fysiske og/eller tekniske forsinkelser
- Svært ved at overholde aftaler
- Psykisk sygdom
- Vil ikke have besøg af hjemmesygeplejerske i hjemmet
- Bekymret for resultatet fra videokonsultation
- Besværligt
- Teknisk svært
- Manglende overskud
- Ligegyldighed
- Manglende tillid til personale
- Mistro over for teknologi
- Forandret hverdag
- Tidskrævende

Figur 5.2: Eksempel på Tema 4 i card sorting.

Litteraturen anvendt i Kapitel 2, som beskrev udfordringer omhandlende sårbare borgere med DM2 og problematikker ved videokonsultation og telemedicin, blev blandt andet kondenseret til udsagn i projektets card sorting. I Tabel 5.1 ses et eksempel, på hvordan tema 2 er blevet udarbejdet samt tilhørende svarmuligheder, som fremgår som kort i projektets card sorting.

TEKU	Forskningsspørgsmål	Card sorting tema	Svarmuligheder
T + E	1) Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	2) Hvilke årsager tænker du, at der kan være til, at visse sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres kontroller i diabetesambulatoriet?	• Geografisk distance • Manglende netværk • Har mistet sit kørekort • Psykisk sygdom • Manglende overskud • Andre sygdomme opprioriteres • Tjekker ikke post • Glemsomhed • DM2 fylder ikke meget i deres liv • Manglende egenomsorg • Fysisk hæmmet • Besværligt • Dovenskab • Blanke kort

Tabel 5.1: Eksempel på udarbejdelse af Tema 2 samt tilhørende kort.

5.1.2 Rekruttering af deltagere

SDCN's pilotprojekt har tilknyttet to nøglepersoner fra Rebild Kommune. Grundet COVID-19 var det, gennem den ene nøgleperson, kun muligt at rekruttere seks hjemmesygeplejersker til projektets card sorting. Ud af de seks hjemmesygeplejersker udarbejdede fire en besvarelse.

Deltagerne blev inden afvikling af card sorting gjort opmærksomme på, at deltagelsen var frivillig, at alt data blev behandlet fortroligt, og at de som deltagere ville blive anonymiseret.

5.1.3 Pilottest af card sorting

Card sorting blev afprøvet på to studerende på Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet med en sygepejefaglig uddannelse, hvor PowerPoint-filen blev udsendt til deres e-mail, hvorefter de skulle tage tid på, hvor længe deres besvarelser tog. Efterfølgende skulle de studerende sende deres besvarelse til den angivne gruppemail med henblik på at sikre, at set-uppet fungerede som planlagt.

De studerende medsendte skriftligt feedback, hvori den angivne tid for besvarelse fremgik, samt forslag til eventuelle rettelser og justeringer af materialet. I den skriftlige feedback blev projektgruppen gjort opmærksomme på, at nogle kort var ladede, enten positivt eller negativt, hvorfor der blev tilføjet ekstra kort med pander for at opveje dette.

Det kunne have været fordelagtigt at pilotteste på hjemmesygeplejersker, da de forventes at have en bedre forståelse for svarmulighederne. Da antallet af deltagere var forholdsvis lavt ønskes alle besvarelserne at blive inddraget i projektet, hvorfor det blev besluttet ikke at anvende en af hjemmesygeplejerskerne som testperson.

5.1.4 Afvikling af card sorting

Selve card sortingen blev afviklet elektronisk og individuelt for hver enkelt deltager. Nøglepersonen havde til ansvar at videreformidle PowerPoint-filen. Deltagerne havde én uge til at besvare den udsendte card sorting, hvorefter de havde til ansvar at sende den tilbage til projektgruppens e-mail.

Ved tekniske udfordringer havde deltagerne modtaget et telefonnummer, hvormed de kunne kontakte et af projektgruppens medlemmer for support.

5.1.5 Eksplorativ databehandling af card sorting

Den indsamlede empiri blev analyseret ud fra en eksplorativ tilgang. Den eksplorative analyse blev valgt da denne er fordelagtig at anvende ved et lille antal af deltagere og en lille mængde data, hvilket gør sig gældende for dette projekts card sorting (80).

Spencer anbefaler, at den data som indsamles ved card sorting enten systematiseres på en liste eller i en tabel med henblik på at se, hvor besvarelsener er similære, og hvor de er forskellige (80). Der blev derfor for hvert tema opstillet en tabel, hvilket udmundede i seks tabeller, hvor udsagnene på kortene blev opstillet vertikalt og deltagernes ID-nummer horisontalt. Deltagernes besvarelser blev opstillet i prioriteret rækkefølge, startende med den højst prioriteret. Tabellerne tydeliggjorde hvor deltagernes besvarelser var henholdsvis similære og forskellige - se et eksempel i Tabel 5.2.

En enkelt deltager gjorde brug af blanke kort, hvorpå personen havde skrevet egne udsagn; disse blev indskrevet med rød tekst for at fremhæve, at disse ikke var prædefinerede kort. Ud over at den indsamlede empiri blev opstillet i seks tabeller, blev fundene analyseret og præsenteret i prosaform.

5) Hvad vægter du vigtigst i forhold til brugen af en app (applikation) til videokonsultation i den givne kontekst?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Brugervenlighed	2	1	1	2
Driftsikkerhed	3	2		1
Nem at anvende	1			
Teknisk support		4		3
Hurtig at tilgå		3		
Kan tilgås fra telefon, tablet og PC	4			
Minimalistisk design				
Mange muligheder				
Tilknyttet skriftlig kommunikation				
Kompatibel med EPJ/EOJ				
Giver mulighed for dokumentation				

Tabel 5.2: *Eksempel på tabel oversigt til Tema 5 i card sorting.*

5.2 Spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland

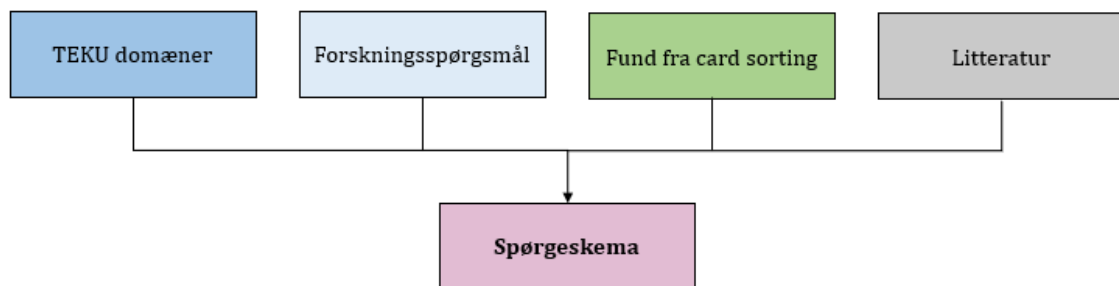
På baggrund af fundene fra card sorting samt eksisterende litteratur blev der udarbejdet et spørgeskema målrettet hjemmesygeplejersker fra hele Region Nordjylland.

5.2.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Spørgeskemaundersøgelsen tog afsæt i erfaret viden fra den strukturerede litteratursøgning, studiebesøget hos Endokrinologisk Ambulatorium samt fund fra card sorting med henblik på at konstruere spørgsmål og tilhørende svarmuligheder.

Relevante forskningsspørgsmål samt TEKU-domæner dannede baggrund for udarbejdelsen af spørgsmål til undersøgelsen, hvorfra selve konstruktionen af spørgsmålene udspringer gennem førnævnte afsæt. Med den solide baggrund i projektets forskningsspørgsmål søgtes en så brugbar viden som overhovedet muligt for at kunne besvare projektets problemformulering.

Inddragelse af TEKU-modellen havde til hensigt at sikre en mere fyldestgørende forståelse af teknologien baseret på modellens fire domæner. I Figur 5.3 ses en illustration af, hvordan spørgeskemaundersøgelsen udspringer.



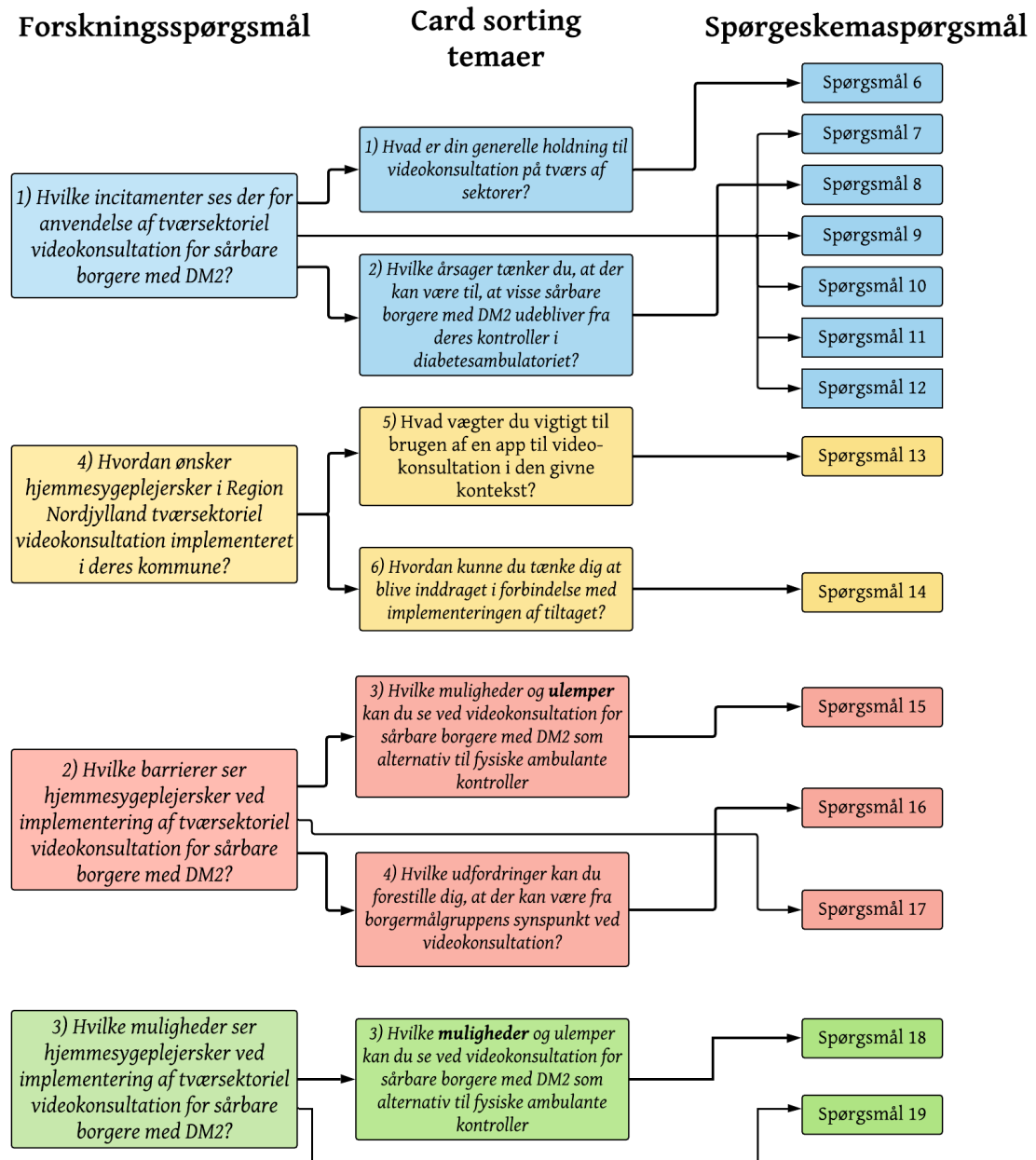
Figur 5.3: Illustration af hvorfra spørgeskemaundersøgelsen til hjemmesygeplejerskerne udspringer.

Spørgeskemaet blev udarbejdet i SurveyXact, og er opdelt i fem bestanddele; første del er demografisk eksplorerende spørgsmål omhandlende respondentens alder, erfaring som hjemmesygeplejerske, kommunalt ansættelsessted samt om respondenter har månedlig kontakt med borgere med DM2.

De efterfølgende fire dele af spørgeskemaet blev strukturelt udarbejdet på baggrund af Forskningsspørgsmål 1-4. Inden for hver af de fem dele i spørgeskemaet blev der konstrueret spørgeskemaspørgsmål, der kunne hjælpe med at besvare det respektive forskningsspørgsmål, i alt 19 spørgsmål - se Bilag D.

Fundene fra card sorting repræsenterer fagligt kvalificerede svar inden for projektets emnefelt, som efterfølgende blev indarbejdet i spørgeskemaundersøgelsen for at undersøge erfaringerne og holdningernes repræsentativitet for hele Region Nordjylland.

Figur 5.4 illustrerer, hvilke spørgeskemaspørgsmål, der er udsprunget fra temaerne i card sorting, og hvilke der er udsprunget direkte fra forskningsspørgsmål på baggrund af litteratur, TEKU og studiebesøg. Spørgsmål 1-5 er ikke inkluderet i figuren, da disse var rent demografisk eksplorerende spørgsmål.



Figur 5.4: Konstrueringen af spørgeskemaspørgsmål.

For at kunne opnå repræsentative resultater krævede det, at undersøgelsens sample var repræsentativ for den egentlige population (66). Dette kom i projektet til udtryk ved, at samplet udgjorde hjemmesygeplejersker fra fire kommuner i Region Nordjylland, hvoraf populationen er hjemmesygeplejersker i alle kommuner i Region Nordjylland.

Det var essentielt for resultatet af spørgeskemaundersøgelsen, at svarene var så repræsentative som muligt.

Ved at udbrede undersøgelsen til hele regionen er det muligt at generalisere erfaringer og holdninger inden for projektets emnefelt på baggrund af statistiske analyser af resultaterne (83).

5.2.2 Rekruttering af respondenter

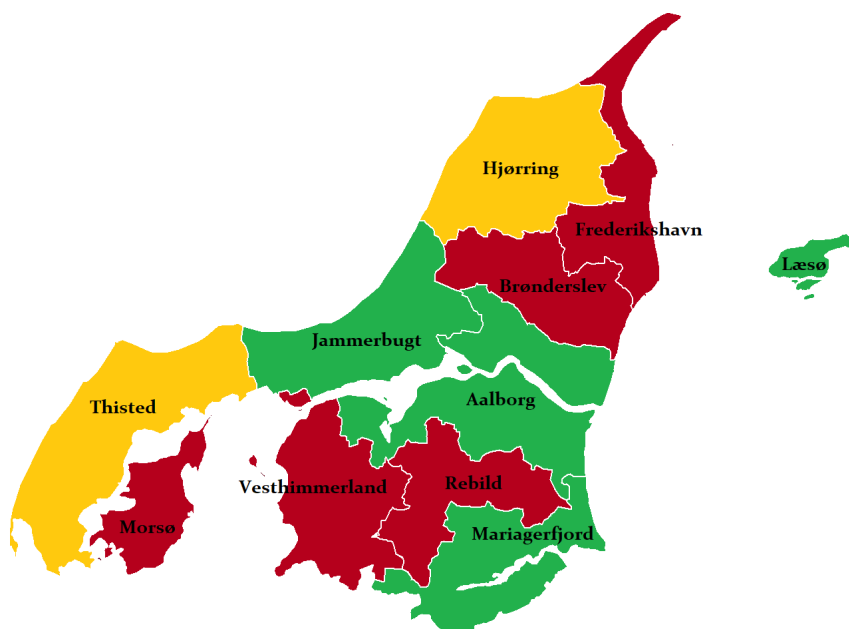
Rekrutteringen af respondenter til spørgeskemaundersøgelsen foregik systematisk gennem kontakt til Region Nordjyllands 11 kommuner.

Første trin var at opstille en tabel over kommunerne, hvori telefonnumre og e-mails fremgik på de respektive områdeledere.

Der blev formidlet kontakt til alle kommunerne via telefon. Hvis ikke det var muligt at etablere kontakt med den enkelte områdeleder, blev der sendt en e-mail til vedkommende med informationer omkring projektets formål.

Flere af kommunerne meldte ud, at de beklageligt ikke havde ressourcer til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen grundet omrokering af ressourcer som følge af COVID-19, mens andre kommuner ikke angav en årsag.

Efter kontakt til samtlige kommuner ønskede fire af disse at deltage, hvilket resulterede i et samlet antal af hjemmesygeplejersker på 190 som mulige respondenter - se en oversigt over deltagende kommuner i Figur 5.5.



Figur 5.5: *Rød = Havde ikke mulighed for at deltage Gul = Ingen svar Grøn = Deltagende kommuner (Skabelon til figur anvendt med tilladelse fra Region Nordjylland)*

I SurveyXact oprettes et link, som udsendes med e-mail til de kommunale ledere, som herefter skal videredistribuere linket til hjemmesygeplejerskerne i den respektive kommune. Ved at trykke på linket for at påbegynde undersøgelsen oprettes respondenter automatisk i SurveyXact.

En til to uger efter distribuering af spørgeskemaet gennem de kommunale ledere blev der af projektgruppen udsendt en påmindelse til disse med henblik på at opfordre de hjemmesygeplejersker, der af ukendte årsager endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet, til at foretage en besvarelse. Dette for at højne svarprocenten i undersøgelsen jævnfør Hansen et al. (88), der foreslår, at der udsendes en reminder for at opnå højest mulig

svarprocent.

Under rekrutteringen af hjemmesygeplejersker blev det tydeliggjort at deltagerne ville blive anonymiseret i projektet. Derudover blev hjemmesygeplejerskerne informeret om, at deres besvarelser ville blive destrueret efter endt eksamen i juni 2020.

5.2.3 Pilottest af spørgeskema

Før spørgeskemaundersøgelsen blev afviklet skulle spørgeskemaet pilottestes. Pilottesten havde til formål at afprøve, om spørgsmålene var forståelige, og om budskabet fremstod tydeligt (66). Derudover skulle det ligeledes testes, om spørgeskemaet i SurveyXact rent teknisk fungerede.

Tre medstuderende fra Klinisk Videnskab og Teknologi blev valgt som pilottestere, som udover feedback på indholdet ligeledes skulle afprøve varigheden af besvarelsen. Dette var med henblik på at kunne angive en troværdig tidsramme for besvarelse af spørgeskemaet, som skulle anvendes ved rekruttering af respondenter.

To ud af de tre pilottestere var sygeplejersker, og kunne derved yderligere give kvalificeret feedback på spørgeskemaets faglige indhold baseret på fagprofessionel viden.

5.2.4 Databehandling af spørgeskema

Spørgeskemaet blev sendt ud til 190 hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland.

Spørgeskemaundersøgelsen blev statistisk behandlet gennem grafer og procentvise udregninger med henblik på den videre analyse. De åbne spørgsmål, der udmundede i kvalitative svar fra respondenterne, blev opstillet i tabeller samt præsenteret i prosaform.

5.3 Ekspertinterview

Parallelt med card sorting og spørgeskemaundersøgelsen blev der udarbejdet og afviklet et ekspertinterview med to eksperter fra et tidligere videokonsultationsprojekt i Morsø Kommune.

5.3.1 Udvalgelse og rekruttering af informanter

Forinden udvælgelse af informanterne blev der opstillet en tabel med hidtil afviklede projekter omhandlende videokonsultation til borgere med DM i Danmark - se Afsnit 2.1. Ud fra denne liste blev det vurderet, at ingen af projekterne var direkte sammenlignelige med dette projekt, som har fokus på sårbare borgere med DM2, samt inddragelse af hjemmesygeplejersker i forbindelse med selve videokonsultationen i borgerens hjem. Derfor blev det valgt at fokusere på, hvilke erfaringer der var gjort ved afprøvningsprojektet fra Morsø Kommune, som omhandlede videokonsultation til borgere med DM.

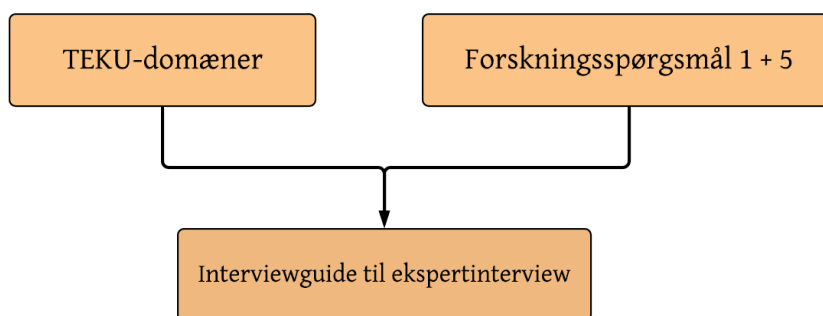
Af ovenstående årsager blev informanterne udvalgt på baggrund af deres arbejdsfunktion som henholdsvis projektleder og konsulent hos Digitalisering og IT i Region Nordjylland samt deres relation til afprøvningsprojektet i Morsø Kommune. De blev derfor vurderet at være eksperter vedrørende erfaringer fra projektet.

Projektlederen og konsulenten blev rekrutteret ved direkte henvendelse til dem pr. telefon og e-mail, og de ønskede begge at deltage i interviews. Grundet deres

nuværende arbejdssituation, som følge af COVID-19, ønskede de at deltage i et skriftligt computerstøttet interview pr. e-mail fremfor interview over Skype.

5.3.2 Udarbejdelse af interviewguide

I denne interviewguide tages der udgangspunkt i Forskningsspørgsmål 1 og 5 jævnfør Kapitel 3.2.1. Derudover placeres tilhørende TEKU domæner på hvert spørgsmål for at sikre TEKU's tilstedeværelse gennem interviewguiden - se Figur 5.6.



Figur 5.6: Udarbejdelse af interviewguide til ekspertinterview.

Udarbejdelsen af ekspertinterviewet foregik ved, at der med udgangspunkt i Forskningsspørgsmål 1 og 5 (se Kapitel 3.2.1), blev foretaget en brainstorm over hvilke spørgsmål, der fandtes relevante for at kunne besvare disse forskningsspørgsmål.

Efterfølgende blev spørgsmålene diskuteret internt i projektgruppen for at udvælge de spørgsmål, der skulle indgå i det ekspertinterview. For at sikre TEKU-domænerne eksistens og relevans i spørgsmålene blev de enkelte domæner placeret ved de spørgsmål, der repræsenterede dem - se eksempel fra interviewguiden i Tabel 5.3.

Forskningsspørgsmål	TEKU-domæner	Interviewspørgsmål
5) Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?	• T(Ny teknologi) • U(Udvikling af professionsfaglighed)	3) Hvordan er personalet og borgerne blevet oplært i brugen af teknologien? • Fungerede det? Hvis nej, hvorfor ikke?

Tabel 5.3: Udsnit af interviewguiden til ekspertinterview.

Det semistrukturerede ekspertinterview bestod af otte spørgsmål med få uddybende underspørgsmål. Spørgsmålene omhandler aktører samt målgruppen i projektet, deres erfaringer fra projektet, samt om der foreligger en skriftlig evaluering af projektet - se interviewguide i Bilag E.

Da ekspertinterviewet skulle foregå som et skriftligt computerstøttet interview, blev spørgsmålene opstillet i Microsoft Word, således at informanterne kunne besvare spørgsmålene skriftligt deri.

5.3.3 Afvikling af ekspertinterviewet

Ekspertinterviewet blev udført som et semistruktureret skriftligt computerstøttet interview.

Projektlederen og konsulenten fik tilsendt interviewspørgsmålene pr. e-mail, og den oprindelige plan var, at der skulle afvikles to individuelle ekspertinterviews, dog valgte projektlederen og konsulenten på eget initiativ at besvare spørgsmålene sammen, hvorefter de returnerede svarene til projektgruppens e-mail.

Det der ellers skulle foregå som to individuelle ekspertinterviews, blev dermed til et gruppeinterview. Gruppeinterviews kan have den fordel, at det er tidsbesparende for informanterne, samtidig med at informanterne kan inspirere hinanden under interviewet (66). Omvendt kan en ulempe ved gruppeinterviews være, at informanterne danner relationer, hvorfor svarene eksempelvis kan afspejle den ene informants mening, frem for begges meninger (66).

Projektgruppen gennemgik informanternes svar og udarbejdede opfølgende spørgsmål, som søgte en uddybelse af nogle svar. Ved opfølgende spørgsmål blev projektgruppen informeret om, at det var projektlederen, der skulle besvare disse, hvorfor de blev tilsendt vedkommende.

Projektlederen kontaktede på eget initiativ et projektgruppemedlem pr. telefon for at besvare de opfølgende spørgsmål. Dette telefoniske interview var ikke aftalt på forhånd, og det var derfor ikke muligt at optage interviewet på grund af den alternative interviewform. Der blev løbende under samtalen taget noter, som efterfølgende blev renskrevet og sorteret under de tilhørende spørgsmål i det dokument, som indeholdt det allerede eksisterende computerstøttet ekspertinterview.

Det renskrevne dokument blev tilsendt projektlederen med henblik på verificering af dokumentet og dermed vedkommendes besvarelse.

Projektlederen tilbagesendte efterfølgende samme dokument, hvori vedkommende havde knyttet få kommentarer og tilføjelser til sine tidligere svar. Tilføjelserne blev derefter skrevet ind i svarene i det renskrevne interview, så dette fik et naturligt og meningsfyldt læseflow uden at kompromittere informantens sagte eller skrevne ord - se Bilag F.

5.3.4 Behandling af indsamlede empiri fra ekspertinterview

Som beskrevet i Afsnit 4.3.6 tages der inspiration i Kvale & Brinkmann's (81) meningskondensering.

Under første trin blev hele interviewet gennemlæst med henblik på at danne en overordnet forståelse af interviewet. I trin to blev interviewet opdelt i meningsenheder under de to forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål, hvorefter tekststykker i trin tre blev opbrudt i mindre temaer. I fjerde trin blev tekststykkerne kondenseret til korte beskrivelser, hvori hovedbetydningen af det skrevne fremgik - se Bilag G samt eksempel på meningskondensering i Figur 5.7.

Efter kondensering af al tekst blev der i trin fem udarbejdet en deskriptiv prosaform, som præsenterede analyse og fund af ekspertinterviewet. Analysen blev opdelt i henholdsvis Forskningsspørgsmål 1 og 5.

Meningskondensering af ekspertinterview			
Forsknings-spørgsmål	Interviewspørgsmål	Informanternes udsagn	Meningskondensering
<i>Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?</i>	<i>Hvordan er personalet og borgerne blevet oplært i brugen af teknologien?</i>	De er introduceret for teknologien på et morgenmøde. Der har været en superbruger til at støtte dem og de har fået vejledningsmateriale. Det fungerede fint	Personalet er introduceret til videokonsultation på et morgenmøde. Der blev tilknyttet en superbruger, og så modtog personalet vejledningsmateriale om projektet.
	- <i>Fungerede det? Hvis nej, hvorfor ikke?</i>	Der blev lavet fodspor i lokalet, såkaldt wayfinding, så patienterne vidste hvor de skulle gå hen ved ankomst. Desuden var der en kommunikationsmedarbejder, der lavede vejledning til patienten i indkaldelsesbrevet. I dag fungerer det sådan, at patienten spørges om de vil deltage i videokonsultation ved deres næste ambulante kontrol. De får et brev om at de skal møde i videoambulatorie med tid og sted samt en vejledning.	Der blev anvendt wayfinding, som guidede patienterne ved ankomst. Patienterne modtog vejledningsmateriale i indkaldelsesbrevet. I dag bliver patienterne ved ambulante kontroller adspurgt om de næste gang ønsker at deltage via videokonsultation. Hvis ja, modtager de anvisninger i indkaldelsesbrevet.

Figur 5.7: Eksempel på meningskondensering af informanternes udsagn fra ekspertinterviewet

5.3.5 Projektafslutningsrapporter fra afprøvningsprojektet i Morsø Kommune

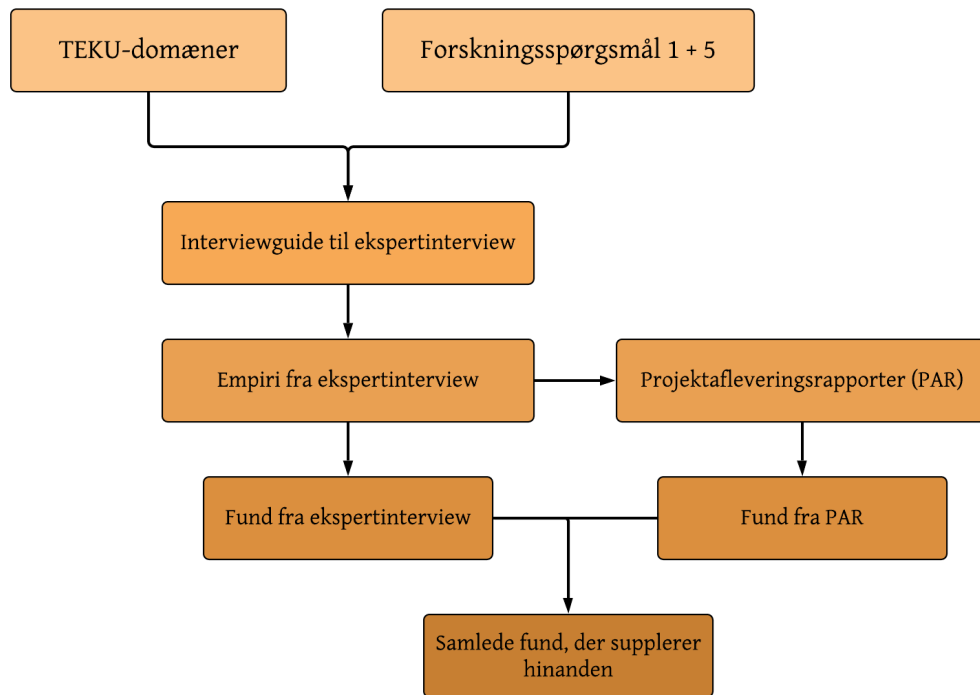
Under ekspertinterviewet blev projektgruppen gjort bekendt med to projektafslutningsrapporter (PAR), der blev udarbejdet som intern evaluering efter 1. og 2. rul af afprøvningsprojektet i Morsø Kommune (77). De to PAR blev på forespørgsel rekvireret fra en leder tilknyttet programmet "Nye Veje".

PAR anvendes som et arbejdsredskab for den tilknyttede projektgruppe for at evaluere på afprøvningsprojektets mål og arbejdsproces, og kan bibringe med vigtig viden omkring erfaringer om implementering, proces m.v. (77).

Erfaringerne fra PAR i forlængelse af ekspertinterviewet forventes at kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen relateret til incitament for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation samt værdifuld viden omkring implementeringsprocesser. Det blev derfor valgt, at PAR blev inkorporeret som en del af fund med ekspertinterviewet, da PAR kunne supplere med interessant viden under Forskningsspørgsmål 1 og 5, som interviewguiden udsprang af.

PAR er analyseret i to dele; en for hvert af de to forskningsspørgsmål. Således er PAR først gennemgået med Forskningsspørgsmål 1 in mente ved at finde de bestanddele i rapporterne, som belyser dette forskningsspørgsmål. Dernæst er samme proces foretaget med Forskningsspørgsmål 5.

Efter de relevante bestanddele i PAR er identificeret, blev analysen dernæst sammensat til prosaform tilhørende det respektive forskningsspørgsmål under ekspertinterviewets bidrag. I Figur 5.8 ses en illustration af anvendelsen af PAR i dette projekt.



Figur 5.8: *Illustration af hvordan PAR udspringer af ekspertinterview.*

Fund og resultater 6

I dette kapitel præsenteres projektets fund fra card sorting, resultater fra spørgeskemaundersøgelsen samt fund fra ekspertinterviewet.

6.1 Analyse af fund fra card sorting

I følgende afsnit vil analyse og fund fra projektets card sorting præsenteres. Fundene vil blive præsenteret ud fra Forskningsspørgsmål 1 - 4 (se Afsnit 3.2.1) som er tilknyttet card sortingen. Præsentationen udformes i prosaform med tilhørende tabeller, der viser deltagernes prioriteringer af udsagn. Til sidst under hvert forskningsspørgsmål vil der være en illustration over hovedfundene fra det respektive forskningsspørgsmål.

Projektets card sorting blev besvaret af fire ud af seks hjemmesygeplejersker fra Rebild Kommune. Deltagernes besvarelser præsenteres i prioriteret rækkefølge i tabellerne gennemgående i dette afsnit. Kort der af flere deltagere var 1. prioritet blev sat øverst i tabellen, mens prioriteringer lavere end 1. dernæst blev oplistet afhængigt af nummer på prioritering, samt hvor mange deltagere der havde valgt netop dette kort. Af ukendte årsager har ID 3 kun anvendt ét kort til hvert tema, og ID 1 har ikke valgt nogen kort i tema 6.

6.1.1 Forskningsspørgsmål 1 - Incitament

Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

De fire deltagere i card sortingen har ud fra de prædefinerede kort prioriteret deres generelle holdning til videokonsultation på tværs af sektorerne. Deltagerne prioriterer otte ud af 14 udsagn, og ingen har valgt at udforme kort med egne udsagn - se Tabel 6.1. Deltagerne vægter generelt set deres prioriteringer forskelligt; dog er der seks udsagn, som prioriteres af to til tre deltagere.

Det højest prioriterede udsagn blandt deltagerne er, at tværsektoriel videokonsultation giver nye muligheder. To har valgt dette udsagn som 1. prioritet, mens det er den tredje deltagers 4. prioritet.

Andre 1. prioriteter omhandler, at tværsektoriel videokonsultation skaber et bedre borgerforløb samt forbedrer kvaliteten af behandlingen. En anden deltager har dog valgt "Skaber bedre borgerforløb" som den mindste prioritet.

Tre deltagere mener, at videokonsultation på tværs af sektorerne er med til at styrke det tværfaglige samarbejde, og en enkelt af disse mener også, dog som dennes laveste prioritet, at det kan være et tidsbesparende element.

Tværsektoriel videokonsultation anses af to deltagere som et innovativt tiltag. Dog spores der også bekymringer hos en af disse samt en anden deltager, som mener, at tværsektoriel

videokonsultation vil skabe nye udfordringer samt være teknisk udfordrende. Deltagernes prioriterede kort afspejler en positiv vægtning til trods for, at kortet "Positiv" ikke er valgt. Dette kan skyldes, at det for deltagerne blev prioriteret at anvende kort med konkrete udsagn, der for dem er positive.

**1) Hvad er din generelle holdning til videokonsultation
på tværs af sektorerne?**

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Giver nye muligheder	1	1		4
Skaber bedre borgerforløb		6	2	1
Forbedrer kvaliteten af behandlingen			1	
Styrker det tværfaglige samarbejde	3	2		2
Giver nye udfordringer	2	5		
Teknisk udfordring	4	3		
Innovativt		4		3
Tidsbesparende	5			
Besværligt				
Forringer det tværfaglige samarbejde				
Positiv				
Negativ				
Neutral				
Tidskrævende				
Forringer kvaliteten af behandlingen				

Tabel 6.1: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 1 i card sorting. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

I card sortingen bliver deltagerne spurgt ind til, hvilke årsager de mener kan være grunden til, at nogle sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer i diabetesambulatoriet. Til dette prioriterer deltagerne samlet syv ud af de 14 mulige udsagn - se Tabel 6.2.

To ud af fire 1. prioriteter omhandler, at DM2 ikke fylder meget i borgerens liv, og at det er derfor, de udebliver fra konsultation i ambulatoriet. Samlet set har tre deltagere valgt at prioritere dette udsagn, hvor den ene deltager har sat kortet som en 4. prioritet.

Deltagerne er alle enige om, at manglende egenomsorg kan være en grund til, at borgeren udebliver, mens en enkelt udtrykker som 5. prioritet, at det også kan være fordi, det er besværligt at møde op i diabetesambulatoriet. Tre deltagere mener, at manglende overskud kan være en årsag, og to af disse anser også psykisk sygdom som en mulig årsag.

Geografisk distance fremhæves af to deltagere, hvoraf én af disse også mener, at andre sygdomme prioriteres højere end vedkommendes DM2. Ovenstående vidner om, at målgruppen af borgere kan have flere problematikker, der kan overskygge deres DM2 samtidigt med, at geografisk distance kan medvirke til, at det bliver uoverskueligt at komme til og fra konsultationen.

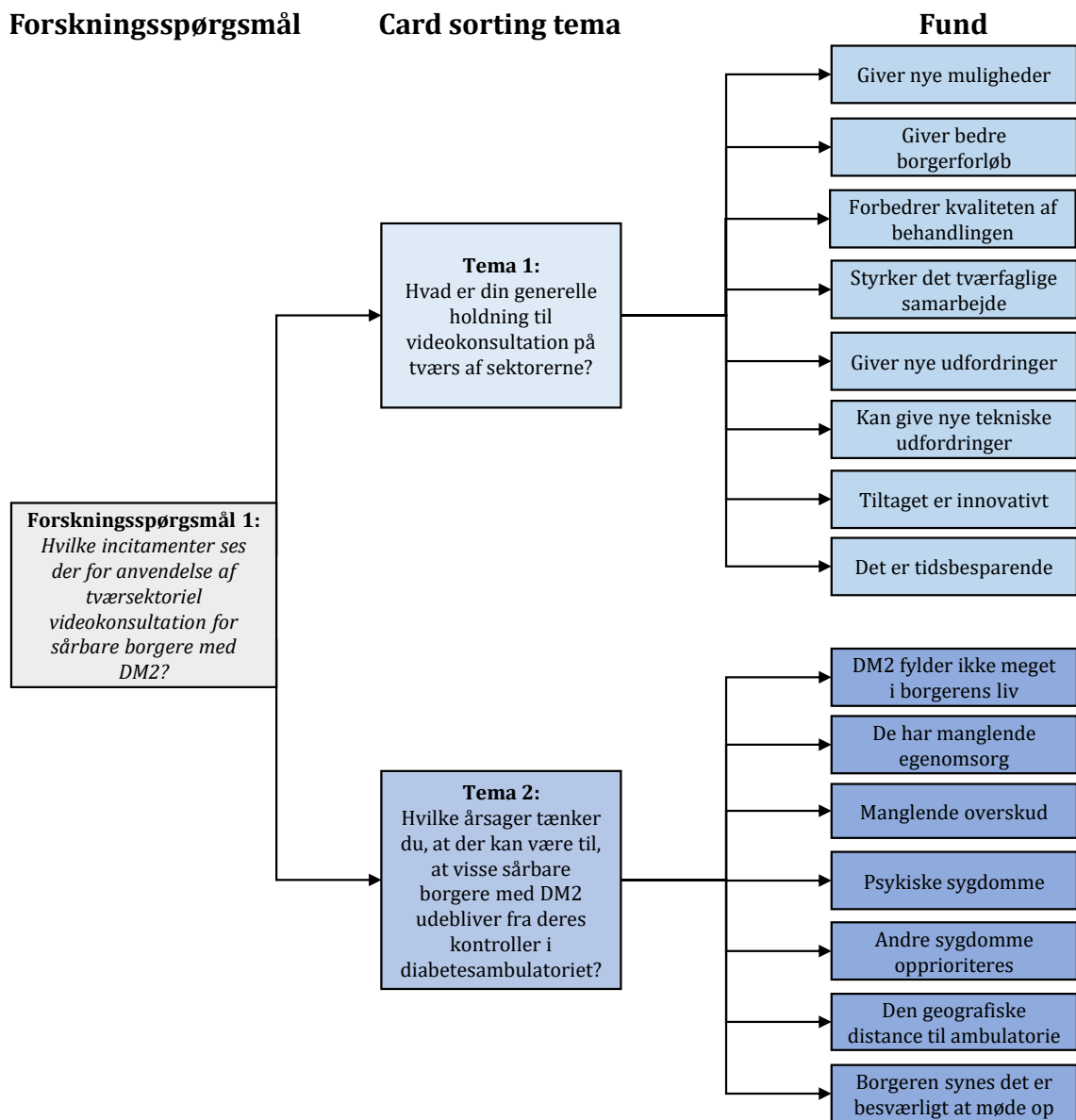
2) Hvilke årsager tænker du, at der kan være til, at visse sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres kontroller i diabetesambulatoriet?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
DM2 fylder ikke meget i deres liv	4	1		1
Manglende egenomsorg	2	5	1	4
Manglende overskud	1	6		3
Psykisk sygdom		3		2
Andre sygdomme opprioriteres		2		
Geografisk distance	3	4		
Besværligt	5			
Manglende netværk				
Har mistet sit kørekort				
Komorbiditeter				
Tjekker ikke post				
Glemsomhed				
Fysisk hæmmet				
Dovenskab				

Tabel 6.2: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 2 i card sorting. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

Hovedfund til Forskningsspørgsmål 1

I Figur 6.1 ses en oversigt over fundene til besvarelse af Forskningsspørgsmål 1. I figuren er det fremhævet, hvilke spørgsmål fra card sorting, som fundene tager udgangspunkt i.



Figur 6.1: Fund til besvarelse af Forskningsspørgsmål 1. Besvarelsene er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

6.1.2 Forskningsspørgsmål 2 - Barrierer

Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Deltagerne blev i card sortingen bedt om at prioritere både de muligheder og udfordringer, de kan se ved at anvende tværsektoriel videokonsultation som alternativ til de fysiske ambulante konsultationer. Her vil udfordringerne blive præsenteret, mens de muligheder deltagerne ser bliver præsenteret i Afsnit 6.1.3.

Ud fra projektets card sorting fremgår det, at deltagerne ikke vægter udfordringerne tungest ved at anvende videokonsultation som alternativ til fysiske konsultationer i ambulatoriet. Kun ét prædefineret udsagn vælges af to deltagere; "Teknisk udfordring" kan være en udfordring, der mødes ved anvendelse af videokonsultation som alternativ til fysiske ambulante konsultationer. Én deltager har af ukendte årsager ikke prioriteret kort med ulemper - se Tabel 6.3.

Én deltager udformede to selvskrevne kort med udsagnene "Distance mellem borger og sygeplejerske" som 1. prioritet samt "Relationsarbejde" som 2. prioritet; de selvskrevne udsagn kan betyde, at det for denne deltager er essentielt med en god relation mellem borger og hjemmesygeplejerske, samt at det kan være bekymrende, hvis denne relation påvirkes negativt som følge af videokonsultation.

3) Hvilke muligheder og ulemper kan du som sygeplejerske se ved videokonsultation for sårbare borgere med DM2 som alternativ til fysiske ambulante kontroller?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Teknisk udfordring	1 (U)	1 (U)		
Distance mellem borger og sygeplejerske				1 (U)
Relationsarbejde				2 (U)
Styrker det tværfaglige samarbejde	2 (M)	1 (M)		2(M)
Reduceret risiko for senkomplikationer		3 (M)	1 (M)	
Ændrede arbejdsgange	1 (M)			
Forbedret glykæmisk kontrol				1(M)
Compliance	3 (M)	2 (M)		
Skaber bedre borgerforløb		4 (M)		
Øget livskvalitet		5 (M)		
Arbejdsbelastning				
Forringet glykæmisk kontrol				
Giver borgeren tryghed				
Ændret kommunikationsform til sekundær sektor				
Tidsbesparende				
Tidskrævende				
Forbedrer kvaliteten af behandlingen				
Forringer kvaliteten af behandlingen				

Tabel 6.3: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 3 i card sorting - bemærk at både muligheder (M) og ulemper (U) indgår i denne Tabel. Udsagn skrevet med rød, er selvskrevet udsagn fra deltagerne. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

I forbindelse med at deltagerne spørges ind til, hvilke udfordringer de forestiller sig, at den sårbare borger med DM2 kan se ved anvendelse af videokonsultation, er der valgt otte ud af 13 mulige prædefinerede udsagn - se Tabel 6.4.

Deltagerne anser flere af de prædefinerede udsagn som udfordringer set fra borgerens perspektiv. Tre af deltagerne er enige om, at manglende overskud kan være en udfordring, hvoraf to har valgt dette udsagn som 1. prioritet og den tredje har valgt udsagnet som

2. prioritet. Kun én enkelt deltager udtrykker, at den sårbare borger med DM2 kan være bekymret for behandlingsresultatet fra videokonsultationen.

En deltager forestiller sig som udfordring, at den sårbare borger kan se fysiske og/eller tekniske forsinkelser, samt at det kan være svært at overholde aftaler. Halvdelen af deltagerne mener som 2. og 4. prioritet, at psykiske sygdomme kan være en udfordring. To deltagere mener, at den sårbare borger muligvis ikke ønsker besøg af en hjemmesygeplejerske i hjemmet, men det er den ene deltagers laveste prioritet imens den anden deltager har valgt kortet som en 4. prioritet.

En enkelt deltager har som 1. prioritet valgt "Manglende tillid til personale", og har derudover som 3. prioritet valgt, at videokonsultation kan være en teknisk svær løsning. Ligeledes fremhæver én deltager som laveste prioritet "Ligegyldighed" som en udfordring for videokonsultation, hvilket kan skyldes, at det kan være svært at motivere borgeren til at deltage, hvis denne opfatter sin sygdom som ligegyldig.

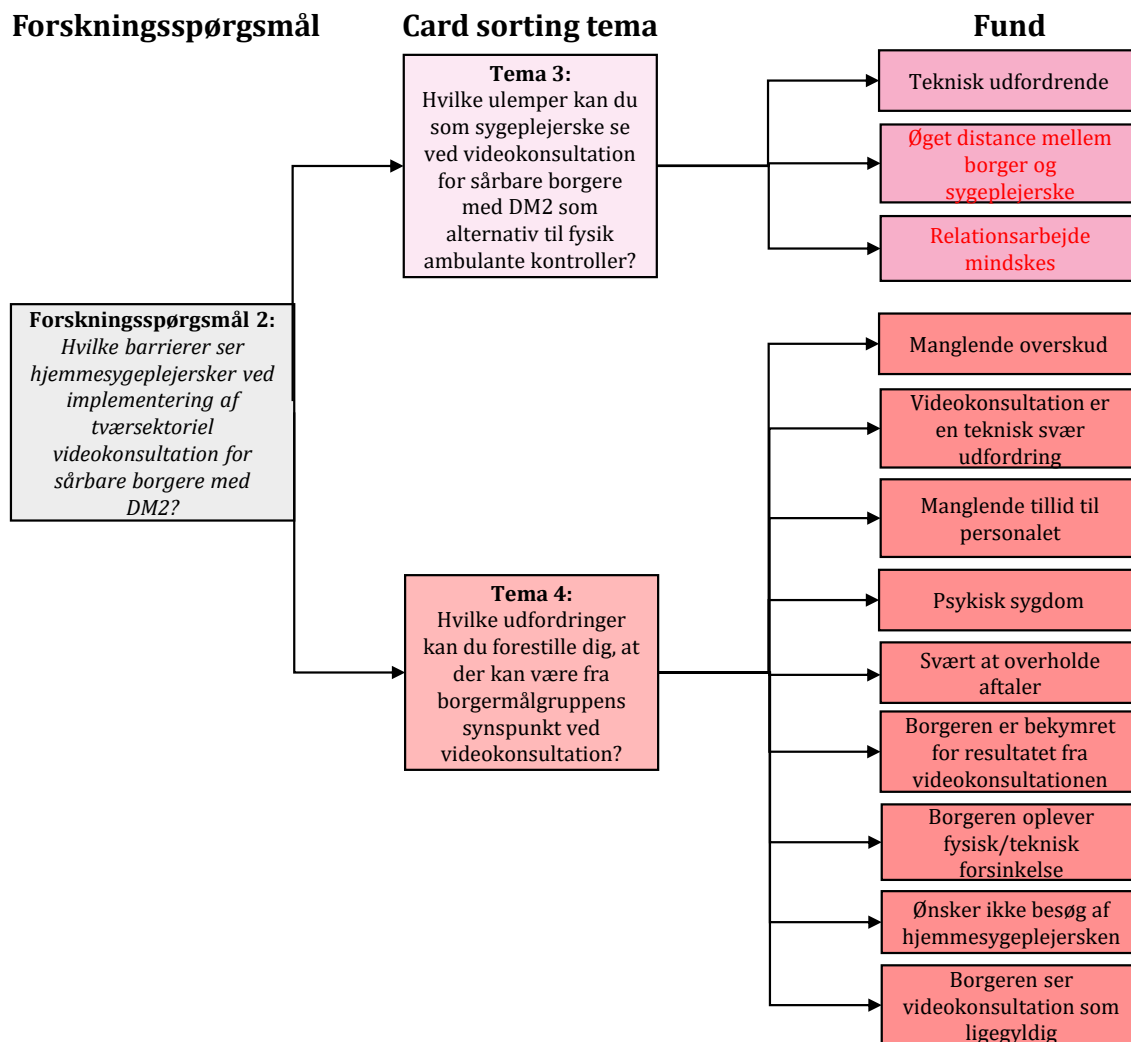
4) Hvilke udfordringer kan du forestille dig, at der kan være fra borgermålgruppens synspunkt ved videokonsultation?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Manglende overskud	2	1	1	
Teknisk svært	3			1
Manglende tillid til personale	1			
Psykisk sygdom	4	2		
Svært ved at overholde aftaler				2
Bekymret for resultatet fra videokonsultation		3		
Fysiske og/eller tekniske forsinkelser				3
Vil ikke have besøg af hjemmesygeplejerske i hjemmet	5	4		
Ligegyldighed		5		
Besværligt				
Mistro over for teknologi				
Forandret hverdag				
Tidskrævende				

Tabel 6.4: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 4 i card sorting. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

Hovedfund til Forskningsspørgsmål 2

I Figur 6.2 ses en oversigt over fundene til besvarelse af Forskningsspørgsmål 2. I figuren er det fremhævet, hvilke spørgsmål fra card sorting, som fundene tager udgangspunkt i.



Figur 6.2: Fund til besvarelse af Forskingsspørgsmål 2. Besvarelsene er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

6.1.3 Forskingsspørgsmål 3 - Muligheder

Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Deltagerne fremhæver samlet set syv udsagn, som de mener dækker de muligheder videokonsultation som alternativ til fysiske konsultationer giver - se Tabel 6.3.

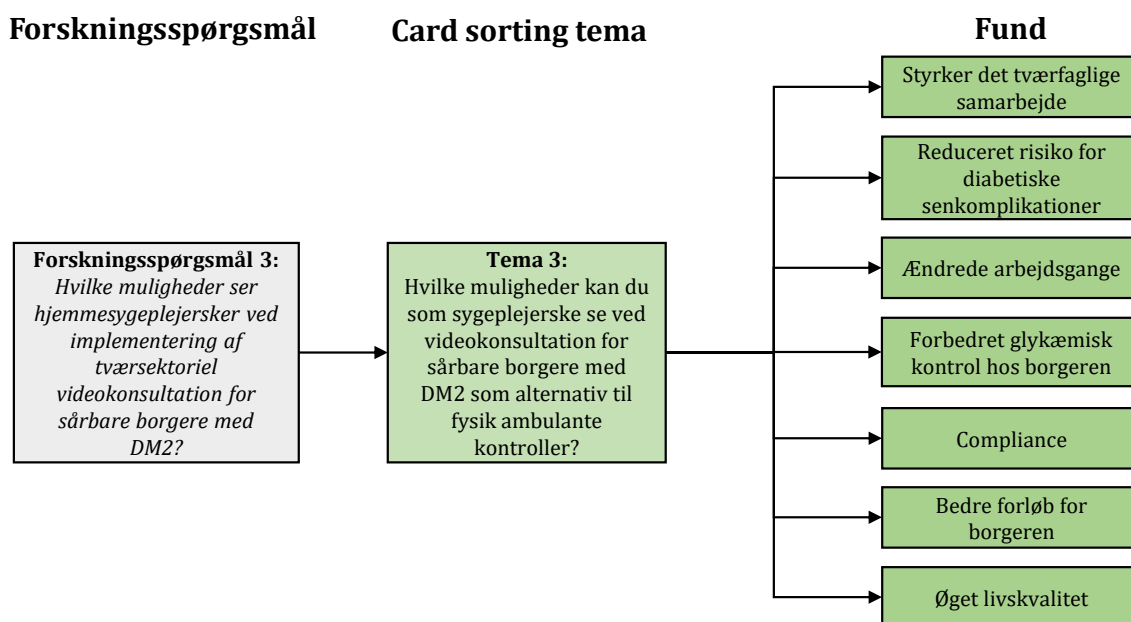
Højest i deltagerne prioriteringer ses udsagnet "Styrker det tværfaglige samarbejde", hvilket tre af deltagerne har valgt som henholdsvis 1. og 2. prioritering. Andre udsagn der fået 1. prioriteringer er: "Ændrede arbejdsgange", "Forbedret glykæmisk kontrol hos den sårbare borger med DM2" samt "Reduceret risiko for senkomplikationer". To deltagere ser muligheder i, at tværsektoriel videokonsultation kan forbedre compliance, og én af disse mener også, som 5. prioritet, at borgerens livskvalitet kan øges.

Der er i alt to deltagere som fremhæver muligheden i, at tværsektoriel videokonsultation kan være med til at reducere risici for at udvikle senkomplikationer, hvoraf én af deltagerne har valgt kortet som 1. prioritet. Én af disse deltagere mener også, at tværsektoriel videokonsultation kan være med til at skabe et bedre forløb for borgeren.

Ovenstående vidner om, at deltagerne ser flere potentielle muligheder ved videokonsultation, hvilket afspejler en positiv tilgang til videokonsultation som alternativ til ambulante konsultationer. Deltagerne har ikke valgt kortet "Forbedrer kvaliteten af behandlingen", men deres valgte kort kan være mulige aspekter der medvirker til at forbedre kvaliteten af behandlingen.

Hovedfund til Forskningsspørgsmål 3

I Figur 6.3 ses en oversigt over fundene til besvarelse af Forskningsspørgsmål 3. I figuren er det fremhævet, hvilke spørgsmål fra card sorting, som fundene tager udgangspunkt i.



Figur 6.3: Fund til besvarelse af Forskningsspørgsmål 3. Besvarelsene er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

6.1.4 Forskningsspørgsmål 4 - Implementeringsønsker

Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?

Deltagerne har sammenlagt vægtet seks ud af 11 prædefinerede udsagn som vigtige i forhold til brugen af en app til tværsektoriel videokonsultation - se Tabel 6.5. Der er bred enighed i, at brugervenlighed vægtes vigtig i forbindelse med brugen af en app, hvoraf to af deltagerne har valgt kortet som 1. prioritet.

Ligeledes mener tre deltagere, at driftssikkerhed også er væsentlig, når der skal anvendes en app. Deltagerne har med deres 3. og 4. prioriteter en blandet tilgang til, hvad der vægtes vigtigt. Nogle vægter teknisk support vigtig, mens en enkelt mener, at app'en skal være nem at anvende. Én deltager mener, at app'en skal være hurtig at tilgå, mens en anden deltager fremhæver det vigtige i, at app'en kan tilgås fra telefon, tablet og PC. Besvarelsene viser,

at det er forskelligt hvad de enkelte deltagere finder vigtigt i forhold til brugen af en app, hvilket kan afhænge af den enkeltes tekniske forudsætninger.

5) Hvad vægter du vigtigst i forhold til brugen af en app (applikation) til videokonsultation i den givne kontekst?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Brugervenlighed	2	1	1	2
Driftssikkerhed	3	2		1
Nem at anvende	1			
Teknisk support		4		3
Hurtig at tilgå		3		
Kan tilgås fra telefon, tablet og PC	4			
Minimalistisk design				
Mange muligheder				
Tilknyttet skriftlig kommunikation				
Kompatibel med EPJ/EOJ				
Giver mulighed for dokumentation				

Tabel 6.5: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 5 i card sorting. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

Tre ud af fire deltagere har udvalgt prioriteringer i forhold til, hvordan de kunne tænke sig at blive inddraget i forbindelse med implementering af tværsektoriel videokonsultation. Disse tre har sammenlagt fokuseret på fire ud af 11 mulige udsagn - se Tabel 6.6. I forbindelse med hvordan deltagerne ønsker at blive inddraget i implementeringen af tværsektoriel videokonsultation, fremhæver to deltagere workshop og sidemandsoplæring. En af disse to ønsker også en løbende evaluering, mens en tredje deltager gerne vil have et E-learning kursus.

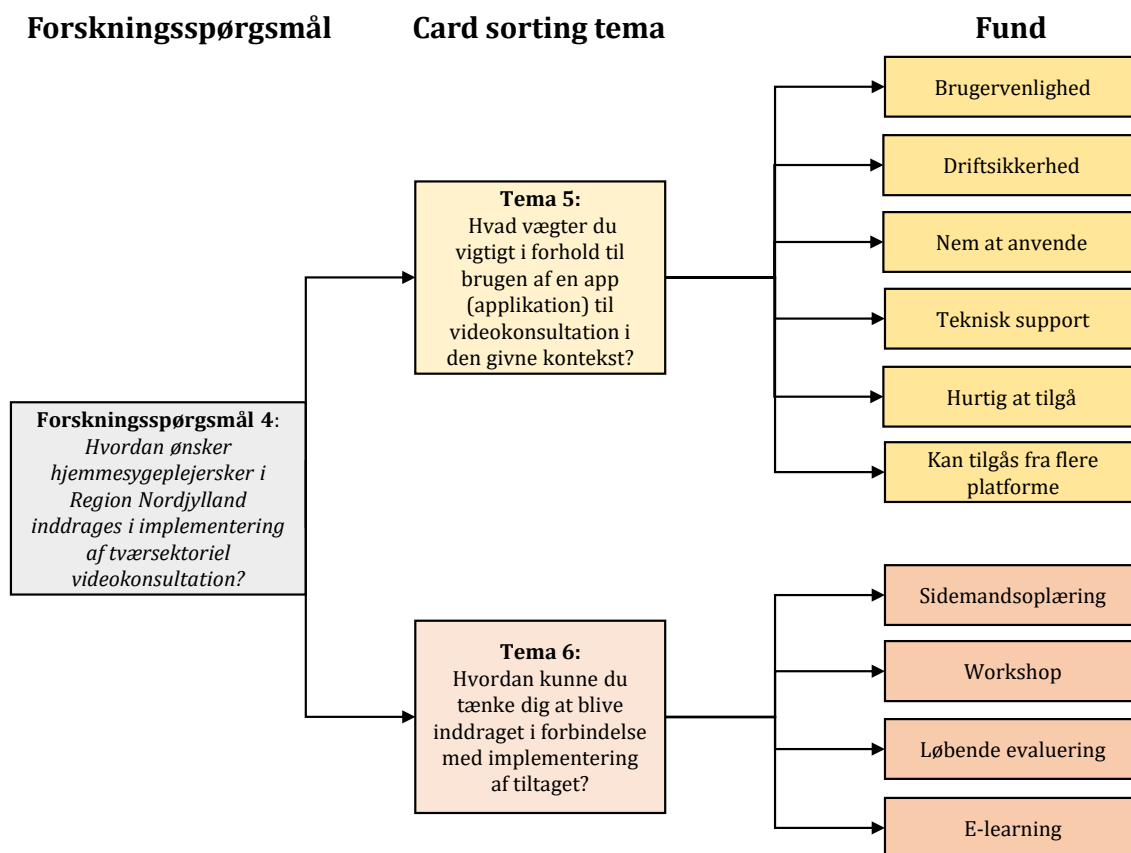
6) Hvordan kunne du tænke dig at blive inddraget i forbindelse med implementeringen af tiltaget?

	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4
Sidemandsoplæring		1		2
Workshop		3		1
E-learning			1	
Løbende evaluering		2		
Superbruger(e)				
Beslutningsmedinddragelse				
Ekstra tid afsat til afprøvning				
Ingen af delene				
Kurser/uddannelse				
Medindflydelse				
Learning by doing				

Tabel 6.6: Tabeloversigt over besvarelser i Tema 6 i card sorting. ID 1 besvarede af ukendte årsager ikke dette tema. Besvarelserne er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

Hovedfund til Forskningsspørgsmål 4

I Figur 6.4 ses en oversigt over fundene til besvarelse af Forskningsspørgsmål 4. I figuren er det fremhævet, hvilke spørgsmål fra card sorting, som fundene tager udgangspunkt i.



Figur 6.4: Fund til besvarelse af Forskningsspørgsmål 4. Besvarelsene er oplistet i prioriteret rækkefølge fra toppen.

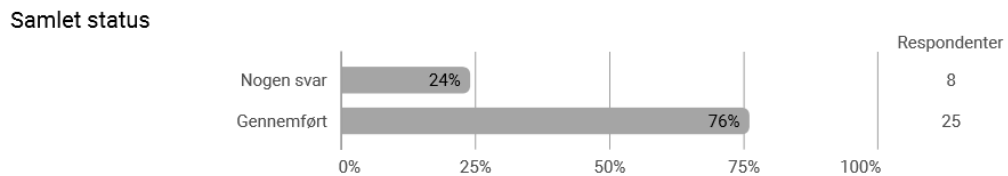
6.2 Analyse af resultater fra spørgeskemaundersøgelse

I følgende afsnit analyseres spørgeskemaundersøgelsens resultater ud fra projektets forskningsspørgsmål. Præsentationen udformes i prosaform, statistiske grafer og tabeller illustrerer besvarelsene. Til sidst under hvert forskningsspørgsmål vil der være en illustration over hovedresultaterne fra det respektive forskningsspørgsmål.

Demografisk fremstilling af respondenterne

Respondenterne repræsenterer fire kommuner ud af 11 mulige i Region Nordjylland, som illustreret i Figur 5.5 i Afsnit 5.2.2. Den totale svarprocent var 13,2 % med 25 respondenter ud af 190 mulige.

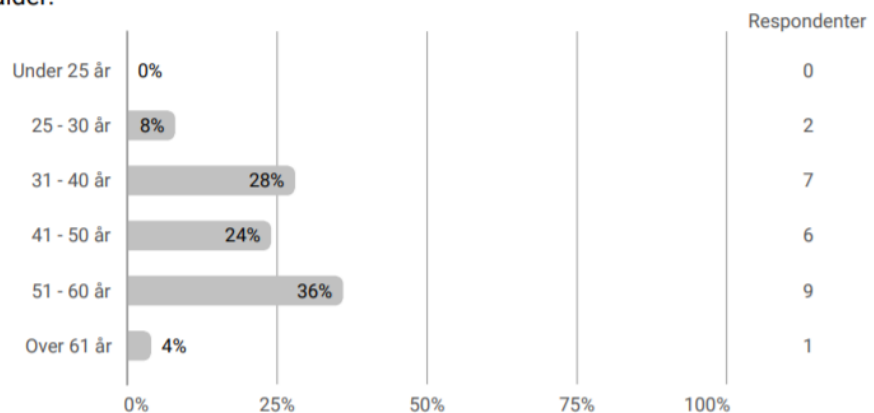
Otte respondenter afsluttede af ukendte årsager undersøgelsen før tid, hvorfor ikke alle spørgsmål er besvaret af samtlige respondenter - se Figur 6.5. De uafsluttede besvarelser udgjorde 24,2 % (n=8) af de samlede besvarelser, og er i analysen af resultaterne frasortet.



Figur 6.5: Procentvis fordeling af henholdsvis "Nogen svar" kontra "Gennemført" i spørgeskemaundersøgelsen.

Respondenterne repræsenterer hjemmesygeplejersker i alderen 25 - 61+ år. Majoriteten af respondenterne er fordelt fra 31 - 60 år ($n=22 \sim 88\%$), hvoraf aldersspændet mellem 51 - 60 år udgør 36 % ($n=9$) af respondenterne - se Figur 6.6.

2) Angiv venligst din alder:



Figur 6.6: Respondenternes aldersspænd.

Alle respondenter har erfaring med at arbejde med henholdsvis borgere samt sårbare borgere med DM2. I Tabel 6.7 ses det, at majoriteten har mere end 10 års erfaring med borgere med DM2. De mange års erfaringer afspejler, at respondenterne har et godt kendskab til målgruppen og dermed et solidt erfaringsgrundlag at bidrage med i spørgeskemaundersøgelsen.

	0-5 år	6-10 år	11-15 år	16-20 år	21-25 år	> 25 år
Antal år arbejdet med borgere med DM2	20 % (5)	16 % (4)	16 % (4)	20 % (5)	12 % (3)	16 % (4)
Antal år arbejdet med <i>sårbare</i> borgere med DM2	24 % (6)	20 % (5)	16 % (4)	20 % (5)	12 % (3)	8 % (2)

Tabel 6.7: Respondenternes erfaring med borgere med DM2 samt sårbare borgere med DM2.

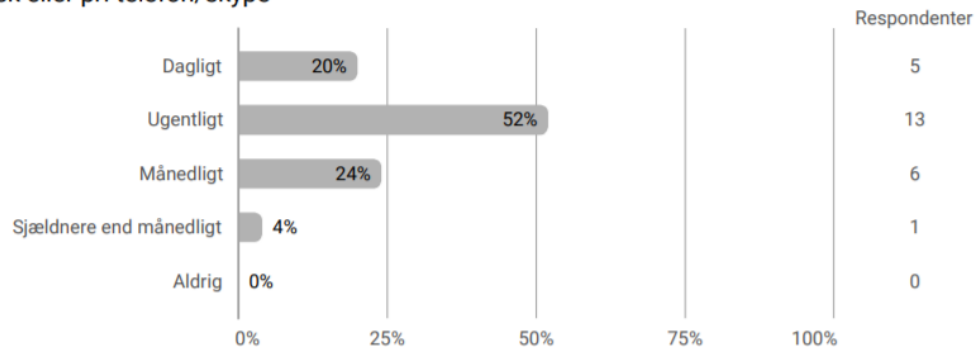
Respondenternes erfaringer med sårbare borgere med DM2 tydeliggøres også i Figur 6.7, hvor det ses, at samtlige respondenter har kontakt til sårbare borgere med DM2 i deres arbejde; nogen i mere grad end andre. 20 % ($n=5$) af respondenterne har daglig kontakt

med sårbare borgere med DM2, mens andre har henholdsvis ugentlig ($n=13 \sim 52\%$) og månedlig ($n=6 \sim 24\%$) kontakt til målgruppen.

Majoriteten af respondenterne har dermed som minimum månedlig kontakt. Det fremgår dog ikke i figuren, hvilke sygeplejeopgaver der udføres i forbindelse med disse kontakter. Det kan betyde, at respondenternes besvarelser afspejler en reel klinisk praksis baseret på kendskabet til og kontakten med sårbare borgere med DM2.

5) Hvor ofte har du kontakt med sårbare borgere med diabetes type-2 i din arbejdsdag?

- Enten fysisk eller pr. telefon/skype



Figur 6.7: Respondenternes kontakt med sårbare borgere med DM2

6.2.1 Forskningsspørgsmål 1 - Incitament

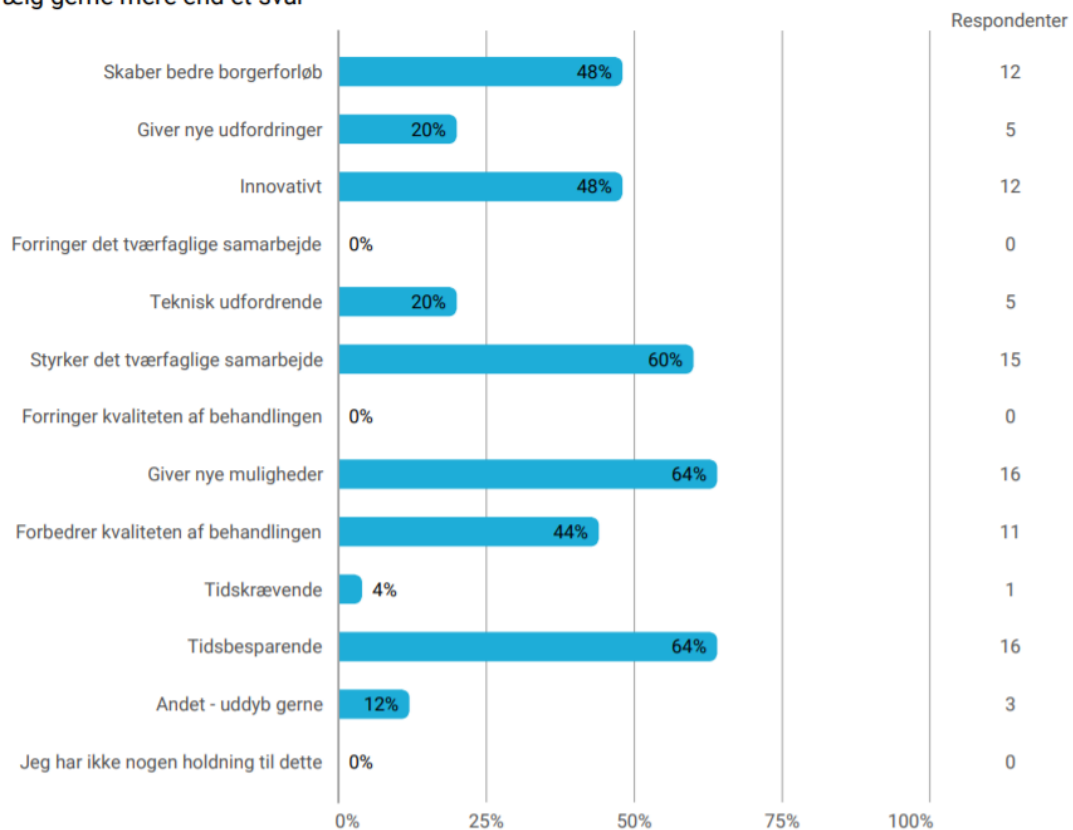
Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at respondenterne overvejende er positive over for videokonsultation. Især fremhæves det i undersøgelsen, at videokonsultation kan styrke det tværfaglige samarbejde ($n=15 \sim 60\%$), give nye muligheder ($n=16 \sim 64\%$) samt kan være tidsbesparende ($n=16 \sim 64\%$) - se Spørgsmål 6 i Figur 6.8.

Derudover ses det i Spørgsmål 6 i spørgeskemaet, at ingen af respondenterne mener, at videokonsultation kan forringe det tværfaglige samarbejde eller kvaliteten af behandlingen. Det kan altså tyde på, at videokonsultation ifølge respondenterne er overvejende positivt, og dermed kan være et redskab, der kan styrke det tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer.

6) Hvad er din generelle holdning til videokonsultation?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.8: Respondenternes generelle holdning til videokonsultation.

Tre af respondenterne havde yderligere kommentarer til Spørgsmål 6. Én af respondenterne svarer, at videokonsultation kan være tidskrævende, hvis teknikken ikke fungerer optimalt. Det understøtter en anden respondent der svarer, at videokonsultation kan være tidskrævende for hjemmesygeplejersken. Dog svarer denne respondent ligeledes, at videokonsultation både kan være en økonomisk samfundsmæssig fordel samt tidsbesparende for borgerne. Ligeledes kan videokonsultation give "svage borgere" nye muligheder for at passe deres ambulante konsultationer.

"Andet - uddyb gerne" svar fra respondenter
"Tidskrævende, hvis det tekniske udstyr ikke fungerer optimalt."
"Kan være tidskrævende for hjemmesygeplejersken, men tidsbesparende for borgeren og økonomisk besparende for samfundet. Giver bedre muligheder for svage borgere, som har svært ved at overskue transport til og tid i ambulatoriet."
"Har ikke arbejdet så meget med videokonsultation."

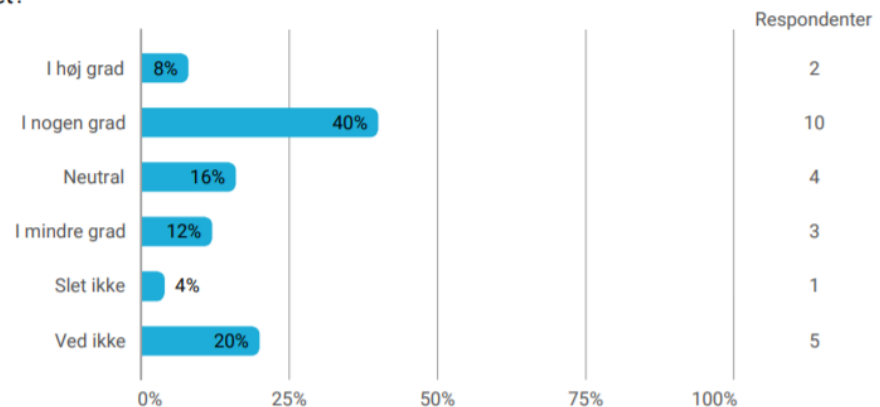
Tabel 6.8: Respondenternes kommentarer til spørgsmål 6.

Førnævnte kommentar om, at "svage borgere", som benævnt af den pågældende respondent, kan have svært ved at overskue transport til og tid i ambulatoriet understøttes overvejende af svarene i Spørgsmål 7. Her tilkendegiver 48 % (n=12) af respondenterne,

at de i høj- eller nogen grad oplever, at sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres ambulante konsultationer. Dog mener samlet 16 % (n=4) på den anden side, at de ikke oplever, at målgruppen udebliver. Fordelingen af svarene på Spørgsmål 7 kan ses i Figur 6.9.

Det kan altså tyde på, at problematikken med udeblivelser fra ambulatoriet, som det erfares fra sårbare borgere i Rebild Kommune, kan være et generelt problem i Region Nordjylland med forbehold for repræsentativiteten af respondenterne.

7) Oplever du, at sårbare borgere med type-2 diabetes udebliver fra deres konsultationer inde på diabetesambulatoriet?



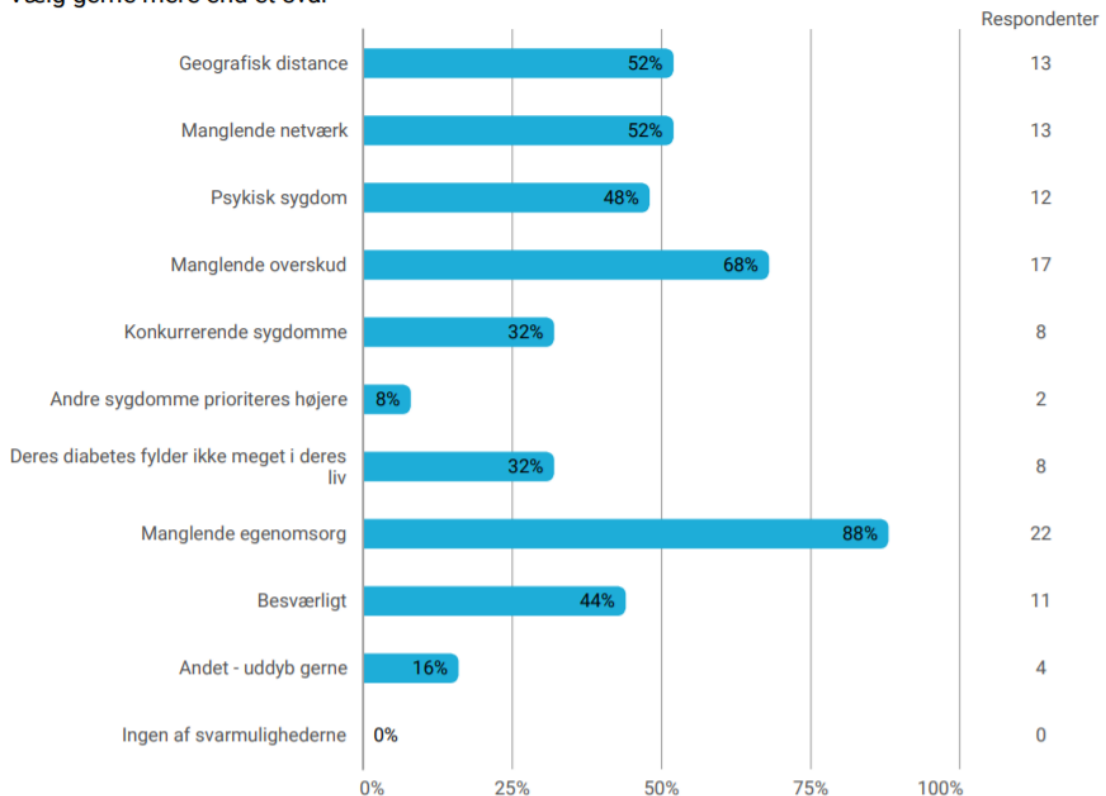
Figur 6.9: Respondenternes erfaring med udeblivelser fra ambulatoriet hos sårbare borgere med DM2.

Med hensyn til årsager til udeblivelser fra ambulatoriet er fire af svarmulighederne fra Spørgsmål 8 valgt af mindst 50 % (n≥13) af respondenterne; "Manglende egenomsorg", "Manglende overskud", "Manglende netværk" samt "Geografisk distance". 88 % (n=22) af respondenterne mener, at en årsag kan være manglende egenomsorg, hvilket vidner om, at målgruppen i overvejende grad mangler egenomsorg. Derudover mener 68 % (n=17), at en årsag kan være manglende overskud som det fremkommer i Figur 6.10. Dog fremgår det ikke, om den manglende egenomsorg er direkte relateret til DM2, eller om det afspejler borgerens generelle livssituation.

Ud fra besvarelserne i Spørgsmål 8 kan det tyde på, at målgruppen spænder bredt og indbefatter flere aspekter i borgerens liv, herunder borgerens psyke. Det understøttes af en af de uddybede kommentarer fra en respondent der svarer, at en årsag kan være, at borgerne ikke kan overskue at tage ind på diabetesambulatoriet enten grundet manglende overskud eller fordi det for borgeren kan være angstprovokerende. En anden respondent svarer tilsluttende, at udeblivelser kan skyldes manglende compliance, hvilket igen kan forårsages af flere af de valgte svarmuligheder, eksempelvis psyken.

8) Hvilke årsager tænker du at der kan være til, at visse sårbare borgere med type-2 diabetes udebliver fra konsultation i diabetesambulatoriet?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.10: Årsager til udeblivelser fra diabetesambulatoriet.

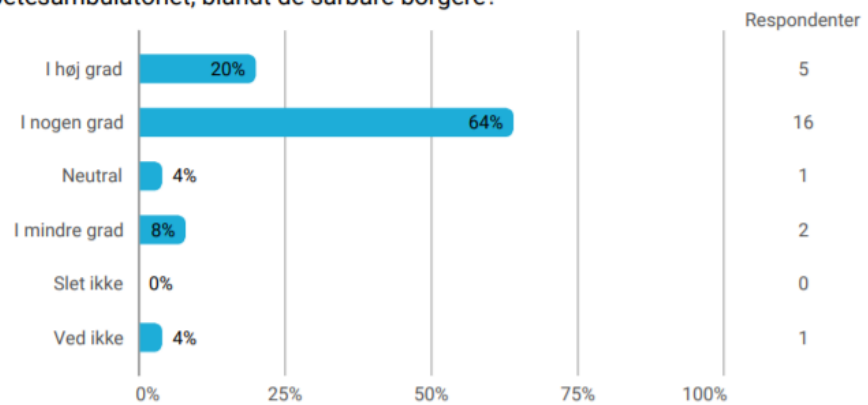
"Andet - uddyb gerne" svar fra respondenter
"Misbrug."
"Kan ikke overskue at tage afsted til sygehus. For mange en stor overvindelse at tage til Aalborg, og nogle synes, det er spild af ressourcer og angst."
"Manglende compliance på grund af det nævnte."
"Ved ikke."

Tabel 6.9: Respondenternes kommentarer til spørgsmål 8.

I forlængelse af spørgsmålet om årsager til udeblivelser fra ambulatoriet blev respondenterne adspurgt, hvorvidt de troede, at implementering af tværsektoriel videokonsultation kunne imødegå problematikken med udeblivelser. Til dette svarer 84 % (n=21), at tværsektoriel videokonsultation i høj- eller nogen grad vil kunne afhjælpe disse udeblivelser. I den anden ende af skalaen mener 8 % (n=2) dog i mindre grad, at tværsektoriel videokonsultation kan være en løsning - se Figur 6.11.

Det tyder altså på, at en implementering af tværsektoriel videokonsultation ifølge respondenterne i overvejende grad vil kunne imødegå problematikken med ambulante udeblivelser.

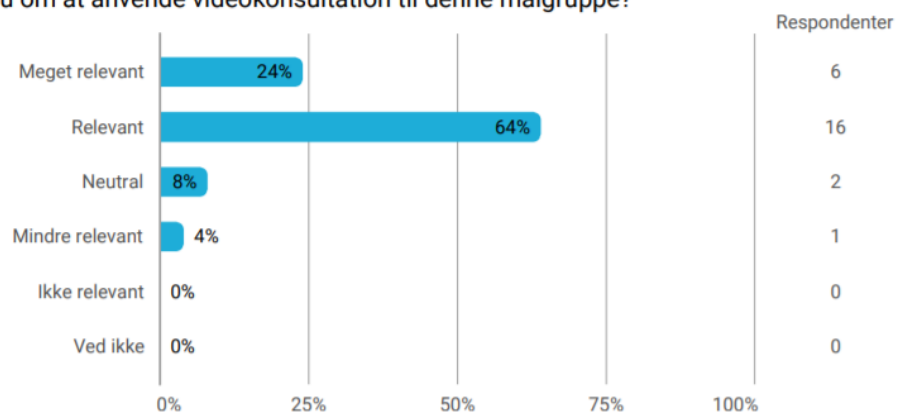
9) Tror du, at implementering af tværsektoriel videokonsultation vil kunne afhjælpe på udeblivelserne i diabetesambulatoriet, blandt de sårbare borgere?



Figur 6.11: Tværsektoriel videokonsultation som løsning på ambulante udeblivelser.

I spørgeskemaundersøgelsen blev respondenterne adspurgt om deres tanker i forhold til at anvende videokonsultation til sårbare borgere med DM2. Hertil mener respondenterne overvejende, at videokonsultation enten er relevant eller meget relevant til målgruppen - se Figur 6.12. Besvarelsene afspejler en erfaringsbaseret relevans for implementering af videokonsultation i en kontekst med de sårbare borgere med DM2.

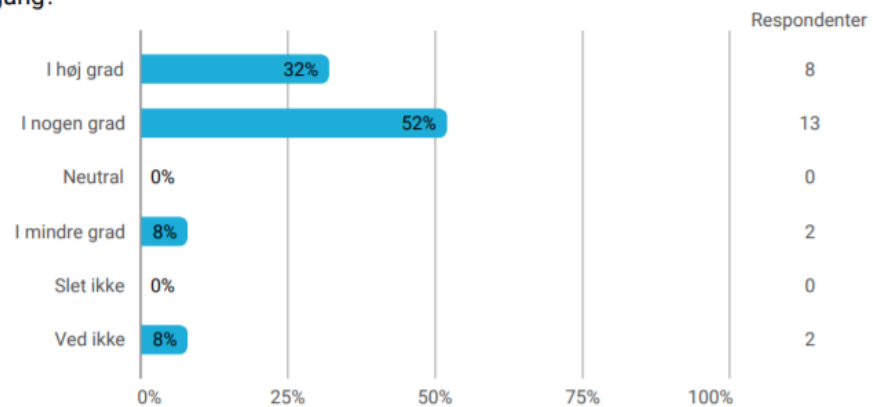
10) Hvad tænker du om at anvende videokonsultation til denne målgruppe?



Figur 6.12: Anvendelse af videokonsultation til sårbare borgere med DM2.

Udover at spørge respondenterne hvorvidt de mener, at videokonsultation kan imødekomme problematikken med udeblivelser fra ambulatoriet samt anvendes til målgruppen, blev de spurgt ind til deres syn på tværsektoriel videokonsultation som en del af deres arbejdsgang. Hertil mener 84 % (n=21) i nogen eller høj grad, at videokonsultation vil kunne passe ind for dem - se Figur 6.13.

11) Vil du mene, at tværsektoriel videokonsultation som angivet i casen kan passe ind i din nuværende arbejdsgang?



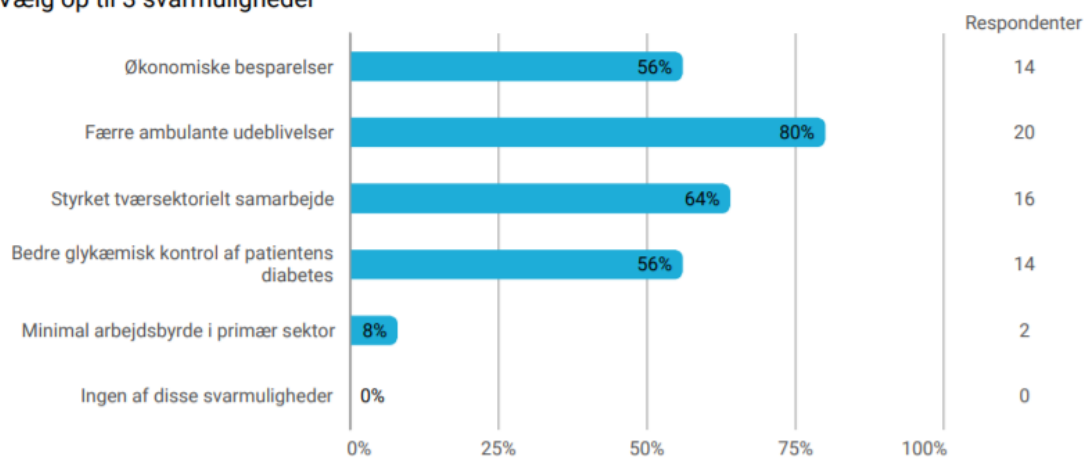
Figur 6.13: Tværsektoriel videokonsultation som en del af respondenternes arbejdsgang.

I Spørgsmål 12 (Figur 6.14) fremgår det, at 80 % (n=20) af respondenterne mener, at tværsektoriel videokonsultation kan bidrage til færre ambulante udeblivelser. Dette understøtter besvarelsen fra Spørgsmål 9, og viser at videokonsultation kan være en løsning på udeblivelserne. Efterfulgt af dette er svaret "Styrket tværsektorielt samarbejde" med 64 % (n=16), hvilket tyder på, at videokonsultation ikke blot kan være en løsning på udeblivelser, men også styrke kommunikationen omkring borgeren samt dennes behandling. Derudover mener 56 % (n=14) af respondenterne, at videokonsultation vil kunne forbedre borgerens glykæmiske kontrol.

Respondenterne er dog ikke enige i udsagnet om, at videokonsultation kan minimere arbejdsbyrden i primær sektor. Dette kan betyde, at hjemmesygeplejersker ser videokonsultation som noget, der øger arbejdsbyrden for deres eksisterende arbejdsgange.

12) Hvilke af følgende udsagn tænker du, at videokonsultation kan bidrage til?

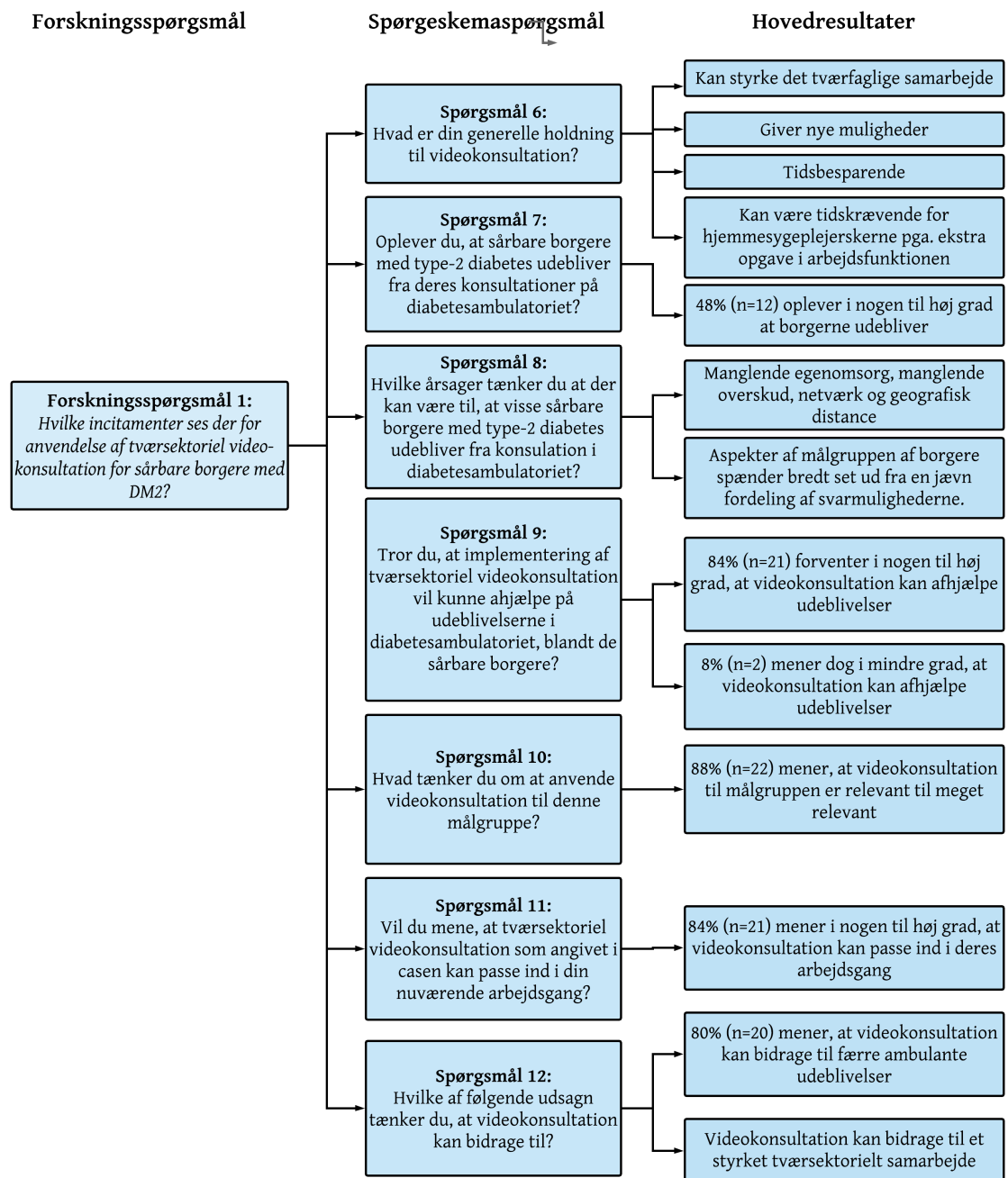
- Vælg op til 3 svarmuligheder



Figur 6.14: Udsagn som videokonsultation kan bidrage til.

Hovedresultater fra Forskningsspørgsmål 1

I Figur 6.15 ses en illustration af hovedresultaterne fra spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen tilhørende Forskningsspørgsmål 1.



Figur 6.15: Samlede resultater fra spørgeskemaet tilhørende Forskningsspørgsmål 1.

6.2.2 Forskningsspørgsmål 4 - Implementeringsønsker

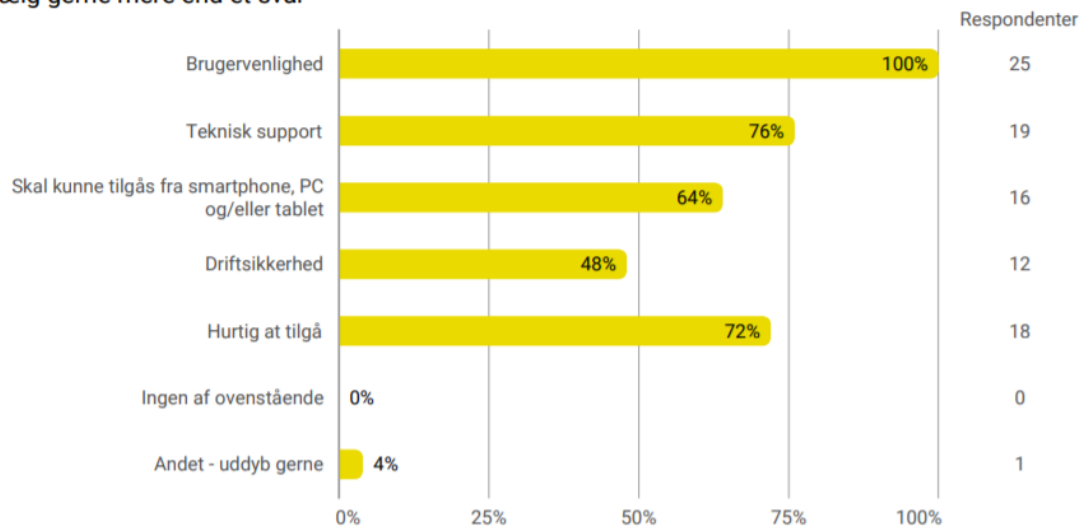
Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at samtlige respondenter mener, at brugervenlighed er et

vigtigt aspekt i forhold til brugen af en app til videokonsultation - se Figur 6.16. Teknisk support er et aspekt, som 76 % (n=19) af respondenterne mener er vigtigt. Dog er det også essentielt, at app'en er hurtig at tilgå, hvilket kan hænge sammen med respondenternes holdning til, at videokonsultation ikke minimerer arbejdsbyrden i primær sektor. Dette understøttes af en kommentar til Spørgsmål 13 om, at det er vigtigt, at der afsættes tid til ydelsen - se Tabel 6.10.

13) Hvad vægter du vigtigt i forhold til brugen af en app til videokonsultation?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.16: Faktorer vigtige for brug af app til videokonsultation.

"Andet - uddyb gerne" svar fra respondent
"Vigtigt at der gives tid til ydelsen, så det bliver en del af arbejdsdagen."

Tabel 6.10: Kommentar fra en enkelt respondent til Spørgsmål 13.

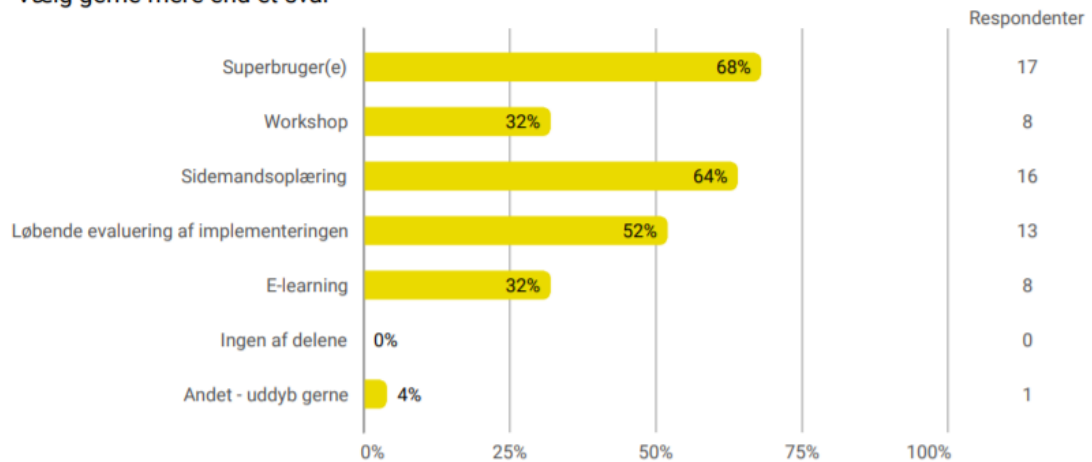
Superbrugere, sidemandsoplæring og løbende evaluering er elementer som hyppigst er valgt blandt respondenterne relateret til en eventuel implementering af tværsektoriel videokonsultation. Superbruger(e) er det mest valgte med 68 % (n=17) af respondenterne, mens E-learning og workshop begge er valgt af 32 % (n=8) af respondenterne - se Figur 6.17.

Der er således ikke en svarmulighed, der er valgt af færre end 32 % (n=8), hvilket kan betyde, at de oplistede implementeringselementer alle i større eller mindre grad er vigtige for en god implementering.

En enkelt respondent tilføjede, at vedkommende mente, at det er vigtigt med en tydelig og kortfattet guide til videokonsultation - se Tabel 6.11.

14) Hvis løsningen skulle implementeres i din kommune, hvad synes du, som sygeplejerske, er vigtigt for at opnå en god implementering?

- Vælg gerne mere end ét svar



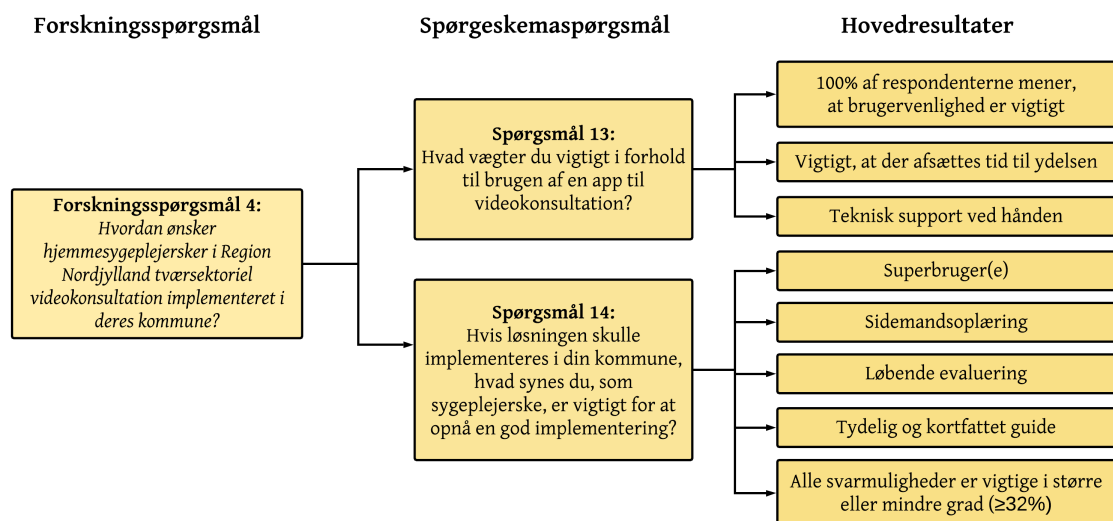
Figur 6.17: Elementer vigtige for at opnå en god implementering.

"Andet - uddyb gerne" svar fra respondent
"Tydelig og kortfattet guide i hjemmet/elektronisk."

Tabel 6.11: Kommentar fra en enkelt respondent til Spørgsmål 14.

Hovedresultater fra Forskningsspørgsmål 4

I Figur 6.18 ses en illustration af hovedresultaterne fra spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen tilhørende Forskningsspørgsmål 4.



Figur 6.18: Samlede resultater fra spørgeskemaet tilhørende Forskningsspørgsmål 4.

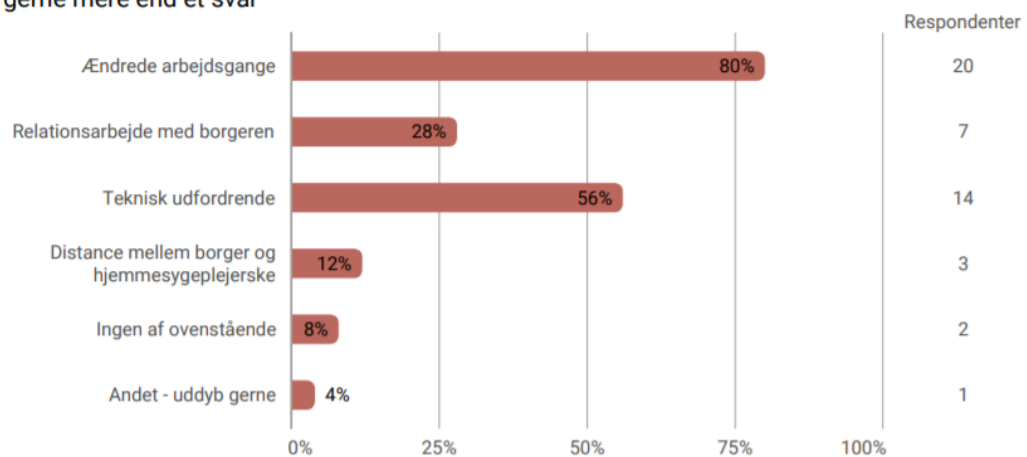
6.2.3 Forskningsspørgsmål 2 - Barrierer

Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Respondenterne blev spurgt ind til, hvilke udfordringer de som hjemmesygeplejersker kunne se ved tværsektoriel videokonsultation. 80 % (n=20) af respondenterne mener, at tværsektoriel videokonsultation kan medføre ændrede arbejdsgange, mens 56 % (n=14) mener, at tværsektoriel videokonsultation kan være teknisk udfordrende - se Figur 6.19. Det kan betyde, at det for størstedelen af respondenterne kan være en udfordring, hvis deres arbejdsgange ændres, hvilket også afspejles i Tabel 6.10, hvor en respondent som førnævnt skrev, at det var vigtigt, at der blev givet tid til ydelsen i arbejdsdagen.

15) Hvilke udfordringer for hjemmesygeplejersker tror du, at tværsektoriel videokonsultation kan medføre?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.19: Udfordringer som tværsektoriel videokonsultation kan medføre.

Til Spørgsmål 15 blev der ligeledes tilføjet en kommentar - se Tabel 6.12. Respondenten mener, at der ikke er tale om udfordringer men derimod mulighed for både et godt samarbejde med borgeren, men også på tværs af sektorer.

<i>"Andet - uddyb gerne" svar fra respondent</i>
<i>"Anser ikke der er tale om udfordringer men mulighed for et godt samarbejde med borgere og videoamb/primærsygeplejersker."</i>

Tabel 6.12: Kommentar fra en enkelt respondent til Spørgsmål 15.

Respondenterne blev adspurgt om hvilke udfordringer de mener der kunne være fra et borgerperspektiv i forbindelse med tværsektoriel videokonsultation.

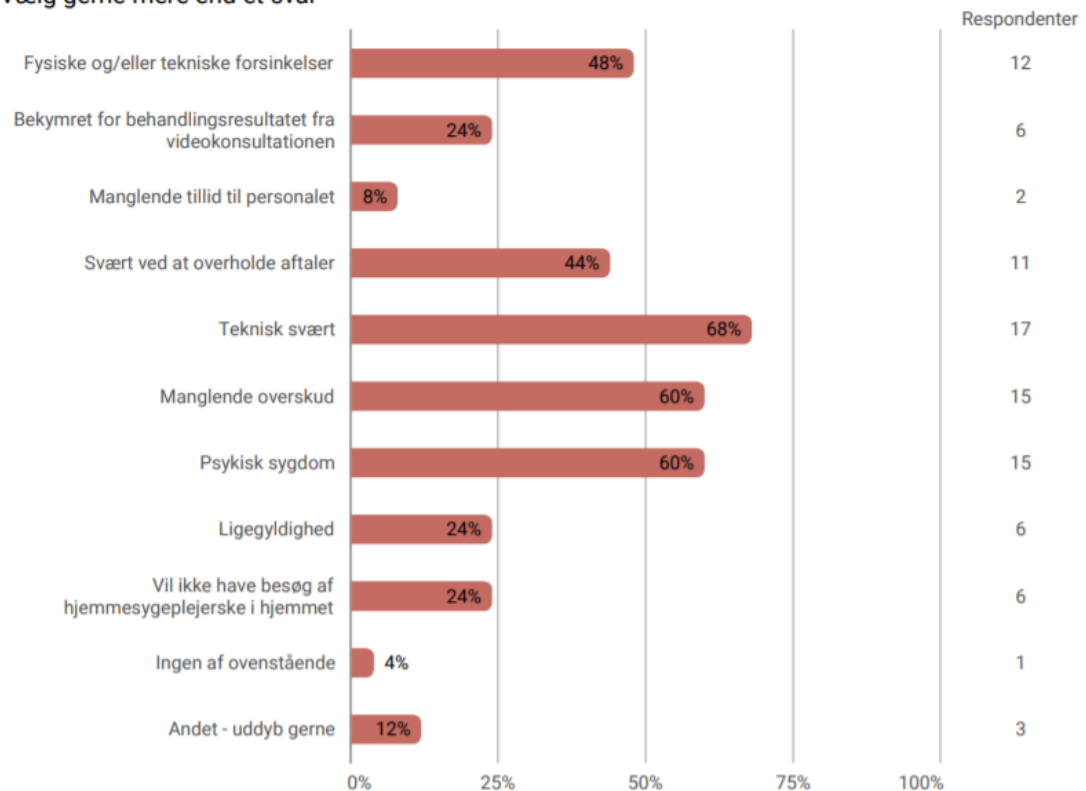
Ud fra besvarelsene i Spørgsmål 16 (Figur 6.20) ses, at svarmulighederne er jævnt fordelt, hvilket kan betyde, at sårbare borgere med DM2 er en bred målgruppe, hvor flere udfordringer kan forekomme, fordi det afhænger af det enkelte menneskes situation. Dog er den mest valgte svarmulighed "Teknisk svært" med 68 % (n=17), hvilket vidner om, at det generelt for målgruppen kan være udfordrende at anvende teknik, der for nogle

er ukendt eller besværligt.

Derudover er "Manglende overskud" samt "Psykisk sygdom" begge valgt af 60 % (n=15), hvilket igen vidner om, at definitionen på en sårbar borger med DM2 er mangfoldig. Besvarelsene viser, at manglende tillid til personalet er valgt af to respondenter, hvilket kan betyde, at der ifølge respondenterne overordnet er en gensidig tillid borger og personale imellem.

16) Med udgangspunkt i borgerens perspektiv hvilke udfordringer kan du forestille dig, at der kan være for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.20: Udfordringer for den sårbare borger med DM2 relateret til tværsektoriel videokonsultation.

Tilhørende Spørgsmål 16 blev der af tre respondenter skrevet uddybende svar - se Tabel 6.13. En respondent svarer, at borgerne kan have en vis skepsis over for videokonsultation, men når de har prøvet det, bliver de glade for løsningen. En anden respondent svarer, at der kan være borgere, der ikke ønsker hjælp af hjemmesygeplejen, en kontakt kan etableres på bekostning af ekstra tid afsat til dette. Det kan altså være en udfordring for hjemmesygeplejerskerne, hvis borgeren af ukendte årsager ikke ønsker deres hjælp, hvilket kræver, at der bliver lagt fokus på relationen gennem ekstra afsat tid. Af den tredje respondent fremhæves det igen, at borgerens livssituation har afgørende betydning for, hvad der anses som værende en udfordring.

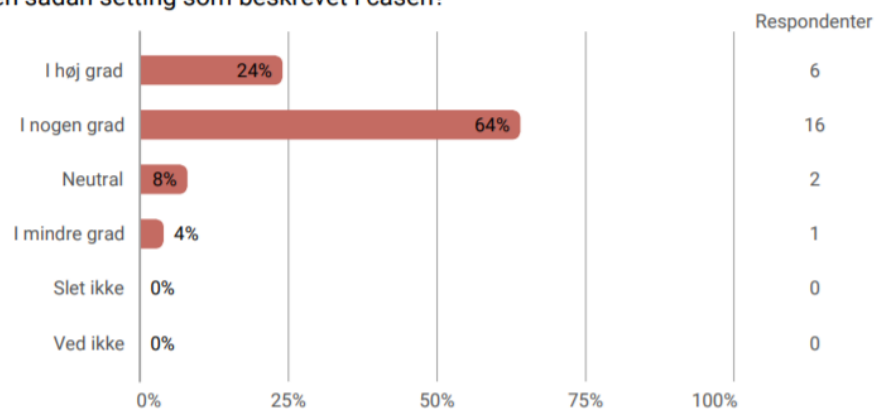
"Andet - uddyb gerne" svar fra respondenter
<i>"Jeg oplever ofte at vi skal "sælge varen" men når borgeren har prøvet videokonsultation er de glade for den løsning og anvender den med glæde."</i>
<i>"Hvis borgeren ikke ønsker besøg i hjemmet, kan det eventuelt klares i vores sygeplejeklinik. Der kan være borgere som ikke ønsker vores hjælp, men tror vi kan skabe kontakt til de fleste, men det kan koste ekstra tid."</i>
<i>"Som udgangspunkt kan alle punkter give udfordringer, afhængig af, hvilken livssituation, borgeren er i."</i>

Tabel 6.13: Respondenternes kommentarer til Spørgsmål 16.

I sammenhæng med Spørgsmål 16 blev respondenterne også adspurgt, hvorvidt de mente, at sårbare borgere med DM2 vil kunne medvirke til tværsektoriel videokonsultation beskrevet som i pilotprojektet i Rebild Kommune.

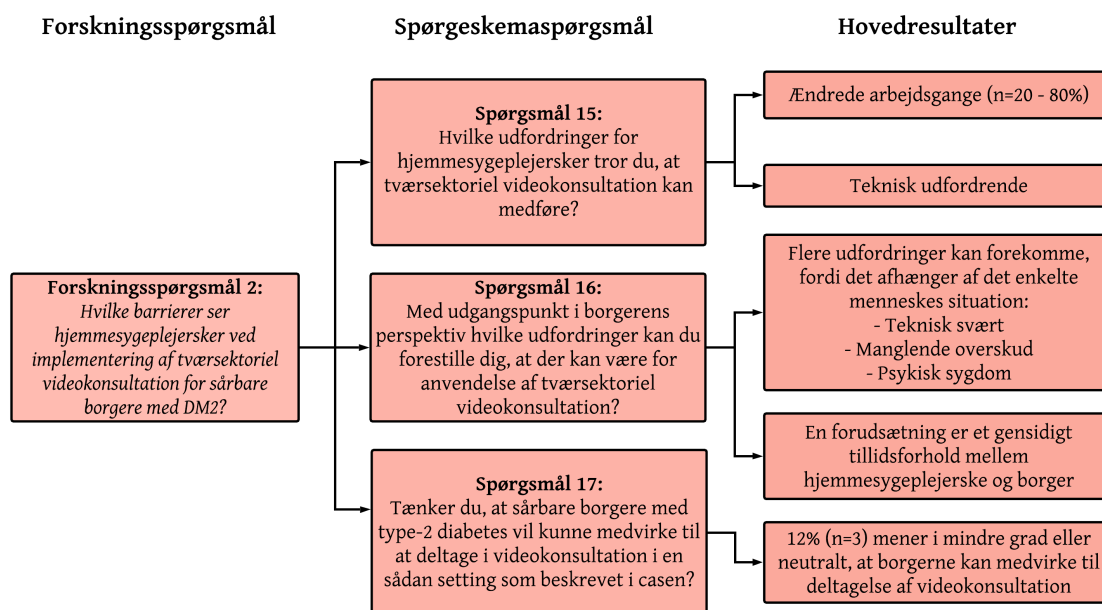
Hertil mener samlet 88 % (n=22) af disse, at målgruppen i nogen eller høj grad vil kunne medvirke som beskrevet i casen - se Figur 6.21. Det kan altså tyde på, at til trods for, at der kan være udfordringer for målgruppen forbundet med medvirken til tværsektoriel videokonsultation, er disse mulige at overkomme, således at videokonsultationen kan gennemføres.

17) Tænder du, at sårbare borgere med type-2 diabetes vil kunne medvirke til at deltage i videokonsultation i en sådan setting som beskrevet i casen?

**Figur 6.21:** Kan sårbare borgere med DM2 medvirke til tværsektoriel videokonsultation.

Hovedresultater fra Forskningsspørgsmål 2

I Figur 6.22 ses en illustration af hovedresultaterne fra spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen tilhørende Forskningsspørgsmål 2.



Figur 6.22: Samlede resultater fra spørgeskemaet tilhørende Forskningsspørgsmål 2.

6.2.4 Forskningsspørgsmål 3 - Muligheder

Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

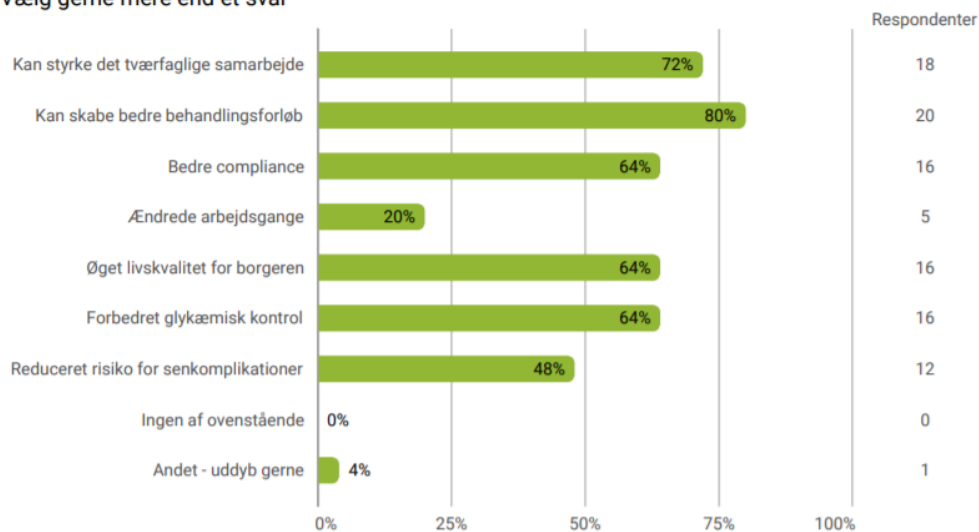
Hvad angår fordele ved tværsektoriel videokonsultation mener 80 % (n=20) af respondenterne, at det vil kunne skabe bedre behandlingsforløb - se Figur 6.23. Overordnet set er størstedelen af svarmulighederne valgt af mindst 64 % (n≥16); "Kan styrke det tværfaglige samarbejde" (n=18 ~ 72 %), "Bedre compliance" (n=16 ~ 64 %), "Øget livskvalitet for borgeren" (n=16 ~ 64 %) samt "Forbedret glykæmisk kontrol" (n=16 ~ 64 %). En enkelt respondent har til Spørgsmål 18 i Tabel 6.14 svaret, at relationsarbejde med borgeren er afgørende for, om tværsektoriel videokonsultation vil være en succes. Dette understøtter kommentaren til Spørgsmål 16, hvor en respondent mener, at det kræver tillid før borgeren vil anvende videokonsultation.

Ændrede arbejdsgange er den mindst valgte svarmulighed med 20 % (n=5), hvilket stemmer overens med respondenternes besvarelser til Spørgsmål 15, hvor ændrede arbejdsgange var den største udfordring. Der tegner sig et generelt billede af, at det for respondenterne kan være en bekymring, hvis deres arbejdsgange ændres som følge af tværsektoriel videokonsultation.

På trods af dette mener 72 % (n=18), at tværsektoriel videokonsultation vil kunne styrke det tværfaglige samarbejde, hvorfor det altså på trods af bekymringer for ændrede arbejdsgange også er en fordel hvad angår det professionelle samarbejde.

18) Hvilke fordele tænker du, at tværsektoriel videokonsultation vil kunne bringe?

- Vælg gerne mere end ét svar



Figur 6.23: Fordele ved tværsektoriel videokonsultation.

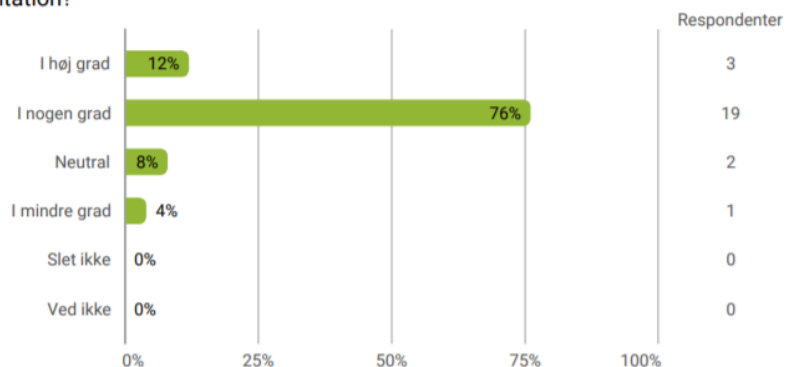
"Andet - uddyb gerne" svar fra respondent
"Succes vil afhænge af sundhedspersonalets relationsarbejde med borgeren."

Tabel 6.14: Kommentar fra en enkelt respondent til Spørgsmål 18.

Slutteligt blev respondenterne adspurgt, om de troede, at der kunne opnås en bedre glykæmisk kontrol hos de sårbare borgere med DM2, hvis de deltager i videokonsultation som alternativ til udeblivelser fra de fysiske konsultationer i diabetesambulatoriet.

Samlet mener 88 % (n=22), at dette er tilfældet i enten nogen eller høj grad, mens en enkelt respondent svarede "I mindre grad" - se Figur 6.24. Dette vidner om, at der ifølge respondenterne kan være mulighed ved implementering af videokonsultation relateret til en forbedret glykæmisk kontrol blandt de sårbare borgere med DM2.

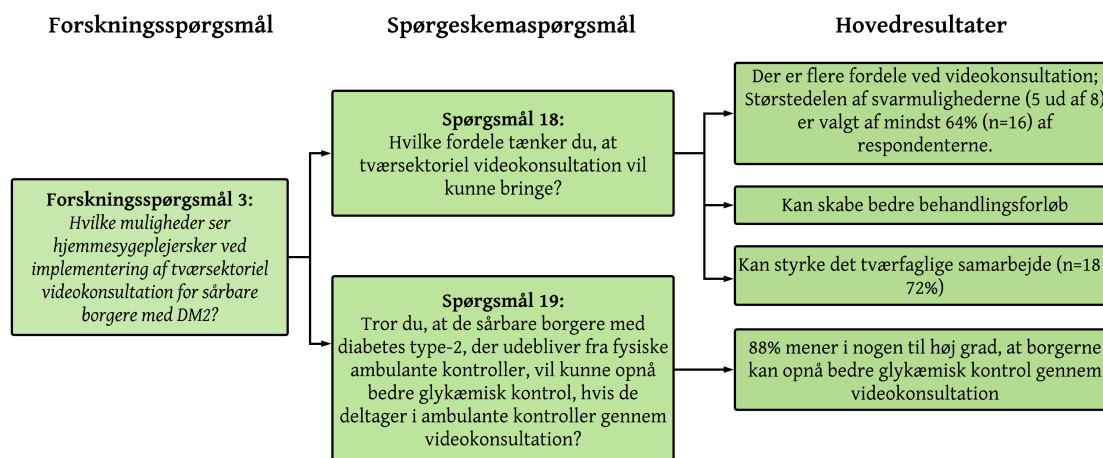
19) Tror du, at de sårbare borgere med diabetes type-2, der udebliver fra fysiske ambulante kontroller, vil kunne opnå bedre glykæmisk kontrol, hvis de deltager i ambulante kontroller gennem videokonsultation?



Figur 6.24: Kan videokonsultation forbedre den glykæmiske kontrol hos de sårbare borgere med DM2.

Hovedresultater fra Forskningsspørgsmål 3

I Figur 6.25 ses en illustration af hovedresultaterne fra spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen tilhørende Forskningsspørgsmål 3.



Figur 6.25: Samlede resultater fra spørgeskemaet tilhørende Forskningsspørgsmål 3.

6.3 Analyse af fund fra ekspertinterview samt projektafslutningsrapport

I følgende afsnit analyseres fund fra ekspertinterviewet samt PAR i Afsnit 5.3.5 på baggrund af Forskningsspørgsmål 1 og 5. PAR analyseres som et supplement til ekspertinterviewet, hvorfor gengangere ikke benævnes yderligere. Et overblik over fundene kan ses i Figur 6.26 og 6.27.

6.3.1 Forskningsspørgsmål 1 - Incitament

Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Ekspertinterview

Under afprøvningsprojektet i Morsø Kommune var der ifølge informanterne tilknyttet personale i form af læger og sygeplejersker fra ambulatoriet i Thisted samt personale fra sundhedshuset, hvor videoambulatoriet var placeret.

En kommunal leder i Morsø Kommune havde stillet ressourcer til rådighed i form af personalet fra sundhedshuset, der skulle tilse videoambulatoriet et par gange dagligt og bistå patienterne ved behov for hjælp - dette blev dog ikke tilfældet.

For at imødekomme manglende tilstedeværelse af personale i videoambulatoriet blev der indkøbt både en ankomst- og en videostand, der kunne guide patienterne ved ankomst. Skulle der opstå tekniske problemer eller møder lægen ikke op på skærmen til videokonsultationen, var der en nødtelefon opstillet, som kørte på en direkte præhospital linje, der sikrede, at patienterne hurtigt fik hjælp af IT-support.

Ifølge informanterne var de inkluderede patienter i afprøvningsprojektet borgere fra Morsø Kommune med DM. En sygeplejerske og en læge fra ambulatoriet i Thisted screenede potentielle patienter ud fra enkelte kriterier; de skulle være diagnosticeret med DM, være 30-59 år, være selvhjulpne men behøvede dog ikke at besidde tekniske færdigheder, da standerne i videoambulatoriet guidede dem ved ankomst. Patienter med behov for ændringer i deres medicin, eller som skulle igennem en fysisk screening for senkomplikationer, blev ikke inkluderet.

Patienterne blev rekrutteret pr. telefon, og bestod af en blandet gruppe af patienter, herunder en kroniker med senkomplikationer som mente, at videokonsultationen var nem at gennemføre.

Efter endt projektperiode blev afprøvningsprojektet evalueret. Informanterne fortalte at projektsygeplejerskerne fra ambulatoriet var begejstrede for løsningen, hvorimod lægerne fra ambulatoriet var mere skeptiske til trods for, at den tekniske løsning fungerede som tiltænkt.

De inkluderede borgere så videokonsultation som et supplement, men mente ikke, at videokonsultation kunne erstatte hver eneste konsultation. Dog var det vigtigere for dem, at der var tilknyttet en fast kontaktperson til deres konsultationer, og så var det underordnet, hvorvidt disse var fysiske eller virtuelle.

Projektafslutningsrapport

Ifølge PAR var den af projektlederen nævnte patientgruppe valgt, da det blev vurderet, at 2-3 konsultationer ud af 3-4 årlige ville kunne erstattes med videokonsultation. Derudover var det en relativt stor patientpopulation i Region Nordjylland, som potentielt kunne have gavn af løsningen ved implementering.

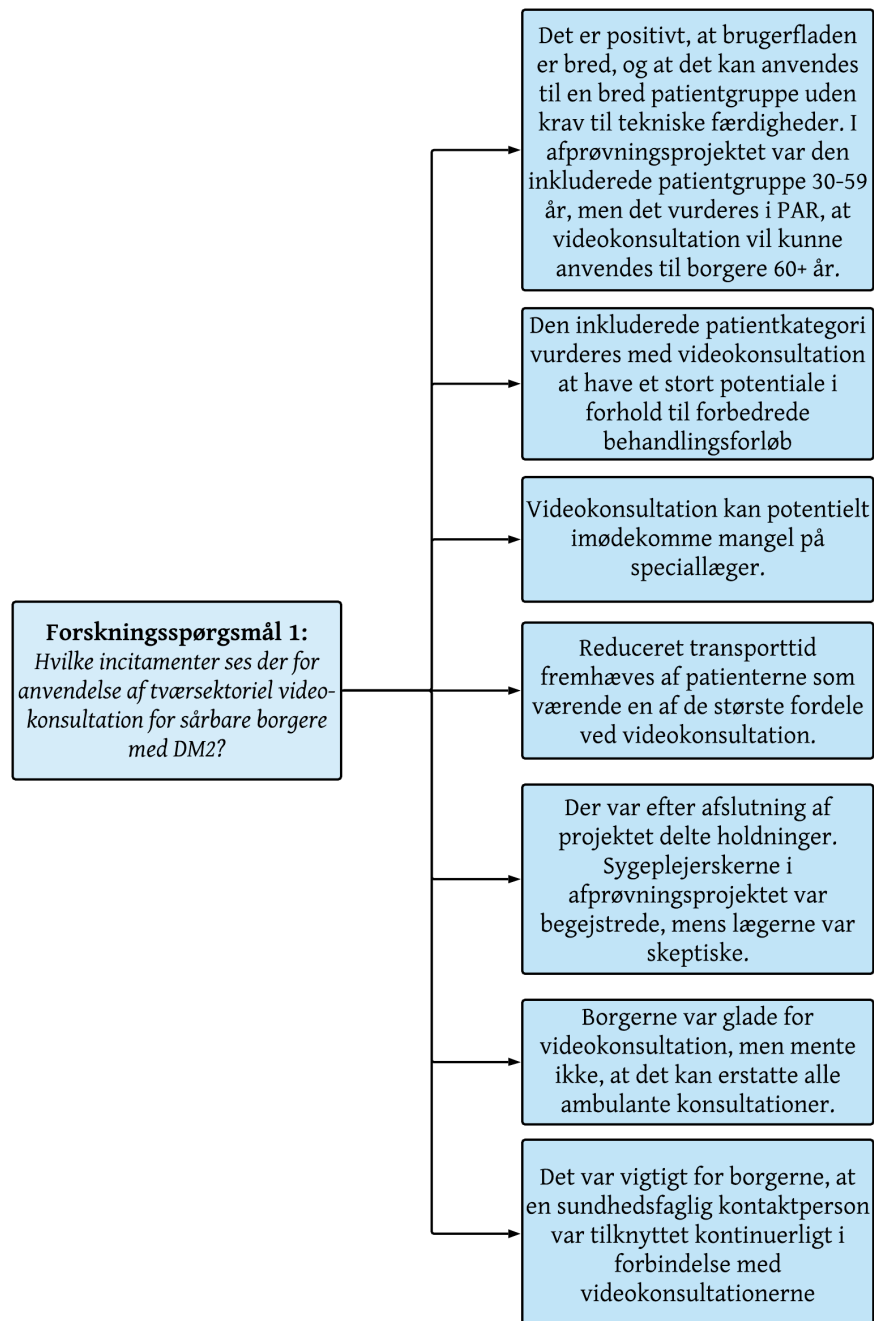
Under planlægningen af afprøvningsprojektet var der aktuelt fokus på risiko for mangel på speciallæger i Medicinsk Ambulatorium, hvilket afprøvningsprojektet forventedes at kunne imødekomme. Dog var Thisted Sygehus og Aalborg Universitetshospital i tiden omkring afprøvningsprojektet blevet slået sammen, hvorfor risikoen ikke var nær så stor som tidligere.

Derudover var hensigten med, og et af resultaterne fra, afprøvningsprojektet at patienterne kunne spare transporttid mellem bopæl og ambulatorie, hvilket ifølge PAR vil kunne være økonomisk favorabelt baseret på regionsbelagte transportudgifter til og fra ambulante konsultationer. Patienterne gav efter projektperioden udtryk for, at den reducerede transporttid var en af de største fordele ved videokonsultation. Dette ville ifølge PAR, især kunne afhjælpe geografiske udfordringer i yderområder såsom Læsø og Skagen.

Hovedfund fra Forskningsspørgsmål 1

I Figur 6.26 illustreres hovedfundene fra ekspertinterviewet tilhørende Forskningsspørgsmål 1.

Hovedfund til forskningsspørgsmål 1



Figur 6.26: Hovedfund fra ekspertinterview og PAR til Forskningspørgsmål 1.

6.3.2 Forskningsspørgsmål 5 - Implementeringserfaringer

Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?

Ekspertinterview

Personalet involveret i afprøvningsprojektet i Morsø Kommune blev, ifølge informanterne, introduceret til videokonsultation på et morgenmøde, derudover modtog personalet vejledningsmateriale. Der blev tilknyttet en superbruger, så personalet på denne måde kunne introduceres.

Patienterne fik tilsendt vejledningsmateriale i deres indkaldelsesbrev, så de allerede forud for videokonsultationen vidste, hvad der konkret skulle ske.

En informant fortæller at patienterne, som vurderes egnede til videokonsultation, i dag bliver adspurgt under en ambulant konsultation, om de kan tænke sig, at den næste konsultation er via videokonsultation.

Informanterne beskrev, at afprøvningsprojektet udsprang som en del af initiativ "Nye Veje" i Region Nordjylland, som hurtigt skulle iværksættes, hvorfor der ikke blev anvendt deciderede implementeringsstrategier. Det skyldtes, at der med relativt få dages varsel blev udmeldt at projektet "Nye veje" ville opstartes.

Efter aflevering af afprøvningsprojektet overgik det til en bredere implementering.

Ifølge informanterne var de største udfordringer ved implementeringen at finde en passende lokalitet grundet mange interessenter.

Både personale og patienter var engagerede under afprøvningsprojektet, og syntes at det var sjovt at deltage.

Ved afprøvningsprojektets 2. runde under "Nye Veje" blev der etableret og involveret et borgerpanel, hvis ytringer blev taget i betragtning af det tilknyttede sundhedspersonale i projektet. Dette værende eksempelvis et udtryk for forventning om kort ventetid under videokonsultation.

Under afprøvningsprojektet blev der anvendt relationel koordinering, som indebære koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål og respekt.

Region Midtjylland har taget erfaringerne fra afprøvningsprojektet til sig, og projektet er kopieret til Randers og Grenaa Kommune.

Informanterne beskriver at afprøvningsprojektet er overgået til drift. I dag er der videoambulatorier i både Thisted, Hobro, Morsø, Læsø og Skagen. Derudover fandt en ortopædkirurgisk anæstesilæge ud af, at videokonsultation er smart at anvende til præoperative anæstesitilsyn, så patienten spares for unødigt transporttid. Patienten fik i videoambulatoriet målt vægt, højde og blodtryk, hvorefter vedkommende efterfølgende havde samtale med anæstesilægen gennem app'en VideoSamtale.

Projektafslutningsrapport

PAR evaluerede afprøvningsprojektet, og fremhævede blandt andet at videokonsultation som løsning kunne udfoldes til flere patientkategorier, herunder diabetespatienter 60+ år. Ifølge PAR blev både personale og patienter efter afprøvningsprojektet interviewet, og kom her med forslag til, hvilke miljømæssige ændringer, der kunne tages i betragtning fremadrettet. Det var blandt andet forslag til mere lydisolerede døre, specialrettede pjecer

m.v.

En af de vigtigste faktorer, som blev fremhævet i PAR, var fokus på forandringsledelse, hvor der med fordel i andre projekter vil kunne fokuseres på forandringsprocesser hos personale.

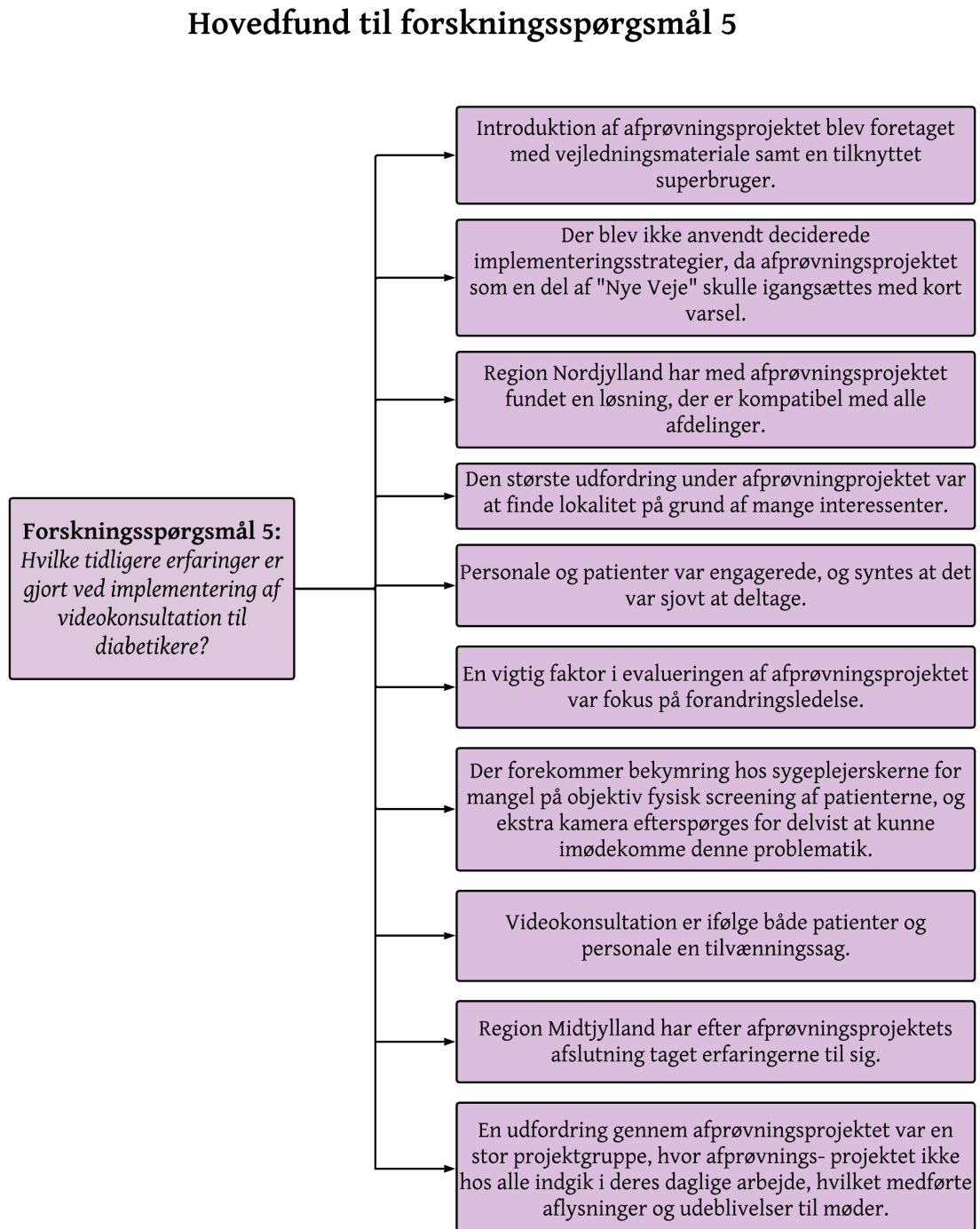
En bekymring for patientkategorien i afprøvningsprojektet var, at de ved videokonsultation ikke fik en objektiv, fysisk undersøgelse af deres fødder for at undersøge og vurdere risiko for, og udvikling af, diabetiske senkomplikationer. I den forbindelse blev det foreslået af både patienter og personale, at halvdelen af konsultationerne kunne erstattes med videokonsultationer. Personalet ønskede dog ifølge PAR, at der tilknyttedes et ekstra kamera i videoambulatoriet, så det vil være muligt på nært hold at vurdere sår og mærker på patientens ekstremiteter og ryg.

For både patienter og personale gjaldt det, at videokonsultation var en tilvænningsag, og at det var en ny måde at se og høre hinanden på. Dog evaluerede begge grupper, at den tekniske løsning var god, og at lyd og billede fungerede som tiltænkt. Derudover evaluerede både personale og patienter, at den tekniske brugerflade var intuitiv og nem at anvende. Borgerinddragelse har gennem hele afprøvningsprojektet været et bærende element, hvilket har vist sig at være gavnligt for hele processen. Det evalueres i PAR, at en af succeserne i afprøvningsprojektet har været, at patienterne var meget glade for sundhedstilbuddet, som der nu tilbydes patientgruppen. Derudover har det med afprøvningsprojektet været muligt at sætte fokus på organisatoriske fordele ved brug af videokonsultationer som en del af fremtidig klinisk praksis, herunder økonomiske besparelser, patienttilfredshed og mere patientrettede sundhedstilbud.

En udfordring gennem afprøvningsprojektet angives i PAR at være koordinering i projektgruppen. Det skyldes blandt andet en stor projektgruppe, som har været svært at samle undervejs, hvilket har været en hindring i processen grundet aflysninger og udeblivelser til projektgruppemøder. Derfor foreslås det i PAR, at der ved fremtidige projektarbejder nedsættes en projektgruppe baseret på det aktuelle projektgrundlag og en direkte involvering i projektgruppens daglige arbejde.

Hovedfund fra Forskningsspørgsmål 5

I Figur 6.27 illustreres hovedfundene fra ekspertinterviewet tilhørende Forskningsspørgsmål 5.



Figur 6.27: Hovedfund fra ekspertinterview og PAR til Forskingsspørgsmål 5.

6.4 Sammenfatning af fund og resultater

I dette afsnit præsenteres en sammenfatning af fund og resultater fra projektets henholdsvis card sorting, spørgeskemaundersøgelsen samt ekspertinterviewet.

Ud fra projektets card sorting og spørgeskemaundersøgelse ses hjemmesygeplejerskernes holdninger til tværsektoriel videokonsultation som overvejende positiv. Hjemmesygeplejerskerne i disse to dataindsamlinger mener, at videokonsultation ud fra settingen i SDCN's pilotprojekt kan give nye muligheder og samtidig styrke det tværfaglige samarbejde. Dog fremkommer der bekymringer om tekniske udfordringer, og at videokonsultation kan være tidskrævende for hjemmesygeplejerskerne. I sammenhæng med førnævnte er et fund fra projektets ekspertinterview, at videokonsultation ikke kræver større tekniske færdigheder, og at både patienter og sygeplejersker tilknyttet afprøvningsprojektet var glade for teknologien.

Der ses gennemgående fund og resultater for mulige årsager til, at sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer; manglende egenomsorg, manglende overskud og geografisk distance til ambulatoriet. Derudover fremkommer en række af årsager som f.eks. psykisk sygdom, manglende netværk og at andre sygdomme opprioriteres, hvilket understøtter, at definitionen på en sårbar borger med DM2 spænder bredt, og at det kan være forskellige udfordringer, der gør sig gældende for det enkelte menneske.

Dog mener 84 % af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, at videokonsultation kan afhjælpe udeblivelser i ambulatorierne, mens 8% på den anden side i mindre grad mener dette. Derudover mener 88 % af respondenterne, at videokonsultation til denne målgruppe er relevant, og 84 % af disse mener, at videokonsultation i nogen til høj grad ville passe ind i deres nuværende arbejdsgang. 80 % af respondenterne mener ligeledes, at videokonsultation kunne bidrage til færre ambulante udeblivelser.

I både card sorting og spørgeskemaundersøgelse mener hjemmesygeplejerskerne, at tekniske udfordringer er en barriere for implementering af tværsektoriel videokonsultation. Derudover tydeliggør en deltager i card sortingen, at relationen mellem borger og sygeplejerske kan blive påvirket negativt, hvilket understøttes af 28 % af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen. 80 % af respondenterne udviser ydermere en bekymring for, at videokonsultation vil medføre ændrede arbejdsgange.

Set fra et borgersynspunkt mener hjemmesygeplejerskerne ligeledes, at de tekniske udfordringer kan være en barriere for implementering. Hjemmesygeplejerskerne forestiller sig ydermere at problemstillinger som psykisk sygdom, manglende tillid til personale samt manglende overskud kan gøre sig gældende for om den sårbare borger med DM2 ønsker at deltage i videokonsultation, hvilket afspejler, at der kan være forskellige individuelle problematikker. Dog tror 88% af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, at borgerne vil kunne medvirke til at deltage i videokonsultation, hvis de fik muligheden.

Hjemmesygeplejerskerne i card sorting og spørgeskemaundersøgelse er enige i, at der er flere muligheder og fordele i at implementere tværsektoriel videokonsultation hos målgruppen som; bedre behandlingsforløb, styrke af det tværfaglige samarbejde, øget livskvalitet for borgeren, forbedret glykæmisk kontrol og øget compliance. Det at hjemmesygeplejerskerne fremhæver flere fordele kan vidne om, at hjemmesygeplejerskerne er positive for videokonsultation.

Der er stor enighed i, fra begge dataindsamlinger, at brugervenlighed er essentielt ved anvendelse af en app til videokonsultation. Derudover vægtes teknisk support højt hos alle. Hjemmesygeplejerskernes ønsker til hvordan de ønsker at blive introduceret til videokonsultation er blandet, men gennemgående fra card sorting og spørgeskemaundersøgelsen er superbruger, sidemandsoplæring og løbende evaluering. Derudover fremgår ønsker om e-learning, og en respondent tilføjer et ønske om vejledningsmateriale i form af en tydelig og kortfattet guide. Ønskerne vidner om, at der findes flere behov for oplæringsprocedurer, hvilket kan afhænge af den enkelte sygeplejerskes tekniske forudsætninger.

I afprøvningsprojektet i Morsø Kommune blev introduktionen til videokonsultation etableret via superbrugere samt skriftligt vejledningsmateriale. Personalet og patienter var engagerede, og synes at deltagelse i projektet var sjovt. En erfaring der blev gjort var, at inddragelse af borgere gennem et borgerpanel var fordelagtigt for projektet. Derudover var en vigtig faktor i evalueringen af afprøvningsprojektet at fokusere på forandringsledelse. Det var en udfordring at finde lokaler til videoambulatoriet, grundet mange interessenter tilknyttet afprøvningsprojektet. En anden udfordring var, at der var mange medarbejdere tilknyttet projektet, hvorfor uddelegering af roller var svært, og det var besværligt at samle alle involverede til møder. Det er derfor fordelagtigt at sikre klare roller ved fremtidige implementeringsprojekter.

Diskussion 7

I dette kapitel vil projektets metode samt fund og resultater blive diskuteret op imod eksisterende litteratur.

7.1 Diskussion af metode

Under dette afsnit vil projektets metode, herunder dataindsamling og databehandling, blive evalueret og diskuteret.

7.1.1 Projektets studiedesign

I dette projekt blev der anvendt mixed methods med et sekventielt eksplorativt og parallelt konvergerende design, hvor to kvalitative og en kvantitativ metode kombineres. De to kvalitative metoder bestod af card sorting samt ekspertinterview, mens den kvantitative metode bestod af en regional spørgeskemaundersøgelse.

Der blev inden valg af metode for projektet udformet fem forskningsspørgsmål (Afsnit 3.2.1), som sammen med det potentielle felt dannede grundlag for valg af studiedesign samt de tilhørende dataindsamlinger. De fem forskningsspørgsmål kunne, set ud fra formuleringerne af disse, undersøges ved brug af både kvantitativ og/eller kvalitativ metode. Ifølge Brinkmann & Thanggaard (68) kan de samme forskningsspørgsmål afdækkes af to forskellige metoder, herunder både kvalitativ og kvantitativ, hvilket anses som en del af den triangulære tilgang inden for mixed methods forskning.

Forskningsspørgsmål 1 kunne både belyses gennem kvalitativ og kvantitativ metode, men er overvejende kvantitativ, da det ønskedes at få et generelt indblik i, hvilke incitamenter der er for anvendelsen af videokonsultation til sårbare borgere med DM2. Dog ville forskningsspørgsmålet udelukkende med en kvantitativ metode ikke have fået et nær så retvisende billede, som det i et sekventielt design med kvalitativ metode har haft.

Det kan diskuteres, hvorvidt Forskningsspørgsmål 1 udelukkende kunne være afdækket gennem ekspertinterviewet. På den ene side kan fundene fra ekspertinterviewet i sig selv afspejle forskningsspørgsmålet, men det ville dog på den anden side give et snævert billede af, om fundene også er gyldige i andre kontekster. Derfor var det sekventielle eksplorative kombineret med det konvergerende parallelle design fordelagtigt for at afdække dette forskningsspørgsmål.

Forskningsspørgsmål 2 og 3 indeholder både et kvantitativt og et kvalitativt islæt, da det ønskedes undersøgt, hvilke barrierer og muligheder hjemmesygeplejersker ser ved implementering af videokonsultation for sårbare borgere med DM2 - dog er disse to forskningsspørgsmål overvejende kvalitative i dette projekt. På den ene side ønskede projektgruppen at få kendskab til konkrete barrierer og muligheder, men på den anden side ønskedes ligeledes et indblik i, hvor gyldige disse er blandt nordjyske hjemmesygeplejersker. Det samme gælder for Forskningsspørgsmål 4 som det gjorde for Forskningsspørgsmål 2 og

3; forskningsspørgsmålet er overvejende kvantitativt, men kan også afdækkes kvalitativt. Med forskningsspørgsmålet ønskedes viden fra alle 11 nordjyske kommuner, hvorfor en kvantitativ metode var mest oplagt.

Forskningsspørgsmål 5 afspejler overvejende et kvalitativt indhold, da der ønskedes en dybdegående viden omkring tidligere erfaringer, hvilket ikke var muligt gennem generalisering.

Det potentielle felt som ønskedes undersøgt var hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland. Ud af 11 nordjyske kommuner valgte fire at indgå i projektets spørgeskemaundersøgelse. Det potentielle felt var således på 190 hjemmesygeplejersker fordelt over disse fire kommuner. Derfor gav det ikke mening at foretage kvalitative interviews, da det med dette antal hjemmesygeplejersker mere var egnet til at generalisere viden.

Hjemmesygeplejerskerne blev valgt som det mulige felt, da de ofte yder behandling hos sårbare borgere med DM2, og indgår i en behandlingsrelateret relation med disse, samt da hjemmesygeplejerskerne skal foretage HbA1c måling samt være til stede under videokonsultationen med diabetesambulatoriet i SDCN's pilotprojekt.

Et studiedesign som mixed methods muliggør gennem kvalitativ metode at opnå en dybere forståelse for det undersøgte felt, samt potentiel generalisering af resultaterne gennem den kvantitative metode (69; 66). Mixed methods giver gennem kombinationen af to metoder dermed mulighed for at opnå bredere indsigt i det undersøgte felt, end hvad de to metoder enkeltvis kan give (68).

Havde studiedesignet udelukkende anvendt en kvalitativ metode, havde fokus været at forsøge at forstå og fortolke det undersøgte fænomen (89). Dette kunne have den fordel, at det dermed var muligt at opnå en dybere forståelse for hjemmesygeplejerskers holdninger og erfaringer gennem f.eks. kvalitative semistrukturerede interviews, hvor der løbende kan stilles opfølgende spørgsmål med henblik på at få mere dybdegående svar (67).

Omvendt kan en svaghed ved kvalitativ forskning være, at det kan være svært at opnå datamætning, hvilket opnås når der ikke fremkommer ny viden fra informanterne, men det er derimod de samme fund som går igen (81). Uden datamætning kan det blive problematisk at øge overførbareheden.

Kvantitativ forskning søger derimod at beskrive det undersøgte fænomen gennem statistisk databehandling (89). En fordel ved kvantitativ metode er, at det ved undersøgelse af et tilfældigt og større sample af den valgte population, i dette tilfælde hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland, er muligt at opnå generaliserbare resultater af deres holdninger og erfaringer, hvilket kan øge repræsentativiteten af resultaterne til sammenlignelig kontekst (89).

Svagheder ved kvantitativ metode består derimod i, at det ikke er muligt at opnå samme dybdegående svar som ved kvalitativ metode. Den kvantitative undersøgelses resultater afgrænses altså til mere enkle og entydige svar, samtidig med at det kan være problematiske at opnå en høj svarprocent, hvilket påvirker om resultaterne er generaliserbare eller ej (89).

At dette projekt anvendte et mixed methods studiedesign gav mulighed for både at opnå en dybere forståelse for hjemmesygeplejerskernes holdninger og erfaringer samt generalisering af disse (69; 66). Det anses derfor som en styrke for dette projekt, at kvalitativ og kvantitativ metode kan kombineres.

Grundet det sekventielle eksplorative design anvendt til card sorting og spørgeskemaunders-

søgelsen, var der risiko for, at projektets slutlige resultater blev påvirket af eventuelle fejl undervejs i dataindsamlingerne (69). Blev der lavet en fejl under card sortingen, hvis fund skulle anvendes til udarbejdelse af spørgeskemaundersøgelsen, ville denne fejl blive gennemgående i spørgeskemaundersøgelsen, hvilket dermed vil påvirke resultaterne og dermed validiteten.

Udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen, og dermed tilhørende resultater, kan have været kompromitteret grundet det lille antal af deltagerne fra card sortering, eller manglende datamætningen herfra (81). Var datamætningen fra card sortering ikke tilstrækkelig, kunne der være risiko for, at essentiel viden kunne gå tabt forud for udarbejdelsen af spørgeskemaet.

Alternativt kunne "concurrent embedded mixed method" design have været anvendt, da én af dataindsamlingsteknikkerne ville være den dominerende, mens den anden havde understøttet og forbedret den dominerende dataindsamling (69). Ved et embedded mixed method design vil data skulle indsamles samtidig (69). Det havde ikke fungeret i dette projekt, da fund fra kvalitative dataindsamling anvendes til at understøtte udarbejdelsen af den kvantitative dataindsamling, hvorfor det sekventielle eksplorative design har været fordelagtigt for dette projekt (69).

7.1.2 TEKU-modellen som teknologiforståelse

TEKU har som teknologiforståelsesramme været passende til dette projekt, da modellen fokuserer på at indtænke teknologien i eksisterende klinisk praksis (70). Ved at inddrage TEKU i projektet blev der analyseret på videokonsultationens betydning for hjemmesygeplejerskerne som profession, eksempelvis anvendelse af videokonsultation i en ny kontekst. Men også hvordan teknologien havde indvirkning på arbejdsområdet og arbejdsgange, f.eks. i forhold til ændring af ydelser i hjemmesygeplejen samt et forandret tidsforbrug hos borgerne. Alle TEKU-domæner blev inddraget i de forskellige dataindsamlingsteknikker, men vægtningen af de enkelte domæner var forskellige i dataindsamlingerne.

Alternativt kunne Müllers teknologibegreb være anvendt som analyseramme for projektet, hvilket også omhandler, at en teknologi fordrer en relation mellem det tekniske og den sociale forandring (71). Teknologi i Müllers teknologiforståelse indeholder fire betingelser; *Teknik, Viden, Organisation og Produkt*. Disse fire betingelser er ligesom ved TEKU uadskillelige komponenter i enhver teknologi, hvorfor disse skal indtænkes i en analyse af teknologien (71).

Müllers teknologiforståelse indeholder essentielle aspekter i udvikling af ny teknologi, hvorfor forståelsen ikke direkte tager højde for, hvordan teknologien kan indgå i samspil med brugeren, og hvordan denne implementeres i eksisterende arbejdsgange (71). Begge måder at tænke og analysere på gennem henholdsvis TEKU-modellen samt Müllers teknologibegreb er opdelt i områder/domæner.

På den ene side ses ligheder i måden at tænke og analysere teknologi gennem de to forståelser; både TEKU og Müller fremstiller teknologi som mere end blot en materiel teknik, der anvendes som en artefakt placeret i en konkret kontekst i et dynamisk samspil med brugerne af denne (70; 71). Begge måder at tænke og analysere teknologi kunne være anvendt i dette projekt. Alligevel er der på den anden side forskelle på de to teknologiforståelser,

der gør, at TEKU vurderes bedst egnet til netop dette projekt.

I dette projekt er det især implementeringen og teknologiens indpas hos hjemmesygeplejerskerne som er essentiel, da disse som brugere skal anvende det i deres daglige arbejdsgang. Der er derfor mange brugere, som kan blive berørt af den nye teknologi.

Dette belyses gennem alle TEKU-domæner, men fremhævet har E-domænet været godt til at analysere, hvordan videokonsultation som eksisterende teknologi kan forandres i en ny situeret praksis, hvor hjemmesygeplejerskerne understøtter borgerne under selve videokonsultationen (70). I forlængelse af dette har U-domænet kunne belyse, hvordan den tværsektorielle videokonsultation i situeret praksis kan påvirke og udfordre hjemmesygeplejerskernes professionsuddannelse (70).

Müllers teknologibegreb kunne have givet en dybere analyse af videokonsultation som teknologi (71). Videokonsultation er dog ikke et nyt fænomen, men konteksten som videokonsultation anvendes i er ny. TEKU-modellen er således ikke forbeholdt ny teknologi, men kan ligeledes anvendes til at forstå og analysere eksisterende teknologi i klinisk praksis (70). Derfor var det fordelagtigt at anvende TEKU-modellen som forståelsesramme, da denne medtænker essentielle aspekter til brugeren som situeret læring og hvordan teknologien påvirker professionernes faglighed (70).

7.1.3 Dataindsamlingsteknikker

Card sorting

Projektets card sorting blev grundet COVID-19 afviklet individuelt på en virtuel platform. Det kunne have været fordelagtigt for projektet, at card sortingen blev afholdt med fysisk tilstedeværelse som en workshop, da dette kunne give projektgruppen mulighed for løbende at observere og notere samtaleemner, der kunne være relevante for den indsamlede empiri. En løsning der kunne have imødekommet muligheden for at notere deltagerens samtaleemner var, at projektgruppen gennem en Skype- eller telefonforbindelse kunne lytte til deltagerens samtaler. Deltagerne havde dog grundet COVID-19 ikke mulighed for at mødes online og afvikle card sortingen.

Det var derfor ikke muligt for projektgruppen at observere og notere løbende dialoger personalet imellem. Spencer (80) beskriver, at forskeren, ved en individuel card sorting, kan bede deltageren om løbende at dele sine tanker vedrørende de forskellige temaer og udsagn. Dette var dermed en mulighed projektgruppen kunne have benyttet, men blev fravalgt for at tilbyde deltagerne størst mulig fleksibilitet i deres besvarelser.

Grundet COVID-19 og dét at afholde card sorting som en workshop dermed ikke var muligt, blev der under planlægning af dataindsamlingen overvejet, hvorvidt individuelle semistrukturerede interviews skulle foretages i stedet for den individuelle card sorting.

Individuelle semistrukturerede interviews giver mulighed for at opnå forståelse for den udforskede svar og holdninger om det undersøgte fænomen, samtidig med at forskeren kan udforske informantens fortælling og stille opfølgende spørgsmål ud fra denne (67). Denne dataindsamlingsteknik vil derfor også kunne anvendes til at indsamle viden om og forståelse for, hvad informanterne finder essentielt i forbindelse med udvalgte temaer. Dog anvendes der i semistrukturerede interviews åbne spørgsmål, hvilket ikke giver mulighed for at opstille svarmuligheder, som card sortingen gør (67). Dette fordi at semistrukturerede interviews foregår som en mere flydende proces, hvor forskeren forsøger at fremme den

pågældende informants refleksioner gennem åbne og uddybende spørgsmål (67).

Ved semistrukturerede interviews ville projektgruppen derfor selvstændigt skulle gennemgå transskriptioner med henblik på at udvælge udsagn fra informanternes refleksioner og historie, hvorimod deltagerne i card sortingen selv enten udpeger eller udformer egne udsagn på kort. Disse kort gav derfor et overblik over, hvilke udsagn der skulle overføres til udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen som en del af et sekventielt design.

Card sorting, har været fordelagtig for dette projekt, da denne gav mulighed for at samle prioriterede lister af udsagn, der beskriver de udvalgte temaer (80). Samtidig har card sorting bidraget til at klarlægge om de deltagende hjemmesygeplejersker har samme eller forskellige tanker om tværsektoriel videokonsultation i relation til sårbare borgere med DM2, som det litteraturen viser (80).

Fire hjemmesygeplejersker gennemførte card sortingen. Ifølge Spencer (80) anbefales det at inkludere fem til seks deltagere eller grupper i card sortingen, hvis det der ønskes klarlagt er, om målgruppens tanker er ensformige med det litteraturen viser om det pågældende emne. Det ville derfor have gavnet projektet, hvis de seks hjemmesygeplejersker, som havde indvilliget til at deltage, alle havde udarbejdet en besvarelse, hvormed projektet havde opnået det antal af deltagere, som det anbefales (80).

Et større antal deltagere kunne bidrage med flere holdninger og selvskevne udsagn, hvilket kunne påvirke reliabiliteten i positiv retning. De fire hjemmesygeplejersker gav dog et indblik i, hvilke udsagn der var essentielle at anvende i spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen endte med en svarprocent på 13,2 %. Ifølge Launsø et al. (89) skal en svarprocent være på mindst 70 % før resultaterne er generaliserbare. Kjær & Kristensen (66) fremhæver dog, at en svarprocent på 50 % også kan være acceptabel, da det generelt kan være problematisk at opnå en høj svarprocent.

Eftersom spørgeskemaundersøgelsens svarprocent er under 50 %, er resultaterne i henhold til ovenstående ikke generaliserbare, og undersøgelsens sample kan derfor ikke med sikkerhed siges at være repræsentativ for populationen (66; 89). Projektgruppen forsøgte at højne svarprocenten ved at udsende en påmindelse 1-2 uger efter spørgeskemaundersøgelsen var blevet distribueret, hvilket Hansen et al. (88) anbefaler. Dette resulterede i, at antallet af besvarelser blev fordoblet i dagene efter påmindelsen var sendt.

Samlet set havde otte ud af 33 respondenter besvaret spørgeskemaet delvist. Dette svarer til, at 24,2 % af de respondenter der påbegyndte spørgeskemaet, ikke færdiggjorde det. Der er dermed en forholdsvis høj procentdel der ikke færdiggjorde spørgeskemaet, hvilket kan skyldes, at hjemmesygeplejersker kan have en travl og uforudsigelig arbejdsdag. De otte delvise besvarelser blev gennemgået og resulterede i, at alle delvise besvarelser blev ekskluderet, da der kun var svaret på de demografiske spørgsmål.

I spørgeskemaundersøgelsen blev der ved nogle af spørgsmålene tilføjet en "Andet - uddyb gerne", hvilket gav respondenterne mulighed for at uddybe eller komme med andre svar end de nævnte svarmuligheder. Dette anses som værende positivt for resultaterne, da der dermed blev tilføjet et kvalitativt islæt til spørgeskemaundersøgelsen, hvor der ikke med sikkerhed fremtræder en repræsentativ sample for populationen (66; 83).

Spørgeskemaundersøgelsen blev distribueret gennem en mellemmand, hvorfor projektgrup-

pen ikke med sikkerhed ved, om samtlige hjemmesygeplejersker i de deltagende kommuner har modtaget det. Der kan derfor forekomme selektionsbias, da der er risiko for, at den mellemmand har udvalgt bestemte hjemmesygeplejersker til at besvare spørgeskemaet (90). Projektgruppen forsøgte under rekrutteringen at tydeliggøre for mellemmanden, at spørgeskemaundersøgelsen skulle sendes til alle hjemmesygeplejerskerne i vedkommendes kommune.

Systematiske bias kunne, grundet den lave svarprocent, komme til udtryk ved, at de deltagende respondents holdninger til videokonsultation generelt er enten præget af positivitet eller negativitet. I tilfælde af dette er der risiko for, at de positive respondenter er overrepræsenteret, mens dem med negative holdninger er underrepræsenteret (89).

Ekspertinterview

Ekspertinterviewet bidrog i dette projekt med relevant viden og erfaringer om implementeringen af videokonsultation i Morsø Kommune. Til trods for at kontekst og målgruppe ikke var fuldstændig sammenlignelige med dette projekt, var erfaringerne fra implementeringen i Morsø brugbare. Ekspert erfaringerne var med til at belyse, hvilke muligheder og udfordringer der kan forekomme ved implementering af videokonsultation.

Projektgruppen var opmærksomme på, at eksperterne kunne have en interesse i den undersøgte problemstilling, hvorfor dette også kan have påvirket deres udtalelser (66). Ydermere var der risiko for, at negative erfaringer ikke ville blive delt med projektgruppen for at være tro over for sin organisation, hvorfor det ikke altid er muligt at opnå dybdegående forståelser gennem ekspertinterviews (67). Der var derfor mulighed for, at eksperterne i dette projekt ikke ville fortælle om alle detaljerne fra implementeringen.

Der blev forud for ekspertinterviewet ikke foretaget et pilotinterview, som det ellers anbefales at lave (67). Et pilotinterview kunne have bidraget med sproglige formuleringer af spørgsmålene samt om spørgsmålene var fyldestgørende i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmålene (67).

Ekspertinterviewet blev afviklet som et skriftligt computerstøttet interview, hvor der var mulighed for at sende opfølgende spørgsmål (81). Den ene ekspert valgte, på eget initiativ, at besvare de opfølgende spørgsmål via telefonsamtale. Svarene blev derfor renskrevet og sendt til eksperten med henblik på verificering af svarene. Verificering anvendes for at højne reliabilitet og validitet af ekspertens svar (81). Det er derfor positivt for dataindsamlingen, at det skriftlige materiale fra ekspertinterviewet kunne verificeres af eksperten selv.

Et alternativ til ekspertinterviewet kunne være kvalitative interviews med patienter og sundhedspersonale der deltog i afprøvningsprojektet i Morsø. Det kunne have været interessant at inddrage erfaringer fra de reelle brugere af videokonsultation. Dog var brugerne og konteksten ikke fuldstændig sammenlignelig med dette projekt.

Det valgtes derfor at fokusere på inddragelse af ekspertviden, fremfor brugernes viden, da der ved ekspertinterviewet var større mulighed for at opnå dybere forståelse for erfaringerne med implementeringen af videokonsultation.

7.2 Diskussion af fund og resultater

I følgende afsnit diskuteres projektet fund og resultater fra de tre dataindsamlingsteknikker sammen med ekstern litteratur.

7.2.1 Incitamenter for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation

Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Et styrket samarbejde på tværs af sektorer

Et styrket tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer er et af de incitamenter for indførelse af videokonsultation, der hyppigst er angivet af både deltagere og respondenter. Dette kan skyldes, at det kommunale og det regionale dokumentationssystem, som nævnt i Afsnit 2.3.3, ikke er kompatible, og at dialog omkring borgeren kun kan foretages pr. telefon eller korrespondancemeddelelse, hvis der skulle opstå behov (45). Det er derfor ikke muligt for de to sektorer at tilgå information om borgeren direkte dokumenteret fra modsatte sektor, hvorfor der kan forekomme ventetid hos hjemmesygeplejerskerne, der kan være afhængige af denne information. Der er ligeledes risiko for, at informationer kan gå tabt i processen, hvorfor dokumentation i ét system på tværs af sektorerne potentielt kan minimere risikoen for dette.

Det fremgik af projektgruppens studiebesøg på Endokrinologisk Ambulatorium, at hjemmesygeplejersken i SDCN's pilotprojekt skal videregive informationer mundtligt til lægen under videokonsultationen såsom blodtryk og HbA1c, og efterfølgende dokumentere ydelsen i KMD Nexus som vanligt. Dermed bliver hjemmesygeplejersken aktivt inddraget i informationsstrømmen fra sekundær sektor, hvormed det tværsektorielle samarbejde kan styrkes på baggrund af informationen vedrørende borgerens behandlingsforløb.

At de to sundhedssektorer ikke kan tilgå den modsatte sektors dokumentationssystem understøttes af et dansk studie, der beskriver, hvordan primær- og sekundær sektor i Danmark af sygeplejersker bliver set som "to verdener"(91). Studiet beskriver, hvordan kommunikationen på tværs af de to sektorer karakteriseres af utilstrækkelighed og forudindtagede meninger om sundhedspersonale på tværs af sundhedssektorerne (91).

Flere af deltagerne fra card sorting samt 64 % af respondenterne forventer, at tværsektoriel videokonsultation giver nye muligheder såsom forbedret informationsstrøm på tværs af sektorerne. Dette ved at en hjemmesygeplejerske i SDCN's pilotprojekt skal være direkte involveret i den tværsektorielle videokonsultation sammen med borgeren. Dette muliggør en styrket tværfaglig indsats, hvor både primær- og sekundær sektor sammen med borgeren kan koordinere dennes behandlingsforløb.

Videokonsultation som teknologisk artefakt, placeret i den konkrete kontekst i pilotprojektet af SDCN, vil altså rekonfigurere eksisterende praksis for hjemmesygeplejerskerne (70). Rekonfigurering fra konventionel diabetesbehandling, hvor borgeren går til fysiske konsultationer i ambulatoriet, og hjemmesygeplejerskerne derved ikke er direkte involveret heri, frem mod en for hjemmesygeplejerskerne mere aktiv deltagelse i diabetesbehandlingen gennem deltagelse i den tværsektorielle videokonsultation.

I TEKU-modellens E-domæne ses, at teknologi i situeret praksis kan ændre på relationer mellem mennesker samt mellem menneske og teknologi (70). I konteksten gennem SDCN's pilotprojekt vil relationen mellem primær- og sekundær sektor forandres i måden hvorpå de samarbejder i forløbet med den sårbare borger med DM2. Derudover fordrer anvendelse af tværsektoriel videokonsultation, som beskrevet i pilotprojektet i Afsnit 4.3.2, at sundhedspersonalet i begge sektorer tænker videokonsultation i en anden kontekst; videokonsultation som teknologi eksisterer aktuelt til borgere med DM i Region Nordjylland, men ikke i den konkrete kontekst som i pilotprojektet, hvor hjemmesygeplejersken aktivt inddrages i videokonsultation til sårbare borgere med DM2. Den aktive inddragelse af hjemmesygeplejersken understøtter også sårbare borgere, der af forskellige årsager ikke kan videregive relevante informationer eksempelvis grundet nedsatte kognitive ressourcer - her kan hjemmesygeplejersken støtte borgeren under videokonsultationen. Dog forekommer der stadig ingen skriftlig fælles dokumentation.

Tværsektoriel videokonsultation som potentiel løsning på udeblivelsesproblematik

SDCN's pilotprojekt er som førnævnt igangsat på baggrund af erfaringer med udeblivelser fra sårbare borgere med DM2, hvilket kan medføre, at de afsluttes før tid i deres behandlingsforløb, hvorfor der er risiko for, at borgerens DM ikke bliver behandlet.

Respondenterne fra spørgeskemaundersøgelsen i dette projekt blev adspurgt, om de oplevede, at sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer, hvortil 48 % svarede i nogen eller høj grad, mens 16 % svarede i mindre grad eller slet ikke. Spørgeskemaundersøgelsen understøtter således udsagnet om, at visse sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer.

I et studie af Morris et al. (62) beskrives, hvordan der i diabetesambulatorierne opleves en høj udeblivelsesrate på 33-50 % hos sårbare borgere. Både litteraturen og empirien fra dette projekt understøtter altså påstanden om, at sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer i diabetesambulatoriet, hvilket kan have fatale konsekvenser for borgeren eksempelvis relateret til udvikling af senkomplikationer (36).

Men hvad skyldes disse udeblivelser, og kan videokonsultation være med til at løse de deraf afledte problematikker såsom afbrudte behandlingsforløb?

Som beskrevet i Afsnit 2.3.2 kan årsager til, at visse sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres ambulante konsultationer være glemsomhed, manglende overskud, geografisk distance eller at andre aspekter fylder mere i deres liv (13).

Erfaringerne blandt deltagerne og respondenterne i dette projekt viser dog, at den primære årsag til udeblivelser er manglende egenomsorg; borgernes evne til at tage vare på sig selv og sin sygdom afspejles i niveauet af egenomsorg, hvilket for sårbare borgere med DM2 kan være svækket.

Både deltagerne og respondenterne i dette projekt angav, at videokonsultation kan være tidsbesparende. Det understøttes af fund fra ekspertinterviewet, hvori patienterne fremhævede reduceret transporttid som en af de største fordele ved videokonsultation. I et studie af Johansson et al. (92) ses der flere tidsmæssige fordele ved anvendelse af videokonsultation; deltagerne i studiet var glade for, at de ikke skulle tage fri fra arbejde en hel dag for at gå til en fysisk konsultation i ambulatoriet, som kunne være geografisk langt væk. I tråd med dette konkluderer et studie af Williams et al.

(93), at patienter kan spare gennemsnitligt 64 minutters transporttid ved at anvende videokonsultation. Derudover sparede deltagerne i Johansson et al. (92) også personlig tid, og de gav udtryk for, at videokonsultation tog kortere tid end en fysisk konsultation. Dette matcher lignende fund af Greenhalgh et al. (61), hvor patienterne gav udtryk for stor tilfredshed for videokonsultation, der både varede kortere end konventionelle konsultationer, samt at patienterne snakkede mere under videokonsultationen. Det tyder altså på, at tværsektoriel videokonsultation potentielt kan imødekomme geografisk distance samt manglende overskud i forhold til transporttid som årsag til ambulante udeblivelser fra sårbare borgere med DM2. Det kan for sårbare borgere med DM2, der lider af eksempelvis psykiske problemer være en fordel ikke at have lang transporttid til og fra diabetesambulatoriet, der for nogle kan være eksponerende eller udløse angst (13).

Størstedelen af respondenterne (84 %) mente, at tværsektoriel videokonsultation i nogen eller høj grad kan afhjælpe udeblivelser fra diabetesambulatoriet hos sårbare borgere med DM2, hvorfor det for respondenterne giver mening, at anvende tværsektoriel videokonsultation. Dette stemmer overens med resultatet fra Morris et al. (62), hvor de fandt, at udeblivelsesraten på ambulatoriet hos de sårbare borgere med DM kunne imødekommes ved anvendelse af videokonsultation.

7.2.2 Barrierer for implementering af tværsektoriel videokonsultation

Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

Ændrede arbejdsgange hos hjemmesygeplejerskerne

I projektets spørgeskemaundersøgelse (Figur 6.19) ses en barriere for implementering af tværsektoriel videokonsultation som værende de ændrede arbejdsgange, som teknologien kan medføre. Dette understøtter et studie af Sharma & Clarke (94) som fandt, at telehealth, herunder videokonsultation, kan medføre ændrede arbejdsgange i form af nye arbejdsopgaver. Sharma & Clarke (94) fandt ligeledes, at telehealth forstyrrede hjemmesygeplejerskernes rutiner og samtidigt udgjorde en større arbejdsbyrde grundet flere elementer relateret til teknologien i form af udstyrsinstallation, vedligehold, brug af computersystem til at få adgang til data, dobbeltdokumentation, patientvurdering og uddannelse.

Ændrede arbejdsgange kan derfor både være relateret til planlægning af arbejdsdagen og nye arbejdsopgaver, som videokonsultation kan medføre. Det kan derfor være nødvendigt at undersøge, hvordan disse forandringer vil blive modtaget.

I projektets spørgeskemaundersøgelse tilføjede en enkelt respondent, at tværsektoriel videokonsultation kan være tidskrævende for hjemmesygeplejerskerne. Der blev ikke angivet en årsag til, hvorfor det for hjemmesygeplejersken kan være tidskrævende at deltage i videokonsultationerne, men hvorimod konventionelle ambulante konsultationer foregår mellem borger og sundhedspersonale i diabetesambulatoriet, vil hjemmesygeplejersker i konteksten som under SDCN's pilotprojekt være en aktiv medspiller. Det kan altså muligvis være årsagen til, at det for hjemmesygeplejerskerne kan være tidskrævende. En anden årsag til at videokonsultation kan være tidskrævende for hjemmesygeplejersker kan ifølge Sharma

& Clarke (94) skyldes, at der i forbindelse med konsultationen skal dokumenteres i flere journalsystemer.

I forlængelse af at videokonsultation kan være tidskrævende for hjemmesygeplejerskerne, beskrev en respondent i projektets spørgeskemaundersøgelse ligeledes, at det er vigtigt at afsætte tid til ydelsen, da videokonsultationen vil blive en del af arbejdsdagen. En rapport fra Rambøll (95) kortlægger planlægning af den daglige drift i hjemmesygeplejen, hvilket kan være en kompleks opgave. Dette værende sig blandt andet, at der er flere faktorer at tage hensyn til i planlægningen af arbejdsopgaver såsom geografi, kontinuitet, kompleksitet, trafik og organisering af hjemmeplejen (95). Selvom rapporten fra Rambøll (95) beskriver, at der skal tages højde for kompleksiteten af borgerbesøg og afstande, tyder det alligevel på, at hjemmesygeplejerskerne i dette projekt er bekymrede for de ændrede arbejdsgange og den tidskrævende faktor som videokonsultation kan medføre.

Implementering af tværsektoriel videokonsultation forventes således at medføre forandringer såsom ændrede arbejdsgange, tidskrævende arbejdsopgaver, omstrukturering og planlægning af arbejdsdag.

Ifølge Jacobsen (96) kan alle forandringsprocesser skabe en emotionel reaktion, som i de fleste tilfælde aktiverer psykologiske forsvarsmekanismer. Det kan derfor være essentielt at italesætte de bekymringer, som hjemmesygeplejerskerne må have i forbindelse med en eventuel implementering, da den projektansvarlige bag implementeringen ellers kan møde modstand mod forandring (96).

De følelsesmæssige forhold kan ydermere resultere i aktiv modstand fra medarbejderne, hvor stærke kritiske ytringer og protester kan opstå (96).

Set ud fra "Komplekse veje" i TEKU-modellen er det essentielt, at det for hjemmesygeplejerskerne er tydeligt, hvorfor tværsektoriel videokonsultation implementeres (70).

Organisatoriske beslutninger tages oftest på et ledelsesmæssigt niveau, hvorfor det kan være begrænset hvor meget medindflydelse hjemmesygeplejersker har (70). Absent presence af en teknologi, hvor beslutningen tages fra andre aktører end hjemmesygeplejerskerne selv, fordrer at hjemmesygeplejersken reflekterer over baggrunden for implementeringen for at kunne vurdere, hvordan denne passer ind i praksis og på hvilket bevæggrundlag (70).

Dog mener 84 % af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, at videokonsultation, som i SDCN's pilotprojekt, vil passe ind i deres arbejdsgang. Det viser derfor, at der for respondenterne ses en mulighed for, at få denne type konsultation til at fungere i praksis. Forud for eventuel implementering af videokonsultation kan det derfor være relevant at inddrage elementer fra E- og U-domænet i TEKU-modellen med henblik på at analysere, hvordan teknologien forandrer praksis (70).

Ifølge Hasse & Brok (70) skaber ny teknologi nye arbejdsopgaver, hvilket kræver, at medarbejderne udvikler nye kompetencer. Det er derfor essentielt at sikre, at hjemmesygeplejerskerne i denne kontekst oplever, at de ændrede arbejdsgange er meningsfulde, da det kan have indvirkning på, hvordan behovet for nye kompetencer accepteres af hjemmesygeplejerskerne (70).

Tekniske udfordringer relateret til videokonsultation

Deltagerne i card sorting og respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er enige i, at tværsektoriel videokonsultation kan medføre tekniske udfordringer. Dette understøttes af

et studie af Donaghy et al. (97), der undersøger patienters og klinikers, herunder læger og sygeplejersker, oplevelser med videokonsultation. Studiet beskriver, at disse især oplevede tekniske udfordringer ved brug af videokonsultation i opstartsfasen (97). Det handlede især om, at brugerne havde et behov for at lære teknologien at kende for at blive mere selvstikker og tryk i anvendelsen af denne (97). Deltagerne og respondenterne i dette projekt kan ligeledes have samme behov, hvorfor det er relevant at undersøge, hvordan videokonsultation kan medføre en udvikling af professionsfaglighed (70).

Med afsæt i TEKU-modellens U-domæne er det essentielt at indtænke, at teknologier skaber nye arbejdsopgaver, som kan kræve udvikling af medarbejdernes tekniske kompetencer (70). Ved en teknologi som videokonsultation kan det betyde, at hjemmesygeplejerskerne kan føle, at de både skal lære at anvende den nye teknologi, men også have tekniske kompetencer, som de ikke nødvendigvis selv mener, at de har, hvorfor de har en bekymring om, at videokonsultation kan blive en teknisk udfordring.

I forlængelse af dette konkluderede Sharma & Clarke (94), at ledere der skal indkøbe og implementere telehealth bør være opmærksom på de ikke-tekniske brugere såsom sygeplejersker, og at introduktionen af telehealth er essentiel, da teknologien medfører ændringer af brugernes rutiner og ekspertise, som kan opleves som truende. Deltagerne og respondenternes bekymringer om tekniske udfordringer i dette projekt tydeliggør derfor, at SDCN bør overveje, hvordan introduktionen af videokonsultation skal være hos hjemmesygeplejerskerne, for at der ikke opstår frustrationer og modstand (96; 94).

I projektets ekspertinterview var et fund, at patienterne ikke behøvede at have tekniske færdigheder, da teknologien var nem at anvende. Dette blev blandt andet understøttet af en udtalelse fra en af patienterne, der gav udtryk for, at det var nemt at anvende. Viden som dette kan derfor være fordelagtigt at videregive til hjemmesygeplejersker, som ikke er kendt med videokonsultation, men skal til at varetage denne arbejdsopgave, da de ellers kan blive frustrerede over den nye og ukendte arbejdsopgave.

Barrierer for videokonsultation set fra et borgerperspektiv

Med udgangspunkt i et forestillet borgerperspektiv mener respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen (Figur 6.20), og to af deltagerne i projektets card sorting (Figur 6.4), at det tekniske ved videokonsultation kan være en barriere for, at borgerne ønsker at medvirke. Greenhalgh et al. (61) fandt, at det især var borgere med et godt netværk i form af yngre familiemedlemmer, der valgte at deltage i videokonsultation, da de kunne få hjælp fra disse ved tekniske problemer.

På den ene side kan en borger betragtes som værende sårbar ved mangel på socialt netværk, og det er derfor ikke sikkert, at borgeren kan få den fornødne hjælp ved tekniske problemer (32). På den anden side vil hjemmesygeplejerskerne i SDCN's pilotprojekt understøtte borgeren under videokonsultation, hvorfor borgeren ikke selv har et ansvar for at få teknikken til at fungere. Det kan dog stadig blive en udfordring, hvis hjemmesygeplejersken ikke har tekniske kompetencer til at håndtere tekniske fejl, som potentielt kan opstå under videokonsultation (61).

I projektets ekspertinterview var et fund, at videokonsultation som løsning kan udfoldes til borgere over 60 år, hvorimod Greenhalgh et al. (61) finder, at det er borgere og medarbejdere over 50 år, som kan have problemer med at håndtere tekniske fejl ved

videokonsultation. Derfor kan der med fordel fokuseres på den tekniske brugervenlighed rettet mod borgere 60+ år ved ekspandering af videokonsultation til ældre borgere.

Andre barrierer, som respondenterne og deltagerne angav kan være årsag til, at målgruppen ikke ønsker at medvirke i videokonsultation, er psykisk sygdom og manglende overskud. I Nielsen et al. (13) var et essentielt fund, at størstedelen af de inkluderede sårbare patienter synes, at det var uoverskueligt at overholde råd om kost og motion, som er en del af behandlingen for DM2. Der er på baggrund af dette risiko for, at borgerne med DM2 ikke kan overskue at deltage i en videokonsultation, da de bliver påmindet om, at de skal ændre deres livsstil for at undgå forværring i sygdommen, hvilket vil kræve en aktiv handling fra borgeren selv. Dog vidner respondenternes besvarelser om, at det er forskelligt, hvilke udfordringer såsom "Manglende overskud" og/eller "Teknisk svært" der gør sig gældende for den enkelte. Udfordringerne kan have indflydelse på, om den enkelte borger med DM2 ønsker at deltage i tværsektoriel videokonsultation.

7.2.3 Muligheder for implementering af tværsektoriel videokonsultation

Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?

I projektets card sorting (Figur 6.3) og spørgeskemaundersøgelse (Figur 6.23) ser flere hjemmesygeplejersker fordele ved teknologien blandt andet, at teknologien kan medvirke til forbedret glykæmisk kontrol hos borgeren samt reducere risikoen for senkomplikationer. Det at hjemmesygeplejerskerne mener, at videokonsultation og hjemmemåling af HbA1c kan resultere i bedre glykæmisk kontrol stemmer overens med fundene fra Schnell et al. (22), hvor patienterne der får målt HbA1c i en sygeplejeklinik i deres lokalområde, har en forbedret glykæmisk kontrol med 0,4 % sammenlignet med kontrolgruppen. Schnell et al. (22) finder blandt andet, at det at borgere kan få foretaget kontrolmålinger som HbA1c i nærområdet kan have positiv indvirkning på deres diabetesbehandling, mens McLendon (98) i et review beskriver, at videokonsultation i sig selv kan have positiv indflydelse på glykæmisk kontrol.

De to studier viser, at en ændring af konventionel diabetesbehandling kan have positiv indflydelse på borgerens glykæmiske kontrol, men det er svært at vurdere, om det er selve blodprøven eller det, at der bliver fulgt op på borgerens behandling gennem videokonsultation, der har indvirkning hos den enkelte (98; 22).

McLendon (98) beskriver, at borgere med DM har påvist forbedret glykæmisk kontrol allerede efter én videokonsultation, og at de blev ved med at påvise fremgang i den seks måneders periode, som forsøget forløb over. En god glykæmisk kontrol har ifølge Schnell et al. (22) indvirkning på minimering af risikoen for senkomplikationer.

Set fra et økonomisk perspektiv kan det være relevant at overveje, hvorvidt det er essentielt at få sårbare borgere med DM2 til at deltage i tværsektoriel videokonsultation. På den ene side er det, ifølge Sortsø et al. (17), dyrt for samfundet, hvis en borger med DM uden senkomplikationer erhverver sig større eller mindre senkomplikationer, da dette ifølge studiet kan koste fra 13.284 kr. til 56.171 kr. pr. person om året i sundhedsudgifter.

Derfor kan der jævnfør studiet fra McLendon (98), være mulighed for økonomiske besparelser hvis borgerne vedholdes i behandling f.eks. gennem videokonsultation. På den

anden side vil udfaldet af videokonsultationen stadig afhænge af, om den enkelte borger er i stand til at efterleve råd og vejledning, som de kan modtage under videokonsultationen.

Hjemmesygeplejerskerne i dette projekt fremhæver ydermere, at tværsektoriel videokonsultation kan styrke det tværfaglige samarbejde og skabe bedre borgerforløb. Et dansk studie omhandlende tværsektoriel videokonsultation med fokus på diabetiske fodsår beskriver, at videokonsultation kan skabe et tættere samarbejde mellem sektorerne (99). Derudover fandt studiet, at hjemmesygeplejerskerne bedre kunne forholde sig til behandlingsplanen, fordi de blev en del af konsultationen, hvilket fremmede tilfredsheden med det tværsektorielle samarbejdet (99).

Lignende scenarie kan relateres til SDCN's pilotprojekt, da hjemmesygeplejerskerne hér bliver en del af konsultationen, hvilket de normalt ikke er, når en borger har konsultation ved fysisk fremmøde. I studiet af Clemensen et al. (99) beskriver en hjemmesygeplejerske, at vedkommende er glad for, at hun kan give udtryk for sine holdninger, og at de har mulighed for at diskutere behandlingsplanen med sundhedspersonale i ambulatoriet, da videokonsultation gør, at det nu er tovejs-kommunikation, og ikke kun en ny behandlingsplan, der udstedes fra hospitalet.

Lignende kunne være en mulighed for hjemmesygeplejerskerne i SDCN's pilotprojekt, der skal understøtte de sårbare borgere under videokonsultationen.

7.2.4 Hjemmesygeplejerskernes ønsker til implementering af videokonsultation

Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?

Brugervenlig app til videokonsultation

Alle deltagere og respondenter i projektets card sorting samt spørgeskemaundersøgelse, anser brugervenlighed som en vigtig faktor i forbindelse med brugen af en app til tværsektoriel videokonsultation. Det at telemedicinske løsninger skal være brugervenlige, fremhæves ligeledes af Kolltveit et al. (63), som fandt at sundhedsprofessionelle mener, at det er vigtigt at have en brugervenlig teknologi i anvendelsen af telemedicin. På den ene side nævner deltagerne og respondenterne i dette projekt også, at en app skal være nem at anvende, hurtig at tilgå samt at det er nødvendigt at kunne få teknisk support, ved behov. På den anden side kan de tre aspekter anses som delelementer i graden af, hvor brugervenlig teknologien er, samt hvor god implementering af denne bliver. Dette understøttes af både Kolltveit et al. (63) og Nordtug et al. (64), som beskriver, at en god implementering af telemedicin afhænger af en brugervenlig teknologi samt teknisk support. En teknologis brugervenlighed kan også sættes i kontekst med TEKU-modellens T-domæne, hvori teknologiens design indgår (70). I T-domænet fremhæves det, at teknologiens brugervenlighed fordrer, at designeren ikke blot har forståelse for teknologiens formål, men også kan forudsige hensigten med teknologiens anvendelse (70). Der fokuseres derfor på at balancere mellem brugernes velkendte normer samt nye ukendte aspekter for at skabe et brugervenligt design i f.eks. en app (70). Ifølge TEKU-modellen, skal brugerne, i denne kontekst hjemmesygeplejerskerne, også have eller søge at opnå en forståelse for den app der skal anvendes ved tværsektoriel videokonsultation, hvorefter det forventes at

hjemmesygeplejerskernes syn på værdien af videokonsultation kan ændres i takt med, at de anvender og lærer teknologien at kende (70).

Inddragelse i implementering af videokonsultation

Deltagerne og respondenterne i dette projekt giver udtryk for flere elementer såsom superbrugere og løbende evaluering som findes vigtige i forbindelse med at opnå en god implementering af tværsektoriel videokonsultation. 68 % af respondenterne nævner blandt andet et behov for, at der på arbejdspladsen skal udvælges superbrugere (Figur 6.17). En superbruger er en person, der kan oplære samt teknisk assistere brugerne i anvendelse af teknologien (63). Superbrugere kan derfor også yde sidemandsoplæring, hvilket 64 % af respondenterne mener, kan bidrage til en god implementering.

I et review påpeger Ross et al. (100), at arbejdspladsen bør inddrage superbrugere tidligt i implementeringsprocessen. Ydermere påpeger Kolltveit et al. (63), at superbrugere er vigtige i forbindelse med at opnå en succesfuld implementering af telemedicinske løsninger. Dog bør der ifølge Jacobsen (96) sikres, at der ikke opstår magtafstand i forandringen, hér implementeringen. Magtafstand kan opstå hos medarbejdere, der har svært ved at acceptere, at nogle kollegaer får mere magt end dem selv, eksempelvis superbrugere (96). Udover superbrugere, sidemandsoplæring og løbende evaluering, nævnes der også et behov for tydelig og kortfattet guide vedrørende anvendelsen af videokonsultationen. En *"tydelig og kortfattet guide"* (Tabel 6.11) kan bidrage til, at hjemmesygeplejerskerne muligvis kan føle det nemmere at anvende videokonsultation. Dette kan dermed også være med til at højne brugervenligheden af en app til videokonsultation, hvilket, som tidligere nævnt, var et aspekt, som samtlige deltagere og respondenter vægtede højt.

52 % af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen ønsker en løbende evaluering af implementeringen af tværsektoriel videokonsultation. I forlængelse af dette anbefaler Ross et al. (100), at implementeringsprocessen ikke blot stopper, når teknologien er i aktiv brug, men at der efterfølgende er brug for løbende evaluering af teknologien i praksis.

Med udgangspunkt i ovenstående ses det, at respondenterne og deltagerne ønsker at inddrages i implementeringsprocessen og samtidig få oplæring i brugen af teknologien. Dette kan i et organisatorisk aspekt mindske modstand mod forandring ved at inddrage hjemmesygeplejerskerne i implementeringen af videokonsultation (96). Dette kan gøres ved at anvende en bottom-up-model, hvor hjemmesygeplejerskerne fra starten af implementeringsprocessen vil blive inddraget og lyttet til i forbindelse med implementeringsprocessen (96). Det kan ligeledes give hjemmesygeplejerskerne en følelse af ejerskab, hvilket kan resultere i, at de gerne aktivt vil deltage i den arbejdsmæssige forandring, som implementering af videokonsultation kan kræve (96). Anvendes der derimod en top-down-model i en organisation, vil dette kunne resultere i modstand mod forandring fra medarbejderne, og en implementeringsproces kan som følge af dette vanskeliggøres (96). Det kan derfor være en gevinst for en organisation at inddrage sine medarbejdere i implementeringsprocessen, f.eks. ved at udvælge superbrugere samt løbende evalueringer.

7.2.5 Tidligere erfaringer med implementering af videokonsultation i praksis

Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?

I fundene fra ekspertinterviewet fremgår det, at det sundhedspersonale, som var en del af afprøvningsprojektet i Morsø Kommune, blev introduceret til forløbet samt fik udleveret vejledningsmateriale, som skulle guide dem i anvendelsen af videokonsultation. Dette stemmer overens med et tidligere beskrevet resultat fra spørgeskemaundersøgelsen (Tabel 6.11), hvor en respondent netop med egne ord forklarer, at en tydelig og kortfattet guide i hjemmet eller elektronisk kan bidrage til at opnå en god implementering. Vejledningsmateriale kan muligvis være med til at højne brugervenligheden af videokonsultation ved at give hjemmesygeplejerskerne en følelse af, at videokonsultation er nemmere at anvende. Dette i overensstemmelse med TEKU-modellens T-domæne som også har fokus på brugervenlighed i forbindelse med en teknologisk design, hvilket i modellen anskues som et vigtigt element i forbindelse med implementering af en teknologi, herunder videokonsultation (70). Et andet fund der blev gjort i ekspertinterviewet, var at afprøvningsprojektet inddragede mange interessenter, hvilket kunne være en udfordring i forbindelse med at finde en god lokation til videoambulatoriet. For at kunne imødekomme de forskellige interessenter i et projekt, er det ved projektets start gavnligt at identificere projektets interessenter samt foretage en analyse af disse (72).

I forbindelse med planlægning af en eventuel implementering af tværsektoriel videokonsultation hos sårbare borgere med DM2 kan der derfor med fordel udarbejdes en interessentanalyse for at imødekomme potentielle forhindringer for SDCN's pilotprojekt.

Informanterne fra ekspertinterviewet lagde også vægt på, at det i en implementeringsproces er vigtigt, at der i den udvalgte projektgruppe skal fremgå klare og tydelige roller i forhold til, hvem der står for hvilke opgaver. Informanterne påpegede endvidere, at koordinering af opgaver i en stor projektgruppe var en udfordring.

Ifølge Belbins teori om sammensætning af det ideelle team skal en projektgruppe tilstræbe at indeholde ni teamroller; idémand, opstarter, koordinator, analysator, organisator, kontaktskaber, specialist, afslutter og formidler (72). Belbin beskriver dog, at alle teamroller kan dækkes i grupper på under ni personer, da hver person kan have to til tre roller i et team, én primær og op til to sekundære roller (72).

At identificere og tydeliggøre teamrollerne i en projektgruppe kan derfor være en mulighed for at imødekomme den tvivl, der kan opstå ved mangel på klare og tydelige roller. På denne måde vil personerne i en projektgruppe vide, hvem i gruppen der står for de forskellige opgaver under en implementeringsproces. Ved eventuel implementering af tværsektoriel videokonsultation hos sårbare borgere med DM2, kan det derfor være essentielt at søge inspiration fra erfaringerne fra afprøvningsprojektet i Morsø Kommune, og dermed have fokus på at sammesætte den, ifølge Belbin, ideelle projektgruppe (72).

Et fund fra projektets ekspertinterview var, at det kan være fordelagtigt at kigge på forandringsledelse- og processer. En forandring starter altid med en idé eller intention, hvorfor udfaldet af den planlagte forandringsproces altid vil blive sammenlignet med intentionerne (96). Intentionerne udgør den standard, som forandringen måles i forhold til, hvorfor dét er afgørende for, om forandringsprocessen betragtes som vellykket (96).

I afprøvningsprojektet i Morsø Kommune blev initiativet besluttet med kort varsel, hvilket

kan betyde, at de havde intentioner for afprøvningsprojektet, men det er derimod ikke sikkert, at det er blevet undersøgt nærmere, hvordan forandringen, her indføringen af videokonsultation, skulle finde sted. Forandringsprocesser varierer alt efter hvilken slags forandring der er tale om, dens omfang, tidsperspektiv og hvilken kontekst den er i (96). Ifølge Kousholt (101) er det især menneskedelen, der er essentiel i en forandringsledelse, hvorfor kommunikation er et bærende element hvor medarbejdernes opfattelser og ageren der skal ændres.

Teoretikeren Kotter har udarbejdet en ottepunkts forandringsmetode, der beskriver, hvordan en forandringsstrategi kan gennemføres, som blandt andet handler om at skabe en følelse af nødvendighed, sammensætning af projektgruppe, skab og kommuniker visionen, gennemførelse af forandringen og fjerne forhindringerne samt at sørge for at få indarbejdet forandringen i organisationens kultur (101).

Informanterne fra ekspertinterviewet fortalte, at de undervejs i afprøvningsprojektet valgte at gøre brug af borgerinddragelse, herunder blev blandt andet et borgerpanel oprettet. Borgerinddragelse, som kan sidestilles med brugerinddragelse, kan muligvis anses som en gevinst, i implementeringsprocesser, da dette kan have indvirkning på, at brugerne aktivt deltager i den forestående forandring (96).

På den modsatte side kan manglende brugerinddragelse føre til modstand mod forandring, hvilket dermed også kan påvirke implementeringsprocessen negativt (96). Det fremgår ydermere i TEKU-modellens K-domæne, at manglende indflydelse på hvilke teknologier der indføres på en arbejdsplads, kan medføre irritationsfaktorer, da medarbejderne kan have svært ved at se, hvorfor teknologien indføres (70). Ovenstående afspejler at brugerinddragelse fra projektopstart, med både inddragelse af borgere og medarbejdere, kan være et vigtigt element i forbindelse med at opnå en god implementering.

Ydermere omhandler et fund fra ekspertinterviewet, at borgerne udtrykte bekymring for, om videokonsultation ville resultere i manglende screening for fodsår. Grundet DM2 er borgere med denne sygdom i risikogruppen for at udvikle senkomplikationer, blandt andet neuropati samt fodsår (5). Derfor tilbydes borgere med DM2 årlige fodscreeninger med henblik på sænke risikoen for senkomplikationer (37; 36).

I tilfælde af at fodsår ikke opdages, og dermed ikke behandles i tide, kan det resultere i amputation af ekstremiteter såsom tæer, fødder og ben (5). Borgere med DM2 og senkomplikationer er en dyr udgift for samfundet, derfor er det vigtigt, at borgere fortsat får fodscreeninger (17).

På baggrund af dette er det derfor vigtigt at sikre, at borgere med DM2 fortsat får tilbudt årlige fodscreeninger trods anvendelse af videokonsultation. Dette er endvidere en overvejelse der kan medtages til en eventuel implementering af tværsektoriel videokonsultation, både for at imødekomme borgernes bekymringer, sikre de regelmæssige screeninger samt planlægge hvem der udfører screeningerne i den tværsektorielle kontekst.

Konklusion 8

I dette kapitel konkluderes på projektets problemformulering:

Hvilke holdninger har hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland til implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med diabetes mellitus type-2, og hvilke faktorer bør der fokuseres på ved eventuel implementering af dette?

Gennem projektet blev det erfaret, at der eksisterer en række incitamenter for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation. Derudover kan der være flere muligheder og barrierer for både anvendelse og implementering af teknologien.

Hjemmesygeplejerskerne i projektets spørgeskemaundersøgelse oplever ligesom Endokrinologisk Ambulatorium, at borgere med DM2 udebliver fra deres konsultationer. På baggrund af projektets card sorting og spørgeskemaundersøgelse blev et styrket tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer identificeret som et incitament for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation. Ikke mindst mener de deltagende hjemmesygeplejersker i disse to dataindsamlinger, at tværsektoriel videokonsultation vil kunne bidrage til en reduktion af disse udeblivelser, samt at teknologien giver nye muligheder. Nye muligheder kan ifølge litteraturen samt projektets fund og resultater være relateret til forbedret informationsstrøm på tværs af sektorer, samt bidrage til en styrket tværfagligt indsat i forhold til koordinering af borgerens behandlingsforløb.

Hjemmesygeplejerskerne der deltog i projektets card sorting og spørgeskemaundersøgelse ser flere muligheder for implementering og anvendelse af videokonsultation hos sårbare borgere med DM2, såsom forbedret glykæmisk kontrol, reduceret risiko for senkomplikationer, styrket tværfagligt samarbejde samt et bedre borgerforløb.

Hjemmesygeplejerskerne inkluderet i dette projekt nævner, at barrierer for implementering og anvendelse af tværsektoriel videokonsultation til sårbare borgere med DM2 kan bestå af ændrede arbejdsgange for hjemmesygeplejerskerne, som videokonsultation kan medføre. Dette er eksempelvis nye arbejdsopgaver pålagt hjemmesygeplejen, hvilket kan føre til en øget arbejdsbyrde. I forlængelse af dette mener hjemmesygeplejerskerne i dette projekt, at implementering af videokonsultation kan være tidskrævende, da dette kan give dem ekstra arbejdsopgaver.

Tekniske udfordringer, gældende for både borgere og hjemmesygeplejersker, kan ydermere anses som en mulig barriere for en succesfuld implementering. Hjemmesygeplejerskerne nævner psykisk sygdom, manglende netværk og manglende overskud som potentielle barrierer for, om den sårbare borger med DM2 har mulighed for at medvirke i videokonsultation.

For at opnå en god implementering ønsker hjemmesygeplejerskerne oplæring i anvendelsen af teknologien gennem blandt andet superbrugere, sidemandsoplæring og løbende evaluering både under og efter implementering. En enkelt respondent fremhævede ydermere vejledningsmateriale som et vigtigt element i implementeringsprocessen, hvilket afprøvningsprojektet i Morsø Kommune havde gode erfaringer med.

Derudover er det ifølge litteraturen og samtlige respondenter og deltagere essentielt, at den app der skal anvendes til videokonsultationen er brugervenlig, og at hjemmesygeplejerskerne kan få teknisk support ved behov. Det blev gennem fund fra ekspertinterviewet erfaret, at aktiv borgerinddragelse kan bidrage til en god implementering, da borgere kan have viden og holdninger, som sundhedspersonale ikke nødvendigvis har forudsætninger for at bidrage med.

Fund fra ekspertinterviewet viste, at der hos både sygeplejersker og borgere i afprøvningsprojektet i Morsø Kommune forelå en bekymring for, om videokonsultation kan imødekomme behovet for fysiske screeninger af borgerens fødder. Det er derfor vigtigt for kvaliteten af behandlingen, at borgeren fortsat bliver screenet for senkomplikationer, herunder fodsår, og videokonsultation bør således så vidt muligt ses som et supplement til fysiske konsultationer, og ikke som enkeltstående behandlingsformat.

En tidlig analyse af projektets interessenter kan potentielt imødekomme forhindringer for projektet, som kan være en barriere for implementering, gennem identificering af interessenterne. Allerede fra projektopstart bør der fokuseres på at udarbejde en sådan, så essentielle interessenter for projektet kan imødekommes. Derudover kan det på baggrund af fund fra ekspertinterviewet anbefales, at der ved implementering fokuseres på forandringsprocesser samt ledelse af disse for at imødekomme modstand mod forandring.

Perspektivering 9

I dette kapitel præsenteres projektets perspektivering, herunder relevante fremtidige fokuspunkter i forbindelse med tværsektoriel videokonsultation hos sårbare borgere med DM2.

Hjemmesygeplejerskerne fra dataindsamlingerne i dette projekt giver udtryk for, at der for sårbare borgere med DM2 kan forekomme tekniske udfordringer og manglende overskud som barrierer for deltagelse i tværsektoriel videokonsultation. For at imødekomme dette er det relevant at inddrage borgerne i fremtidige undersøgelser, eksempelvis borgerpanel som i afprøvningsprojektet i Morsø Kommune, med henblik på at klarlægge deres holdninger samt eventuelle udfordringer til anvendelse af videokonsultation.

I forbindelse med SDCN's pilotprojekt kommer hjemmesygeplejerskerne til at varetage nye arbejdsopgaver, herunder måling af HbA1c og deltagelse i borgerens videokonsultation med endokrinologien fra diabetesambulatoriet. Det findes derfor relevant at foretage uddybende undersøgelser før projektopstart vedrørende hjemmesygeplejerskernes holdninger til samt erfaringer med dette for at mindske risiko for modstand mod forandring af deres arbejdsopgaver. I forlængelse af dette bør der fokuseres på forandringsprocesser i forbindelse med en eventuel implementering.

I projektets spørgeskemaundersøgelse mener 88 % (n=21) af respondenterne i nogen til høj grad, at SDCN's pilotprojekt kan have en positiv indvirkning på den sårbare borgers glykæmiske niveau. Det kan derfor være relevant at foretage kvantitative undersøgelser af effekten af tværsektoriel videokonsultation med hjemmemåling af HbA1c på de sårbare borgers glykæmiske niveau.

I Region Nordjylland er der politisk fokus på at skabe større lighed i sundhed samt digitalisere sundhedsvæsenet (14). Dette gøres blandt andet ved at imødekomme borgere med længere distancer til hospitalerne med telemedicinske løsninger, herunder videokonsultation (14).

Hjemmesygeplejerskerne i projektets card sorting og spørgeskemaundersøgelse mener, at geografisk distance kan være årsag til at sårbare borgere udebliver fra fysiske ambulante konsultationer. I forlængelse af dette kan det være oplagt, at undersøge anvendelse af tværsektoriel videokonsultation til sårbare borgere med DM2 i Grønland, hvor geografiske afstande i høj grad kan være en udfordring, og dermed en barriere for opretholdelse af behandlingsforløbet.

Litteratur

- [1] Diabetesforeningen. Danskerne totalt uvidende om folkesygdom; 2008.
- [2] Diabetesforeningen. Diabetes i Danmark; 2020. Accessed: 18-02-2020. Available from: <https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>.
- [3] Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. København; 2015.
- [4] World Health Organization. Diabetes; 2018. Accessed: 14-02-2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- [5] Schulze S, Schroeder T. Basisbog i sygdomslære. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011.
- [6] American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34.
- [7] Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser; 2020. Accessed: 22-04-2020. Available from: <https://www.esundhed.dk/Registre/Register-for-udvalgte-kroniske-sygdomme>.
- [8] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas; 2019.
- [9] Sundhedsstyrelsen & Københavns Universitet. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København; 2011.
- [10] Gary-Webb TL, Suglia SF, Tehranifar P. Social Epidemiology of Diabetes and Associated Conditions. Current Diabetes Reports. 2013 dec;13(6):850–859.
- [11] Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, KL. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - strategi for digital sundhed 2018-2022. København; 2018.
- [12] Ruddock JS, Poindexter M, Gary-Webb TL, Walker EA, Davis NJ. Innovative strategies to improve diabetes outcomes in disadvantaged populations. Diabetic Medicine. 2016;33(6):723–733.
- [13] Nielsen A, Kølbæk C, Kehlet K. Livet med diabetes - Sårbare diabetespatienters fortællinger. Frederiksberg: Region Hovedstaden; Novo Nordisk Fonden; KOPA; 2018.
- [14] Region Nordjylland, Nordjyske kommuner, PLO-Nordjylland. Sundhedsaftalen - sammen om sundhed; 2019.
- [15] Fatehi F, Gray LC, Russell AW, Paul SK. Validity Study of Video Teleconsultation for the Management of Diabetes: A Pilot Randomized Controlled Trial. Diabetes Technology & Therapeutics. 2015 oct;17(10):717–725.

- [16] Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;128:40–50.
- [17] Sortsø C, Green A, Jensen PB, Emneus M. Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diabetic Medicine*. 2016;33(7):877–885.
- [18] Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology*. 2018;14(2):88–98.
- [19] Diabetesforeningen. Fakta om diabetes 2; 2019. Accessed: 18-02-2020. Available from: <https://diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2.aspx>.
- [20] Wu Y, Ding Y, Tanaka Y, Zhang W. Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *International journal of medical sciences*. 2014;11(11):1185–1200.
- [21] Dansk Endokrinologisk Selskab. Behandling og kontrol af Type 2 Diabetes; 2019. Accessed: 26-02-2020. Available from: <http://www.endocrinology.dk/index.php/nbvhovedmenu/1-diabetes-mellitus/nbv-endokrinologi-behandling-og-kontrol-af-type-2-diabetes-t2d-diabetes-arskontrol-nyopdaget-diabetes-2-peroral-behandling-insulin-behandling-kolesterolbehandling-blodtryksbehandling-glp1-og-dpp4>.
- [22] Schnell O, Crocker JB, Weng J. Impact of HbA1c Testing at Point of Care on Diabetes Management. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2017;11(3):611–617.
- [23] World Health Organization. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;93(3):299–309.
- [24] Beckman JA, Paneni F, Cosentino F, Creager MA. Diabetes and vascular disease: Pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: Part II. *European Heart Journal*. 2013;34(31):2444–2456.
- [25] Gedeberg A, Almdal TP, Berencsi K, Rungby J, Nielsen JS, Witte DR, et al. Prevalence of micro- and macrovascular diabetes complications at time of type 2 diabetes diagnosis and associated clinical characteristics: A cross-sectional baseline study of 6958 patients in the Danish DD2 cohort. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2018;32(1):34–40.
- [26] Sundhedsstyrelsen. Tal på diabetes i kommunerne; 2010.
- [27] Amputationsforeningen. Håndbog for nyamputerede; 2015. Accessed: 25-03-2020. Available from: https://issuu.com/amputationsforeningen/docs/h__ndbog_for_nyamputerede.
- [28] Haung E, Brown S, Ewigman B, Foley E, Meltzer D. Patient Perceptions of Quality of Life With Diabetes-Related Complications and Treatments. *Diabetes Care*. 2007;30(10):2478–2483.

- [29] Kan C, Silva N, Golden SH, Rajala U, Timonen M, Stahl D, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between depression and insulin resistance. *Diabetes Care*. 2013;36(2):480–489.
- [30] Kristensen MAT, Guassora AD, Arreskov AB, Waldorff FB, Hølge-Hazelton B. 'I've put diabetes completely on the shelf till the mental stuff is in place'. How patients with doctor-assessed impaired self-care perceive disease, self-care, and support from general practitioners. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018 jul;36(3):342–351.
- [31] Dansk Selskab for Almen Medicin. Type 2-diabetes - Særlige udfordringer hos sårbare patienter; 2020. Accessed: 27-02-2020. Available from: https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=1294&gotoChapter=1294#chapter_1296.
- [32] Nielsen D, Mottelson I, Sodemann M. Sårbarheden i en sundhedsfaglig kontekst - Rapport om udfordringer og løsninger i patienters sårbarhed - et projekt i Region Syddanmark. *Indvandrermedicinsk Klinik*; 2017.
- [33] Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes; 2017.
- [34] Schmidt M, Schmidt S, Adelborg K, Sundbøll J, Laugesen K, Ehrenstrein V, et al. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contracts to database records. *Clinical Epidemiology*. 2019;11:563–591.
- [35] Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis - Type 2-diabetes - opfølgning og behandling. *Dansk Selskab for Almen Medicin*; 2019.
- [36] Sundhedskoordinationsudvalget. Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. København: Region Hovedstaden; 2009.
- [37] Almdal TP. Diabeteskontrol, type 2; 2019. Accessed: 27-03-2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-2-hvem-behandler-hvad/diabeteskontrol-type-2/>.
- [38] Almdal T. Type 2-diabetes; 2019. Accessed: 27-03-2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-2-hvad-er-det/type-2-diabetes/>.
- [39] Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. København Ø: VIVE; 2009.
- [40] Madsen MB. Notat vedr. udeblivelser og aflysninger; 2017.
- [41] Rea R, Attwood S. The role of joint working between primary and secondary care in supporting people with type 1 diabetes. *Practical Diabetes*. 2018 mar;35(2):59–62.
- [42] Rebild Kommune. Implementering af Fællessprog III og Nexus; 2018.

- [43] Aalborg Kommune. Om Cura; 2019. Accessed: 15-05-2020. Available from: <https://cura.aalborg.dk/om-cura>.
- [44] Danske Regioner. Fakta om sundhedsvæsenet; 2018.
- [45] Region Syddanmark. Kommunikation mellem sygehuse og kommuner; 2017. Accessed: 15-05-2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/kommuner/kommunikation-sygehuse-kommuner/>.
- [46] Sundheds- og Ældreministeriet. Den Nationale Diabetesbehandlingsplan; 2017.
- [47] American Telemedicine Association. About telemedicine; 2020. Accessed: 28-02-2020. Available from: <http://legacy.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/telemedicine-faqs>.
- [48] McLendon SF, Wood FG, Stanley N. Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program. *Public Health Nursing*. 2019 may;36(3):310–320.
- [49] Warren R, Carlisle K, Mihala G, Scuffham PA. Effects of telemonitoring on glycaemic control and healthcare costs in type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2018 oct;24(9):586–595.
- [50] Tokuda L, Lorenzo L, Theriault A, Taveira TH, Marquis L, Head H, et al. The utilization of video-conference shared medical appointments in rural diabetes care. *International journal of medical informatics*. 2016;93:34–41.
- [51] Siminerio L, Ruppert K, Huber K, Toledo FGS. Telemedicine for Reach, Education, Access, and Treatment (TREAT): linking telemedicine with diabetes self-management education to improve care in rural communities. *The Diabetes educator*. 2014;40(6):797–805.
- [52] Levin K, Madsen JR, Petersen I, Wanscher CE, Hangaard J. Telemedicine diabetes consultations are cost-effective, and effects on essential diabetes treatment parameters are similar to conventional treatment: 7-year results from the Svendborg Telemedicine Diabetes Project. *Journal of diabetes science and technology*. 2013 may;7(3):587–95.
- [53] Rasmussen OW, Lauszus FF, Loekke M. Telemedicine compared with standard care in type 2 diabetes mellitus: A randomized trial in an outpatient clinic. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2016;22(6):363–368.
- [54] Hansen CR, Perrild H, Koefoed BG, Zander M. Video consultations as add-on to standard care among patients with type 2 diabetes not responding to standard regimens: A randomized controlled trial. *European Journal of Endocrinology*. 2017;176(6):727–736.
- [55] Region Nordjylland. Borgere på Mors afprøver videokonsultation; 2018. Accessed: 10-03-2020. Available from: <https://rn.dk/service/nyhedsbase-rn/2018/05/>

- borgere-paa-mors-afproever-videokonsultation?fbclid=IwAR3ImTZq1US011WZ4jE61Sb7crLjk8N7zxx6KVMRso6Kawykv8yQBTz73rk.
- [56] Syddansk Sundhedsinnovation. Den Digitale Landevej - Erfaringer fra Videoafprøvningsprojekterne. Syddansk Sundhedsinnovation; 2017.
 - [57] Kjær-Hansen K. Mit Sygehus er nu implementeret i Steno Diabetes Center Odense; 2019. Accessed: 24-03-2020. Available from: <http://www.ouh.dk/wm518697>.
 - [58] Lee A. Evaluering af Det Virtuelle Ambulatorium på Odense Universitetshospital, adeling M; 2018.
 - [59] Region Sjælland. Virtuelle konsultationer er en vinder; 2019. Accessed: 24-03-2020. Available from: <https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Sammenhaengspris.aspx>.
 - [60] Region Nordjylland. Velkommen til Nye Veje - et udviklingsprogram i Region Nordjylland; 2019. Accessed: 10-03-2020. Available from: <https://nyeveje.rn.dk/>.
 - [61] Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(4):1–23.
 - [62] Morris J, Campbell-Richards D, Wherton J, Sudra R, Vijayaraghavan S, Greenhalgh T, et al. Webcam consultations for diabetes: findings from four years of experience in Newham. *Practical Diabetes*. 2017 mar;34(2):45–50.
 - [63] Kolltveit BCH, Gjengedal E, Graue M, Iversen MM, Thorne S, Kirkevold M. Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. *BMC Nursing*. 2017 dec;16(1):2.
 - [64] Nordtug B, Brataas HV, Rygg LØ. The use of videoconferencing in nursing for people in their homes. *Nursing Reports*. 2018 aug;8:1–9.
 - [65] Birkler J. Videnskabsteori - En grundbog. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2010.
 - [66] Kjær NK, Kristiansen E. Guide til spørgeskemaundersøgelser, interview og observationer. 4th ed. Aarhus: Forlaget '94; 2018.
 - [67] Henricson M. Videnskabelig teori og metode - fra ide til eksamination. 1st ed. København: Munksgaard Danmark; 2014.
 - [68] Brinkmann S, Thanggard L. Kvalitative metoder - en grundbog. 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015.
 - [69] Curry LA, Krumholz HM, O'Cathain A, Clark VLP, Cherlin E, Bradley EH. Mixed methods in biomedical and health services research. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2013;6(1):119–123.
 - [70] Hasse C, Brok L. TEKU-modellen - Teknologiforståelse i professionerne. 1st ed. København; 2015.

- [71] Müller J. Perspectives on Technological Transformatino. In: Kuada J, editor. Culture and Technological Transformation in the Southe: Transfor or Local Innovation?. 1st ed. Frederiksberg C: Samfundslitteratur Press; 2003. p. 27–68.
- [72] Kousholt B. Projektledelse - Teori og praksis. 7th ed. København K: PRAXIS. Nyt Teknisk Forlag; 2017.
- [73] Buus N, Kristiansen H, Tingleff E, Rossen C. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier, modeller. Sygeplejersken. 2008;10:8.
- [74] Universitetsbiblioteket. Udvalgte databaser - det sundhedsvidenskabelige fakultet; 2017.
- [75] Steno Diabetes Center Nordjylland. Videokonsultation og hjemmemåling af HbA1c for sårbare patienter med diabetes type 2 i Rebild Kommune. Aalborg: Aalborg Universitetshospital; 2019.
- [76] Danske Regioner. Find behandler; 2020. Accessed: 02-04-2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?RegionId=10811&MunicipalityId=8401&Informationskategori=PraktiserendeLæge>.
- [77] Region Nordjylland. Projektafslutningsrapport; 2018. (Ikke offentlig tilgængelig).
- [78] Region Nordjylland. 1. rul; 2019. Accessed: 22-04-2020. Available from: <https://nyeveje.rn.dk/Udviklingsspor/rul1?accordion-expand=1-4-Omlægning-af-ambulante-forsoeg>.
- [79] Region Nordjylland. Rul 2; 2019. Available from: <https://nyeveje.rn.dk/da/Udviklingsspor/Rul-2?accordion-expand=Spor-2-7-Omlægning-af-ambulante-besoeg-til-en-digital-loesning>.
- [80] Spencer D. Card Sorting: Designing Usable Categories. 1st ed. New York: Rosenfeld Media; 2009.
- [81] Kvale S, Brinkmann S. Interview - Introduktion til et håndværk. 2nd ed. København K: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- [82] Olsen H. Guide til Gode Spørgeskemaer; 2006.
- [83] Boelsen MW. Spørgeskemaundersøgelser - fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene. 1st ed. Hans Reitzels Forlag; 2008.
- [84] Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. København; 2007.
- [85] Rambøll. SurveyXact Produktfeatures; 2020. Accessed: 19-03-2020. Available from: <https://www.surveyxact.dk/produkt/surveyxact-produktfeatures/>.
- [86] Frederiksen M, Gundelach P, Nielsen RS. Survey - design, stikprøve, spørgeskema, analyse. 1st ed. Hans Reitzels Forlag; 2017.

- [87] Evans JR, Mathur A. The value of online surveys. *Internet Research*. 2005 apr;15(2):195–219.
- [88] Hansen NH, Marckmann B, Østergaard J, Rosenmaier S. Spørgeskemaer i virkeligheden. 2nd ed. København: Samfundslitteratur; 2015.
- [89] Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6th ed. Nyt Nordisk Forlag; 2011.
- [90] Šimundić AM. Bias in research. *Biochemia Medica*. 2013;23(1):12–15.
- [91] Petersen HV, Foged S, Nørholm V. “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019 may;28(9-10):1999–2008.
- [92] Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. Patients’ Experiences with Specialist Care via Video Consultation in Primary Healthcare in Rural Areas. *International Journal of Telemedicine and Applications*. 2014;2014:1–7.
- [93] Williams OE, Elghenzai S, Subbe C, Wyatt JC, Williams J. The use of telemedicine to enhance secondary care: some lessons from the front line. *Future Hospital Journal*. 2017 jun;4(2):109–114.
- [94] Sharma U, Clarke M. Nurses’ and community support workers’ experience of telehealth: a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*. 2014 dec;14(1):164.
- [95] Rambøll. Undersøgelse - Køretider i hjemmeplejen. København S: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
- [96] Jacobsen DI. Organisationsændringer og forandringsledelse. 1st ed. Frederiksberg C: Forlaget Samfundslitteratur; 2016.
- [97] Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2019 sep;69(686):e586–e594.
- [98] McLendon SF. Interactive Video Telehealth Models to Improve Access to Diabetes Specialty Care and Education in the Rural Setting: A Systematic Review. *Diabetes Spectrum*. 2017 may;30(2):124–136.
- [99] Clemensen J, Larsen SB, Kirkevold M, Ejsskjaer N. Treatment of Diabetic Foot Ulcers in the Home: Video Consultations as an Alternative to Outpatient Hospital Care. *International Journal of Telemedicine and Applications*. 2008;p. 1–6.
- [100] Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: A systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*. 2016;11(1):1–12.
- [101] Kousholt B. Organisation og mennesker. 2nd ed. København: PRAXIS. Nyt Teknisk Forlag; 2019.

Litteratursøgning A

Skabelon for søgetermer anvendt i de strukturerede litteratursøgninger.

Telehealth til sårbare borgere med DM i primær-, sekundær- og/eller tværsektorielt regi.			
Diabetes mellitus	Sårbare borgere	Sektorer	Telehealth
"Diabetes Mellitus"	"Vulnerable Populations"	"Community Health Workers"	"Remote consultation"
"Diabetes Mellitus, Type 2"	"Socioeconomic Factors"	"Primary care"	Teleconsultation
"Diabetes Mellitus, Type 1"	Depression	"Primary health care"	"Video consultation"
	"Social Class"	"Rural Nursing"	Videoconferencing
	"Socially impaired"	"Secondary Care"	Teleconferencing
	"Psychiatric patient*"	"Secondary Health Care"	Telemedicine
	"Social determinant*"	"Cross-sectoral collaboration"	Telehealth
		"Cross-sectoral cooperation"	

I nedenstående ses søgestrengene for de anvendte databaser. Søgningerne er foretaget i februar 2020.

PubMed

Søgning gav 74 hits.

```
((((((("Diabetes Mellitus"[Mesh]) OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) OR "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "Diabetes Mellitus") OR "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh]) OR "Diabetes Mellitus, Type 1")) AND (((((((((((("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations") OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors") OR "Population Characteristics"[Mesh]) OR "Population Characteristics") OR "Depression"[Mesh]) OR "Depression") OR "Social Class"[Mesh]) OR "Social Class") OR "socially impaired") OR "psychiatric patient*") OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Social Determinants")) AND (((((((((((("Community Health Workers"[Mesh]) OR "Community Health Workers") OR "Primary Care Nursing"[Mesh]) OR "Primary Ca-
```

re") OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care") OR "Rural Nursing"[Mesh]) OR "Rural Nursing") OR "Secondary Care"[Mesh]) OR "Secondary Care") OR "Secondary health care") OR "Cross-sectoral collaboration") OR "cross-sectoral cooperation") AND (((((((("Remote Consultation"[Mesh]) OR "Remote Consultation") OR "Teleconsultation") OR "Video consultation") OR "Videoconferencing"[Mesh]) OR "Videoconferencing") OR "teleconferencing") OR "Telemedicine"[Mesh]) OR "Telemedicine") OR telehealth)

Embase

Søgning gav 95 hits.

('diabetes mellitus'/exp OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus type 2' OR 'diabetes mellitus type 1') AND ('vulnerable population'/exp OR 'socioeconomics'/exp OR 'depression'/exp OR 'social class'/exp OR 'mental patient'/exp OR 'social determinants of health'/exp OR 'vulnerable population' OR 'socioeconomic factors' OR depression OR 'social class' OR 'socially impaired' OR 'psychiatric patient*' OR 'social determinant') AND ('primary health care'/exp OR 'rural health nursing'/exp OR 'secondary health care'/exp OR 'community health workers' OR 'primary care' OR 'primary health care' OR 'rural nursing' OR 'secondary health care' OR 'cross-sectoral collaboration' OR 'cross-sectoral cooperation') AND ('teleconsultation'/exp OR 'videoconferencing'/exp OR 'telehealth'/exp OR 'video consultation'/exp OR 'remote consultation' OR 'teleconsultation' OR 'video consultation' OR 'videoconferencing')

CINAHL

Søgning gav 264 hits.

((((MH "Diabetes Mellitus") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 1")) OR (TX (diabetes mellitus type 2 OR diabetes type 2 OR dmt2)) OR (TX (diabetes mellitus type 1 OR diabetes type 1 OR dmt1)) OR (TX diabetic patients)) AND (((((MH "Socioeconomic Factors")) OR ((MH "Special Populations") OR (MH "Vulnerability")) OR ((MH "Social Determinants of Health") OR (MH "Social Anxiety Disorders") OR (MH "Social Behavior Disorders")) OR ((MH "Depression") OR (MH "Bipolar Disorder") OR (MH "Affective Disorders, Psychotic")) OR ((MH "Impaired Social Interaction (NANDA)")) OR ((MH "Psychiatric Patients")))) OR ((TX vulnerable populations) OR (TX vulnerable patients) OR (TX socioeconomic status) OR (TX (depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder)) OR (social class) OR (social impairment) OR (psychiatric patients OR mental illness OR mental disorder) OR (social determinants))) AND (((MH "Remote Consultation")) OR ((MH "Telemedicine") OR (MH "Telehealth")) OR ((MH "Videoconferencing")) OR ((TX videoconferencing) OR (TX video consultation) OR (TX remote consultation) OR (TX (telemedicine OR telehealth OR telecare)) OR (TX teleconsultation))))

Cochrane

Søgning gav 111 hits.

☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees	MeSH ▼	16995
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees	MeSH ▼	5359
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus] explode all trees	MeSH ▼	30189
☐	☐	☐	#1 OR #2 OR #3	Limits	30189
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] explode all trees	MeSH ▼	277
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Socioeconomic Factors] explode all trees	MeSH ▼	9349
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	MeSH ▼	11627
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Social Class] explode all trees	MeSH ▼	614
☐	☐	☐	"socially impaired"	Limits	4
☐	☐	☐	"psychiatric patient"	Limits	49
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Social Determinants of Health] explode all trees	MeSH ▼	18
☐	☐	☐	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	Limits	20748
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Community Health Workers] explode all trees	MeSH ▼	450
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	MeSH ▼	6892
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Primary Care Nursing] explode all trees	MeSH ▼	30
☐	☐	☐	"Primary care"	Limits	20816
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Rural Nursing] explode all trees	MeSH ▼	1
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Secondary Care] explode all trees	MeSH ▼	35
☐	☐	☐	"Secondary health care"	Limits	362
☐	☐	☐	"Cross-sectoral collaboration"	Limits	
☐	☐	☐	"cross-sectoral cooperation"	Limits	
☐	☐	☐	"Secondary care"	Limits	1623
☐	☐	☐	"Community Health Workers"	Limits	1288
☐	☐	☐	"Primary health care"	Limits	6717
☐	☐	☐	"rural nursing"	Limits	9
☐	☐	☐	"Primary care nursing"	Limits	49
☐	☐	☐	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26	Limits	27971
☐	☐	☐	"diabetes mellitus, type 2"	Limits	17908
☐	☐	☐	"diabetes mellitus, type 1"	Limits	5593
☐	☐	☐	"diabetes mellitus"	Limits	61062
☐	☐	☐	#1 OR #2 OR #3 OR #28 OR #29 OR #30	Limits	64758
☐	☐	☐	"vulnerable populations"	Limits	662
☐	☐	☐	"Socioeconomic Factors"	Limits	3394
☐	☐	☐	Depression	Limits	73911
☐	☐	☐	"Social Class"	Limits	889
☐	☐	☐	"Social determinant"	Limits	17
☐	☐	☐	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36	Limits	83194
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Remote Consultation] explode all trees	MeSH ▼	372
☐	☐	☐	"Remote consultation"	Limits	396
☐	☐	☐	"Teleconsultation"	Limits	647
☐	☐	☐	"Video consultation"	Limits	38
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Videoconferencing] explode all trees	MeSH ▼	190
☐	☐	☐	"Videoconferencing"	Limits	665
☐	☐	☐	"Teleconferencing"	Limits	74
☐	☐	☐	MeSH descriptor: [Telemedicine] explode all trees	MeSH ▼	2314
☐	☐	☐	"Telemedicine"	Limits	3708
☐	☐	☐	"Telehealth"	Limits	1469
☐	☐	☐	#38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47	Limits	5895
☐	☐	☐	#31 AND #27 AND #37 AND 48	Limits	114

Scopus

Søgning gav 13 hits.

((TITLE-ABS-KEY (diabetes AND mellitus)) OR (TITLE-ABS-KEY ("diabetes mellitus")) OR (TITLE-ABS-KEY ("diabetes mellitus type 2")) OR (TITLE-ABS-KEY ("diabetes mellitus type 1"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("vulnerable populations")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Socioeconomic Factors")) OR (TITLE-ABS-KEY (depression)) OR (TITLE-ABS-KEY ("socially impaired"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Community Health Workers")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Primary care")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Primary health care")) OR (TITLE-ABS-KEY ("rural nursing")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Secondary care")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Secondary health care")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Cross-sectoral collaboration")) OR (TITLE-ABS-KEY ("cross-sectoral cooperation"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Remote consultation")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Teleconsultation")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Video consultation")) OR (TITLE-ABS-KEY ("Videoconferencing")))

PsycInfo

Søgning gav 0 hits.

(((((Any Field: (videoconferencing)))) OR (((Any Field: ("video consultation")))) OR (((Any Field: (Telemedicine)))) OR (((Any Field: (Telehealth)))) OR (((Any Field: (teleconsultation)))) OR (((Any Field: ("remote consultation")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Videoconferencing")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Telemedicine")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Teleconsultation"))))) AND (((Any Field: ("cross-sectoral cooperation")))) OR (((Any Field: ("cross-sectoral collaboration")))) OR (((Any Field: ("secondary health care")))) OR (((Any Field: ("Secondary care")))) OR (((Any Field: ("Rural nursing")))) OR (((Any Field: ("primary health care")))) OR (((Any Field: ("Primary care")))) OR (((Any Field: ("community health workers")))) AND (AnyField:((Any Field: ("social determinant")) OR ((Any Field: ("Psychiatric patient")) OR ((Any Field: ("Socially impaired")) OR ((Any Field: ("Social class")) OR ((Any Field: (Depression)) OR ((Any Field: ("Socioeconomic factors")) OR ((Any Field: ("vulnerable populations")) OR ((IndexTermsFilt: ("Depression (Emotion)")))) AND (AnyField:(((IndexTermsFilt: ("Diabetes")) OR ((IndexTermsFilt: ("Diabetes Mellitus")) OR ((Any Field: ("diabetes mellitus type 1")) OR ((Any Field: ("diabetes mellitus")) OR ((Any Field: ("diabetes mellitus type 2"))))))

Interessentanalyse

B

	SDCN	Endokrinologisk Ambulatorium Ledelsen	Læger på Endokrinologisk ambulatorie
Roller	Initiativtager, Igangsætter & Projektejer	Samarbejdspartner	Samarbejdspartner
Vigtighed Lav/middel/høj	Høj	Høj	Høj
Magt Lav/middel/høj	Høj	Høj	Høj
Interesse Lav/middel/høj	Høj	Høj	Høj
Hvad ønsker projektet fra interessenten?	• Projektledelse • Arbejdskraft	• Opbakning • Tid og ressourcer til projektet	• Opbakning • Arbejdskraft
Hvad ønsker interessenten af projektet?	• Bedre kontrol af sårbare borgere med DM2 • At bibeholde sårbare borgere med DM2 i behandling	• Bedre kontrol af sårbare borgere med DM2 • Færre udeblivelser fra konsultationer • Bedre patientforløb • Bedre samarbejde mellem sektorer • Færre behandlingskrævende senkomplikationer	• Bedre patientforløb • Færre senkomplikationer hos de sårbare borgere med DM2 • Korrekt behandling og kontrol af den sårbare borger med DM2
Hvordan kan interessenten volde problemer?	• Forkert planlægning af projektet • Manglende arbejdskraft • Omstrukturering af ressourcer grundet COVID-19	• Manglende tid og ressourcer • Manglende arbejdskraft • Manglende støtte til projektet • Omstrukturering af ressourcer grundet COVID-19	• Manglende opbakning til projektet • Manglende arbejdskraft • Manglende motivation • Omstrukturering af ressourcer grundet COVID-19
Hvem samarbejder interessenten med?	Alle interessenter	• SDCN • Lægerne på Endokrinologisk Ambulatorium • Borger med DM2 • Pårørende	• SDCN • Hjemmesygeplejersker • Borger med DM2 • Pårørende • Praktiserende læge • Ledelsen på Endokrinologisk Ambulatorium
Hvad er projektets vision for interessenten?	Alle sårbare borgere med DM2 fastholdes i behandling, og får bedre kontrol af egen sygdom	Alle sårbare borgere med DM2 deltager i ambulante kontroller	Alle sårbare borgere med DM2 deltager i ambulante kontroller og modtager korrekt behandling af deres sygdom

	Rebild Kommune Ledelse	Sygeplejerske i Rebild	Praktiserende læ- ger i Rebild	Sårbare borgere med DM2	Pårørende
Roller	Samarbejdspartner	Samarbejdspartner	Samarbejdspartner	Modtager, Samar- bejdspartner	Eventuelt samar- bejdspartner
Vigtighed Lav/mid- del/høj	Høj	Høj	Høj	Høj	Middel
Magt Lav/- middel/høj	Høj	Høj	Middel	Høj	Lav/middel
Interesse Lav/mid- del/høj	Høj	Høj	Høj	Høj	Middel
Hvad ønsker projektet fra inter- essenten?	• Opbakning • Tid og ressourcer til projektet.	• Opbakning • Arbejdskraft	• Henvi- sning af borgere til projektet	• Deltagelse • Engagement	• Støtte og opbakning til projektet
Hvad ønsker inter- essenten af projektet	• Færre behandlingskrævende senkomplikationer • Bedre patientforløb • Bedre samarbejde mellem sektorer	• Bedre patientforløb • Bedre samarbejde mellem sektorer • Bedre egenomsorg hos borgerne	• Bedre patientforløb • Bedre kontrol over komplekse patienter som er tabt i systemet	• Støtte fra kendt personale • Vejledning i behandling • Bedre egenomsorg • Færre diabetiske senkomplikationer • Kontrol over sin behandling	• Kontrol over borgerens DM2
Hvordan kan inter- essenten volde pro- blemer?	• Hvis ledelsen ikke tillader personale til at deltage • Manglende støtte til projektet • Hvis ikke ledelsen frigiver tid til projektet • Omstrukturering af ressourcer grundet COVID-19	• Manglende arbejdskraft • Manglende støtte til projektet • Tekniske udfordringer ved teknologien • Omstrukturering af ressourcer grundet COVID-19	• Manglende støtte til projektet • Uenighed om patienten skal være under Endokrinologisk Ambulatorium	• Dropout • Manglende compliance • Manglende motivation • Ikke hjemme til aftalte tidspunkt for videokonsultation	• Manglende støtte til projektet • Utilfredshed over at almindelig konsultation erstattes med videokonsultation
Hvem samar- bejder inter- essenten med?	• SDCN • Hj.spl. • Borger med DM2 • Pårørende • Praktiserende læge	• SDCN • Rebild Kommunes ledelse • Borger med DM2 • Pårørende • Praktiserende læge • Endokrinologisk Ambulatoriums læger	• SDCN • Rebild Kommunes ledelse • Borger med DM2 • Hj.spl. • Endokrinologisk Ambulatoriums læger	• Praktiserende læge • Rebild Kommunes ledelse • Pårørende • Hj.spl. • Endokrinologisk Ambulatoriums læger	• Praktiserende læge • Rebild Kommunes ledelse • Borger med DM2 • Hj.spl. • Endokrinologisk Ambulatoriums læger
Hvad er projektets vision for interessen- ten?	Sårbare borgere får bedre behandlingsforløb og undgår behandlingskrævende senkomplikationer	Sårbare borger med DM2 får bedre compliance, og undgår behandlingskrævende senkomplikationer	Komplekse sårbare borgere med DM2 får korrekt behandling	Bedre egenomsorg. Bibeholdes i systemet, og undgår indlæggelser	At deres familiemedlem/ven bliver styrket i egenomsorg og holdes i behandling

Card sorting



TEKU-domæner	Forskningsspørgsmål	Card sorting temaer	Svarmuligheder
T E	1) Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	1) <i>Hvad er din generelle holdning til videokonsultation på tværs af sektorer?</i>	- Skaber bedre borgerforløb - Innovativt - Besværligt - Positiv - Giver nye udfordringer - Forringer det tværfaglige samarbejde - Teknisk udfordring - Negativ - Forringer kvaliteten af behandling - Giver nye muligheder - Styrker det tværfaglige samarbejde - Forbedre kvaliteten af behandlingen - Tidsbesparende - Tidskrævende - + Blanke kort
		2) <i>Hvilke årsager tænker du, at der kan være til, at visse sårbare borgere med DM2 udebliver fra deres kontroller i diabetesambulatoriet?</i>	- Geografisk distance - Manglende netværk - Har mistet sit kørekort - Psykisk sygdom - Manglende overskud - Andre sygdomme opprioriteres - Tjekker ikke post - Glemsomhed - DM2 fylder ikke meget i deres liv - Manglende egenomsorg - Fysisk hæmmet - Besværligt - Dovenskab - + Blanke kort
T E K U	4) Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?	5) <i>Hvad vægter du vigtigt til brugen af en app til videokonsultation i den givne kontekst?</i>	- Kan tilgås fra telefon, tablet og PC - Minimalistisk design - Teknisk support - Nem at anvende - Mange muligheder - Tilknyttet skriftlig kommunikation - Giver mulighed for dokumentation - Brugervenlighed - Kompatibel med EPI/EOJ - Driftssikkerhed - Hurtig at tilgå - + Blanke kort

		6) Hvordan kunne du tænke dig at blive inddraget i forbindelse med implementeringen af tiltaget?	- Superbruger(e) - Beslutningsmedinddragelse - Ekstra tid afsat til afprøvning - Kurser/uddannelse - Workshop - Sidemandsoplæring - Medindflydelse - Løbende evaluering - Learning by doing - E-learning - Ingen af delene - + Blanke kort
K E	2) Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	3) Hvilke <i>muligheder og ulemper</i> kan du se ved videokonsultation for sårbare borgere med DM2 som alternativ til fysiske ambulante kontroller?	- Forringet glykæmisk kontrol - Ændrede arbejds gange - Arbejdsbelastning - Teknisk udfordring - Ændret kommunikationsform til sekundær sektor - Tidskrævende - Forringer kvaliteten af behandling - + Blanke kort
		4) Hvilke udfordringer kan du forestille dig, at der kan være fra borgermålgruppens synspunkt ved videokonsultation?	- Fysiske og/eller tekniske forsinkelser - Bekymret for resultatet fra videokonsultation - Besværligt - Manglende tillid til personale - Svært ved at overholde aftaler - Teknisk svært - Mistro over for teknologi - Psykisk sygdom - Manglende overskud - Ligegyldighed - Forandret hverdag - Vil ikke have besøg af hjemmesygeplejerske i hjemmet - Tidskrævende - + Blanke kort
K E	3) Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	3) Hvilke <i>muligheder og ulemper</i> kan du se ved videokonsultation for sårbare borgere med DM2 som alternativ til fysiske ambulante kontroller?	- Skaber bedre borgerforløb - Styrker det tværfaglige samarbejde - Ændrede arbejds gange - Compliance - Øget livskvalitet - Forbedre glykæmisk kontrol - Teknisk udfordring - Ændret kommunikationsform til sekundær sektor - Tidsbesparende - Forbedrer kvaliteten af behandlingen - Reduceret risiko for senkomplikationer - Giver borgeren tryghed - + Blanke kort

Spørgeskemaundersøgelse



Bogstaverne betyder følgende: (L) = Litteratur, (F) = Fund fra card sorting, (P) = Pendants, (T) = TEKU, (S) = Studiebesøg.

Demografi	Spørgsmål	Svarmuligheder
Ansættelsessted	1) I hvilken kommune er du ansat?	• Brønderslev Kommune • Frederikshavn Kommune • Hjørring Kommune • Jammerbugt Kommune • Læsø Kommune • Mariagerfjord Kommune • Morsø Kommune • Rebild Kommune • Thisted Kommune • Vesthimmerlands Kommune • Aalborg Kommune
Aldersspænd	2) Angiv herunder din alder	• Under 25 år • 25 - 30 år • 31 - 40 år • 41 - 50 år • 51 - 60 år • Over 61 år
Erhvervserfaring med diabetes type-2 borgere	3) Hvor mange års erfaring har du med at arbejde med borgere med diabetes type-2?	• 0 - 5 år • 6 - 10 år • 11 - 15 år • 16 - 20 år • 21 - 25 år • 25 + • Jeg har ingen erfaring med denne målgruppe
Erfaring med den sårbare diabetes type-2 borger	4) Hvor mange års erfaring har du med at arbejde med _sårbare borgere med diabetes type-2?	• 0 - 5 år • 6 - 10 år • 11 - 15 år • 16 - 20 år • 21 - 25 år • 25 + • Jeg har ingen erfaring med denne målgruppe
Intervaller for kontakt med målgruppen	5) Hvor ofte har du kontakt med sårbare borgere med diabetes type-2? (Enten fysisk eller pr. telefon/skype)	• Dagligt • Ugentligt • Månedligt • Sjældnere end månedligt • Aldrig

Til besvarelse af forskningsspørgsmål 1:

Forskningsspørgsmål	Spørgsmål	Svarmuligheder
1) Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	6) Hvad er din generelle holdning til videokonsultation på tværs af sektorerne? (Vælg gerne mere end ét svar)	• Skaber bedre borgerforløb (F) • Innovativt (F) • Giver nye udfordringer (F) • Giver nye muligheder (F) • Styrker det tværfaglige samarbejde (F) • Forringer det tværfaglige samarbejde (P) • Forbedre kvaliteten af behandlingen (F) • Forringer kvaliteten af behandlingen (P) • Tidsbesparende (F) • Tidskrævende (P) • Jeg har ikke nogen holdning til dette • Andet
	7) Oplever du, at sårbare borgere med type-2 diabetes udebliver fra deres konsultationer inde på diabetesambulatoriet?	• I høj grad • I nogen grad • Neutral • I mindre grad • Slet ikke • Ved ikke
	8) Hvilke årsager tænker du, at der kan være til, at sårbare borgere med type-2 diabetes udebliver fra konsultation på hospitalet? (Vælg gerne mere end ét svar)	• Geografisk distance (F) • Manglende socialt netværk (L) • Psykisk sygdom (F) • Manglende overskud (F) • Komorbiditeter (L) • Andre sygdomme opprioriteres (F) • DM2 fylder ikke meget i deres liv (F) • Mangende egenomsorg (F) • Besværligt (F) • Andet
	9) Tror du, at implementering af tværsektoriel videokonsultation vil kunne afhjælpe på udeblivelserne i diabetesambulatoriet, blandt de sårbare borgere?	• I høj grad • I nogen grad • Neutral • I mindre grad • Slet ikke • Ved ikke

Forskningsspørgsmål	Spørgsmål	Svarmuligheder
1) Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	10) Hvad tænker du om at anvende videokonsultation til denne målgruppe?	• Meget relevant • Relevant • Neutral • Mindre relevant • Ikke relevant • Ved ikke
	11) Vil du mene, at tværsektoriel videokonsultation kan passe ind i din nuværende arbejdsgang?	• I høj grad • I nogen grad • Neutral • I mindre grad • Slet ikke • Ved ikke
	12) Hvilke af følgende udsagn tænker du at videokonsultation kan bidrage til? (Vælg op til 3 svarmuligheder)	1. Økonomiske besparelser (L) 2. Færre ambulante udeblivelser (L) 3. Styrket tværsektorielt samarbejde (L) 4. Bedre glykæmisk kontrol af patientens diabetes (L) 5. Minimal arbejdsbyrde i primær sektor (S + L) 6. Ingen af disse svarmuligheder

Til besvarelse af forskningsspørgsmål 4:

Forskningsspørgsmål	Spørgsmål	Svarmuligheder
4) Hvordan ønsker hjemmesygeplejersker i Region Nordjylland tværsektoriel videokonsultation implementeret i deres kommune?	13) Hvad vægter du vigtigt ift til brugen af en app til videokonsultation? (Vælg gerne mere end ét svar)	• Kan tilgås fra telefon, tablet og/eller PC (F) • Teknisk support (F) • Nem at anvende (F) • Brugervenlighed (F) • Driftssikkerhed (F) • Hurtig at tilgå (F) • Ingen af ovenstående • Andet
	14) Hvis løsningen skulle implementeres i din kommune, hvad synes du, som sygeplejerske, er vigtigt for en god implementering?	• Workshop (F) • Sidemandsoplæring (F) • Løbende evaluering (F) • E-learning (F) • Superbruger(e) (L) • Andet - uddyb • Ingen af delene

Til besvarelse af forskningsspørgsmål 2:

Forskningsspørgsmål	Spørgsmål	Svarmuligheder
2) Hvilke barrierer ser hjemmesygeplejersker ved implementering af videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	15) Hvilke udfordringer for hjemmesygeplejersker tror du, at tværsektoriel videokonsultation kan medføre? (Vælg gerne mere end ét svar)	• Teknisk udfordring (F) • Distance mellem borger og sygeplejerske (F) • Relationsarbejde (F) • Ændrede arbejdsgange (T) • Ingen af ovenstående • Andet
	16) Med udgangspunkt i borgergruppens perspektiv hvilke udfordringer tænker du da, at der kan være for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation?(Vælg gerne mere end ét svar)	• Fysisk og/eller tekniske forsinkelser (F) • Bekymret for behandlingsresultatet fra videokonsultation (F) • Svært ved at overholde aftaler (F) • Mangelende tillid til personale (F) • Teknisk svært (F) • Psykisk sygdom (F) • Mangelende overskud (F) • Lige gyldighed (F) • Vil ikke have besøg af hjemmesygeplejerske i hjemmet (F) • Ingen af ovenstående • Andet
	17) Tænker du, at sårbare borgere med type-2 diabetes vil kunne medvirke til at deltage i videokonsultation i en sådan setting?	• I høj grad • I nogen grad • Neutral • I mindre grad • Slet ikke • Ved ikke

Til besvarelse af forskningsspørgsmål 3:

Forskningsspørgsmål	Spørgsmål	Svarmuligheder
3) Hvilke muligheder ser hjemmesygeplejersker ved implementering af videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	18) Hvilke fordele tænker du, at tværsektoriel videokonsultation vil kunne bringe? (Vælg gerne mere end ét svar)	• Kan skabe bedre behandlingsforløb (F) • Kan styrke det tværfaglige samarbejde (F) • Ændrede arbejdsgange (F) • Compliance (F) • Øget livskvalitet (F) • Forbedret glykæmisk kontrol (F) • Reduceret risiko for senkomplikationer (F) • Ingen af ovenstående (F) • Andet
	19) Tror du, at de sårbare borgere med diabetes type-2, der udebliver fra fysiske ambulante kontroller, vil kunne opnå bedre glykæmisk kontrol, hvis de deltager i ambulante kontroller gennem videokonsultation?	• I høj grad • I nogen grad • Neutral • I mindre grad • Slet ikke • Ved ikke

Interviewguide



Forskningsspørgsmål	TEKU-domæner	Interviewspørgsmål
1) Hvilke incitamenter ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?		1) Hvilke aktører var en del af projektet i Morsø Kommune? • Læger, sygeplejersker, andre?
		2) Var det alle borgere med diabetes på Morsø der blev inkluderet, eller var det nogle bestemte problematikker borgerne havde?
5) Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?	• T(Ny teknologi) • U(Udvikling af professionsfaglighed)	3) Hvordan er personalet og borgerne blevet oplært i brugen af teknologien? • Fungerede det? Hvis nej, hvorfor ikke?
	• T(Ny teknologi) • E(Engagement i situeret praksis)	4) Hvordan tog personalet og borgerne imod teknologien?
	• T(Ny teknologi) • E(Engagement i situeret praksis)	5) Blev der fra starten af projektet anvendt implementeringsstrategier i forhold til inddragelse af diabetikere eller involveret personale?
	• T(Ny teknologi)	6) Har du gjort dig nogle erfaringer i forhold til projektet eller implementering? • Hvilke?
	• K(Komplekse veje)	7) Overgik projektet til drift? • Hvis nej, er der da et andet titag, der har erstattet det?
		8) Findes der en skriftlig evaluering af implementeringsprojektet?

Ekspertinterview

F

I følgende ses screenshots af det skriftlige ekspertinterview.

Dette skriftlige interview kan bidrage til vores dataindsamling i vores afsluttende speciale på Klinisk Videnskab og Teknologi, AAU, ved at give et indblik i implementeringsprocesser i forbindelse med projekter med tværsektoriel videokonsultation. Specialet har blandt andet til formål at udarbejde implementeringsstrategier relateret til et igangværende projekt mellem Steno Diabetes Center Nordjylland og Rebild Kommune om et sundhedstilbud til sårbare borgere med type-2 diabetes. På forhånd mange tak for dit bidrag!

1) Hvilke aktører var en del af projektet i Morsø Kommune?

- Læger, sygeplejersker, andre?

Læger og sygeplejersker fra medicinsk ambulatorium i Thisted samt borgere

1.1. Opfølgende spørgsmål og svar:

Var der nogle aktører tilknyttet projektet ude i sundhedscenteret? Her tænker vi til at vejlede borgerne samt til teknisk support ved problemer (I så fald, hvilken profession havde disse?)

Der var i forbindelse med projektet indgået aftale med kommunen, som havde til huse i Sundhedscenteret. Det var primært den daglige leder i den pågældende kommunale afdeling. Personale i Sundhedscenteret ville tjekke lokalet dagligt og kunne hjælpe patienten, hvis det var nødvendigt.

De var behjælpelige et par gange, da de var orienteret om, at der ville komme en patient. Medarbejderen kom ned for at se om patienten klarede sig selv – men det var ikke behov for medarbejderens hjælp

Øster Jølby regionsklinik var oprindeligt stedet for projektet, men det blev meddelt at der ikke var plads alligevel, og at der måtte findes et andet sted.

Der blev fundet et lokale på Nykøbing Sygehus, som agerede sundhedscenter.

Både en øre-næse-hals læge og en praktiserende læge blev spurgt om de kunne hjælpe med projektet, men ingen kunne hjælpe.

Så blev der købt ankomststander og videostand, så medarbejdere ikke var nødvendige.

Der blev lavet en nødtelefon, så når røret løftes op går den til IT-support, der kan finde ud af via CPR-nummer om der skal omstilles til afd.

Nødtelefonen kører på præhospital linje, så de kommer hurtigt til.

I dag er der en regionsklinik i Sundhedscenteret. De varetager daglig tilsyn og kan hjælpe ved evt. dårlig patient. I piloten var det som sagt kommunale medarbejder i sundhedscenteret.

I Skagen er der efter udbredelse af pilotprojektet lavet ambulatorie, hvor folk kan hjælpe.

2) Var det alle borgere med diabetes på Morsø der blev inkluderet, eller var det nogle bestemte problematikker borgerne havde?

- det var udvalgte borgere med diabetes

2.1. Opfølgende spørgsmål og svar:

Hvordan blev disse borgere med diabetes udvalgt?

Sygeplejerske og læge fra ambulatoriet i Thisted screenede patienter fra systemet. De måtte ikke have behov for at reguleres medicinsk eller screenes fysisk.

Efter screeningen blev de relevante patienter kontaktet over telefon og spurgt om de ville deltage.

Var der opstillede inklusionskriterier mhp. hvilke borgere der kunne udvælges til projektet?

- Hvis ja, hvilke kriterier?

De skal være:

- Selvhjulpne
- 30-59 år
- Behøver ikke at have større tekniske færdigheder

Der var en god blanding af patienter. Der var en kroniker med diabetiske senkomplikationer, der efterfølgende sagde "Det var jo ikke noget – det var nemt".

3) Hvordan er personalet og borgerne blevet oplært i brugen af teknologien?

- *Fungerede det? Hvis nej, hvorfor ikke?*
 - De er introduceret for teknologien på et morgenmøde. Der har været en superbruger til at støtte dem og de har fået vejledningsmateriale.
 - Det fungerede fint

Uopfordret uddybende svar fra telefoninterview:

Der blev lavet fodspor i lokalet, såkaldt wayfinding, så patienterne vidste hvor de skulle gå hen ved ankomst. Desuden var der en kommunikationsmedarbejder, der lavede vejledning til patienten i indkaldelsesbrevet.

I dag fungerer det sådan, at patienten spørges om de vil deltage i videokonsultation ved deres næste ambulante kontrol.

De får et brev om at de skal møde i videoambulatorie med tid og sted samt en vejledning.

Lysensor i videoambulatoriet aktiveres grøn/rød om det er ledigt eller ej.

Når man kommer ind beskrives dette.

Patienten kommer til ankomststander og scanner sundhedskort som de gør ved almindelig fysisk kontrol.

Når kortet scannes, kan lægen se at patienten er i lokalet.

Så står der på skærmen, at lægen kan se, at de er ankommet og at de skal sætte sig. På skærmen meddeles det:

"der kan godt gå ventetid fra du er registreret til der kommer en læge"

4) Hvordan tog personalet og borgerne imod teknologien?

- Sygeplejerskerne var begejstret, men lægerne lidt mere skeptiske trods det at teknologien virkede godt
 - Borgerne ser det som et supplement ikke som erstatning hver gang.
 - Borgerne ville gerne have samme kontaktperson så var det underordnet om det var fysisk fremmøde eller via skærm.
-

5) Blev der fra starten af projektet anvendt implementeringsstrategier i forhold til inddragelse af diabetikerne eller involveret personale?

- Nej, det var et projekt gennem initiativet "Nye veje", som hurtigt skulle søsættes.

5.1. Opfølgende spørgsmål og svar:

Blev der gjort overvejelser i forhold til hvordan projektet kunne opnå størst succes og accept hos inddragede borgere og personale?

Nej, det fungerede såkaldt "quick-and-dirty" med hurtig beslutning og hurtig igangsætning. Projektet startede 1. februar og den 1. maj blev den første patient kørt igennem. Projektet blev afleveret 1. juli - og gik videre til en bredere implementering.

Fungerede det, så fungerede det og så arbejdede man videre derfra. Der blev ikke anvendt nogen deciderede strategier.
Det blev meldt ud fredag eftermiddag, at mandag går det overordnede projekt Nye Veje i gang, og at der var møde på Thisted Sygehus.

Blev der søgt inspiration fra lignende projekter i forhold til implementering?

Nej Region Nordjylland var de første til at lave en løsning, som kunne bruges i et bredere segment. Dvs alle afdelinger, kan tilkobles løsningen.

6) Har du gjort dig nogle erfaringer i forhold til projektet eller implementering?

- Hvilke?
- De største udfordringer var at finde en passende lokalitet, pga. mange interessenter

6.1. Opfølgende spørgsmål og svar:

Hvad fungerede godt i implementeringen af videoambulatoriet?

Folk var engagerede, og synes det var sjovt.
Formål var at vurdere den tekniske løsning og kvaliteten af den ambulante kontrol.
En sociologistuderende interviewede borgere og lavede efterfølgende en rapport, der var gavnlig for projektgruppen.
Ved 2. rul af projektet inddrog man borgere i Nykøbing Borgerpanel. Det var en flok ældre damer der var med, og det gjorde, at lægen + sundhedspersonalet lyttede mere, når de kom med deres ytringer.
Borgerne gav udtryk for, at de forventede at ventetiden ville være kort.
Der blev anvendt relationel koordinering.

Er der nogle ting i implementeringsprocessen, I vil gøre anderledes, hvis I skal implementere noget lignende andre steder i regionen?

Engang blev en patient glemt, mens vedkommende sad og ventede i videoambulatoriet. Patienten anvendte nødtelefonen og ringede til IT-support, som kontaktede afdelingen, hvorefter lægen kom til, hvilket betød at nødtelefonen samt support set-up blev testet
Ulempe ved at videoambulatoriet var selvbetjening.
Hele set-uppet er finpudset siden 1. rul.

Det blev fra 1. rul erfaret, at der måtte tages foranstaltninger i tilfælde af, at patienten under videokonsultationen blev dårlig, når der ikke var personale fysisk til stede. Det var dog erfaringsbaseret og ikke fordi, der skete en utilsigtet hændelse under projektperioden.
I dag er der et nødnummer, så patienten kan få hjælp.

Er der nogle erfaringer fra projektet, som I vil anbefale til andre regioner/kommuner der overvejer at implementere lignende tiltag?

RegionMidt har taget erfaringerne til sig.
Projektet er kopieret til Randers og Grenå kommune.
Løsningen overvejes også fra Viborg til Skive Sundhedscenter.

7) *Overgik projektet til drift?*

- Hvis nej, er der da et andet tiltag, der har erstattet det?
- Ja, det er overdraget til drift

Uopfordret uddybende svar fra telefoninterview:

I dag er der videoambulatorier i både Thisted, Hobro, Mors, Læsø Plejehjem og Skagens Rygcenter.

En anæstesilæge fra ortopædkirurgisk afdeling fandt ud af, at det var smart at foretage anæstesitilsyn over videokonsultation, så patienten ikke skulle køre den lange vej flere gange og risikere at køre forgæves, hvis der var kommet noget akut på programmet, som gjorde, at anæstesilægen alligevel ikke kunne gå tilsyn på patienten den dag.

Patienten mødte op i videoambulatorie og fik målt højde, vægt og blodtryk, og snakkede derefter med anæstesilægen over app'en VideoSamtale.

8) *Findes der er en skriftlig evaluering af implementeringsprojektet?*

- Ja, det er der. Det er tilgængeligt på

<https://nyeveje.rm.dk/da/Udviklingsspor/Udviklingsspor-oversigt>

Umiddelbart foreligger der ikke en decideret evaluering af det konkrete projekt gennem linket, men en oversigt over de planlagte og igangværende rul.

Har I en rapport, der evaluerer projektets resultater og fremgangsmåde?

Evalueringen er ej offentlig tilgængelig.

Meningskondensering



Meningskondensering af ekspertinterview

Forsknings-spørgsmål	Interviewspørgsmål	Informanternes udsagn	Meningskondensering
Hvilke incitamenters ses der for anvendelse af tværsektoriel videokonsultation for sårbare borgere med DM2?	Hvilke aktører var en del af projektet i Morsø Kommune? - Læger, sygeplejersker, andre? <u>Opfølgende spørgsmål:</u> Var der nogle aktører tilknyttet projektet ude i sundhedscenteret? Her tænker vi til at vejlede borgerne samt til teknisk support ved problemer (I så fald, hvilken profession havde disse?)	Læger og sygeplejersker fra medicinsk ambulatorium i Thisted samt borgere. Der var i forbindelse med projektet indgået aftale med kommunen, som havde til huse i Sundhedscenteret. Det var primært den daglige leder i den pågældende kommunale afdeling. Personale i Sundhedscenteret ville tjekke lokalet dagligt og kunne hjælpe patienten, hvis det var nødvendigt. De var behjælpelige et par gange, da de var orienteret om, at der ville komme en patient. Medarbejderen kom ned for at se om patienten klarede sig selv – men det var ikke behov for medarbejderens hjælp.	Læger og sygeplejersker fra medicinsk ambulatorium i Thisted samt borgere En leder fra kommunen arrangerede at personale i sundhedscenteret kunne hjælpe patienterne i forbindelse med videokonsultation. Personale kom ned et par gange i løbet af perioden for at se om patienterne havde behov for hjælp - men det var ikke tilfældet.
		Øster Jølby regionsklinik var oprindeligt stedet for projektet, men det blev meddelt at der ikke var plads alligevel, og at der måtte findes et andet sted. Der blev fundet et lokale på Nykøbing Sygehus, som agerede sundhedscenter. Både en øre-næse-hals læge og en praktiserende læge blev spurgt om de kunne hjælpe med projektet, men ingen kunne hjælpe.	Oprindeligt skulle projektet finde sted i en regionsklinik i Øster Jølby, men blev flyttet til et sundhedscenter på Nykøbing Sygehus, da der ikke var plads. Det var ikke muligt at tilknytte en læge i sundhedscenteret.
		Så blev der købt ankomstanstander og videooptagelse, så medarbejdere ikke var nødvendige.	Der blev indkøbt ankomst- og videooptagelse, hvorfor medarbejdere ikke var nødvendige.

	Der blev lavet en nødtelefon, så når røret løftes op går den til IT-support, der kan finde ud af via CPR-nummer om der skal omstilles til afd. Nødtelefonen kører på præhospitalet linje, så de kommer hurtigt til.	Der var en nødtelefon til rådighed i tilfælde af problemer, som kørte på en præhospitalet linje, der sikrede hurtig support.
	I dag er der en regionsklinik i Sundhedscenteret. De varetager daglig og kan hjælpe ved evt. dårlig patient. I piloten var det som sagt kommunale medarbejder i sundhedscenteret. I Skagen er der efter udbredelse af pilotprojektet lavet ambulatorie, hvor folk kan hjælpe.	I dag er der en regionsklinik i sundhedscenteret, som varetager daglig tilsyn og assisterer patienterne. Der er efterfølgende lavet et lignende ambulatorie i Skagen.
<i>Var det alle borgere med diabetes på Morsø der blev inkluderet, eller var det nogle bestemte problematikker borgerne havde?</i>	Det var udvalgte borgere med diabetes	De inkluderede var udvalgte borgere med diabetes.
<u>Opfølgende spørgsmål:</u> <i>Hvordan blev disse borgere med diabetes udvalgt?</i>	Sygeplejerske og læge fra ambulatoriet i Thisted screened patienter fra systemet. De måtte ikke have behov for at reguleres medicinsk eller screenes fysisk. Efter screeningen blev de relevante patienter kontaktet over telefon og spurgt om de ville deltage.	Det var en sygeplejerske og en læge fra ambulatoriet i Thisted som screened potentielle patienter. Patienterne skulle være mellem 30-59 år og selvhjulpne, men behøvede ikke at have tekniske færdigheder. Patienterne ekskluderes ved behov for ændringer i deres medicin eller konsultationsmønstre.
<i>Var der opstillede inklusionskriterier mhp. hvilke borgere der kunne udvælges til projektet?</i>	De skal være: - Selvhjulpne - 30-59 år - Behøver ikke at have større tekniske færdigheder	Patienterne blev rekrutteret pr telefon, og var en blandet patientgruppe, herunder en kroniker med diabetes senkomplikationer, som udtalte at videokonsultationen var nem at gennemføre.
- Hvis ja, hvilke kriterier?	Der var en god blanding af patienter. Der var en kroniker med diabetes senkomplikationer, der efterfølgende sagde	

	"Det var jo ikke noget – det var nemt".	
	<i>Hvordan tog personalet og borgerne imod teknologien?</i>	Sygeplejerskerne var begejstret, men lægerne lidt mere skeptiske trods det at teknologien virkede godt. Borgerne ser det som et supplement ikke som erstatning hver gang. Borgerne ville gerne have samme kontaktperson så var det underordnet om det var fysisk fremmøde eller via skærm.
Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved implementering af videokonsultation til diabetikere?	<i>Hvordan er personalet og borgerne blevet oplært i brugen af teknologien?</i> - <i>Fungerede det? Hvis nej, hvorfor ikke?</i>	Personalet er introduceret til videokonsultation på et morgenmøde. Der blev tilknyttet en superbruger, og så modtog personalet vejledningsmateriale om projektet. Der blev anvendt wayfinding, som guidede patienterne ved ankomst. Patienterne modtog vejledningsmateriale i indkaldelsesbrevet. I dag bliver patienterne ved ambulante kontroller adspurgt om de næste gang ønsker at deltage via videokonsultation. Hvis ja, modtager de anvisninger i indkaldelsesbrevet.
		Der blev lavet fodspor i lokalet, såkaldt wayfinding, så patienterne vidste hvor de skulle gå hen ved ankomst. Desuden var der en kommunikationsmedarbejder, der lavede vejledning til patienten i indkaldelsesbrevet. I dag fungerer det sådan, at patienten spørges om de vil deltage i videokonsultation ved deres næste ambulante kontrol. De får et brev om at de skal møde i videoambulatorie med tid og sted samt en vejledning.
		Lysensor i videoambulatoriet aktiveres grøn/rød om det er ledigt eller ej. Når man kommer ind beskrives dette. Patienten kommer til ankomststander og scanner sundhedskort som de gør ved almindelig fysisk kontrol. I videoambulatoriet er der en lysensor der angiver, om der er ledigt eller ej. Når patienten ankommer til videoambulatoriet, scanner denne sit sundhedskort ved ankomststanderen. Herefter kan lægen se at patienten er ankommet, hvorefter patienten

	Når kortet scannes, kan lægen se at patienten er i lokalet. Så står der på skærmen, at lægen kan se, at de er ankommet og at de skal sætte sig. På skærmen meddeles det: "der kan godt gå ventetid fra du er registreret til der kommer en læge"	meddeles, at der kan forekomme ventetid.
<i>Blev der fra starten af projektet anvendt implementeringsstrategier i forhold til inddragelse af diabetikerne eller involveret personale?</i>	Nej, det var et projekt gennem initiativet "Nye veje", som hurtigt skulle søsættes.	Projektet udsprang gennem initiativet "Nye Veje", og skulle hurtigt i gang, hvorfor der ikke blev anvendt implementeringsstrategier.
<u>Opfølgende spørgsmål:</u> <i>Blev der gjort overvejelser i forhold til hvordan projektet kunne opnå størst succes og accept hos inddragede borgere og personale?</i>	Nej, det fungerede såkaldt "quick-and-dirty" med hurtig beslutning og hurtig igangsætning. Projektet startede 1. februar og den 1. maj blev den første patient kørt igennem. Projektet blev afleveret 1. juli - og gik videre til en bredere implementering. Fungerede det, så fungerede det og så arbejdede man videre derfra. Der blev ikke anvendt nogen deciderede strategier.	Beslutning og opstart af projektet blev foretaget hurtigt - fredag eftermiddag blev det udmeldt, at projekt "Nye Veje" ville gå i gang den følgende mandag, hvorfor der ikke blev anvendt deciderede strategier. Projektet startede 1. februar med første gennemtestet videokonsultation 1. maj. D. 1. juli blev projektet afleveret, og overgik herefter til bredere implementering. Region Nordjylland var de første til at udarbejde en løsning, som kunne anvendes af alle afdelinger.
<i>Blev der søgt inspiration fra lignende projekter i forhold til implementering?</i>	Det blev meldt ud fredag eftermiddag, at mandag går det overordnede projekt Nye Veje i gang, og at der var møde på Thisted Sygehus. Nej Region Nordjylland var de første til at lave en løsning, som kunne bruges i et bredere segment. Dvs. alle afdelinger, kan tilkøbes løsningen.	

	Når kortet scannes, kan lægen se at patienten er i lokalet. Så står der på skærmen, at lægen kan se, at de er ankommet og at de skal sætte sig. På skærmen meddeles det: "der kan godt gå ventetid fra du er registreret til der kommer en læge"	meddeles, at der kan forekomme ventetid.
<i>Blev der fra starten af projektet anvendt implementeringsstrategier i forhold til inddragelse af diabetikerne eller involveret personale?</i>	Nej, det var et projekt gennem initiativet "Nye veje", som hurtigt skulle søsættes.	Projektet udsprang gennem initiativet "Nye Veje", og skulle hurtigt i gang, hvorfor der ikke blev anvendt implementeringsstrategier.
<u>Opfølgende spørgsmål:</u> <i>Blev der gjort overvejelser i forhold til hvordan projektet kunne opnå størst succes og accept hos inddragede borgere og personale?</i>	Nej, det fungerede såkaldt "quick-and-dirty" med hurtig beslutning og hurtig igangsætning. Projektet startede 1. februar og den 1. maj blev den første patient kørt igennem. Projektet blev afleveret 1. juli - og gik videre til en bredere implementering. Fungerede det, så fungerede det og så arbejdede man videre derfra. Der blev ikke anvendt nogen deciderede strategier.	Beslutning og opstart af projektet blev foretaget hurtigt - fredag eftermiddag blev det udmeldt, at projekt "Nye Veje" ville gå i gang den følgende mandag, hvorfor der ikke blev anvendt deciderede strategier. Projektet startede 1. februar med første gennemtestet videokonsultation 1. maj. D. 1. juli blev projektet afleveret, og overgik herefter til bredere implementering. Region Nordjylland var de første til at udarbejde en løsning, som kunne anvendes af alle afdelinger.
<i>Blev der søgt inspiration fra lignende projekter i forhold til implementering?</i>	Det blev meldt ud fredag eftermiddag, at mandag går det overordnede projekt Nye Veje i gang, og at der var møde på Thisted Sygehus. Nej Region Nordjylland var de første til at lave en løsning, som kunne bruges i et bredere segment. Dvs. alle afdelinger, kan tilkøbes løsningen.	

	der ikke var personale fysisk til stede. Det var dog erfaringsbaseret og ikke fordi, der skete en utilsigtet hændelse under projektperioden. I dag er der et nødnnummer, så patienten kan få hjælp.	fysisk til stede. Det var dog erfaringsbaseret og ikke fordi, der skete en utilsigtet hændelse under projektperioden. I dag er der et nødnnummer, så patienten kan få hjælp.
	RegionMidt har taget erfaringerne til sig. Projektet er kopieret til Randers og Grenaa kommune. Løsningen overvejes også fra Viborg til Skive Sundhedscenter.	Region Midtjylland har taget erfaringerne til sig, og kopieret projektet til Randers og Grenaa Kommune. Derudover overvejes løsningen mellem Viborg og Skive sundhedscenter.
Overgik projektet til drift? Hvis nej, er der da et andet tiltag, der har erstattet det?	Ja, det er overdraget til drift I dag er der videoambulatorier i både Thisted, Hobro, Mors, Læsø Plejehjem og Skagens Rygcenter. En anæstesi-læge fra ortopædkirurgisk afdeling fandt ud af, at det var smart at foretage anæstesitilsyn over videokonsultation, så patienten ikke skulle køre den lange vej flere gange og risikere at køre forgæves, hvis der var kommet noget akut på programmet, som gjorde, at anæstesi-lægen alligevel ikke kunne gå tilsyn på patienten den dag. Patienten mødte op i videoambulatorie og fik målt højde, vægt og blodtryk, og snakkede derefter med anæstesi-lægen over app'en VideoSamtale.	Projektet er overgået til drift. I dag er der videoambulatorier i både Thisted, Hobro, Mors, Læsø Plejehjem og Skagen Rygcenter. En ortopædkirurgisk anæstesi-læge fandt ud af, at det var smart at foretage anæstesitilsyn over videokonsultation for at spare patienten for transporttid. Patienten fik i videoambulatoriet målt højde, vægt og blodtryk og havde efterfølgende samtale med anæstesi-lægen over app'en VideoSamtale.
Findes der en skriftlig evaluering af implementeringsprojektet?	Ja, det er der. Det er tilgængeligt på https://nyeveje.rn.dk/da/Udviklingsspor/Udviklingsspor-oversigt	Ja, det er der. Det er tilgængeligt på https://nyeveje.rn.dk/da/Udviklingsspor/Udviklingsspor-oversigt

<u>Opfølgende spørgsmål:</u>	Evalueringen er ej offentlig tilgængelig.
Umiddelbart foreligger der ikke en decideret evaluering af det konkrete projekt gennem linket, men en oversigt over de planlagte og igangværende rul. Har I en rapport, der evaluerer projektets resultater og fremgangsmåde?	Evalueringen er ej offentlig tilgængelig.