

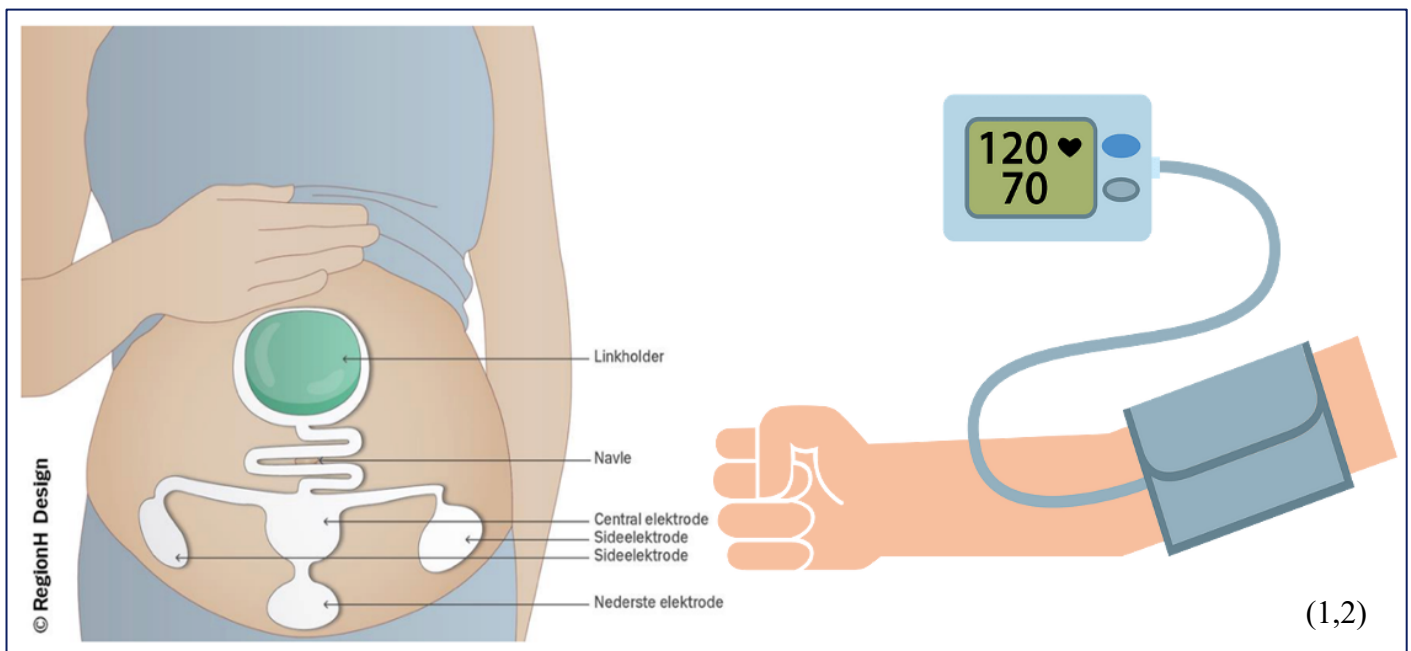


AALBORG UNIVERSITET

Kvinders oplevelser med telemonitorering ved prægestationel diabetes

Evaluering af vurdering af gravides kvinders oplevelse med telemonitoreringspakken

Klinisk Videnskab og Teknologi



Projektgruppe: 10509

Anna Kirstine Winter

Anna Le Møller-Lange

Ayan Ibrahim

Vejleder: Clara Bender

4. semester

2025

Evaluation of an assessment of pregnant women's experiences with telemonitoring

Group members:

Anna Le Møller-Lange

Anna Kirstine Winter

Ayan Ibrahim

Project period:

03.02.2025-02.06.2025

Project group: 10509**ETCS:** 30**Supervisor:**

Clara Bender

Number of pages: 97**Number of characters**

including spaces: 169.183

Number of appendixes: 10**Reference system:**

Vancouver

Background and aim: With the increasing prevalence of type 1 and type 2 diabetes (T1DM and T2DM), the prevalence of pregestational diabetes is also expected to rise. Pregestational diabetes requires close monitoring to reduce the risk of complications, placing a strain on healthcare systems. Consequently, digital solutions such as telemonitoring have become more widespread and may enhance flexibility for pregnant women while reducing the need for in-person consultations. The aim of this thesis is to assess pregnant women with pregestational diabetes' experiences with telemonitoring.

Methods: This thesis is a sequential mixed-method study, including the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ) (n=17) and follow-up interviews exploring the participants' experiences (n=5). Quantitative data from the TUQ were analyzed using descriptive statistics, including means, medians, standard deviations, and frequency distributions, which were visualized with stacked bar charts and boxplots. Qualitative data from the interviews were analyzed using thematic analysis.

Results: Overall, participants were satisfied with the telemonitoring package, although a few reported challenges, particularly related to cardiotocography (CTG). Telemonitoring notably reduced travel time and provided greater daily flexibility. The system was described as user-friendly, and participants felt confident using it. Nevertheless, several participants suggested improvements to enhance the telemonitoring package.

Conclusion: The majority of women were satisfied with telemonitoring, particularly appreciating the reduced need for travel. However, there remains a desire for improvements, including greater flexibility in data reporting.

Keywords: Pregestational diabetes, telemonitoring, telemedicine

Evaluering af vurdering af gravides oplevelse med telemonitorering

Gruppemedlemmer:

Anna Le Møller-Lange

Anna Kirstine Winter

Ayan Ibrahim

Projektperiode:

03.02.2025-02.06.2025

Projektgruppe: 10509**ETCS:** 30**Vejleder:**

Clara Bender

Antal sider: 97**Antal anslag inkl.**

mellemrum: 169.183

Antal af bilag: 10**Reference system:**

Vancouver

Baggrund og formål: I takt med den stigende prævalens for type 1- og type 2 diabetes (T1DM og T2DM), forventes det at prævalensen af prægestationel diabetes vil stige. Prægestationel diabetes kræver tæt monitorering for at reducere risikoen for komplikationer, hvilket belaster sundhedsvæsenet. Derfor er digitale løsninger som telemonitorering blevet mere udbredt og kan øge fleksibiliteten for gravide samt reducere behovet for fysiske konsultationer. Formålet med dette speciale er at lave en vurdering af en evaluering af gravide med prægestationel diabetes' oplevelse med telemonitorering.

Metode: Specialet er et sekventielt mixed-method studie der inkluderer Telehealth Usability Questionarie (TUQ) (n=17) samt opfølgende interviews af de gravides oplevelse (n=5). Kvantitative data fra TUQ blev analyseret gennem deskriptiv statistik med gennemsnit, median, standardafvigelser og frekvensfordelingerne blev visualiseret på stacked bar charts samt boxplots. Kvalitative data fra interviewene blev analyseret gennem en tematisk analyse.

Resultater: Informanterne har overordnet været tilfredse for telemonitoreringspakken, men få har også oplevet udfordringer, særligt ifm. cardiotocografi (CTG). Telemonitorering har særligt sparet de gravide transporttid samt bidraget med fleksibilitet i hverdagen. Derudover beskrives brugervenligheden af telemonitoreringspakken som værende nem at anvende og de har samtidig været trygge i at anvende den. Dertil kom flere dog også med forbedringsforslag som kunne optimere telemonitoreringspakken.

Konklusion: Det kan konkluderes, at størstedelen af kvinderne var tilfredse med telemonitorering, hvortil det der særligt har givet værdi for dem, er at telemonitorering har bidraget til mindre transporttid. Dog kan det også konkluderes, at der stadig er et ønske om forbedring, herunder mere fleksibilitet ift. indberetning af data.

Nøgleord: Prægestationel diabetes, telemonitorering, telemedicin

Forord og læsevejledning

Dette speciale er udarbejdet som afsluttende opgave på uddannelsen i Klinisk Videnskab og Teknologi ved Aalborg Universitet, som har forløbet i perioden fra januar til og med juni 2025. Specialet er skrevet af gruppemedlemmerne Anna, Anna Le og Ayan som henholdsvis er uddannet sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker. Når projektgruppen omtaler sig selv, benyttes fremover “projektgruppen”.

Specialets omdrejningspunkt omhandler evaluering af en vurdering i relation til den fulde telemonitoreringspakke som gravide med prægestationel diabetes tilbydes i flere danske regioner. I relation til dette har specialet indgået samarbejdsaftaler med Ambulatorie for Graviditet og Ultralyd, Aalborg Universitetshospital samt Steno Diabetes Center/gynækologisk-obstetrisk afdeling på Odense Universitetshospital. Hertil skal rettes en stor tak til begge afdelinger for deres værdifulde bidrag ifm. rekruttering af deltagere til specialet.

Specialet udspringer af en fælles interesse opstået i ifm. valgfaget ‘Design og evaluering af digitale sundhedsteknologier’ på 3. semester, som alle gruppemedlemmer havde gennemført. Initialt ønskede projektgruppen at udvikle en prototype af en digital vandrejournale, der potentielt kunne erstatte den nuværende papirbaserede vandrejournale. Ved nærmere undersøgelse af området blev det imidlertid klart, at Sundhedsdatastyrelsen allerede var i gang med at udvikle en digital vandrejournale, hvorfor specialets omdrejningspunkt blev revideret. Ifm. etablering af samarbejdet med Graviditet og Ultralyd på Aalborg Universitetshospital blev projektgruppen præsenteret for en eksisterende telemonitoreringspakke, som tilbydes gravide med prægestationel diabetes. Det blev oplyst, at selvom pakken indeholder flere telemonitoreringsløsninger, var det udelukkende cardiotocografi(CTG), der var blevet undersøgt og evalueret i en videnskabelig kontekst. Dette skabte grundlag for en ny og relevant problemstilling, og projektgruppen besluttede derfor at fokusere på en samlet evaluering af den fulde telemonitoreringspakke.

Arbejdet med specialet har været både fagligt udfordrende men også bidraget til større selvstændighed samt problemløsning, som er vigtige kompetencer projektgruppen kan tage med videre efter endt uddannelse.

Projektgruppen vil gerne rette en særlig tak til gruppens vejleder Clara Bender, Lektor i Digital Sundhed og Telemedicin ved institut for Medicin og sundhedsteknologi, som har bidraget med værdifuld sparring og konstruktiv feedback gennem hele specialet.

Læsevejledning har til formål at give læseren et overblik over specialets opbygning og indhold. Specialet er opbygget efter IMRAD og er struktureret i fem afsnit:

1. **Introduktion:** Introducerer specialets problemfelt, formål samt problemformulering. Herunder indgår specialets systematiske litteratursøgning til opbygning af introduktionen.
2. **Metode:** Redegør for specialets litteratursøgning, studiedesign, overvejelser ifm. rekruttering, dataindsamlingsmetoder samt den dataanalytiske tilgang. Foruden dette vil der i metoden også indgå en redegørelse af den valgte teoretiske referenceramme, som benyttes ifm. fortolkning af specialets resultater.
3. **Resultater:** Præsentation af specialets resultater vil indledningsvist blive præsenteret objektivt med tilhørende figurer. Herefter vil fremgå et underafsnit, hvor resultaterne vil fortolkes i relation til den valgte teoretiske referenceramme.
4. **Diskussion:** Specialets resultater diskuteres op mod at standardbehandling i højere grad bliver mere digitaliseret. Derudover diskuteres hvordan telemonitoreringspakken kan medføre ulighed i sundhed samt hvordan den kan implementeres til andres danske regioner mest hensigtsmæssigt. Afslutningsvis vil diskussionen berøre hvordan telemonitoreringspakken kan optimeres.
5. **Konklusion:** Samler specialets hovedpointer og reflekterer over muligheder ift. optimering af telemonitoreringspakken.

Vancouver er anvendt som referencemetode i dette speciale og referencen er nummereret i en parentes, som henviser til den enkelte reference, f.eks. (1). Referencelisten samt bilag er placeret bagerst i specialet.

God læselyst.

Begrebsafklaring

Cardiotocografi (CTG): Henviser til en metode, hvor fosterets hjerterytme og livmoderens sammentrækninger overvåges under graviditet og fødsel (3).

Eklampsi: Henviser til en alvorlig graviditetskomplikation karakteriseret ved kramper hos kvinder med præeklampsi og forhøjet blodtryk (4).

Gestationel diabetes mellitus (GDM): Refererer til diabetes, som diagnosticeres under graviditeten hos en kvinde der ikke tidligere har haft diabetes (5).

Makrosomi: Henviser til en tilstand, hvor barnet har en fødselsvægt ≥ 90 -percentilen for den aktuelle gestationsalder (6).

Præeklampsi: Refererer til en graviditetsrelateret tilstand karakteriseret ved forhøjet blodtryk og protein i urinen, som kan føre til alvorlige komplikationer (7).

Prægestationel diabetes: Henviser til diabetes (type 1 eller type 2), som er til stede før graviditetens begyndelse (8).

Telemedicin: Refererer til brugen af digitale teknologier på platforme til at formidle sundhedsoplysninger, konsultationer og monitorering (9,10).

Telemonitorering: Refererer til fjernovervågning af sundhedsdata, f.eks. blodtryk, blodsukker og CTG, ved brug af digitale løsninger (11)

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	3
1.1. Epidemiologi om prægestationel diabetes i et globalt og nationalt perspektiv	3
1.2. Socioøkonomiske konsekvenser for samfundet	3
1.3. Prægestationel diabetes	4
1.3.1. Patofysiologi ved diabetes	4
1.3.2. Diagnosekriterier	5
1.3.3. Behandlingsmål	5
1.3.4. Konsekvenser af prægestationel diabetes	6
1.4. Udfordringer relateret til konsultationer	7
1.5. Støtte til gravide med prægestationel diabetes	8
1.5.1 Regionale telemonitoreringspakker	9
1.5.1.1. Elementer i telemonitoreringspakkerne	10
1.6. Patientperspektiv samt sundhedsprofessionelt perspektiv ift. telemonitorering	13
1.6.1. Kvindernes perspektiv	13
1.6.2. Sundhedsprofessionelles perspektiv	14
1.7. Barrierer for anvendelsen af telemonitorering	14
2. PROBLEMAFGRÆNSNING	16
2.1. Problemformulering	16
3. METODE	17
3.1. Litteratursøgning	18
3.1.1. Ustruktureret litteratursøgning	18
3.1.2. Systematisk litteratursøgning	18
3.1.2.1. Søgestrategi	19
3.1.2.2. In- og eksklusionskriterier	20
3.2. Studiedesign	21
3.2.1. Explanatory sekventielt mixed method	21
3.2.2. Purposive sampling	22
3.3. Rekruttering	23
3.3.1. Interessentanalyse	23
3.3.2. Rekruttering via sekundær sektor	24
3.3.3. Rekruttering via sociale medier	25
3.4. Dataindsamlingsmetoder	27
3.4.1. Kvantitativ dataindsamling	27
3.4.1.1. TUQ-spørgeskema	27
3.4.1.2. SurveyXact	28
3.4.1.3. Etiske overvejsler for spørgeskema	29
3.4.1.4. Datamæthedskriterier	30
3.4.2. Kvalitativ dataindsamling	30
3.4.2.1. Semi-struktureret interview	30
3.4.2.2. Interviewguide	30
3.4.2.3. Pilot-forsøg	32
3.4.2.4. Etiske overvejsler for interview	32

3.4.2.5. Datamæthedskriterier.....	32
3.5. Dataanalysemetoder.....	34
3.5.1. Kvantitativ dataanalyse	34
3.5.1.1. Demografisk data.....	34
3.5.1.2. Deskriptiv statistik.....	34
3.5.1.3. Visualisering af data	35
3.5.2. Kvalitativ dataanalyse	36
3.5.2.1. Transskribering.....	36
3.5.2.2. Teoretisk referenceramme	37
3.5.2.3. Tematisk analyse	38
4. RESULTATER.....	41
4.1. Spørgeskema.....	41
4.1.1. Demografisk data for spørgeskema	41
4.1.2. Oversigt over svarfordeling i TUQ-spørgeskema:	42
4.2. Interview.....	64
4.2.1. Demografisk data for interview.....	66
4.2.2. Værdi for den gravide.....	66
4.2.3. Oplevelse med telemonitorering.....	69
4.2.4. Brugervenlighed	73
4.2.5. Overvejelser ifm. brug af telemonitorering	76
4.2.6. Kommunikation med sundhedspersonalet:.....	78
4.2.7. Forbedringsforslag:.....	80
4.2.8. Råd til fremtidige gravide.....	82
4.3 Syntese af resultater	84
4.4 Fortolkning af resultater	85
5. DISKUSSION	89
5.1. Resultatdiskussion	89
5.1.1. Digitalisering af standardbehandling.....	89
5.1.2. Ulighed i sundhed herunder sundhedskompetencer	90
5.1.3. Optimering af telemonitoreringspakken	92
5.2. Metodediskussion	93
5.2.1. Rekruttering	93
5.2.2. Bias ved rekruttering via sociale medier	94
5.2.3. Spørgeskema.....	94
5.2.4. Interviews	95
5.2.5. Datamætning af spørgeskemaer og interviews.....	96
5.2.6. Dataanalyse.....	97
6. KONKLUSION	98
7. REFERENCELISTE	99
8. BILAG.....	114

1. Introduktion

1.1. Epidemiologi om prægestational diabetes i et globalt og nationalt perspektiv

Ifm. at prævalensen for type 1- og type 2 diabetes mellitus (T1DM og T2DM) er stigende, forventes det også, at prævalensen af prægestational diabetes vil stige. Denne stigning kan medføre en voksende sundhedsudfordring, både på et nationalt og internationalt plan (12–14).

På trods af den stigende prævalens for T1- og T2DM findes der få estimater for den aktuelle prævalens for prægestational diabetes, hvorfor et systematisk review fra 2021 forsøger at kortlægge prævalensen af prægestational diabetes. Studiet finder, at den samlede prævalens fra de inkluderede studier var 0,6% og ser endvidere en tendens til at prævalensen er stigende. Ydermere ses det, at prævalensen varierer på tværs af lande og regioner, hvor Europa har den laveste prævalens på 0,5% mens prævalensen i Mellemøsten anslås til at være 2,4%. Desuden viste studiet at alder også havde en betydning for prævalensen, da prævalensen for 20-29-årige var 0,5% mens prævalensen for 40-49-årige var 1,8% (14). Dette kan forklares ved en øget forekomst af kvinder der bliver gravide i en højere alder (15). Samme review undersøgte ligeledes prævalensen, af T1- og T2DM under graviditet, og fandt at prævalensen for T1DM var 0,3% mens den for T2DM var 0,2% (14). Den højere prævalens for T1DM sammenlignet med T2DM kan forklares ved, at graviditetsalderen er omtrent 30 år, og risikoen for at have udviklet T2DM på dette tidspunkt er lav (16,17).

Det anslås at antal gennemførte graviditeter årligt i Danmark hos kvinder med henholdsvis T1- og T2DM er 260 og 150 (18). Dette svarer til at procentdelen af kvinder i 2024 i Danmark som har prægestational diabetes og gennemfører deres graviditet ca. er 0,72 % (8,19). Disse tal stemmer desuden overens med de fund ift. prævalensen som det systematiske review fandt ovenfor (14).

1.2. Socioøkonomiske konsekvenser for samfundet

Gravide med prægestational diabetes har betydelige socioøkonomiske konsekvenser for samfundet. Dette er bl.a. i form af øgede sundhedsudgifter, produktivitetstab og langsigtede helbredsmæssige påvirkninger. Forskning viser, at sundhedsudgifterne for gravide med prægestational diabetes, er betydeligt højere sammenlignet med gravide uden diabetes (20). Behandlingen af gravide med prægestational diabetes kræver kostvejledning, monitorering og i nogle tilfælde medicinsk behandling, hvilket kan medføre øgede sundhedsudgifter for samfundet

(21). Derudover kræver gravide med prægestational diabetes ofte flere konsultationer, specialiseret behandling og så har denne patientgruppe øget risiko for komplikationer som kejsersnit og præeklamsi, hvilket kan føre til højere medicinske omkostninger for samfundet (20,21). Et retrospektivt kohortestudie fra Australien viser, at de øgede sundhedsudgifter til gravide med prægestational diabetes primært skyldes højere medicinske omkostninger for både mødre og nyfødte, hvilket indebærer flere hospitalsindlæggelser, hyppigere konsultationer og mere medicin. Studiet viser endvidere at omkostningerne ved en graviditet med prægestational diabetes over en 24 måneders periode kostede 23.536 dollar pr. person, hvilket ca. er dobbelt så meget sammenlignet med en graviditet uden diabetes som kostede ca. 11.167 dollar pr. person (21). Derudover kan det også lede til øgede omkostninger ifm. med at nyfødte er i større risiko for helbredsmæssige komplikationer, som kan kræve neonatal intensiv behandling (20).

1.3. Prægestational diabetes

Prægestational diabetes refererer til allerede eksisterende diabetes, som en kvinde har, før hun bliver gravid. Dette omfatter både T1- og T2DM, hvilket klassificeres under ICD-diagnoserne:

- DO24.0: Graviditet med forudbestående type 1 diabetes
- DO24.1: Graviditet med forudbestående type 2 diabetes

(22,23).

1.3.1. Patofysiologi ved diabetes

T1DM er en alvorlig endokrin lidelse, der opstår på baggrund af en autoimmun reaktion, hvor kroppens immunsystem angriber og ødelægger de insulinproducerende betaceller i pancreas (24). Denne destruktion resulterer i en absolut insulinmangel, da kroppen dermed ikke længere er i stand til at producere insulin. Uden insulin kan glukose ikke transporteres ind i kroppens celler, hvilket fører til at glukose ophobes i blodbanen, hvormed hyperglykæmi kan opstå (25). For at opretholde et stabilt blodsukkerniveau kræver personer med T1DM livslang behandling med insulin (26). T1DM manifesterer sig typisk i barndommen og er en livslang sygdom, som individet må tilpasse sig og håndtere gennem hele livet (27).

T2DM er ligeledes en endokrin lidelse, men opstår som følge af enten insulinresistens eller nedsat insulinproduktion i betacellerne i pancreas. Hvis kroppen udvikler insulinresistens, vil cellernes evne til at reagere på insulin være nedsat. Dette gør det vanskeligere at optage glukose fra blodbanen til kroppens celler. Samtidig kan de insulinproducerende betaceller i pancreas

gradvist bliver mindre effektive, hvilket kan føre til en utilstrækkelig insulinproduktion og i nogle tilfælde kræve insulinbehandling (28). T2DM er ofte forbundet med livsstilfaktorer såsom overvægt, inaktivitet samt uhensigtsmæssige kostvaner i længere tid og forekommer også typisk senere i livet (29).

1.3.2. Diagnosekriterier

Overordnet benyttes flere forskellige undersøgelser som kan afgøre, om en person kan diagnosticeres med diabetes eller ej. American Diabetes Association (ADA) samt de danske retningslinjer fastslår, at ét af følgende kriterier skal være opfyldt for, at T1DM kan diagnosticeres (26,30):

- Fastende blodsukker ≥ 7 mmol/L.
- Ikke fastende blodsukker ≥ 11.1 mmol/L.
- HbA1C (langtidsblodsukker) > 48 mmol/mol.
- OGTT ≥ 11.1 mmol/L.

Dog er det vigtigt at påpege, at en forhøjet måling altid skal bekræftes af en ny og uafhængig måling (26,30). For diagnosticering af T2DM i Danmark, gælder det imidlertid, at diagnosticering foregår ved at undersøge om HbA1C er forhøjet. Ifølge ADA kan de opstillede kriterier, som benyttes ved diagnosticering af T1DM, også være et mål for om en person kan diagnosticeres med T2DM eller ej (30,31).

Foruden de biokemiske analyser, bliver diagnosticeringen af både T1- og T2DM også sammenholdt med en klinisk anamnese. Denne indebærer en gennemgang af patientens sygdomshistorik samt eventuelle symptomer, der kan bidrage til at fastslå, hvilken type diabetes der er tale om (26,31).

1.3.3. Behandlingsmål

Ifølge et review der undersøger behandling af prægestationel diabetes er der international enighed om at øge opmærksomheden på blodtrykskontrol, glykæmisk kontrol og insulinbehandling samt fosterovervågning (32). Glykæmiske behandlingsmål fra ADA inkluderer HbA1C < 48 mmol/mol, fastende blodsukker $\leq 5,3$ mmol/L, samt blodsukkeret i timen efter måltid $\leq 7,8$ mmol/L og to timer efter måltid $\leq 6,7$ mmol/L (33). Insulinbehandling bør endvidere tilpasses i takt med graviditetens progression, med øget behov for insulin efter 16. uge pga. øget insulinresistens. Derudover anbefales det at fosterovervågningen af gravide med prægestationel diabetes øges for at sikre, at barnet ikke udsættes for risici som følge af dårlig blodsukkerkontrol.

Dette indebærer hyppigere ultralydsundersøgelser samt overvågning af fostrets vækst, hjerterytme og bevægelser for at opdage eventuelle komplikationer tidligt (32).

I Danmark er behandlingen af prægestationel diabetes samlet på et begrænset antal specialafdelinger i den sekundære sundhedssektor, hvor endokrinologiske og obstetriske enheder arbejder tæt sammen (8). Behandlingen følger en fælles guideline for DSOG (dansk selskab for obstetrik og gynækologi) og DES (Dansk Endokrinologisk Selskab) som er baseret på DES nationale behandlingsvejledning (NBV). Vejledningen indeholder information om de behandlingsmål, der stræbes efter ift. planlægning af graviditet, under graviditet, under fødsel og i efterfødselsperioden (18). Da dette speciale har fokus på gravide med prægestationel diabetes, er det kun behandlingsmålene relateret til 'under graviditet' som uddybes nedenfor.

I følge vejledningen fra NBV stiles der i behandlingen af prægestationel diabetes mod (18):

- HbA1C < 48 mmol/mol i tidlig graviditet og HbA1C < 38 mmol/mol i sen graviditet (34).
- Insulinbehovet skal ofte reduceres 10-20% omkring 8-16 graviditetsuge og skal gradvist øges betydeligt fra uge 20 (35).
- Blodglukoseværdier under graviditet: (18).
 - 4-5.5 mmol/L før hovedmåltider
 - 4-7 mmol/L 1,5 time efter hovedmåltider
 - 5-7 mmol/L før sengetid

Derudover anbefales der iflg. samme vejledning fra NBV løbende monitorering af blodtrykket samt blodsukkeret (36). Dertil anbefales de normale scanninger (nakkefoldscanning og gennemscanning i hhv. 1. og 2. trimester) samt tre yderligere scanninger i 3. trimester der skal følge fosterudviklingen. Udover disse scanninger anbefales der cardiotocografi (CTG) én gang om ugen fra uge 37 (8,18). Disse retningslinjer sigter mod at optimere graviditetsforløbet og minimere risikoen for komplikationer for både moderen og fosteret.

1.3.4. Konsekvenser af prægestationel diabetes

Prægestationel diabetes hos gravide er associeret med en øget risiko for en række komplikationer under graviditeten, som kan påvirke både moderen og fosteret. Forskning viser, at gravide med prægestationel diabetes har større sandsynlighed for at udvikle hypertensive lidelser, herunder præeklamsi, som kan have alvorlige konsekvenser for både den gravide og barnet (37,38). Når en gravid kvinde udvikler præeklamsi, er det karakteriseret ved hypertension

samt proteinuri. Dette kan øge risikoen for organsvigt, eklampsi, placentaløsning og stroke hos moderen. Hos fostret kan præeklampsi medføre nedsat blodtilførsel til placenta, hvilket kan resultere i præmatur fødsel, væksthæmning og iltmangel som endvidere kan medføre neurologiske skader hos fosteret eller fosterdød (39,40). Desuden kan graviditet med prægestationel diabetes føre til makrosomi, som er en af de hyppigste komplikationer hos denne patientgruppe. Makrosomi kan øge risikoen for skulderdystoci under fødslen, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for både moderen og barnet (40).

Gravide med prægestationel diabetes oplever ofte en forbedring i deres glykæmiske kontrol under graviditeten, da de får hyppigere kontroller og tættere overvågning af deres blodsukker. Denne øgede opmærksomhed kan derfor medføre en bedre regulering af blodsukkerniveauerne. Dog kan det være en udfordring for kvinderne efter fødslen, da den tætte overvågning ophører, hvortil de igen selvstændigt skal varetage egen sygdom, hvilket kan gøre det sværere at opretholde den samme kontrol (18,41,42). Samtidig bliver kvinderne dog meget følsomme overfor insulin, især efter moderkagen er udskilt, og insulinbehovet kan falde til så lavt som 50% af præ-graviditetsbehovet, især hos kvinder med T1DM, hvilket kan skabe en udfordring ift. at opretholde optimale blodsukkerniveauer efter fødslen (32).

1.4. Udfordringer relateret til konsultationer

En af de centrale udfordringer for gravide med prægestationel diabetes er hyppige fysiske konsultationer som både kan være tidskrævende og besværlige for den gravide kvinde. Fysiske konsultationer indbefatter regelmæssige kontroller i form af blodsukkermålinger, blodtryksmålinger, ultralydsskanninger og urinprøver (18,20). Derudover tilbydes nogle også et individuelt diætistforløb for at få støtte til kostomlægning og blodsukkerregulering (18).

For flere gravide med prægestationel diabetes kan de hyppige konsultationer udgøre en særlig belastning, idet de ofte skal balancere det med en travl hverdag. Mange kvinder med diabetes har enten et fuldtidsarbejde eller andre gøremål i hverdagen f.eks. pasning af børn eller huslige pligter. Dette kan gøre det vanskeligt at afsætte tid til gentagne konsultationer på hospitalet. For mange kvinder kan det føre til udfordringer, særligt for kvinder med skiftende arbejdstider eller begrænset fleksibilitet i deres job, hvor det kan være en udfordring, at finde tid til konsultationerne uden, at det påvirker deres arbejdsliv (43). Derudover kan transport være en betydelig udfordring, især for kvinder som bor i områder med begrænset adgang til offentlig

transport eller lang transporttid til og fra hospitalet. Såfremt den gravide ikke har bil eller pårørende der kan være behjælpelige med transport, kan det være udfordrende at møde op til de nødvendige konsultationer (44).

Foruden de udfordringer de gravide kvinder kan have, kan sundhedsvæsenet også være udfordret på både personale og ressourcer, hvilket kan føre til længere ventetid og mindre konsultationstid. Forsinkelser kan betyde, at gravide ofte skal afsætte endnu længere tid til en konsultation. Kortere konsultationstider kan også betyde, at den gravide ikke får den nødvendige tid til at stille spørgsmål eller få tilstrækkelig vejledning ift. deres graviditet (45).

For at imødekomme disse udfordringer kan telemonitorering være en alternativ løsning for at reducere behovet for fysiske konsultationer (45). Vha. digitale løsninger kan gravide med prægestationel diabetes monitorere vigtige sundhedsparametre hjemmefra og sende resultaterne elektronisk til sundhedspersonalet. Dette kan medføre mindre belastende og mere effektive opfølgninger og kan desuden forbedre de gravides livskvalitet. Dertil kan telemonitorering mindske presset på sundhedsvæsenet og samtidig sikre, at gravide med prægestationel diabetes får den nødvendige støtte og opfølgning (46).

1.5. Støtte til gravide med prægestationel diabetes

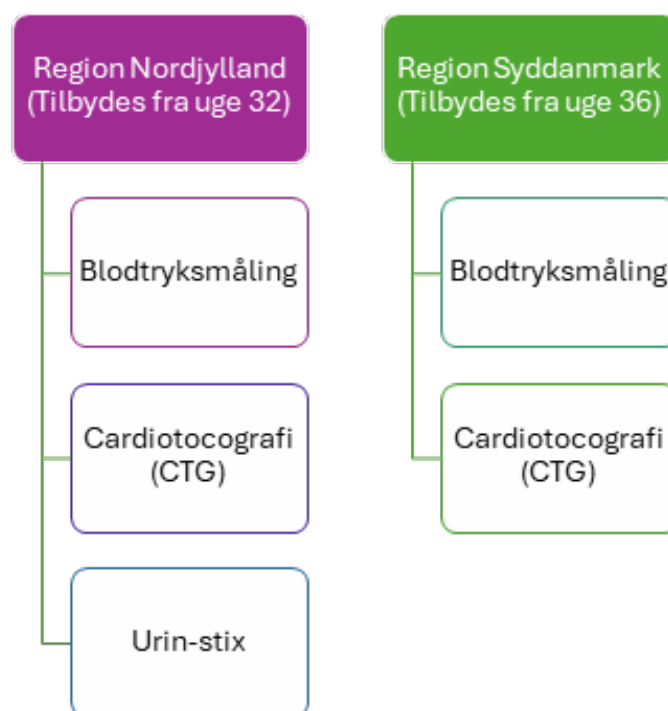
Telemonitorering er internationalt udbredt, hvortil flere lande har udviklet og implementeret digitale løsninger til understøttelse af gravide med prægestationel diabetes og særligt gravide med gestationel diabetes mellitus (GDM). Dette med henblik på at optimere monitoreringen, øge patienttilfredsheden samt reducere antallet af fysiske konsultationer. COVID-19 pandemien har yderligere accelereret denne udvikling, hvor forskning indikerer, at de gravide generelt udtrykker tilfredshed med den øgede fleksibilitet som telemedicin kan tilbyde, heriblandt en kombination af telefoniske- og fysiske konsultationer (45,47,48).

Eksisterende forskning dokumenterer, at telemonitorering udgør en effektiv intervention i håndteringen af diabetes hos gravide. Flere studier undersøger specifikt effekten af telemonitorering blandt gravide med GDM, hvortil der er dokumenteret en positiv effekt i henhold til sygdomshåndtering samt øget self-management vha. teknologiske løsninger (49–51). I denne sammenhæng omfatter telemonitoreringen bl.a. måling af blodsukker og blodtryk, hvor målinger registreres via telemedicinske løsninger eller digitale platforme. Disse målinger kan efterfølgende tilgås og kontrolleres af sundhedsprofessionelle, hvilket muliggør kontinuerlig klinisk vurdering uden behov for hyppige fysiske konsultationer (48,50,52). Flere studier dokumenterer, at telemonitorering samt digitale løsninger kan optimere den kliniske håndtering af gravide

med GDM, men også bidrager til øget fleksibilitet samt reduceret ressourceforbrug, i form af tid, for både de gravide og sundhedsprofessionelle (48,50). Det eksisterende evidensgrundlag understøtter således implementeringen af telemonitorering som en central del af den fremtidige behandling af gravide med prægestationel diabetes. Dette understøttes ligeledes af en rapport til Fonden for Velfærdsteknologi fra 2015, der omhandler Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH) som understreger at telemonitorering kan lede til færre ambulante besøg for gravide med komplikationer samt en reduktion af indlæggelsesdage (53).

1.5.1 Regionale telemonitoreringspakker

I Danmark tilbydes gravide med enten præeklampsi, risiko for tidlig vandafgang eller diabetes (T1DM, T2DM samt insulinkrævende GDM) telemonitorering. Dette indebærer, at den gravide foretager blodtryks- og pulsmålinger, udfører CTG, laver urinprøver og indtaster i et system (54–56) Dog varierer indholdet af telemonitoreringspakkerne mellem regionerne. På figur 1 vises en oversigt over de elementer, der indgår i de telemonitoreringspakker, som de respektive regioner tilbyder.



Figur 1: Oversigt over telemonitoreringspakkerne der tilbydes i Region Nordjylland og Region Syddanmark.

I Region Nordjylland omfatter telemonitoreringen blodtryksmåling, CTG-måling samt urinundersøgelse én gang ugentligt. Gravide med prægestationel diabetes tilbydes telemonitorering fra uge 32 (57). Registrering af blodtryksmålinger og urinundersøgelser foretages via systemet

Ambuflex, men CTG-målinger registreres i det separate system NEMO. De enkelte monitoreringselementer i telemonitoreringspakken uddybes i afsnit 1.5.1.1. I 2024 gennemførte ca. 40 kvinder telemonitoreringsforløbet i Region Nordjylland.

I Region Syddanmark indebærer telemonitoreringen blodtryks- og CTG-måling, som registreres via systemet Ambuflex én gang ugentligt. Gravide med prægestationel diabetes tilbydes telemonitorering fra uge 36. Implementeringen af denne telemonitoreringspakke påbegyndtes i sensommeren 2024, hvor der foreløbigt kun er seks kvinder der har gennemført det fulde telemonitoreringsforløb (58).

1.5.1.1. Elementer i telemonitoreringspakkerne

På både Aalborg Universitetshospital (AAUH) og Odense Universitetshospital (OUH) omfatter telemonitoreringen af gravide med prægestationel diabetes flere monitoreringselementer for at sikre moderens og fosterets sundhed. Disse undersøgelser fremgår i tabel 1.

Tabel 1: Oversigt samt beskrivelse af elementerne i telemonitoreringspakkerne

Elementer i telemonitoreringspakkerne		
Element	Beskrivelse	Hyppighed
Monitorering af blodsukker	Udføres ved brug af fingerprik og sendes til Endokrinologisk Ambulatorie via systemet Ambuflex (57)	Blodsukker måles 7 gange dagligt.
Blodtryk og pulsmåling	Dette måles ved brug af et udleveret blodtryksapparat (56). Kvinden skal forholde sig i ro i 5 min. Inden målingen påbegyndes.	Én gang ugentligt. Svarene indtastes i systemet Ambuflex.
CTG (måling af barnets hjerterytme og viser hvis den gravide har plukveer)	Pakken "NEMO" består af: • Nemo patch elektroder • NemoRemote Link • NemoRemote Link Charger • En tablet med NemoRemote App. (1).	Én gang ugentligt. Svarene indtastes i systemet Ambuflex.
Urinundersøgelser	Der foretages en urinundersøgelse for at måle proteinindholdet i den gravides urin. Dette gøres ved at anvende en u-	Én gang ugentligt.

	stix, som dyppes i urinen. Efter 60 sekunder aflæses om stix'en har ændret farve ud for indikatoren for protein (56).	Svaret indtastes i systemet Ambuflex.
Fysisk konsultation	Fremmøde på den gravides tilknyttede obstetriske afdeling (8,18,56)	Hver 2. uge hvis velfungerende telemonitoreringspakke.

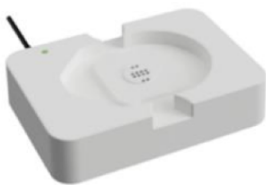
Blodsuktermålingerne foretages af den gravide ved fingerprik og registreres i systemet Ambuflex. Disse målinger sendes efterfølgende til Endokrinologisk Ambulatorium som varetager insulinbehandlingen (56).

For at monitorere blodtryk- og pulsmåling hjemme, får den gravide udleveret et blodtryksapparat, hvis ikke allerede hun har et derhjemme. Før målingen påbegyndes skal den gravide sidde stille i fem minutter. Resultaterne fra målingerne registreres efterfølgende i systemet Ambuflex. Denne måling udføres én gang ugentligt (59,60).

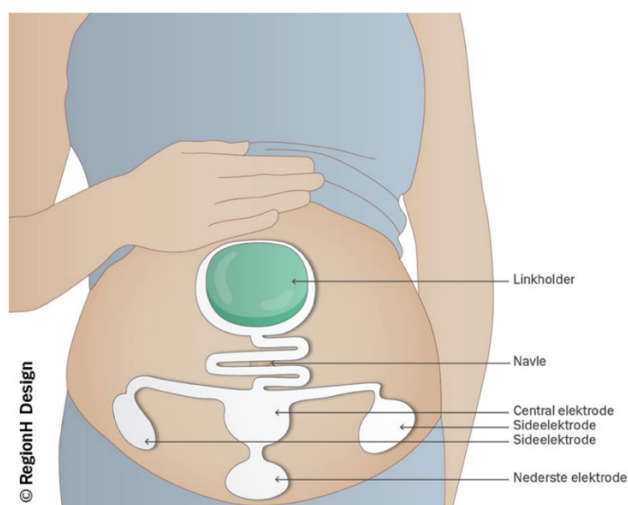
CTG-målinger udføres hjemme vha. NEMO-pakken, som indeholder fire elementer bestående af en elektrode, en Remote Link, en linkholder samt en tablet. Elementer er beskrevet samt illustreret i tabel 2 (1,60).

Tabel 2: Oversigt over hvilke elementer der indgår i NEMO-pakken

Indhold i NEMO-pakken (1)		
Element	Beskrivelse	Udseende:
Nemo patch-elektrode	Består af en central elektrode, to side elektrode og en nedre elektrode. Dertil er der øverst en linkholder til NemoRemote Link.	
NemoRemote Link	NemoRemote Link placeres i linkholderen og er det element som optager hjertelydskurven på fostret.	

NemoRemote Link Charger	Opladeren, hvori NemoRemote Link sættes til opladning dagen forinden.	
Tablet	Tabletten indeholder NemoRemote Applikationen, hvorigennem den gravide kan se instruktionsvideoer samt måle CTG, som automatisk sendes til ambulatoriet efter endt måling.	

CTG-målingen foretages én gang ugentligt for at monitorere barnets hjerterytme samt eventuelle plukveer. Før CTG-målingen skal den gravide vaske maven grundigt med vand og sæbe samt sørge for at huden er tør. Dernæst skal den gravide slibe huden. For den centrale elektrode, skal huden slibes fem gange vandret og lodret og for sideelektroderne og den nedre elektrode skal huden slibes tre gange vandret og lodret. Efterfølgende aftørres den eksfolierede hud, for at sikre optimal hudkontakt. Herefter skal den gravide placere elektroderne på maven ved indledningsvist at påsætte den centrale elektrode tre centimeter over navlen, hvorefter den nedre elektrode påsættes og slutteligt kan de to sideelektroder påsættes. CTG-målingen starter umiddelbart efter NemoRemote Link er blevet placeret i linkholderen. Se figur 2 for visualisering af, hvordan NEMO ser ud når den er påsat den gravides mave. Hvis der kræves justeringer, fremgår det på den medfølgende tablet f.eks. forbedring af hudkontakt (1).



Figur 2: Placering af elektroderne samt NemoRemote Link på den gravides mave (1).

I Region Nordjylland foretager den gravide desuden urinundersøgelse én gang ugentligt ved brug af en u-stix for at måle proteinindholdet i urinen. Denne måling foretages ved at anvende en u-stix, som dyppes i urinen i 60 sek. hvorefter resultatet kan aflæses ud fra indikatorens farveskift. Resultaterne indtastes i systemet Ambuflex (59,60).

Den gravide vil blive kontaktet, hvis der er behov for gentagelse af målinger eller hvis det er nødvendigt med en kontrol på hospitalet. Oplæringen ift. brug af telemonitorering for den gravide varetages af en jordemoder, hvortil der også bliver udleveret skriftligt samt online vejledning om, hvordan telemonitoreringen skal udføres hjemme (56,59). Kvinder der modtager alle elementer af telemonitoreringspakken, har fysiske konsultationer på den gravides tilknyttede obstetriske afdeling hver anden uge fremfor hver uge. De kvinder som kun modtager dele af telemonitoreringspakken, skal forsat møde op til én ugentligt fysisk konsultation, hvor de resterende målinger kan udføres (56).

1.6. Patientperspektiv samt sundhedsprofessionelt perspektiv ift. telemonitorering

1.6.1. Kvindernes perspektiv

For gravide kan telemonitorering anses som værende en mulighed for større autonomi og fleksibilitet i deres behandling. Gravide med diabetes rapporterer, at det er en fordel at kunne blive hjemme, hvilket reducerer transporttid og logistiske udfordringer i hverdagen (61,62). Derudover oplever nogle gravide, at det kan bidrage til at opnå dybere indsigt i egen sygdom, hvilket kan øge deres følelse af empowerment. Dog kan telemonitorering også opfattes som et udfordrende ansvar for kvinderne, som kan føle sig mere forpligtede til selv at håndtere deres sygdom (61).

Et kvalitativt interview studie fra 2024 påpeger, at en central udfordring for kvinderne er ventetiden på svar fra de sundhedsprofessionelle, hvilket kan skabe en følelse af frygt. Foruden dette kan der opstå tekniske udfordringer, herunder anvendelsen af udstyret samt overførsel af deres målinger til hospitalet (62). Kvalitativ forskningen viser dog også, at telemonitorering kan bidrage til øget fleksibilitet og tryghed, da den gravide ikke i samme grad skal til hyppige fysiske konsultationer og kan få hurtigere feedback på de målinger de registrerer (61,62). Desuden kan det bidrage med dybere indsigt i egen sygdom (61). En tværsnitsundersøgelse fra 2020 viser ydermere, at patienterne generelt er tilfredse med telemedicin, vil anvende det igen samt anbefale det til andre (48).

1.6.2. Sundhedsprofessionelles perspektiv

For de sundhedsprofessionelle kan telemonitorering både bringe muligheder og udfordringer. Anvendelsen af telemonitorering gør det muligt at monitorere kvinder med højrisikograviditeter på afstand uden behov for hyppige fysiske konsultationer, hvilket potentielt kan optimere udnyttelsen af ressourcer. Dog kan implementeringen af telemonitorering også øge arbejdsbyrden for de sundhedsprofessionelle. Dette kan kræve tilpasning af arbejdsgange samt kompetenceudvikling blandt de sundhedsprofessionelle ift. at tilegne sig nye teknologiske færdigheder (63). Desuden fremhæver et tværsnitsstudie fra 2020, at sundhedsprofessionelle i højere grad foretrækker fysiske konsultationer fremfor digitale, på trods af at patienterne i højere grad foretrækker en blanding af både fysiske- og digitale konsultationer (48).

Flere studier viser at der er en stærk evidens af telemonitorering til gravide med GDM (50,51,62,64). Dog er der få studier som undersøger den gravide med prægestationel diabetes oplevelse med telemonitorering. De enkelte dele i telemonitoreringspakken er velundersøgt hver for sig, men telemonitoreringspakken som helhed ikke er tilstrækkeligt undersøgt ((61).

1.7. Barrierer for anvendelsen af telemonitorering

På trods af at der er evidens for, at telemonitorering har potentiale, er der også flere udfordringer forbundet med den stigende anvendelse af sundhedsteknologier. Centrale aspekter som har betydning for anvendelsen, er brugervenligheden af teknologierne, patienternes sundhedskompetencer og sundhedsprofessionelles accept (65,66). Patienternes sundhedskompetencer, herunder e-sundhedskompetencer, har væsentlig betydning for deres evne til at håndtere egen sygdom samt hvor effektivt de kan anvende telemedicin eller telemonitorering. I denne sammenhæng viser forskning at patienter med høje sundhedskompetencer vil have lettere ved at tolke egne målinger, anvende digitale værktøjer korrekt samt kommunikere med sundhedsprofessionelle via digitale platforme. Modsat vil patienter med lave sundhedskompetencer have besvær med at navigere i systemet, hvilket kan medføre uregelmæssig monitorering og dårligere behandlingsresultater (66–68).

Et systematisk review fra 2021 påpeger, at sundhedskompetencen blandt gravide varierer og at interventioner til at forbedre deres sundhedskompetencer er begrænsede til trods for, at dette kan have betydning for moderens og fosterets helbred (65). Manglende eller utilstrækkelige sundhedskompetencer kan øge risikoen for, at gravide misforstår eller fejlfortolker den information de finder. Dette kan føre til uhensigtsmæssige beslutninger omkring egen sundhed samt nedsat evne til at håndtere egen sygdom (66,69).

Et tværsnitsstudie fra 2009 understreger ydermere, at faktorer som alder, uddannelse og socio-økonomisk status har væsentlig indflydelse på gravides sundhedskompetencer. Dertil påpeges det, at kvinder med højere uddannelsesniveauer generelt besidder bedre evner til at forstå og anvende sundhedsrelateret information sammenlignet med kvinder med lavere uddannelsesniveau (66).

2. Problemafgrænsning

Prægestationel diabetes kan medføre adskillige komplikationer for både moderen og fosteret, hvilket kan resultere i en øget belastning af sundhedsvæsenets ressourcer herunder økonomiske omkostninger, da denne patientgruppe kræver tæt og hyppig monitorering. Dette stiller krav om implementering af nye teknologiske løsninger, der kan understøtte en effektiv og stabil glykæmisk kontrol under graviditeten og derved reducere risikoen for maternelle og neonatale komplikationer (40,46).

På baggrund af belastningen på sundhedsvæsenet samt erfaringerne fra COVID-19-pandemien er digitale løsninger som telemonitorering blevet mere udbredte (45,47). Disse teknologier kan øge fleksibiliteten for gravide, reducere behovet for fysiske konsultationer og potentielt forbedre patienttilfredsheden ift. behandlingen. Eksisterende forskning peger på positive resultater med telemonitorering både fra de gravides samt de sundhedsprofessionelles perspektiv (46,52). Dog er der fortsat begrænset viden om, hvordan kvinderne oplever telemonitoreringspakken som helhed, som på nuværende tidspunkt tilbydes i få danske regioner.

2.1. Problemformulering

På baggrund af ovenstående udspringer følgende problemformulering, der vil være omdrejningspunktet for dette speciale:

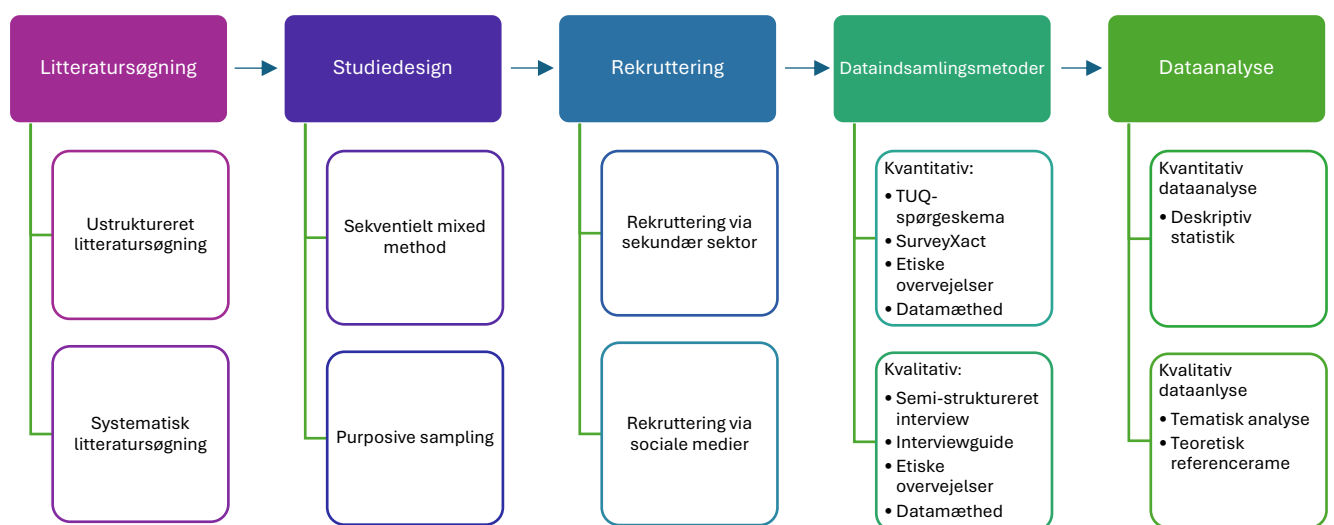
Hvordan oplever gravide med prægestationel diabetes anvendelsen af telemonitoreringspakken?

Dertil er der opstillet følgende forskningsspørgsmål indgå som en del af specialet, for at sikre en bred belysning af problemformulering:

1. Forskningsspørgsmål: Hvilke faktorer har særlig betydning for deres samlede vurdering af telemonitoreringspakken?
2. Forskningsspørgsmål: Hvordan kan telemonitoreringspakken optimeres?

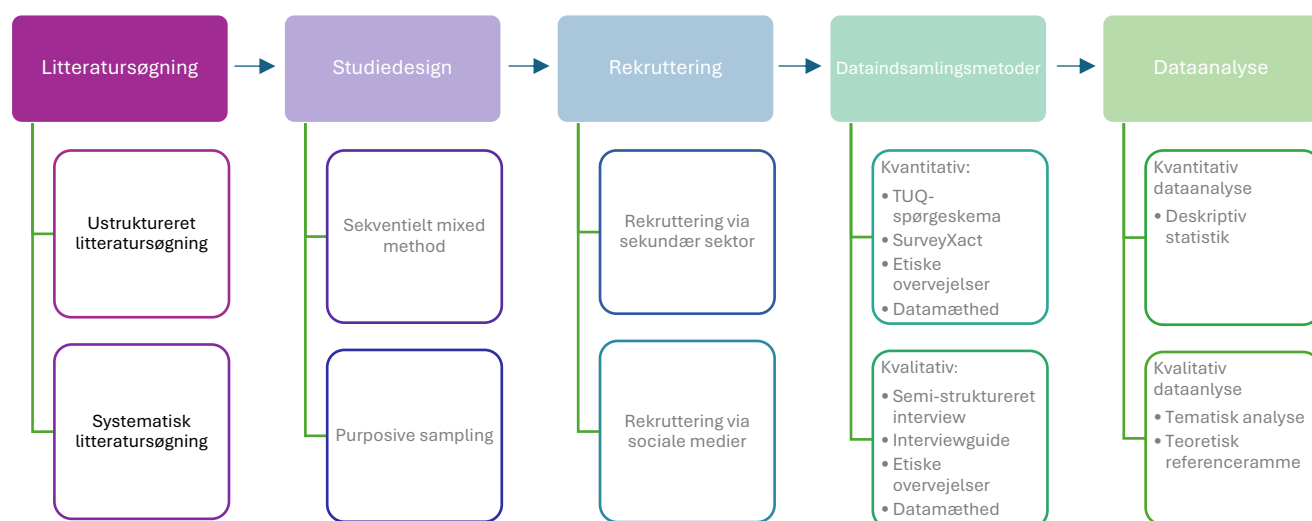
3. Metode

Dette afsnit præsenterer de valgte metoder for specialet. Figur 3 illustrerer strukturen af metodeafsnittet og fungerer som en visuel guide til dets indhold. Derudover vil figuren blive vist ved indledningen af hvert nyt afsnit. Metodeafsnittet begynder med en beskrivelse af specialets litteratursøgning, efterfulgt af en gennemgang af studiedesignet. Desuden redegøres der for rekrutteringsprocessen, samt hvilke dataindsamlingsmetoder der blev anvendt. Afslutningsvis beskrives de dataanalytiske metoder, der er gjort ifm. specialet.



Figur 3: Oversigtsmodel af metodeafsnittets opbygning. Metodens fem hovedafsnit består af 1) litteratursøgning, 2) studiedesign, 3) rekruttering, 4) dataindsamlingsmetoder og 5) dataanalyse.

3.1. Litteratursøgning



I følgende afsnit præsenteret de væsentligste dele af den anvendte søgestrategi for den systematiske litteratursøgning samt opstillede in- og eksklusionskriterier.

3.1.1. Ustrukturert litteratursøgning

For at opnå indsigt i problemfeltets baggrund samt identificere eventuelle videnshuller i litteraturen, blev der indledningsvist foretaget ustrukturerede litteratursøgninger samt kædesøgninger (70). Resultaterne heraf bidrog til opbygning af specialets problemanalyse og hjalp desuden med at identificere relevante emneord og fritekstord til den efterfølgende systematiske litteratursøgning.

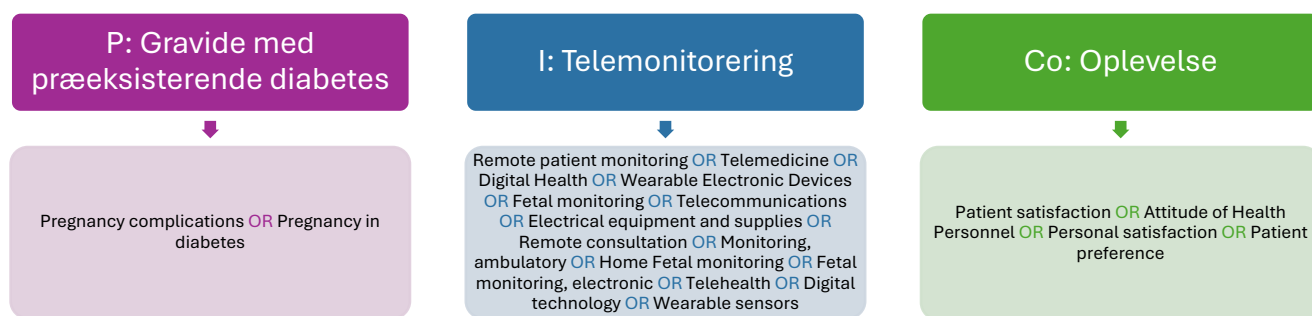
3.1.2. Systematisk litteratursøgning

En systematisk litteratursøgning blev gennemført med henblik på at skabe et overblik over eksisterende litteratur samt danne et vidensgrundlag for specialets problemanalyse. Omdrejningspunktet for den systematiske litteratursøgning var at undersøge gravide kvinders og sundhedsprofessionelles oplevelser med telemonitorering i relation til prægestationel diabetes.

Den systematiske litteratursøgning blev baseret på PICO-modellen og udført i tre sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed, Cochrane og Cinahl. Søgestrategien uddybes nedenfor, hvor de fastsatte in- og eksklusionskriterier også præsenteres. Argumentationen for valg af databaser, screeningsprocessen, identificerede studier inklusiv PRISMA flowdiagram, de anvendte søgeord samt diskussion er vedlagt i bilag 1. Søgehistorikken for PubMed, Cochrane og Cinahl kan ses henholdsvis i bilag 1.1, 1.2 og 1.3. Derudover blev de identificerede studier valideret med CASP (71–74).

3.1.2.1. Søgestrategi

I dette speciale blev den systematiske litteratursøgning struktureret efter PICO-modellen, der definerede de centrale elementer i søgningen som Population (P): gravide med prægestationel diabetes, Interest (I): telemonitorering og Context (Co): oplevelse. Et udsnit af PICO-modellen er vist i figur 4, mens den komplette version, inklusive de anvendte emneord og fritestord for hver database, findes i bilag 1.1 (75).



Figur 4: PICO bloksøgning indeholdende anvendte emneord.

Før søgningens gennemførelse blev relevante emneord identificeret vha. de enkelte databasers thesaurusbibliotek, som inkluderer Medical Subject Headings (MeSH). Anvendelsen af MeSH-termer sikrede en standardiseret tilgang til at finde de mest præcise og relevante kilder, idet MeSH-terminerne var gennemgående i litteraturen og gav dermed en ensartet dækning af relevante emner (76,77). Udover MeSH-terminerne blev der også benyttet fritestord for at sikre, at alle relevante søgetermer blev inkluderet. Denne tilgang tillod en bredere søgning, der indfangede de artikler, der måske ikke var korrekt indekseret under MeSH, men som stadig var relevante for emnet (77).

Ifm. søgningens udførsel, blev de boolske operatører OR og AND anvendt for at optimere søgningens præcision. Den boolske operator OR blev anvendt mellem alle emneord og fritestord indenfor hver blok (P, I og Co), hvilket øgede sandsynligheden for at identificere relevante studier, selvom de benyttede sig af forskellige terminologier. AND blev anvendt til at afgrænse søgningen, ved at sørge for at de identificerede artikler opfyldte kriterierne for alle tre blokke i PICO-søgningen. Foruden dette blev der anvendt trunkering (*) og frasering ("") for henholdsvis at afdække variationer af søgeordet samt for at sikre at to-delte søgeord blev søgt på som en helhed (70,78).

3.1.2.2. In- og eksklusionskriterier

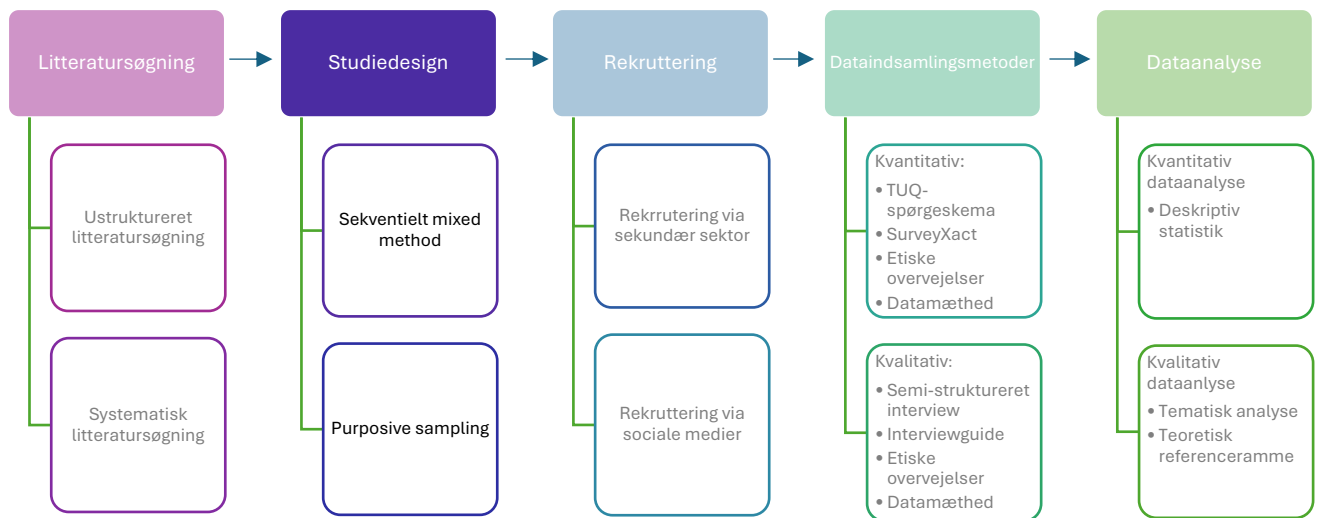
For at sikre at relevante studier fremgik i søgningen blev der forud for den systematiske litteratursøgning opstillet in- og eksklusionskriterier, hvilket fremgår i figur 5.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Gravid med prægestationel diabetes • Højrisiko graviditet • Studier der omhandler telemonitorering, telemedicin eller hjemmemonitorering • Prænatal periode • Publikationsår: 2015-2025 • Sprog: engelsk	• Conference paper • Pilot studier • Grå litteratur

Figur 5: Oversigt over opstillede in- og eksklusionskriterier for litteratursøgningen

Kriterierne blev opstillet med udgangspunkt i de tilgængelige begrænsninger i hver database samt håndteret manuelt, da de udvalgte databaser ikke havde ens muligheder for filtrering. Studierne blev først screenet på titel, dernæst abstract og slutteligt blev der læst fuldttekst på de resterende studier, hvor disse blev in- eller ekskluderet på baggrund af in- og eksklusionskriterierne. Litteratursøgningen var indskrænket og begrænset til gravide med prægestationel diabetes eller højrisiko graviditet, da gravide med prægestationel diabetes kan anses som at have en højrisiko graviditet (79). Endvidere havde litteratursøgningen til formål at afdække telemonitorering til gravide, hvorfor der blev opsat et inklusionskriterie om at telemonitoreringen skulle benyttes i den prænatale periode. På baggrund af den initierende litteratursøgning blev det identificeret, at implementeringen af telemonitorering til gravide med diabetes i Danmark, særligt ifm. KIH-projektet, fandt sted efter 2015 (53). Søgningen blev derfor afgrænset til studier indenfor de seneste 10 år. For at sikre projektgruppens forståelse af studierne, blev der opstillet et inklusionskriterie om at det anvendte sprog skulle være engelsk. Der blev desuden opstillet et eksklusionskriterie om, at de inkluderede studier ikke måtte være conference paper eller pilot studier, da resultater kan være svære at generalisere ved en begrænset studiepopulation (80).

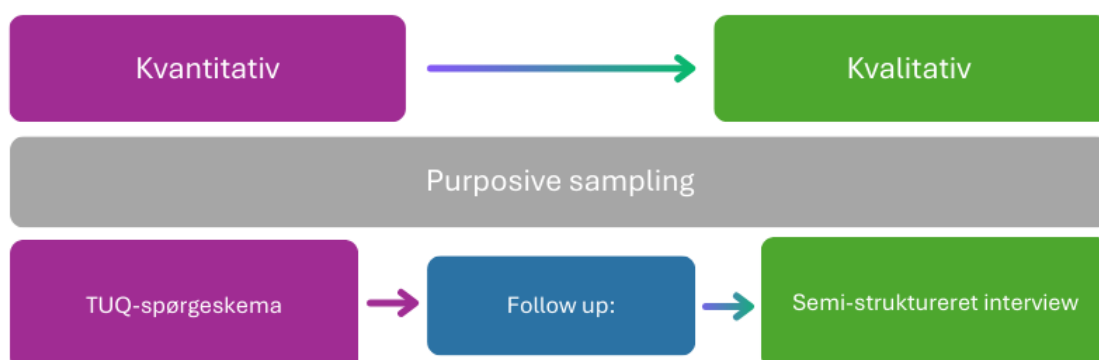
3.2. Studiedesign



I følgende afsnit beskrives det anvendte studiedesign for specialet, hvor formålet med det anvendte studiedesign er at udforme en evaluering af en vurdering af de gravides oplevelse samt anvendelse af telemonitorering. Herefter vil der fremgå en beskrivelse af den anvendte rekrutteringsmetode.

3.2.1. Explanatory sekventielt mixed method

I dette speciale blev der anvendt et explanatory sekventielt mixed method design med fokus på at udforme en evaluering af en vurdering. Indledningsvist blev der indsamlet kvantitative data og efterfølgende kvalitative data, hvilket er illustreret i figur 6 (81,82).



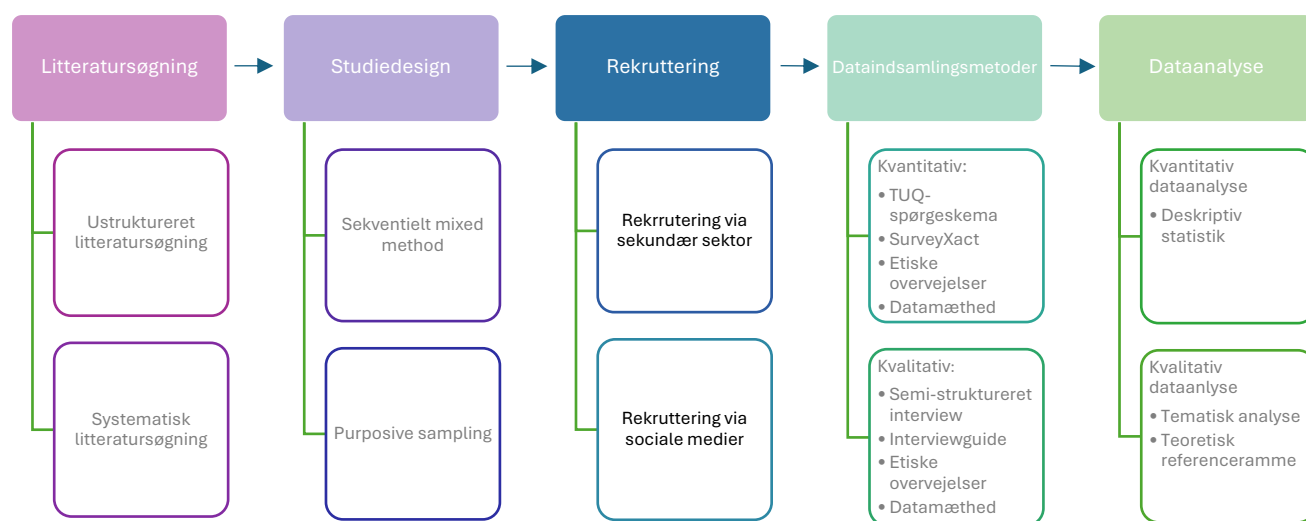
Figur 6: Fremstilling af specialetes studiedesign - Explanatory sekventielt mixed method. Dette omfatter indsamling af kvantitativ- samt kvalitative data gennem purposive sampling. Indledningsvist blev der indsamlet kvantitativ data gennem TUQ-spørgeskema, hvorefter der blev lavet follow-up på det, som respondenterne havde svaret og der blev udført semi-struktureret interview.

Dette studiedesign bidrog til en mere nuanceret forståelse af undersøgelsesområdet. Den kvantitative del bestod af et spørgeskema: Telehealth Usability Questionnaire (TUQ), mens den kvalitative del omfattede semistrukturerede interviews. I denne sammenhæng dannede TUQ-spørgeskemaet grundlag for udformningen af interviewene, hvilket gav mulighed for en mere dybdegående forståelse af de individuelle aspekter, der fremkom i TUQ-spørgeskemaet (83). For at opnå et tilstrækkeligt antal deltagere, på trods af det lave antal gravide med prægestationel diabetes i Danmark, blev data fra TUQ-spørgeskemaerne indsamlet i perioden fra medio marts til medio maj.

3.2.2. Purposive sampling

Introduktionen viste, at prævalensen af gravide med prægestationel diabetes i Danmark er lav. Dette medførte en særlig udfordring i forhold til at opnå en tilstrækkelig stor og repræsentativ stikprøve ved anvendelse af tilfældig udvælgelse. Taget dette i betragtning blev purposive sampling vurderet som den mest hensigtsmæssige rekrutteringsmetode, da denne muliggjorde en målrettet inklusion af deltagere, der opfyldte specifikke kriterier, der har anvendt eller anvender telemonitorering ifm. deres graviditet. Denne metode sikrede, at de inkluderede deltagere havde den nødvendige baggrund til at bidrage meningsfuldt til undersøgelsen (84). Denne form for sampling var gældende for både den kvantitative og den kvalitative dataindsamling.

3.3. Rekruttering

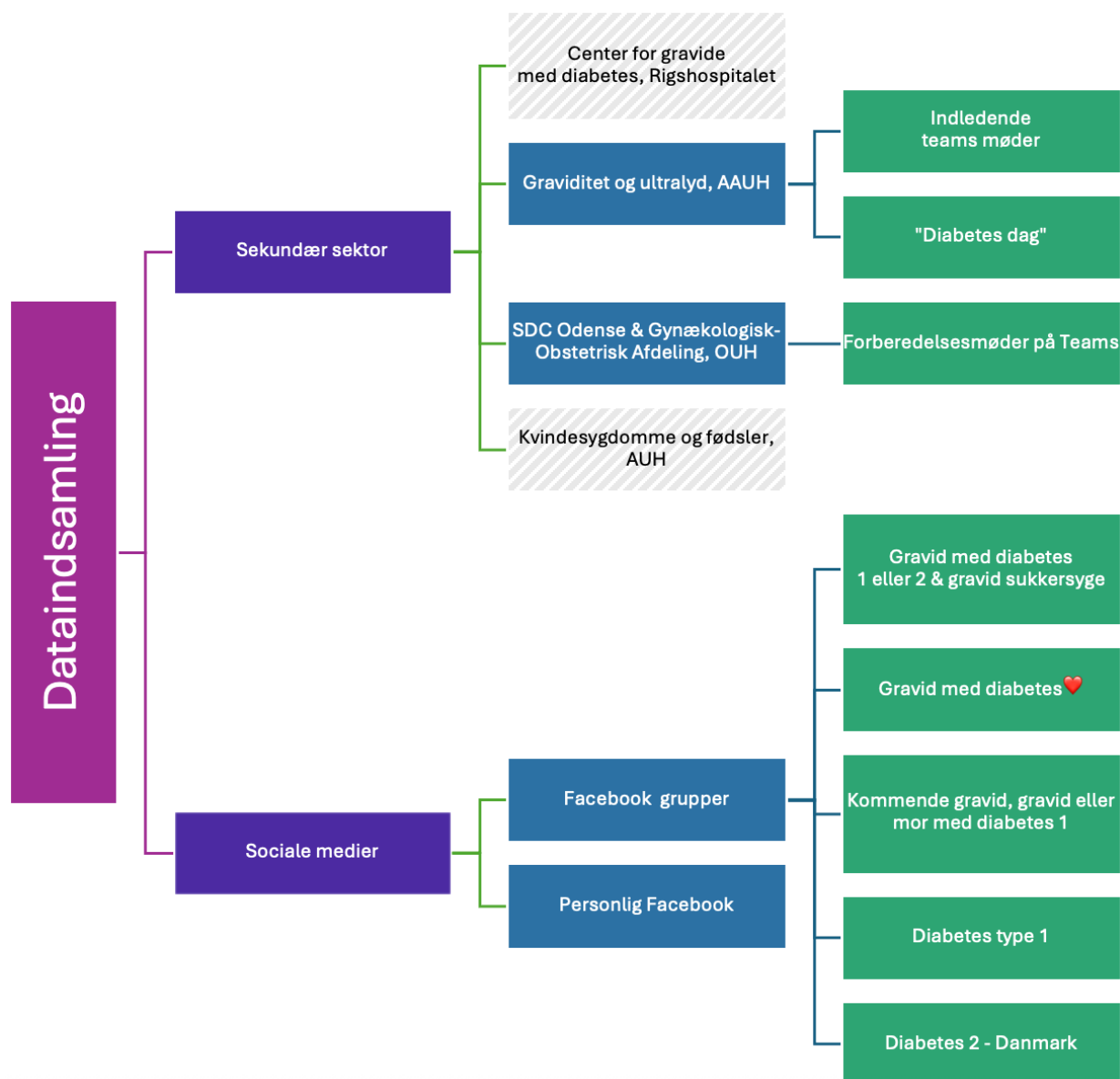


Indledningsvist præsenteres hovedelementer fra interessentanalysen, der benyttes til identificere den mest hensigtsmæssige tilgang ift. rekrutteringsprocessen. Rekrutteringen omfattede direkte kontakt til danske afdelinger i den sekundære sektor, der anvendte telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes, samt rekruttering via sociale medier. Dette fremgår på figur 7 nedenfor, som viser de forskellige trin i rekrutteringsprocessen for dette speciale. En mere detaljeret beskrivelse af dataindsamlingsprocessen findes i de følgende underafsnit.

3.3.1. Interessentanalyse

Der blev ifm. dette speciale udarbejdet en interessentanalyse, som skulle bidrage til at identificere samt evaluere de mest essentielle interessenter ift. brugen af telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes. Dette for at analysere interessenternes indflydelse og interesse samt deres vigtighed ift. specialet. Foruden dette har interessentanalysen endvidere bidraget til specialets rekrutteringsplan, således den mest hensigtsmæssige tilgang til rekruttering kunne opnås (85).

Der blev identificeret både interne og eksterne interessenter i specialet. De interne interessenter omfattede Ambulatorie for graviditet og ultralyd AAUH, Steno Diabetes Center & gynækologisk-obstetrisk afdeling OUH samt IT-medarbejdere og teknisk leverandør. De eksterne interessenter omfattede gravide med prægestationel diabetes, pårørende og interesseorganisationer. Interessentanalysen kan ses i bilag 2.



Figur 7: Oversigt over specialets kontakter ifm. indsamling af data. Der er blevet indsamlet data gennem den sekundære sektor via AAUH samt OUH, hvortil Rigshospitalet samt AAUH er skraverede da det ikke var muligt at etablere kontakt. For AAUH har der været indledende møder med sundhedspersonalet, hvortil der er blevet rekrutteret deltagere på deres 'Diabetes dag'. For OUH har der været møder via Microsoft Teams. Ydermere er der blevet rekrutteret deltagere gennem sociale medier, herunder i relevante Facebook grupper samt via projektgruppens personlige Facebook.

3.3.2. Rekruttering via sekundær sektor

Rekrutteringsproces i Ambulatoriet for graviditet og ultralyd, AAUH

Projektgruppen havde et samarbejde med Ambulatoriet for Graviditet og Ultralyd på AAUH, hvortil samarbejdsporteføljen kan ses i bilag 3. Projektgruppen var til stede hver onsdag fra den 19. marts til og med den 30. april, hvor den såkaldte "diabetes dag" fandt sted. Denne dag var i ambulatoriet forbeholdt til gravide med prægestationel diabetes som havde fysiske konsultationer, hvilket skabte en optimal mulighed for projektgruppen til at rekruttere deltagere blandt de kvinder der mødte til fysiske konsultationer.

For at optimere rekrutteringsprocessen fik projektgruppen, i samarbejde med ambulatoriets diabetes jordemødre, adgang til fortrolige oplysninger om, hvornår de gravide med prægestationel diabetes havde planlagte konsultationer. Dette muliggjorde en målrettet planlægning af projektgruppens tilstedeværelse i ambulatoriet. Under projektgruppens dataindsamlingsperiode var der tilknyttet 8 antal gravide i AAUH, som var kandidater til at blive rekrutteret. Under konsultationen med den gravide introducerede diabetes jordemoderen kort projektet ved at informere den gravide om muligheden for at deltage i en evaluering af deres oplevelse med at benytte telemonitorering. Jordemoderen fortalte også kort, at deltagelsen omfattede udfyldelse af et spørgeskema og eventuelt et interview. Hvis den gravide udtrykte interesse i at deltage, blev der af jordemoderen indhentet samtykke til, at hun måtte videregive den gravides kontaktoplysninger til projektgruppen, som kunne uddybe undersøgelsen yderligere. Det blev bevidst besluttet i samråd med ambulatoriet, at jordemødrene kun skulle give en kort introduktion til specialet, da deres konsultationer var tidsmæssigt pressede, og at det var vigtigt at undgå forlængede konsultationer. Derudover var der enighed om, at projektgruppen kunne præsentere specialet på en mere engagerende måde, da jordemødrene havde et andet fokusområde for konsultationerne. Denne tilgang kunne potentielt bidrage til en højere deltagelsesrate.

Efter endt konsultation eller i pauser mellem andre konsultationer fik projektgruppen mulighed for kort at præsentere specialet direkte for den gravide. For at understøtte informationsdelingen fik de gravide udleveret en informativ poster, som de kunne tage med hjem. Posteren indeholdt en beskrivelse af specialet, kontaktoplysninger på projektgruppen samt en QR-kode, der gav direkte adgang til spørgeskemaet. Posteren er illustreret i bilag 4. Såfremt jordemoderen havde glemt at indsamle kontaktoplysningerne på den gravide, indhentede projektgruppen dem ifm. præsentation af specialet. Indhentning af kontaktoplysninger på den gravide, muliggjorde en

eventuel opfølgning på spørgeskemabesvarelsen, såfremt den gravide havde forglemt at udfylde spørgeskemaet.

Rekrutteringsproces på andre hospitaler i sekundær sektor

Ud over samarbejdet med AAUH blev andre relevante afdelinger i Danmark, der tilbyder dele af telemonitoreringspakken til gravide med prægestationel diabetes, også kontaktet. På OUH benyttede SDC Odense i samarbejde med gynækologisk-obstetriske afdeling telemonitorering i form af blodtryksmåling og CTG og projektgruppen fik et samarbejde med OUH, hvortil samarbejdsparteføljen kan ses i bilag 3. På Rigshospitalet i Center for Gravide med Diabetes anvendte de udelukkende blodtryksmåling som telemonitorering, men pga. organisatoriske udfordringer og travlhed, kunne Rigshospitalet ikke være behjælpelige med uddelegering af spørgeskemaer. Afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler på Aarhus Universitetshospital (AUH) blev kontaktet, hvortil projektgruppen blev informeret om, at de ikke anvendte telemonitorering til denne patientgruppe og derfor ikke kunne være behjælpelige.

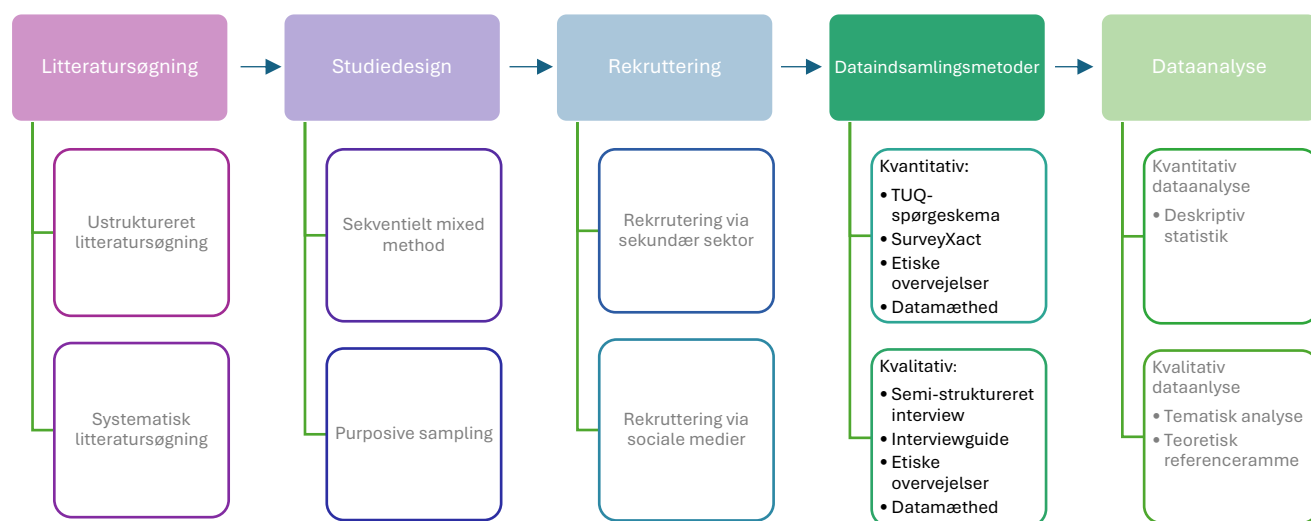
OUH bidrog aktivt til uddelingen af spørgeskemaer. Dog var det pga. den geografiske afstand til Odense ikke muligt for projektgruppen at være fysisk til stede på afdelingen, som det var tilfældet i Aalborg. Dette nødvendiggjorde en alternativ rekrutteringsmetode. For at sikre en effektiv formidling af specialet blev der afholdt et virtuelt møde via Teams med en klinisk jordemoderspecialist, Postdoc fra OUH, som fik ansvaret for at introducere specialet til de gravide med prægestationel diabetes i forløb på afdelingen i perioden fra medio marts til medio maj. Under mødet præsenterede projektgruppen formålet med studiet samt den specifikke målgruppe. Derudover blev det aftalt, at jordemoderen skulle informere de gravide om specialet og udlevere den samme poster, som blev anvendt på AAUH. Endvidere blev det aftalt, at jordemoderen, så vidt muligt, skulle indhente samtykke fra de gravide til at videregive deres kontaktoplysninger til projektgruppen. Dette ville gøre det muligt for projektgruppen selv at rekruttere potentielle deltagere,

3.3.3. Rekruttering via sociale medier

Ud over kontakten til afdelinger i den sekundære sektor blev der også opslået indlæg i relevante Facebook-grupper samt på projektmedlemmernes personlige Facebook-profiler, hvilket er illustreret i figur 7. Formålet var at rekruttere kvinder, der allerede havde født og derfor ikke længere var tilknyttet den sekundære sektor, men som havde anvendt telemonitorering under deres graviditet. I disse opslag blev den samme poster, som blev udleveret på AAUH og OUH,

delt sammen med en beskrivende tekst der forklarede formålet med specialet, hvad deres viden kunne bidrage med samt baggrundsinformation omkring projektgruppen.

3.4. Dataindsamlingsmetoder



I følgende fremgår en gennemgang af de metoder der er anvendt til indsamling af henholdsvis kvantitativ- og kvalitative data. Indledningsvist vil de anvendte metoder og overvejelser for den kvantitative dataindsamling blive præsenteret, hvorefter der vil være en præsentation af den kvalitative dataindsamling.

3.4.1. Kvantitativ dataindsamling

3.4.1.1. TUQ-spørgeskema

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen, var at undersøge brugervenligheden af den fulde telemonitoreringspakke eller elementer heraf til gravide med prægestationel diabetes i Danmark. Spørgeskemaerne skulle desuden give indblik i relevante aspekter, som kunne uddybes gennem de efterfølgende interviews.

TUQ blev anvendt som spørgeskema i specialet, da det er specifikt udviklet til at evaluere brugervenligheden af telemedicinske systemer. TUQ består af 21 spørgsmål som er konstrueret kvantitativt baseret på en Likert-skala, hvor respondenter angiver deres enighed på en skala fra 1 til 7, hvor 1 repræsenterer "Meget uenig" og 7 "Meget enig", samt en mulighed for at vælge N/A (not applicable). Derudover inkluderede spørgeskemaet en åben kommentarsektion, hvor respondenterne havde mulighed for at give kvalitative input vedrørende det telemedicinske system (86,87). TUQ er endvidere et valideret spørgeskema, hvilket er med til at øge både den interne validitet samt reliabiliteten (88). Af denne årsag er der ikke udført pilottest, da spørgeskemaet allerede er valideret.

3.4.1.2 SurveyXact

TUQ-spørgeskemaerne blev oprettet i SurveyXact, hvilket muliggjorde digital besvarelse via et link eller QR-kode og eliminerede behovet for fysiske papirudskrifter (89). På første side af spørgeskemaet præsenteres formålet med undersøgelsen samt en kort beskrivelse af spørgeskemaets struktur og forventede varighed. Desuden fremgår en kort redegørelse for de elementer, som telemonitoreringspakken omfatter. Yderligere understreges det, at spørgeskemaet kun skal udfyldes af gravide med prægestationel diabetes, der har anvendt én eller flere dele af telemonitoreringspakken i deres graviditet. Første side af spørgeskemaet vises på figur 8. Når respondenterne klikkede på 'Næste', blev respondenterne ført til den næste side, hvor det fremgik, at ved at fortsætte besvarelsen blev de givet informeret samtykke, men at respondenterne til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage. Respondenterne blev også informeret om, hvilke typer af data der ville blive indsamlet, samt at personhenførbare oplysninger ville blive pseudonymiseret for at sikre, at de ikke kunne knyttes direkte til den enkelte respondent (90). Anden side af spørgeskemaet vises på figur 9."

Evaluering af telemonitorering til gravide med allerede eksisterende diabetes

Denne spørgeskemaundersøgelse er en del af et kandidatspeciale ved Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet. Den er udarbejdet af en projektgruppe bestående af Anna (sygeplejerske), Anna-Le (radiograf) og Ayan (bioanalytiker). Ved spørgsmål kan projektgruppen kontaktes via e-mail: hst-25-kvt-10-10509@student.aau.dk

Undersøgelsen har til formål at evaluere brugervenligheden af telemonitorering til gravide med præeksisterende diabetes (type 1 og type 2 diabetes).

Vigtigt: Du bedes kun udfylde spørgeskemaet, hvis du har anvendt ét eller flere af nedenstående under din graviditet:

- Blodtryksmålinger
- Urin-stix
- Cardiotokografi (CTG – registrering af fostrets hjerterytme)

Spørgeskemaet består af en kort sektion med generel information om dig samt 21 spørgsmål, hvor du skal angive din enighed på en skala fra "meget enig" til "meget uenig". Det tager ca. 5 minutter at besvare.

På forhånd tak for din tid og hjælp!

FORRIGE NÆSTE

11%

Figur 8: Udklip fra spørgeskemaet i SurveyXact, hvortil deltageren kort introduceres til formålet med spørgeskemaet, samt at de kun skal trykke 'Næste'. Hvis de har modtaget ét eller alle elementer (Blodtryksmålinger, urin-stix og CTG)

Vi gør dig opmærksom på, at der i spørgeskemaet vil være spørgsmål angående din diabetestype, navn og alder.

Det er frivilligt at deltage i spørgeskemaet. Du giver automatisk informeret samtykke ved at besvare spørgeskemaet. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Dine data vil blive behandlet fortroligt og i henhold til GDPR.

Dine data vil blive brugt i et specialeprojekt som en evaluering af telemonitoring til gravide med præeksisterende diabetes. Alle data vil blive slettet efter d. 1/7-2025. I specialeprojektet vil alle dine data blive pseudonymiseret og kan derfor ikke ledes direkte tilbage til dig.

FORRIGE NÆSTE

22%

Figur 9: Udklip fra spørgeskemaet i SurveyXact, hvori der indgår information til deltageren om, hvilken data der indsamles samt at personhenførbare data anonymiseres.

Når respondenterne klikkede på 'Næste', blev vedkommende bedt om at oplyse navn, alder og diabetestype (T1DM eller T2DM). Derudover skulle respondenterne angive, hvilken region i Danmark de tilhørte. Endelig skulle respondenterne markere, hvilke telemonitoreringsløsninger de havde modtaget (blodtryksmåling, urinundersøgelse eller CTG), hvortil det var muligt at vælge flere løsninger, hvis flere havde været anvendt. Når respondenterne igen trykkede på 'Næste' blev respondenterne præsenteret for 5-6 spørgsmål ad gangen, som skulle besvares vha. en likert-skala, som beskrevet tidligere. Når respondenterne havde besvaret de 21 spørgsmål i spørgeskemaet, kom der en side, hvor respondenterne havde mulighed for at skrive kommentarer til den telemedicinske løsning, såfremt hun måtte have nogle. Den afsluttende side i SurveyXact instruerede respondenterne i at trykke på 'Afslut', før besvarelsen blev registreret som gennemført. Siden indeholdt desuden kontaktoplysninger til projektgruppen, som kunne benyttes ved eventuelle spørgsmål. TUQ-spørgeskemaet fremgår af bilag 5.

3.4.1.3 Ethiske overvejsler for spørgeskema

Forud for indsamling af data blev der indhentet samtykke i overensstemmelse med Helsinkideklarationen. For spørgeskemaerne blev samtykke, indhentet gennem stiltiende samtykke. Det var essentielt, at de rekrutterede deltagere var blevet informeret om deres ret til, at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage og udtræde af projektet uden at det havde nogen konsekvens (91).

Data fra spørgeskemaerne blev opbevaret i SurveyXact, på baggrund af at det er en database, hvor data kan opbevares fortroligt. Derudover blev databehandlingen håndteret fortroligt i overensstemmelse med gældende databeskyttelseslovning. For at beskytte deltagernes anonymitet blev data pseudonymiseret, således personoplysninger blev fjernet fra de endelige resultater (89,92,93).

Ved behandling af personoplysninger jf. GDPR-reglerne, var det væsentligt at overholde gennemsigtighedsforpligtelserne. Gennemsigtighed skulle sikre, at personoplysninger ikke blev behandlet på en måde, der kunne være skadelig, vildledende eller diskriminerende for deltagerne. Deltagerne havde ret til at modtage information om, hvad deres data skulle anvendes til samt hvor deres data blev opbevaret. For at sikre fairness samt beskytte deltagernes rettigheder var det essentielt at implementere tilstrækkelige informationsprocedure og sikkerhedsforanstaltninger (92).

3.4.1.4. Datamæthedskriterier

På baggrund af speciallets begrænsede tidshorisont samt en specifik og afgrænset målgruppe, blev der forinden sat spørgsmålstegn ved, om der kunne opnås datamæthed for spørgeskemaerne. Det blev vurderet, at det ville være realistisk at indsamle kvantitative data fra ca. 20 deltagere. For at vurdere, om datamæthed blev opnået, blev de indsamlede besvarelser løbende analyseret med fokus på gentagelser og konsistens i de identificerede tendenser (94).

3.4.2. Kvalitativ dataindsamling

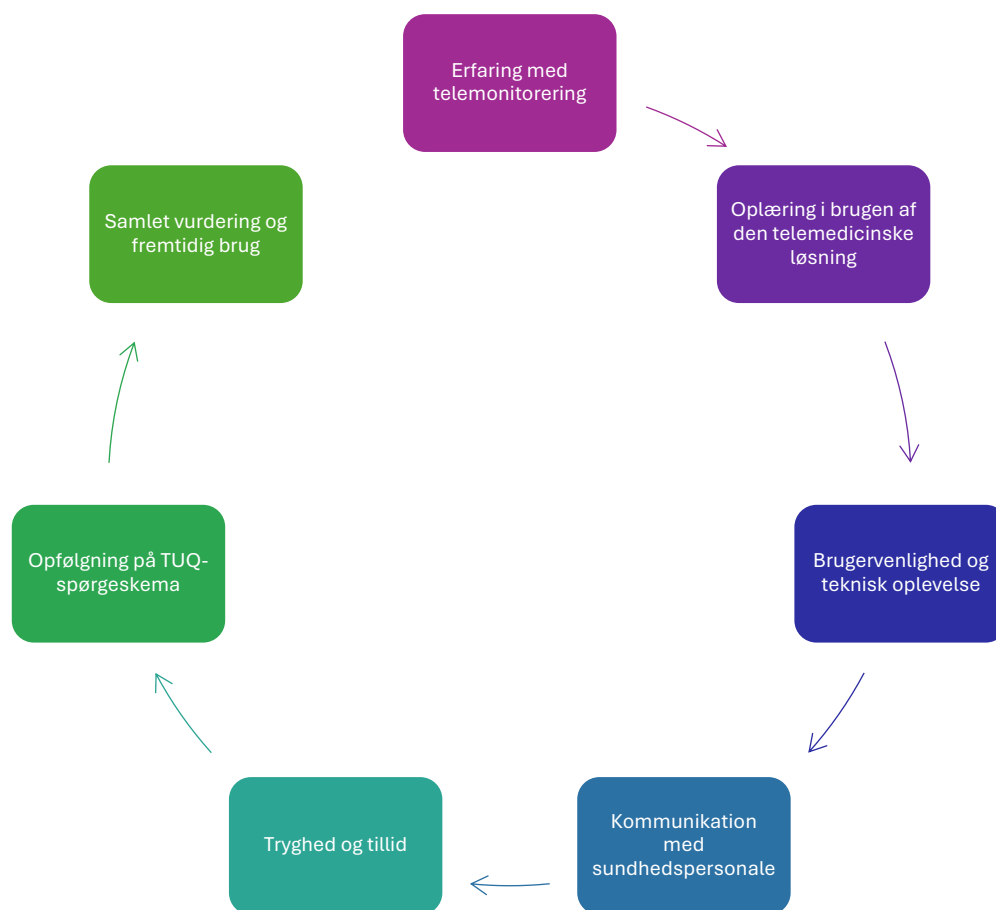
3.4.2.1. Semi-struktureret interview

Der blev gennemført individuelle, semistrukturerede interviews med gravide, der havde prægestationel diabetes som anvendte eller havde anvendt den fulde telemonitoreringspakke eller dele af den. Formålet var at opnå en dybere forståelse af respondentens holdninger til de forskellige aspekter, som vedkommende havde besvaret i TUQ-spørgeskemaet. Den semistrukturerede interviewform, sikrede at informanten havde mulighed for at udtrykke sine holdninger, til trods for at der blev holdt en vis struktur, som skulle hjælpe projektgruppen med at afdække de ønskede aspekter (95).

3.4.2.2. Interviewguide

Der blev udarbejdet to separate interviewguides forinden dataindsamlingen blev påbegyndt, hvilket kan ses i bilag 6 og 7. Årsagen til at der blev lavet to interviewguides var for at kunne afdække to grupper; gravide der havde modtaget den fulde telemonitoreringspakke (jf. Bilag 6) eller gravide der havde modtaget dele af telemonitoreringspakken (jf. Bilag 7). De enkelte interviewguides fungerede som grundskabelon forud for det enkelte interview, dog med mulighed for at projektgruppen kunne tilføje yderligere spørgsmål, baseret på respondentens besvarelser i spørgeskemaet. Derudover blev interviewguiden opdelt i relevante temaer, illustre-

ret på figur 10, som tog udgangspunkt i TUQ-spørgeskemaet: 'Erfaringer med telemonitorering', 'Oplæring i brugen af den telemedicinske løsning', 'Brugervenlighed og teknisk oplevelse', 'Kommunikation med sundhedspersonale', 'Tryghed og tillid', 'Opfølgning på TUQ-spørgeskema' samt 'Samlet vurdering og fremtidig brug'.



Figur 10: Temaer i interviewguiden: 'Erfaring med telemonitorering', 'Oplæring i brugen af den telemedicinske løsning', 'Brugervenlighed og teknisk oplevelse', 'Kommunikation med sundhedspersonalet', 'Tryghed og tillid', 'Opfølgning på TUQ-spørgeskema' og 'Samlet vurdering og fremtidigt brug'.

Projektgruppen fik desuden adgang til en interviewguide fra tidligere forskning udført af Ingrid Jepsen, der undersøgte gravide med prægestationel diabetes samt sundhedspersonales erfaringer med CTG som telemonitorering (62). Formålet med at kunne tilgå denne interviewguide var at sikre, at projektgruppen ikke stillede spørgsmål, der allerede var blevet behandlet i eksisterende forskning. Dog var der basale spørgsmål angående deltagernes "generelle oplevelse med telemonitorering", "tryghed", "tilpasning i dagligdagen" samt "hjælp af partner" der gik igen for at danne en grundlæggende forståelse.

3.4.2.3. Pilot-forsøg

Forud for udførelsen af interviews blev der udført pilotforsøg af begge interviewguides for at vurdere spørgsmålenes klarhed og relevans, evaluere på formatet af interviewet samt for at få feedback fra deltagerne. Resultaterne af pilotforsøgene blev analyseret og anvendt til at optimere de to interviewguides, hvilket bidrog til en mere målrettet dataindsamling for specialet (96).

3.4.2.4. Etiske overvejelser for interview

Foruden de etiske overvejelser der er beskrevet i afsnit '3.4.1.3 Etiske overvejelser for spørgeskema' var der for interviewet yderligere etiske overvejelser som blev taget i betragtning.

Et fundamentalt princip var at anerkende den enkeltes ret til selvbestemmelse samt deres mulighed for at træffe informerede valg om egen sundhed samt deltagelse i forskning. Forinden accept til at deltage i et forsøg har personen krav på 24 timers betænkningstid. Ved rekruttering i specialet blev deltagerne mundtligt informeret om, at de havde 24 timers betænkningstid. Ydermere fik de tilsendt deltagerinformation jf. bilag 8. Dette for at sikre, at de havde tilstrækkelig tid til at overveje deres deltagelse i specialet samt træffe en beslutning om det. (97,98).

Forud for indsamling af interviewene blev der indhentet skriftligt samtykke i form af en skriftlig samtykkeerklæring jf. bilag 9, i overensstemmelse med Helsinki-deklarationen. Det var essentielt, at de rekrutterede deltagere var blevet informeret om deres ret til, at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage og udtræde af specialet uden, at det havde nogen konsekvens (91).

Data fra interviewene blev opbevaret i REDCap for at sikre, at uvedkommende ikke havde adgang til disse. Derudover blev databehandlingen håndteret fortroligt i overensstemmelse med gældende databeskyttelseslovning. For at beskytte deltagernes anonymitet blev data pseudonymiseret, således personoplysninger blev fjernet fra de endelige resultater (89,92,93,99).

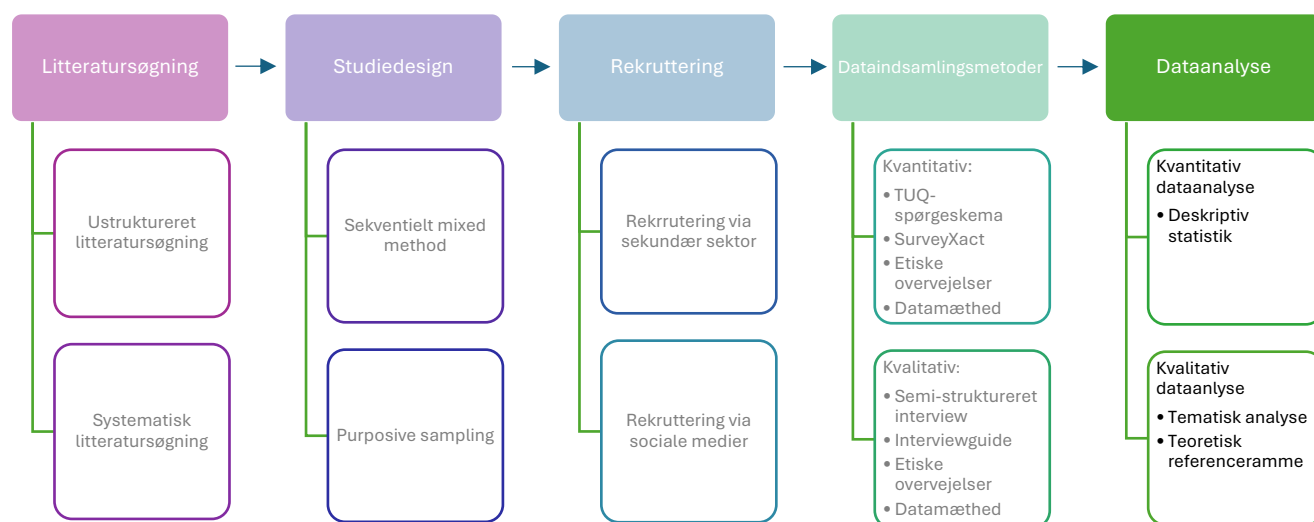
3.4.2.5. Datamæthedskriterier

Forud for dataindsamlingen vurderede projektgruppen, at det var realistisk at gennemføre ca. fem interviews inden for den givne tidsramme for specialet. For at sikre, at dataindsamlingen blev afsluttet på et velbegrundet grundlag, blev følgende datamætningskriterier fastlagt:

- **Gentagelse af svar:** Når de samme temaer, holdninger og erfaringer begyndte at gentage sig på tværs af flere interviews, indikerede det, at ny data ikke ville bidrage væsentligt til den samlede forståelse (94).

- **Fuld forståelse af fænomenet:** Når de indsamlede data gav en tilstrækkelig og nuanceret indsigt i undersøgelsens centrale emne, blev det vurderet, at datamætning var opnået. Det vil sige, at yderligere interviews ikke forventedes at tilføre væsentlige nye oplysninger eller perspektiver (94).

3.5. Dataanalysemetoder



I nedenstående afsnit præsenteres den anvendte metoder til analyse af henholdsvis kvantitativ- og kvalitative data. Indledningsvist vil den kvantitative dataanalyse, hvorefter der vil fremgå en beskrivelse af den kvalitative dataanalyse. Den kvantitative dataanalyse omfatter brugen af deskriptiv statistik samt en beskrivelse af, hvordan data vil blive præsenteret. Den kvalitative dataanalyse indebærer transskription af interviews, den teoretiske referenceramme Technology Acceptance Model (TAM) og tematisk analyse.

3.5.1. Kvantitativ dataanalyse

Indledningsvist vil den kvantitative dataanalyse af TUQ-spørgeskemaerne redegøre for hvordan den demografiske data bliver præsenteret. Derudover vil der redegøres for hvilke elementer der tages i betragtning ifm. den deskriptive analyse samt hvordan disse data bliver visualiseret i forskellige plots.

3.5.1.1. Demografisk data

De demografiske data fra spørgeskemaet blev illustreret med en tabel, der viste respondent ID, alder, diabetestype, tilhørende region samt, hvor de er rekrutteret fra.

3.5.1.2. Deskriptiv statistik

De kvantitative data fra TUQ-spørgeskemaet blev analyseret vha. deskriptiv statistik for at identificere centrale tendenser og variationer i respondenternes besvarelser. Analysen omfat-

tede beregning af gennemsnit, medianer, standardafvigelser samt visualisering af frekvensfordelinger, hvilket muliggjorde en kvantificering af brugernes oplevelser og tilfredshed med telemonitoreringspakken.

Gennemsnit og median

Gennemsnittet og medianen blev for hvert spørgsmål i TUQ beregnet i Excel og kan tilgås via: <https://drive.proton.me/urls/MGRG3KGP10#GASra0cWsj7t>. Gennemsnittet bidrog med at give en gennemsnitlig værdi, som repræsenterede datasættet. Medianen var relevant for at identificere den midterste værdi i svarfordelingen samt for at se nærmere på spørgsmål såfremt de havde skæve fordelinger eller ekstreme værdier, der kunne have påvirket gennemsnittets repræsentativitet (100).

Standardafvigelse

På baggrund af specialets begrænsede stikprøve, blev Bessels korrektion anvendt for at beregne standardafvigelsen i Excel og kan tilgås via: <https://drive.proton.me/urls/MGRG3KGP10#GASra0cWsj7t>. Dette blev gjort for at opnå et mere præcist estimat af variationen. Det sikrede, at variationen blev korrekt afspejlet, hvilket gav et mere retvisende billede af, hvor meget besvarelsene varierede i forhold til gennemsnittet. Ydermere gav det indsigt i, om der var enighed blandt deltagerne, eller om deres vurderinger var spredte (101).

3.5.1.3. Visualisering af data

Der blev udført frekvensfordelinger i form af plots for at undersøge, fordelingen af svarmulighederne blandt respondenterne og identificere eventuelle mønstre i deres besvarelse (102). Denne tilgang muliggjorde en mere detaljeret forståelse af, om flertallet af respondenter opfattede telemonitoreringspakken som intuitivt og effektivt eller om der var markante variationer i deres oplevelser.

MATLAB version 2024A blev anvendt som analytisk værktøj til behandling og visualisering af data (103). Dette sikrede en præcis og reproducerbar analyseproces. Derudover blev de åbne tekstsvar i spørgeskemaet gennemgået for at supplere den kvantitative analyse med kvalitative indsigter. Matlab koderne kan tilgås via: <https://drive.proton.me/urls/MGRG3KGP10#GASra0cWsj7t>.

Stacked bar chart

For at visualisere fordelingen af besvarelser i TUQ-spørgeskemaet blev der anvendt et stacked bar chart. Hver søjle blev opdelt i farvekodede segmenter, der repræsenterede de forskellige svarmuligheder, f.eks. mørkeblå for 'Meget enig' og gul for 'Hverken enig eller uenig'. Denne visuelle repræsentation gav et hurtigt overblik over fordelingen af svar ved hvert spørgsmål og muliggjorde identifikation af eventuelle mønstre på tværs af deltagernes vurderinger (104). For at understøtte analysen yderligere blev gennemsnittet og medianen for det pågældende spørgsmål illustreret henholdsvis med en firkant og en trekant, hvor standardafvigelsen blev illustreret med en streg. Dette bidrog til et mere detaljeret indblik i de centrale tendenser i dataene og bidrog til en bedre forståelse af, hvordan besvarelserne fordeler sig på tværs af spørgsmålene.

Boxplots:

For at supplere den deskriptive analyse yderligere blev der udført boxplots for hvert spørgsmål. Boxplots visualiserede ligeledes medianen, men også de øvre og nedre kvartiler samt eventuelle outliers. Dette gav et detaljeret overblik over dataspredningen, hvortil ekstreme værdier også blev identificeret. Boxplots var særligt nyttigt til at vurdere, om svarfordelingen var symmetrisk eller skæv samt til at identificere variationer mellem spørgsmålene (105).

3.5.2. Kvalitativ dataanalyse

Tekstsvarene i spørgeskemaet blev gennemgået for at identificere temaer, samt for at nuancere aspekter, som nødvendigvis ikke fremgik i den kvantitative analyse.

Data fra interviewene blev transskriberet og efterfølgende analyseret vha. en tematisk analyse baseret på Virginia Braun og Victoria Clarkes tilgang (106). Formålet med analysen var at identificere og undersøge mønstre i de transskriberede data for at opnå en dybere forståelse af informanternes oplevelser og perspektiver med telemonitoreringspakken.

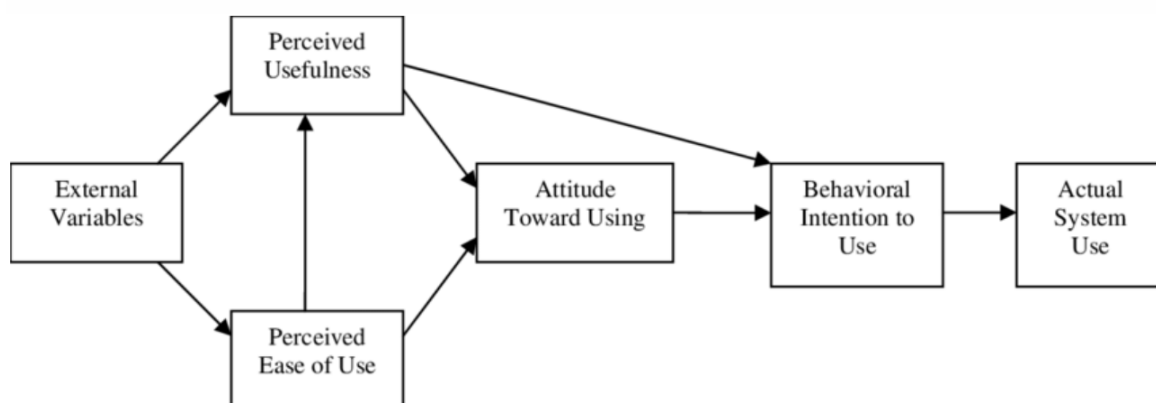
3.5.2.1. Transskribering

Alle interviews blev transskriberet vha. Microsoft Teams version 2.0 transskriptionsværktøj for at sikre en mere præcis og effektiv overførsel fra lydoptagelse til tekst (107). Anvendelsen af transskriptionsværktøjet muliggjorde en mere effektiv transskriptionsproces, hvilket reducerede tidsforbruget samt minimerede risikoen for fejl og udeladelser. Efter den initiale transskription af interviewene, som blev udført i transskriptionsprogrammet, blev transskriptionerne manuelt gennemgået af 1-2 gruppemedlemmer i projektgruppen. Dette for at sikre at Microsoft

Teams havde transskriberet det sagte korrekt samt for at **tilføje** transskriptionskonventionerne. Transskriptionskonventionerne blev oprettet med inspiration fra Kvale og Brinkmann og gjorde det muligt at beholde samtalens detaljer, nuancer samt tilføjelse af pseudonymisering (108). Transskriptionskonventionerne fremgår af bilag 10.

3.5.2.2. Teoretisk referenceramme

TAM blev benyttet i dette speciale ifm. fortolkningsprocessen af det kvalitative data. TAM er en af de mest anvendte teorier til at forstå og forudsige brugernes accept af ny teknologi og blev oprindeligt udviklet af Fred Davis i 1989. TAM har til formål at identificere de faktorer, der påvirker individers intention om at anvende ny teknologi og består af fire faktorer, der har betydning for accept: Percieved Usefulness, Percieved Ease of Use, Attitude Toward Using samt Behavioral Intention to Use, som alle påvirker den faktiske anvendelse af systemet (Actual System Use). TAM-modellen er illustreret i figur 11.



Figur 11: Technology Acceptance Model (TAM) (109)

Opfattet nytte (percieved usefulness) og opfattet brugervenlighed (Perceived Ease of Use) dækker over henholdsvis den oplevede værdi, teknologien tilfører, og hvor let den er at anvende. Den førstnævnte, opfattet nytte, handler om hvorvidt brugeren mener, at en teknologi kan hjælpe dem med at gøre deres ”arbejde” lettere. Hvis en person oplever, at teknologien giver dem nytte, vil de være mere tilbøjelige til at bruge den, også selvom den kan være svær at bruge. Opfattet brugervenlighed henviser til, hvor let og intuitiv teknologien opleves at være. Jo lettere systemet er at anvende, desto færre barrierer opstår der ift. brugeraccept. Samtidig har den opfattede brugervenlighed også betydning for, hvor nyttig teknologien vurderes at være. Hvis brugervenligheden opleves som lav, kan det føre til en lavere opfattet nytte. Både

opfattet nytte og opfattet brugervenlighed påvirker endvidere **brugerens holdning til at anvende teknologien (Attitude Towards Using)**. Brugerens holdning til at anvende teknologien afspejler, i hvor høj grad brugeren er indstillet over for brugen af teknologien. En positiv holdning øger sandsynligheden for at teknologien faktisk anvendes, mens en negativ holdning har modsatte effekt (109–111).

Intentionen om at bruge teknologien (Behavioral Intention to Use) i fremtiden, fungerer som en indikator for, om brugeren reelt vil tage teknologien i brug. Jo stærkere og mere positiv denne intention er, desto større sandsynlighed er der for, at teknologien faktisk bliver anvendt. Erfaringer med teknologien kan yderligere styrke relationen mellem intention og handling. Denne intention kan dog ændre sig, både i positiv og negativ retning, og har derfor betydning for den **faktiske anvendelse** (Actual System Use) (109–111).

3.5.2.3. Tematisk analyse

Braun og Clarke (tematisk analyse)

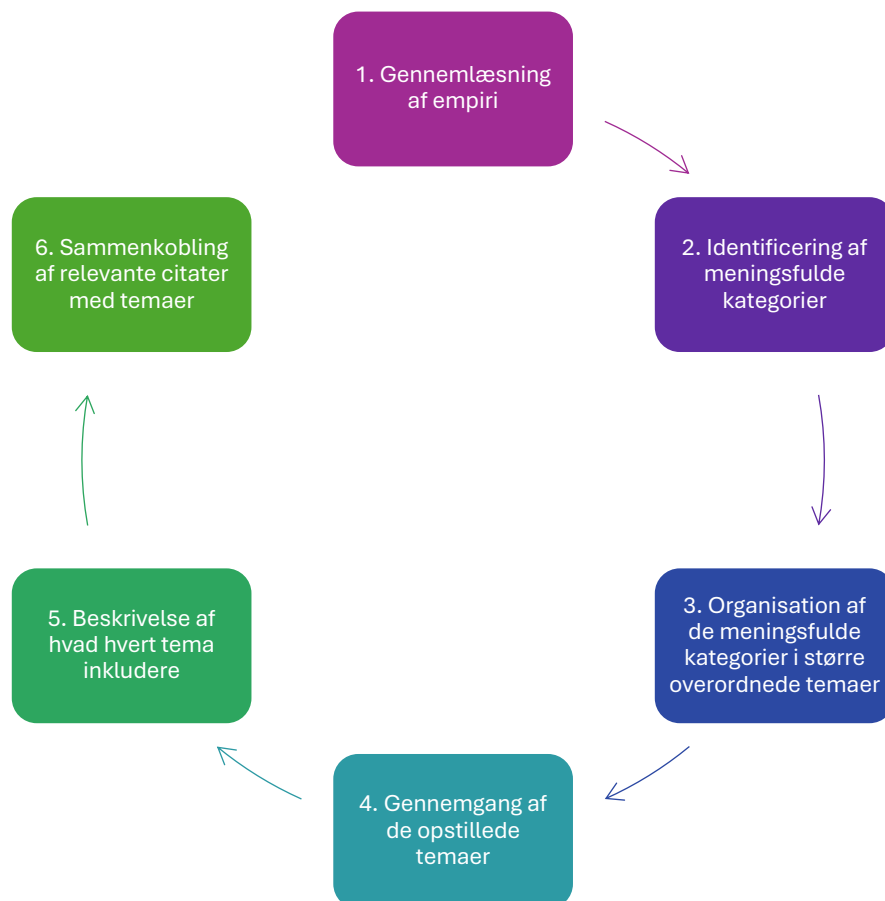
Dataanalysen af interviewene blev gennemført ved anvendelse af Braun og Clarkes tematiske analysemetode. Denne tilgang var velegnet til at identificere og analysere mønstre (temaer) i kvalitative data. Tilgangen indebærer en systematisk proces, hvor data gennemgår en kodnings-procedure for at identificere tilbagevendende mønstre og temaer. De identificerede temaer blev fortolket i relation til studieets kontekst, hvilket muliggjorde en dybere forståelse af informanternes oplevelser og perspektiver (112–114).

Ved anvendelsen af denne analytiske tilgang blev det sikret, at informanternes perspektiver blev præcist repræsenteret. Derudover blev der opnået en dybdegående forståelse af de centrale problemstillinger relateret til TUQ-spørgeskemaet og brugen af telemonitoreringspakken blandt gravide med prægestationel diabetes.

Den tematiske analyseform af Braun & Clarke tager afsæt i 6 forskellige punkter, som er illustreret på figur 12 (106,115):

- 1) I denne fase gennemlæses empirien, gerne flere gange, for at opnå en forståelse og blive bekendt med dataene. Undervejs er det vigtigt at tage noter om førstehåndsindtryk og mønstre der fremkom.

- 2) Herefter begynder man at identificere centrale dele af dataene, der virker interessante eller relevante for forskningsspørgsmålet. Disse dele markeres med forskellige koder for at organisere dem i meningsfulde kategorier.
- 3) De forskellige koder der identificeres i punkt 2 samles og organiseres i større overordnede temaer.
- 4) Her gennemgås de temaer der lige er blevet opstillet i punkt 3, for at sikre at temaerne er tydelige og ikke indeholder irrelevante koder.
- 5) Her skal der præciseres en beskrivelse af hvad hvert tema indeholder, hvad de betyder samt hvordan de er relateret til forskningsspørgsmålet.
- 6) Den sidste fase handler om at temaerne kombineres med eksempler fra empirien. Dertil beskrives, hvordan citatet er med til at besvare forskningsspørgsmålet, med inddragelse af teori der kan bidrage til fortolkningsprocessen.



Figur 12: Oversigt over de seks trin i den tematiske analyse. 1. Gennemlæsning af Empiri, 2. Identificering af meningsfulde kategorier, 3. Organisation af de meningsfulde kategorier i større overordnede temaer, 4. Gennemgang af de opstillede temaer, 5. Beskrivelse af hvad hvert tema inkluderer og 6. Sammenkobling af relevante citater med temaer.

NVivo version 15 blev i kombination med Braun og Clarkes tematiske analyse anvendt til at analysere transskriptionerne af interviewene. NVivo blev brugt til at organisere samt kode data, hvilket muliggjorde en systematisk identifikation af relevante temaer (116).

4. Resultater

I dette afsnit præsenteres de empiriske resultater af specialet. Indledningsvis fremlægges fundene fra spørgeskemaundersøgelsen. Dette vil blive gjort ved først at give indsigt i demografisk data, hvorefter der for hvert spørgsmål i TUQ-spørgeskemaet vil fremgå en figur som indeholder et stacked bar chart samt et boxplot for at visualisere svarfordelingen. Resultaterne for interviewene vil ligeledes indledningsvist give indsigt i demografisk data, hvorefter resultaterne til de forskellige temaer repræsenteres.

4.1. Spørgeskema

4.1.1. Demografisk data for spørgeskema

På tabel 3 fremgår demografisk data for de 17 respondenter med angivelse af ID-nummer, alder, diabetestype og region som besvarede spørgeskemaet. De demografiske data viser, at respondenterne er i aldersgruppen 25-41 år med en gennemsnitsalder på 31 år. Derudover, var der 13 af respondenterne der har T1DM, tre der har T2DM og én der har MODY 3. Størstedelen var tilknyttet Region Nordjylland under deres graviditet, mens tre personer var tilknyttet Region Syddanmark. Otte kvinder blev rekrutteret via sociale medier, otte kvinder blev rekrutteret på AAUH og én kvinde blev rekrutteret på OUH.

Tabel 3: Oversigt over demografisk data for TUQ-spørgeskema

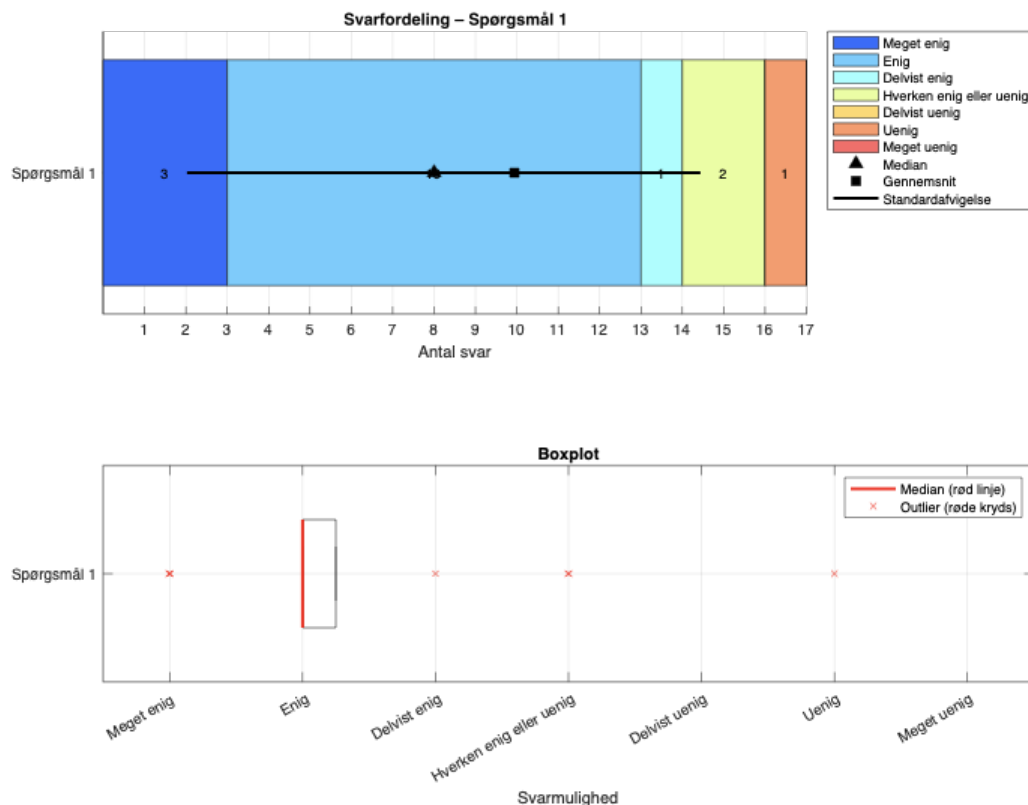
ID-nummer:	Alder:	Diabetestype:	Region:	Rekrutteret fra:
1	30	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
2	34	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
3	41	T1DM	Syddanmark	Sociale medier
4	29	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
5	29	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
6	31	T1DM	Syddanmark	Sociale medier
7	29	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
8	28	MODY 3	Nordjylland	AAUH
9	27	T1DM	Nordjylland	AAUH
10	32	T1DM	Nordjylland	AAUH
11	35	T2DM	Nordjylland	AAUH
12	25	T2DM	Nordjylland	AAUH
13	34	T1DM	Nordjylland	AAUH

14	34	T1DM	Nordjylland	AAUH
15	31	T1DM	Nordjylland	Sociale medier
16	30	T1DM	Nordjylland	AAUH
17	34	T2DM	Syddanmark	OUH

4.1.2. Oversigt over svarfordeling i TUQ-spørgeskema:

I følgende afsnit vil resultaterne fra TUQ-spørgeskemaet blive præsenteret. For hvert spørgsmål vil der blive præsenteret en figur som indeholder et stacked bar chart samt et boxplot for at vise svarfordelingen, hvortil der vil være en tekst som beskriver deskriptiv statistik såsom gennemsnit, median og standardafvigelse.

Spørgsmål 1: Telemedicin forbedrer mine muligheder for adgang til sundhedsydelser

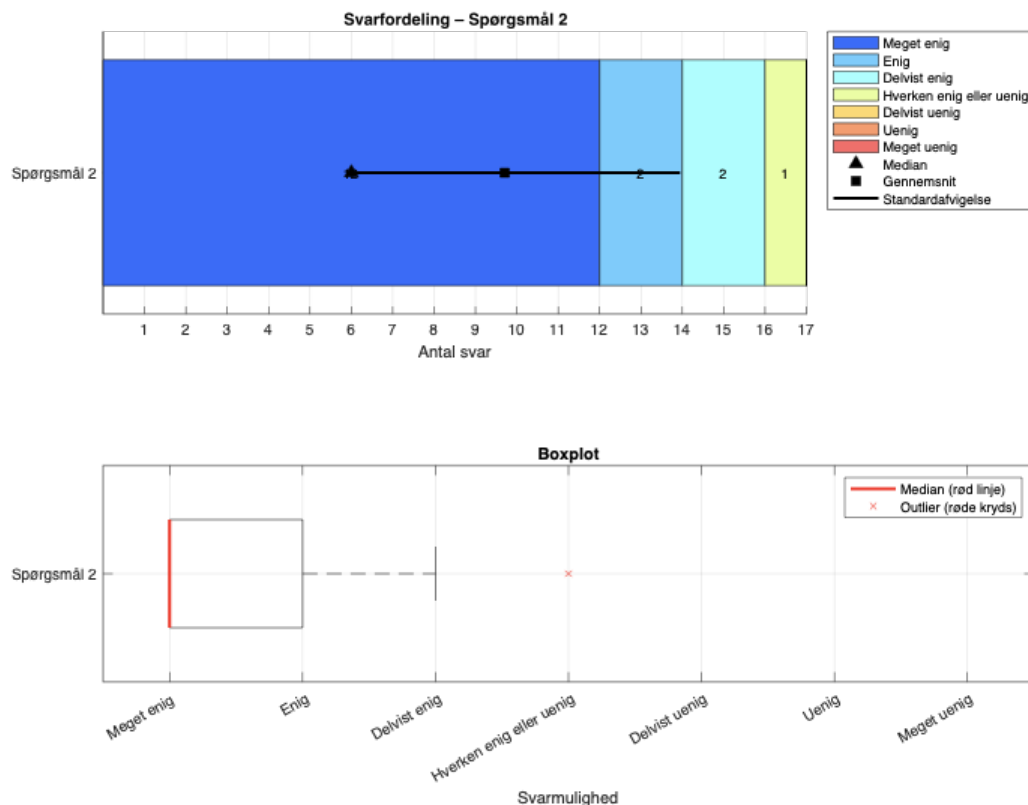


Figur 13: Svarfordeling for spørgsmål 1. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Flertallet af respondenter ($n=13$) udtrykker at være 'Meget enig' eller 'Enig' i at telemedicin forbedrede deres mulighed for adgang til sundhedsydelser. Dog er der også en respondent der var uenig. Medianen på 2 er placeret i 'Enig' og gennemsnittet er 2.3, hvilket placerer gennemsnittet i 'Enig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.3, hvilket betyder at der er noget variation i respondenternes svar.

For spørgsmål 1 er de fleste svar primært fordelt inden for interkvartilafstanden (IQR) fra 'Enig' til mellem 'Enig' og 'Delvist enig'. Der blev observeret outliers uden for IQR ved 'Meget Enig', 'Delvist enig', 'Hverken enig eller uenig' og 'Uenig'.

Spørgsmål 2: Telemedicin sparer mig transporttid til et hospital eller en specialklinik

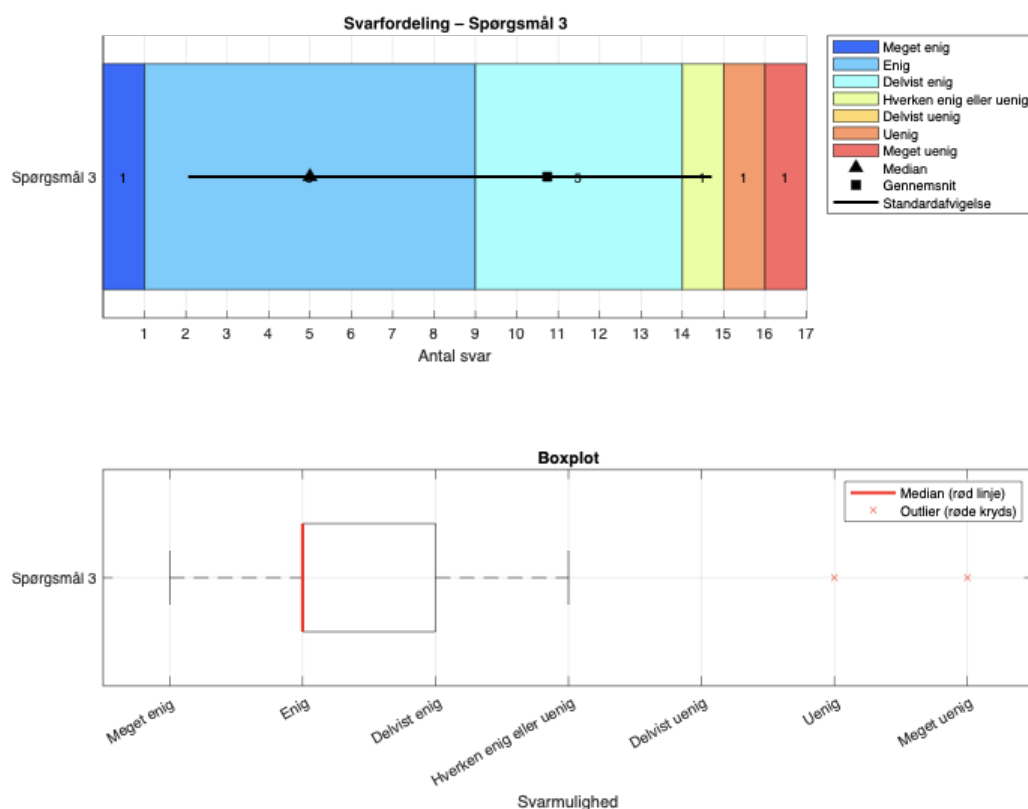


Figur 14: Svarfordeling for spørgsmål 2. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Flertallet af respondenter ($n=14$) udtrykte at være ‘Meget enig’ eller ‘Enig’ i at telemedicin sparer dem transporttid til et hospital eller en specialklinik. Ingen af respondenterne udtrykker nogen form for uenighed. Medianen på 1 er placeret i ‘Meget enig’ og gennemsnittet er 1.5, hvilket placerer gennemsnittet i ‘Meget enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 0.9, hvilket betyder at respondenterne i højere grad har angivet ens svar, hvilket skaber en lav variation blandt svarene

For spørgsmål 2 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra ‘Meget enig’ til ‘Enig’. Der er observeret en outlier uden for IQR ved ‘Hverken enig eller uenig’.

Spørgsmål 3: Telemedicin dækker mit behov for sundhedsydelser

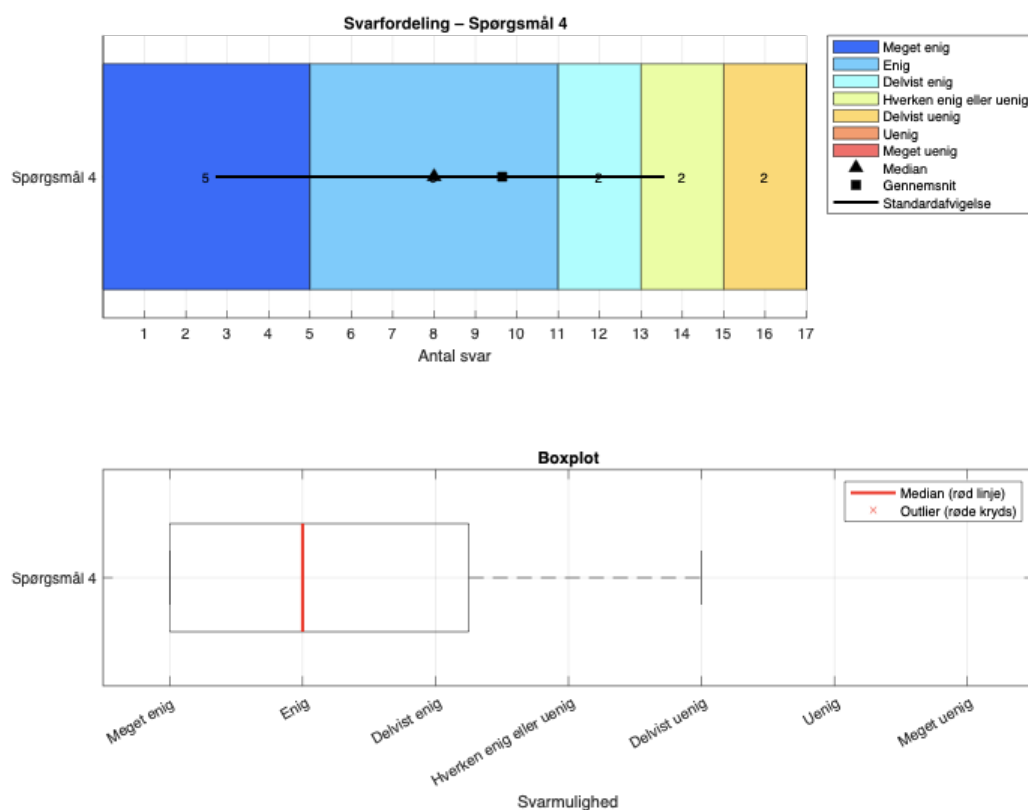


Figur 15: Svarfordeling for spørgsmål 3. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarfordelingen til spørgsmålet angående om telemedicin dækker respondenternes behov for sundhedsydelser, er primært fordelt i 'Enig' og 'Delvist enig' (n=13). To respondenter er dog henholdsvis 'Uenig' og 'Meget uenig'. Medianen er 2, hvilket placerer medianen i 'Enig' og gennemsnittet på 2.8 placeres i 'Delvist enig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.5 hvilket betyder at respondenterne i høj grad angiver forskellige svar, hvilket skaber en høj variation blandt svarene.

For spørgsmål 3 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra 'Enig' til 'Delvist enig'. Der er observeret outliers uden for IQR ved 'Uenig' og 'Meget uenig'.

Spørgsmål 4: Det var enkelt at anvende dette system

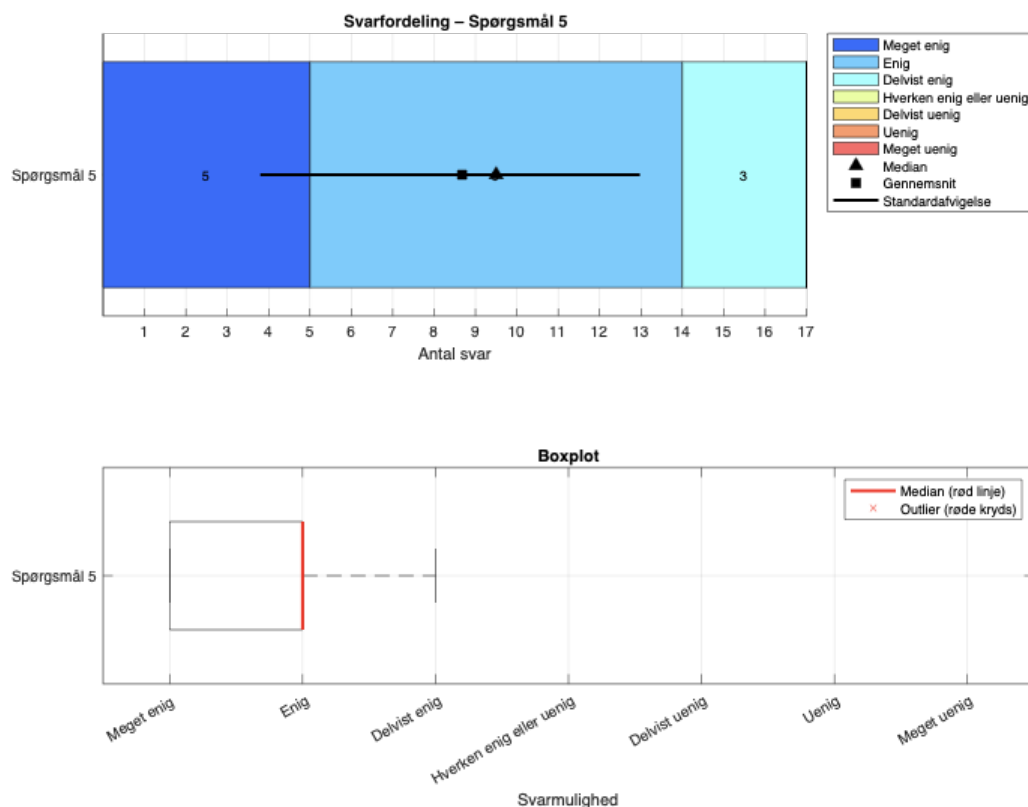


Figur 16: Svarfordeling for spørgsmål 4. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Størstedelen af respondenterne angiver, at det er enkelt at anvende systemet ($n=13$) hvor 5 er ‘Meget enig’, 6 er ‘Enig’ og 2 er ‘Delvist enig’. Medianen på 2 er placeret i ‘Enig’ og gennemsnittet på 2.4 er også placeret i ‘Enig’. Igen kan der ses en større variation i respondenternes svar, med en standardafvigelse 1.4.

For spørgsmål 4 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra ‘Meget enig’ til mellem ‘Delvist uenig’ og ‘Hverken enig eller uenig’. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 5: Det var nemt at lære at anvende systemet

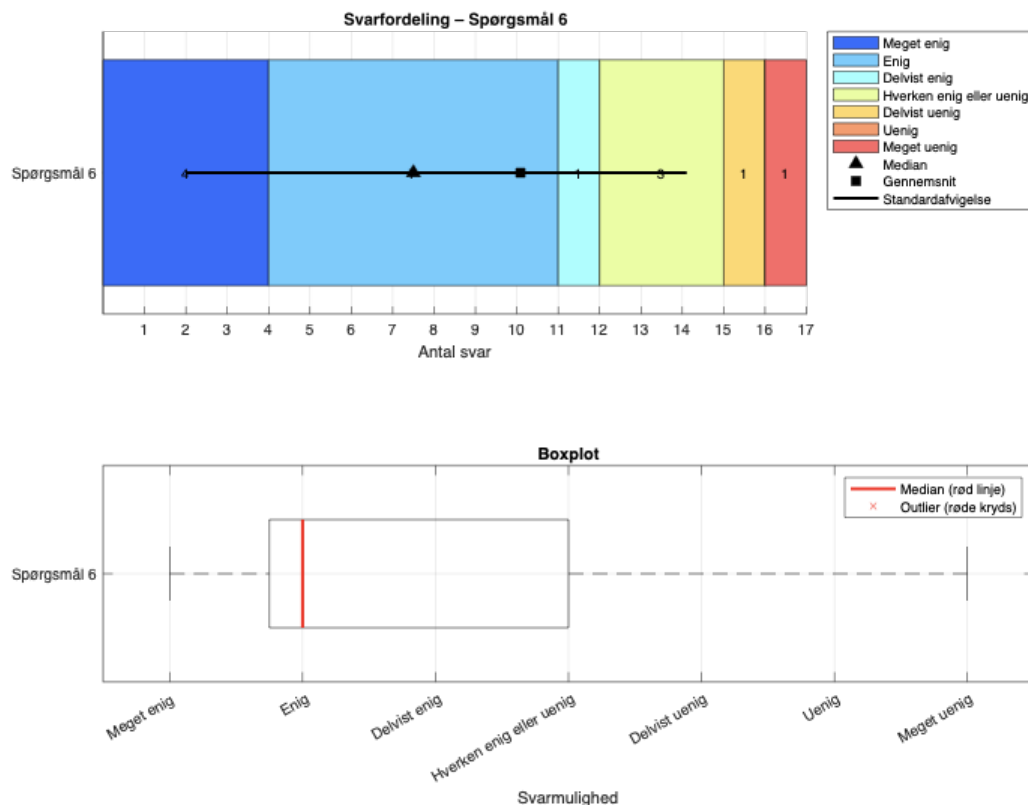


Figur 17: Svarfordeling for spørgsmål 5. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Samtlige respondenter har til spørgsmålet omhandlende om, at det er nemt at lære at anvende systemet, svarede respondenterne enten 'Meget enig', 'Enig' eller 'Deltvist Enig'. Ingen respondenter er uenige. Median og gennemsnittet er begge beliggende i 'Enig' og har værdier på henholdsvis 2 og 1.9. Der ses en lav variation mellem respondenternes svar, idet standardafvigelsen er beregnet til 0.7.

For spørgsmål 5 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra 'Meget enig' til 'Enig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 6: Jeg tror, at jeg hurtigt kunne blive effektiv ved at anvende dette system

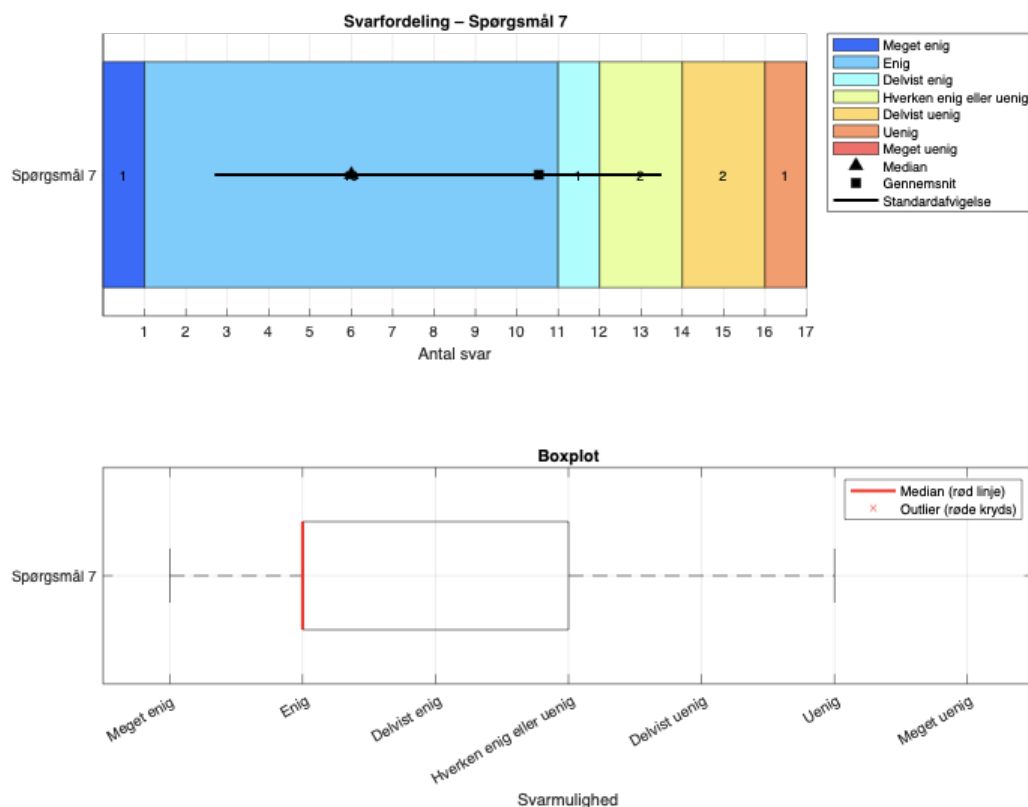


Figur 18: Svarfordeling for spørgsmål 6. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarfordelingen til spørgsmålet angående, om respondenterne tror at de hurtigt kan blive effektiv ved at anvende systemet, er fordelt over de forskellige svarmuligheder, dog med et flertal placeret i 'Meget enig'. 'Enig' eller 'Deltvist enig' ($n=12$). Medianen på 2 er placeret i 'Enig' og gennemsnittet på 2.6 er også placeret i 'Enig'. Der er variation blandt svarene fra respondenterne, hvilket understøttes af en beregnet standardafvigelse på 1.7.

For spørgsmål 6 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra mellem 'Meget enig' og 'Enig' til 'Hverken enig eller uenig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 7: Den måde, jeg anvender systemet på, er behagelig

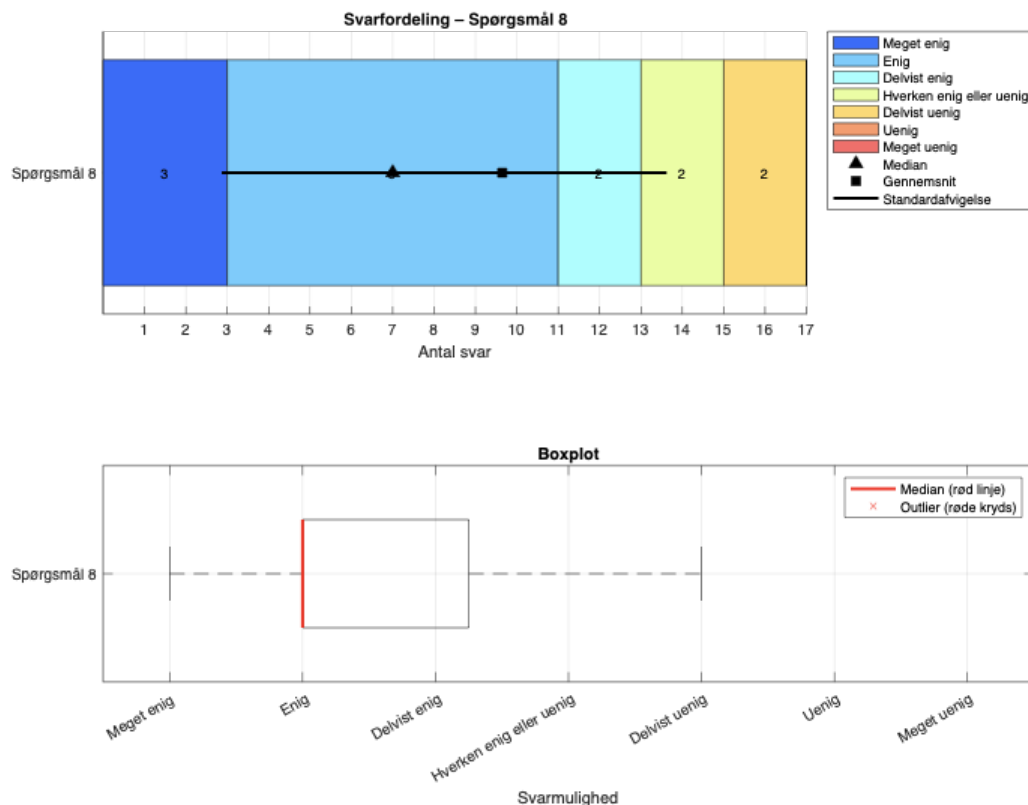


Figur 19: Svarfordeling for spørgsmål 7. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Størstedelen af respondenterne ($n=12$) angiver at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Delvist enig’ i, at måden de anvender systemet på, er behagelig. Dog angiver to respondenter at være ‘Hverken enig eller uenig’, to respondenter angiver at være ‘Delvist uenig’ og én respondent angiver at være ‘Uenig’. Medianen er 2, hvilket placerer den i gruppen ‘Enig’ og gennemsnittet 2.8, hvilket placerer den i gruppen ‘Enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket betyder at respondenterne i nogen grad har svaret forskelligt, hvorfor der skabes en variation.

For spørgsmål 7 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra ‘Enig’ til ‘Hverken enig eller uenig’. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 8: Jeg kan lide at anvende systemet

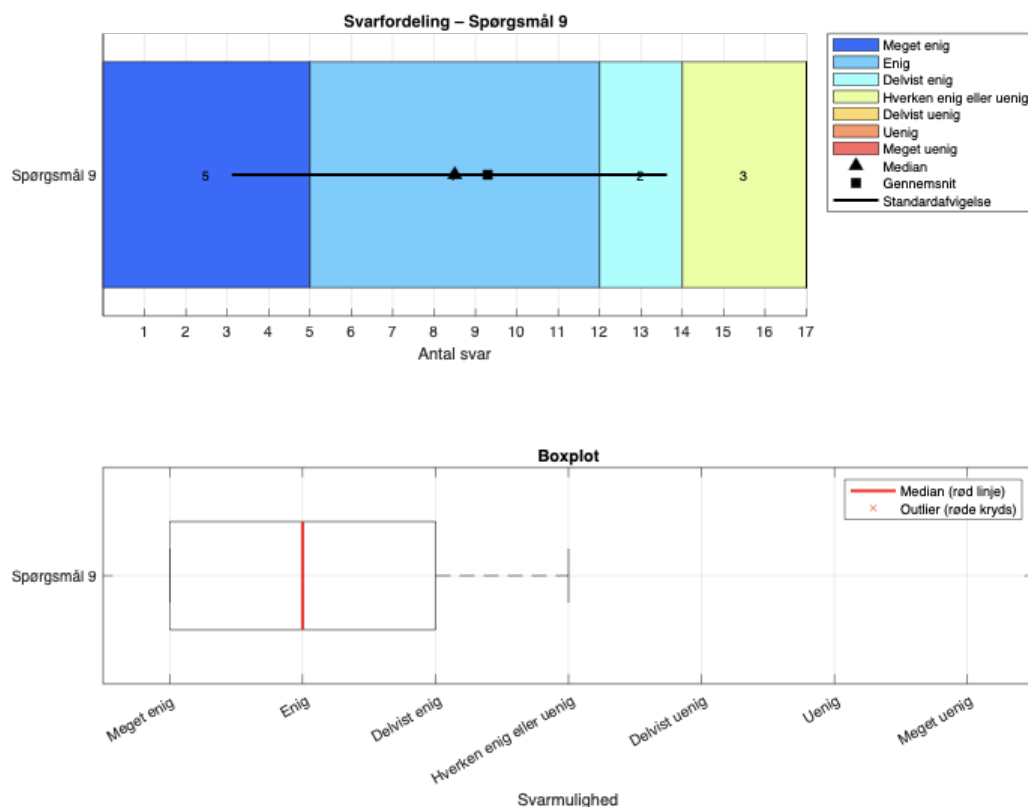


Figur 20: Svarfordeling for spørgsmål 8. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Flertallet af respondenterne ($n=13$) udtrykker at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Deltvist enig’ i at de kan lide at anvende systemet. To respondenter angiver at være ‘Hverken enig eller uenig’ og to angiver at være ‘Deltvist uenig’. Medianen på 2 og gennemsnittet på 2.5 placerer begge i gruppen ‘Enig’. Standardafvigelsen er beregnet til at være 1.3, hvilket betyder at respondenterne har svaret forskelligt, hvorfor der skabes nogen variation.

For spørgsmål 8 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra ‘Enig’ til mellem ‘Deltvist uenig’ og ‘Hverken enig eller uenig’. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 9: Systemet er enkelt og nemt at forstå

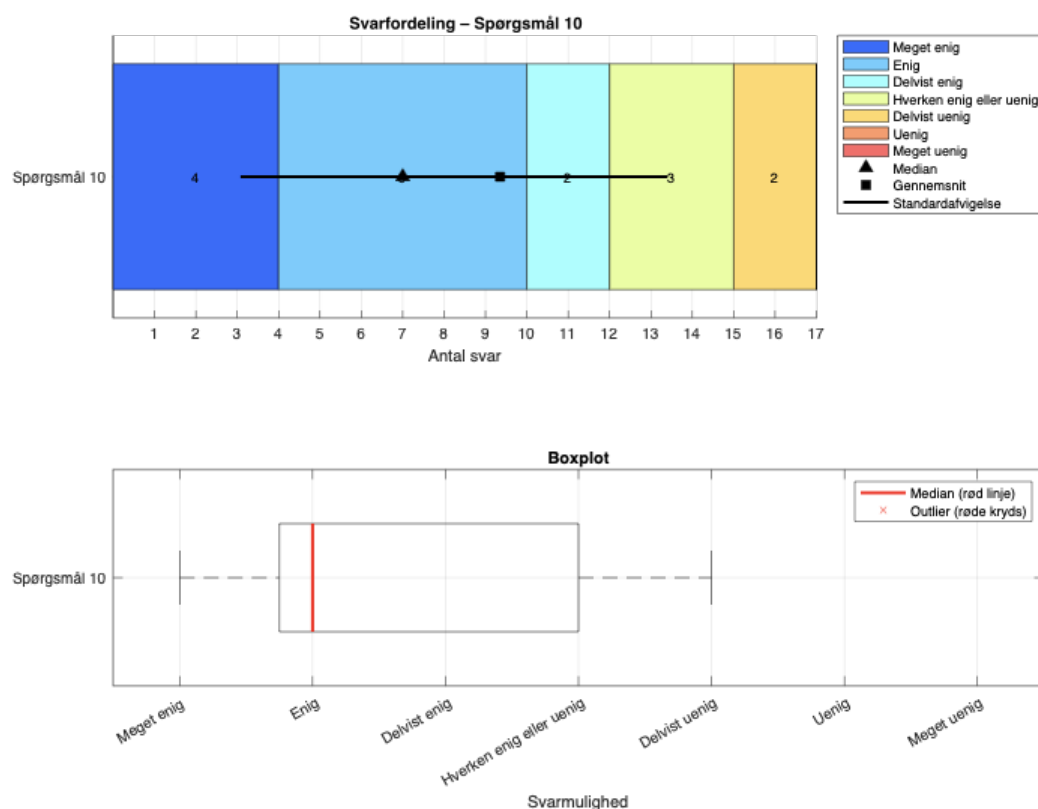


Figur 21: Svarfordeling for spørgsmål 9. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Til spørgsmålet angående at systemet er enkelt og nemt at forstå, angiver størstedelen af respondenterne ($n=14$) at være 'Meget enig', 'Enig' og 'Delvist enig'. Dog angiver tre respondenter at være 'hverken enig eller uenig'. Medianen på 2 og gennemsnittet på 2.2 placerer begge i gruppen 'Enig'. Standardafvigelsen er beregnet til at være 1.1, hvilket betyder at respondenterne til en vis grad har svaret forskelligt, hvorfor der er en mindre variation.

For spørgsmål 9 er samtlige svar primært fordelt inden for IQR fra 'Meget enig' til 'Delvist enig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 10: Systemet er i stand til at udføre alt det, som jeg måtte ønske af det

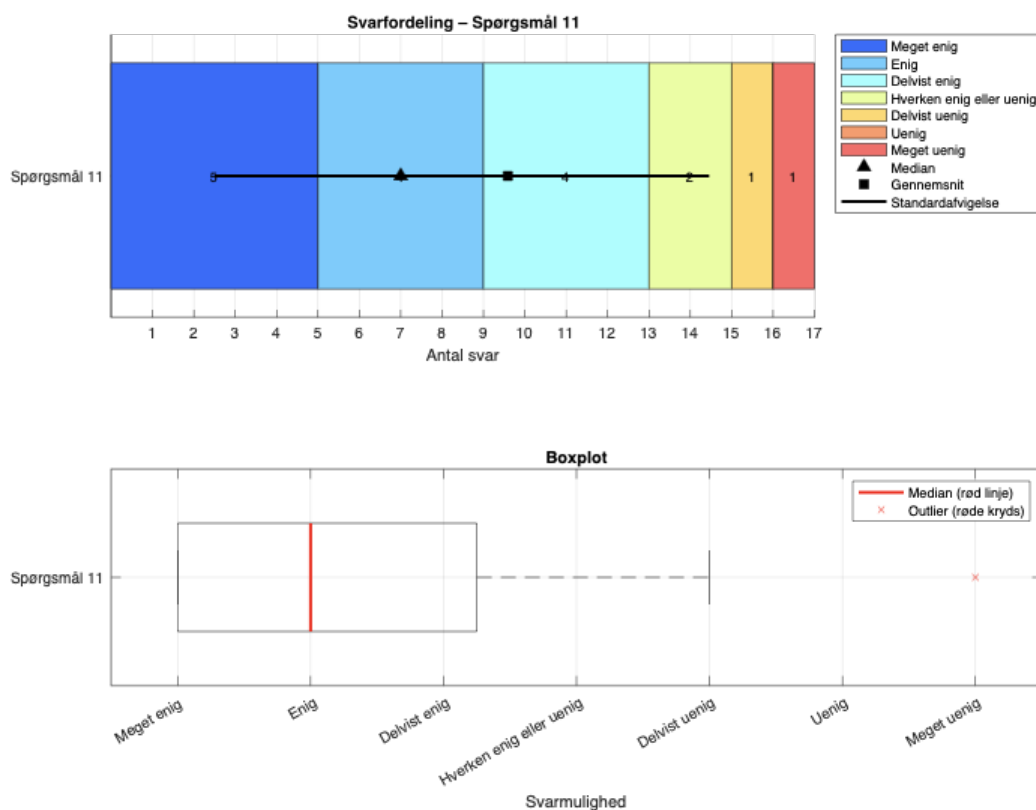


Figur 22: Svarfordeling for spørgsmål 10.. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarfordelingen viser, at størstedelen af respondenterne ($n=12$) var 'Meget enig', 'Enig' og 'Deltvist enig' i at systemet er i stand til at udføre alt det, som de ønsker af det. Dog er der nogen respondenter ($n=3$) der angiver, at de er 'Hverken enig eller uenig'. Medianen er 2 og er placeret i gruppen 'Enig'. Gennemsnit er 2.6 og er placeret i gruppen 'Enig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket betyder, at der er nogen variation i besvarelsene.

For spørgsmål 10 er samtlige svar primært fordelt inden for IQR fra mellem 'Meget enig' og 'Enig' til 'Hverken enig eller uenig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 11: Ved at anvende det telemedicinske system er det nemt for mig at tale med sundhedspersonalet

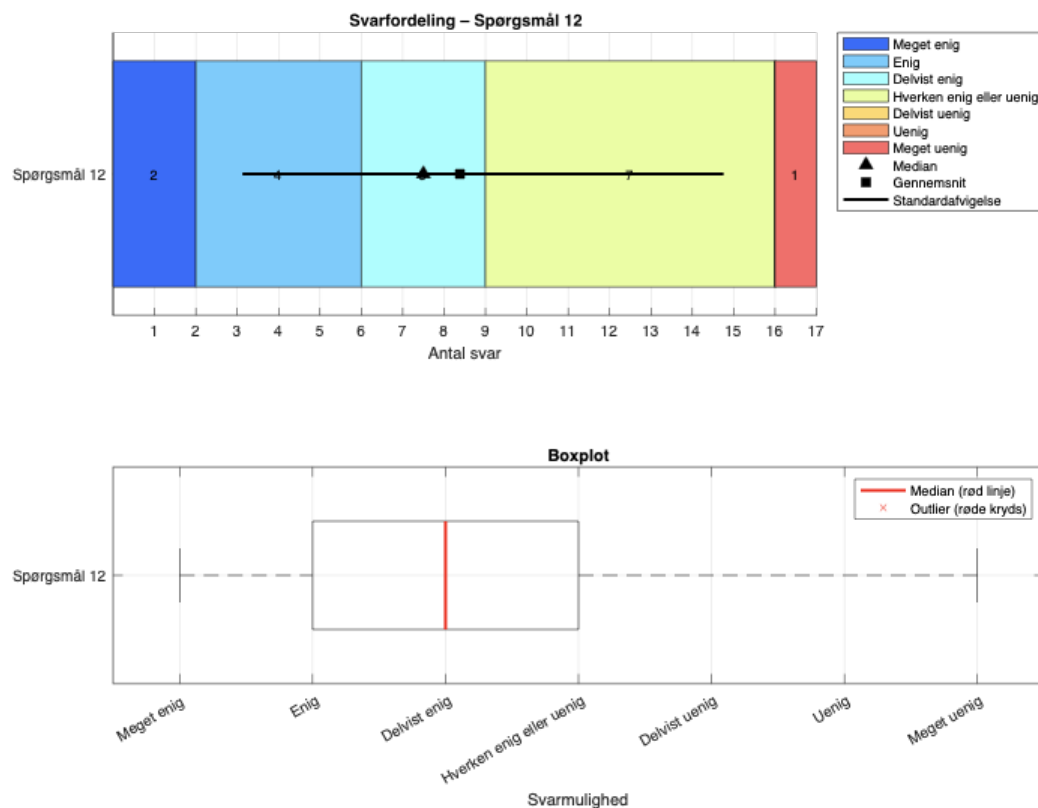


Figur 23: Svarfordeling for spørgsmål 11. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Besvarelsene på dette spørgsmål viser, at en væsentlig andel af respondenterne ($n=13$) placerede sig i svarkategorierne: 'Meget enig', 'Enig' og 'Delvist enig' i at når de anvender det telemedicinske system er det nemt for dem, at tale med sundhedspersonalet. Dog er der nogen respondenter ($n=2$) der angiver at de er 'hverken enig eller uenig'. Median er 2, som er placeret i 'Enig'. Gennemsnit er 2.6 og er placeret i 'Delvist enig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.7, hvilket betyder at respondenterne i høj grad angiver forskellige svar, hvilket skaber en høj variation blandt svarerne.

For spørgsmål 11 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra 'Meget enig' til mellem 'Delvist uenig' og 'Hverken enig eller uenig'. Der er observeret en outlier ved 'Meget uenig'.

Spørgsmål 12: Jeg kan tydeligt høre sundhedspersonalet, når man anvender det telemedicinske system

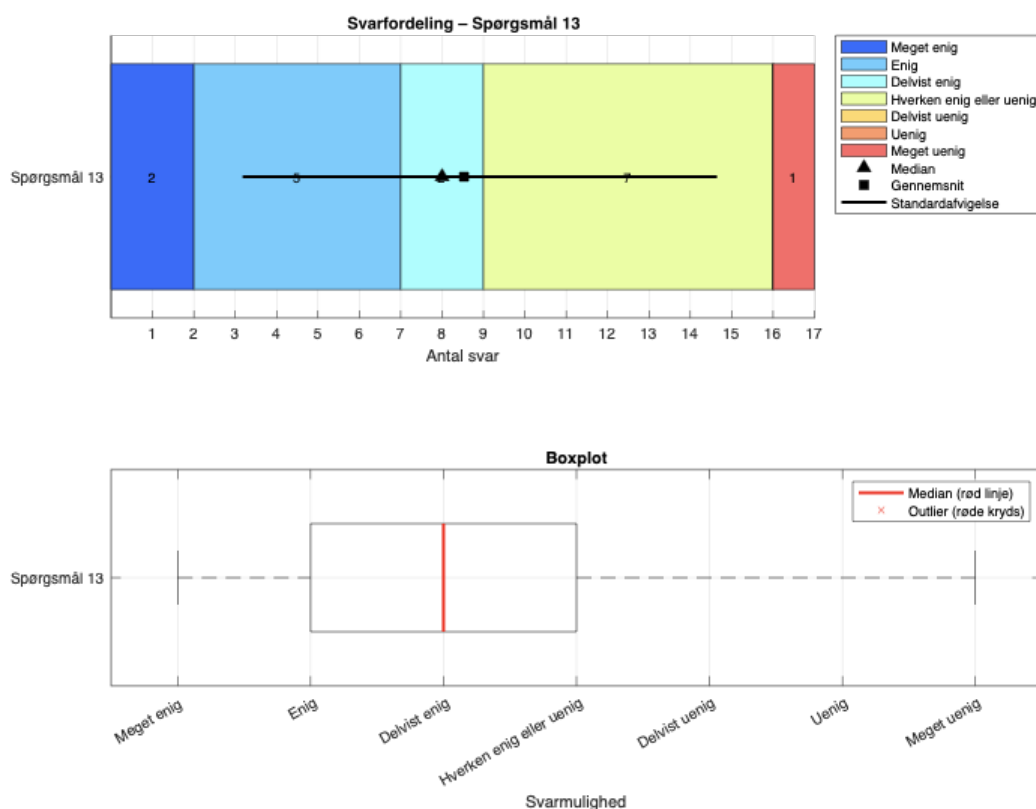


Figur 24: Svarfordeling for spørgsmål 12. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltageres svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarfordelingen for dette spørgsmål viser, at halvdelen af respondenterne ($n=9$) placerede sig i svarkategorierne: 'Meget enig', 'Enig' og 'Delvist enig' i at de tydeligt kan høre sundhedspersonalet, når de anvender det telemedicinske system. Samtidig angiver en stor del ($n=7$), at være 'Hverken enig eller uenig', hvortil én angav at være 'Meget uenig'. Medianen er 3, hvilket svarer til svarkategorien 'Delvist enig' og gennemsnittet er 3.2 som ligeledes falder inden for denne kategori. Standardafvigelsen er beregnet til 1.5, hvilket betyder, at der er nogen variation i besvarelsene.

For spørgsmål 12 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra 'Enig' til 'Hverken enig eller uenig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 13: Jeg følte, at jeg var i stand til at udtrykke mig klart og tydeligt

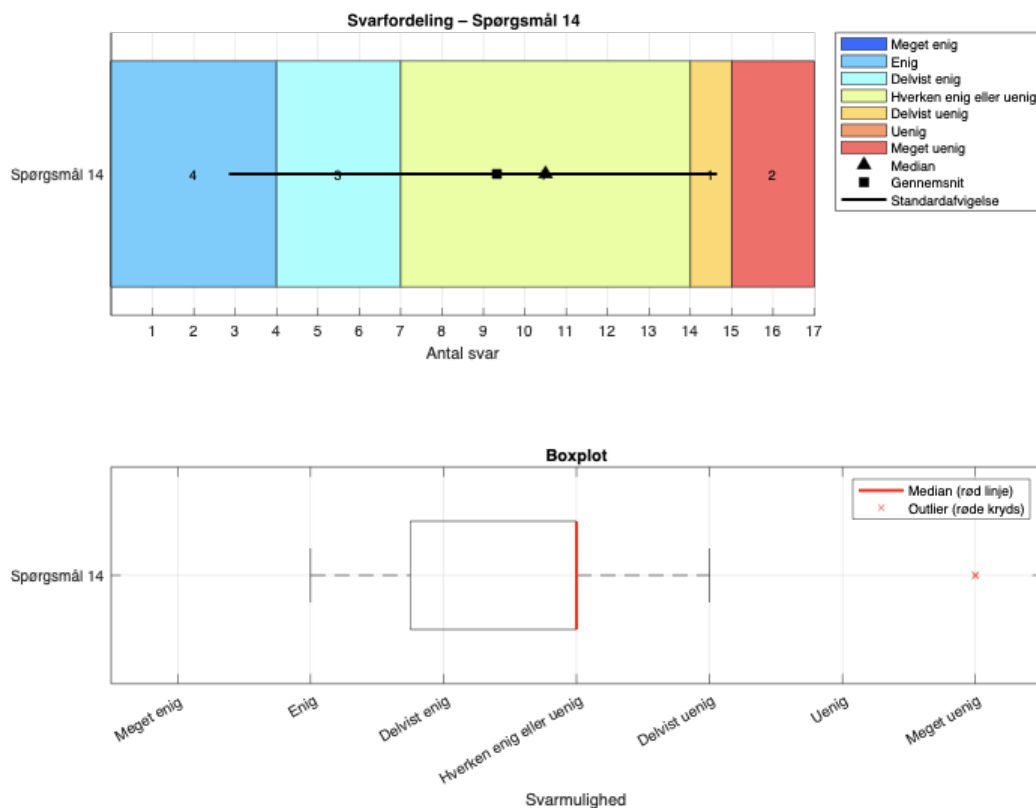


Figur 25: Svarfordeling for spørgsmål 13. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarfordelingen ved dette spørgsmål viser at halvdelen er ($n=9$) er 'Meget enig', 'Deltvist enig' og 'Enig' i at de følte, at de er i stand til at udtrykke sig klar og tydeligt. Størstedelen af den anden halvdel ($n=7$) som var 'Hverken enig eller uenig' og én der var 'Meget uenig'. Median er 3 som er placeret i gruppen 'Deltvist enig'. Gennemsnit er 3.1 og er placeret i gruppen 'Deltvist enig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.5, hvilket betyder, at der er nogen variation i besvarelsene.

For spørgsmål 12 er samtlige svar fordelt inden for IQR fra 'Enig' til 'Hverken enig eller uenig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 14: Når jeg anvender det telemedicinske system, kan jeg se sundhedspersonalet lige så godt, som hvis vi mødtes ansigt til ansigt

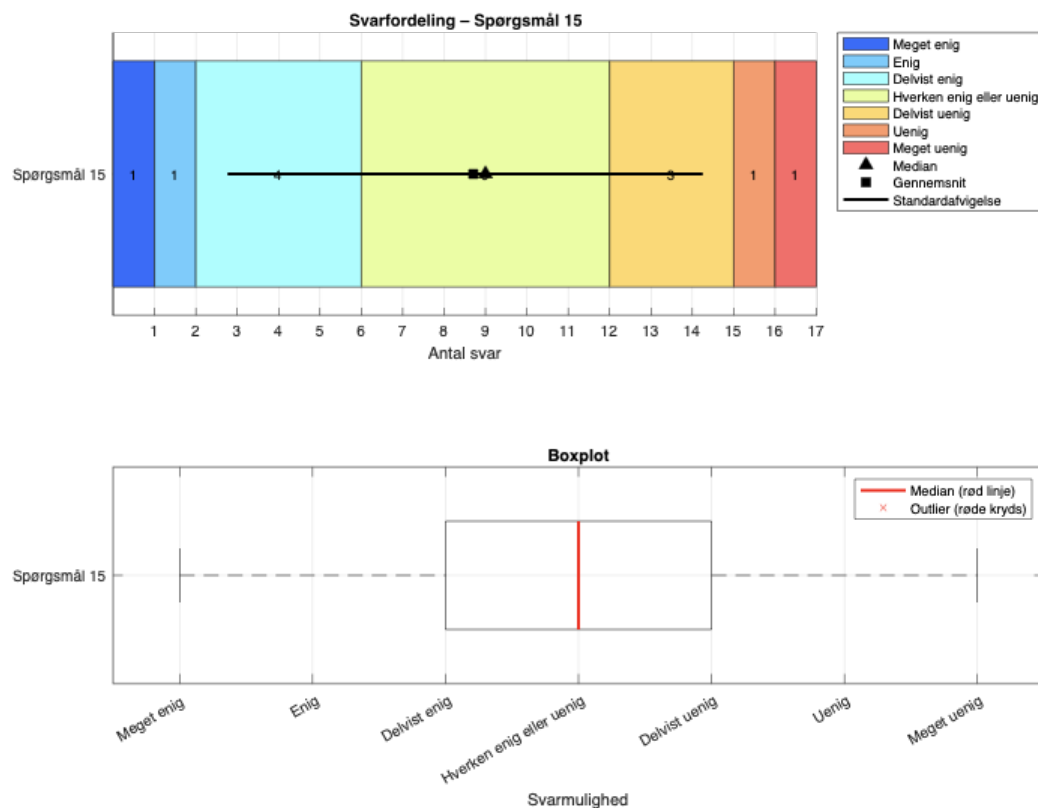


Figur 26: Svarfordeling for spørgsmål 14. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Svarene til dette spørgsmål viser at næsten halvdelen af respondenterne ($n=7$) er 'Hverken enig eller uenig' i at når de anvender det telemedicinske system, kan de se sundhedspersonalet lige så godt, som hvis de mødes ansigt til ansigt. Der er dog også en del ($n=4$) som angiver at de er 'Enig'. Medianen på 4 er placeret i gruppen 'Hverken enig eller uenig'. Gennemsnit er 3.8 og er placeret i gruppen 'Hverken enig eller uenig'. Standardafvigelsen er beregnet til at være 1.5, hvilket betyder at der er en større variation i respondenternes svar.

For spørgsmål 14 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra mellem 'Enig' og 'Deltvist enig' til 'Hverken enig eller uenig'. Der er observeret en outlier uden for IQR ved 'Meget uenig'.

Spørgsmål 15: Jeg synes, at konsultationer over det telemedicinske system er de samme, som når man mødes ansigt til ansigt

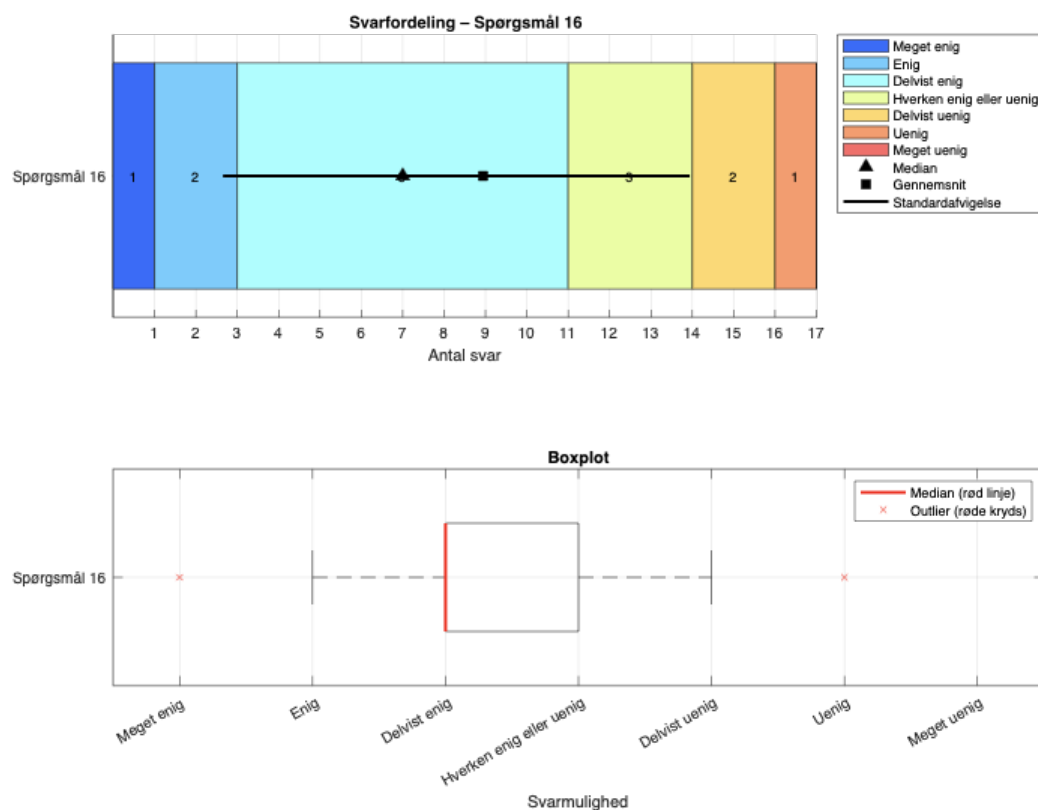


Figur 27: Svarfordeling for spørgsmål 15. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Besvarelsene til dette spørgsmål fordeler sig nogenlunde hen over de forskellige kategorier. Flere af respondenterne ($n=6$) tilkendegiver, at de er 'Hverken enig eller uenig' i at konsultationer over det telemedicinske system er de samme, som når man mødes ansigt til ansigt. Der er dog også en del ($n=6$) som er 'Meget enig', 'Enig' eller 'Delvist enig'. Medianen er 4 og er placeret i gruppen 'Hverken enig eller uenig'. Gennemsnittet er 3.9 og er placeret i gruppen 'Hverken enig eller uenig'. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket betyder, at der er nogen variation i respondenternes besvarelser.

For spørgsmål 15 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra 'Delvist enig' til 'Delvist uenig'. Der er ikke blevet observeret outliers.

Spørgsmål 16: Når jeg lavede en fejl, mens jeg anvendte systemet, kunne jeg nemt og hurtigt komme videre

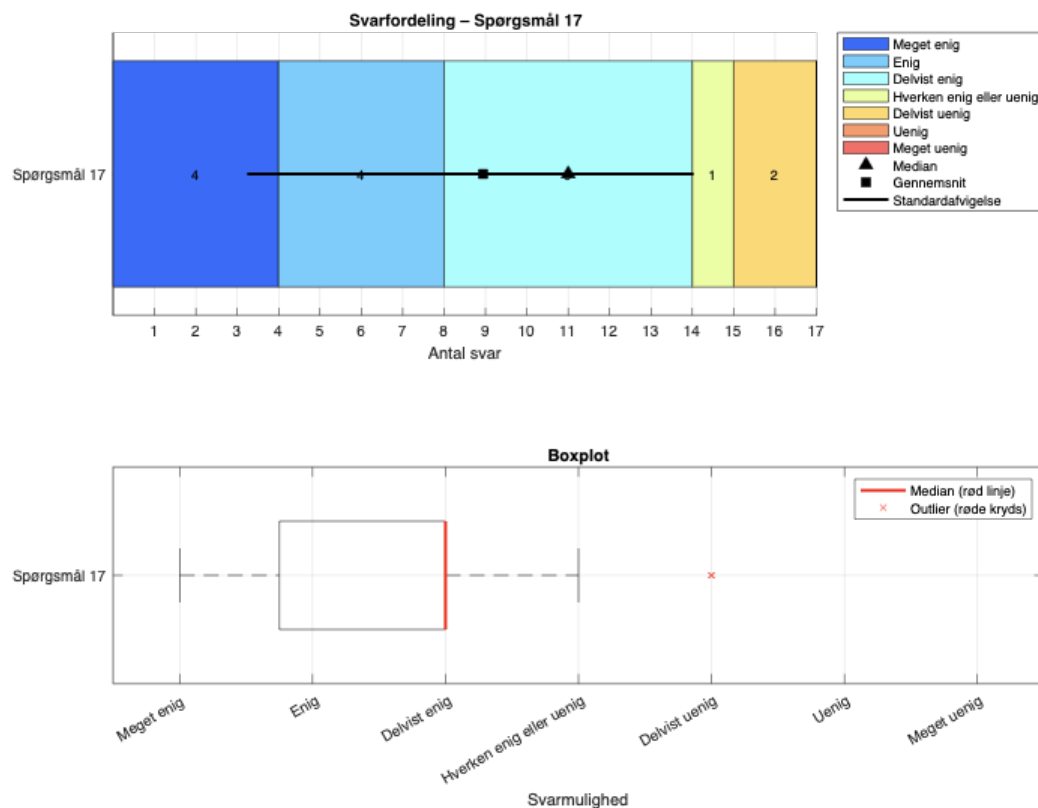


Figur 28: Svarfordeling for spørgsmål 16.. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Lidt over halvdelen respondenterne ($n=11$) angiver at være ‘Enig’ eller ‘Delvist enig’ i udsagnet om, at når de laver fejl, mens de anvender systemet, kan de nemt og hurtigt komme videre. Den anden halvdel angav ($n=6$) dog at være ‘Hverken enig eller uenig’, ‘Delvist uenig’ og ‘Uenig’. Medianen er 3 og gennemsnittet er 3.3, hvilket placerer begge i gruppen ‘Delvist enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.2, hvilket betyder at respondenterne i mindre grad har svaret forskelligt, hvilket skaber en vis grad af variation i respondenternes svar.

For spørgsmål 16 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra ‘Delvist enig’ til ‘Hverken enig eller uenig’. Der er observeret én outliers uden for IQR ved ‘Uenig’.

Spørgsmål 17: Systemet gav mig fejlmeddelelser, som tydeligt fortalte mig, hvordan jeg kunne løse problemer

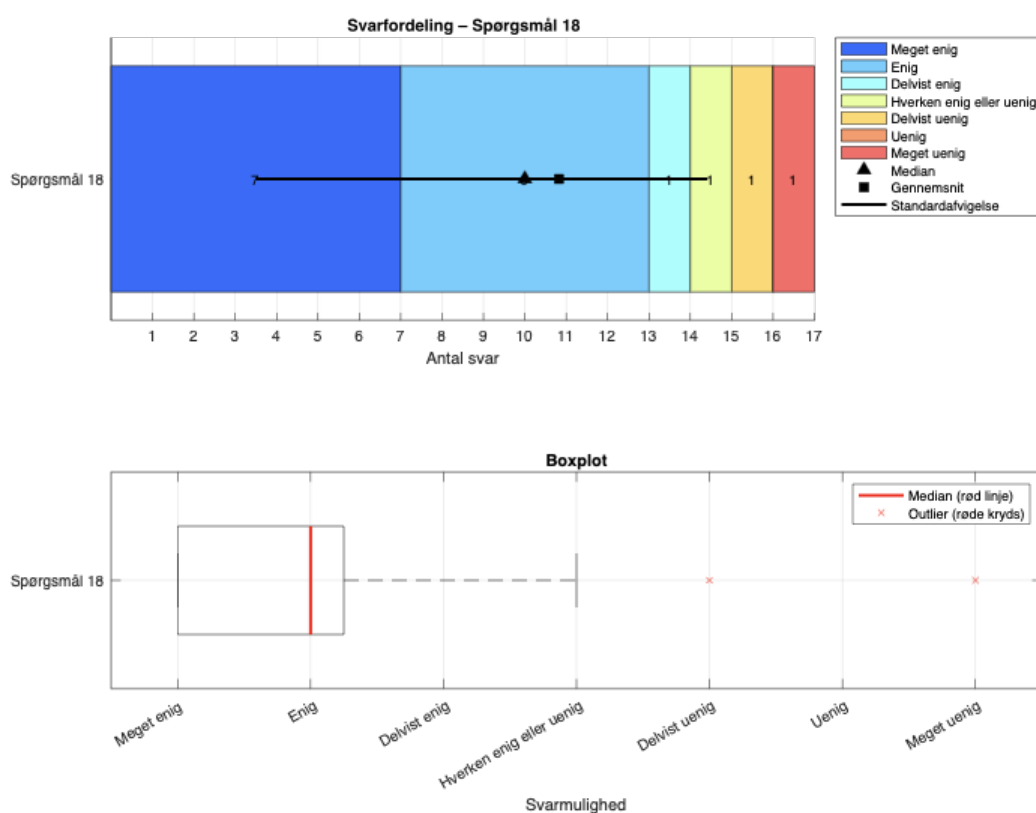


Figur 29: Svarfordeling for spørgsmål 17. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Flertallet af respondenterne ($n=14$) udtrykker at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Delvist enig’ i, at systemet giver dem fejlmeddelelser, som tydeligt fortæller dem, hvordan de kan løse problemer. Én respondent udtrykker dog at være ‘Hverken enig eller uenig’ og to respondenter angav at være ‘Delvist uenig’. Median er 3 og gennemsnittet er 2.6, hvilket placerer begge i gruppen ‘Delvist enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.3, hvilket betyder, at der er nogen variation i besvarelsene.

For spørgsmål 17 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra mellem ‘Meget enig’ og ‘Enig’ til ‘Delvist enig’. Der er observeret en outlier uden for IQR ved ‘Delvist uenig’.

Spørgsmål 18: Jeg føler mig tryk ved at kommunikere med sundhedspersonalet, når jeg anvender det telemedicinske system

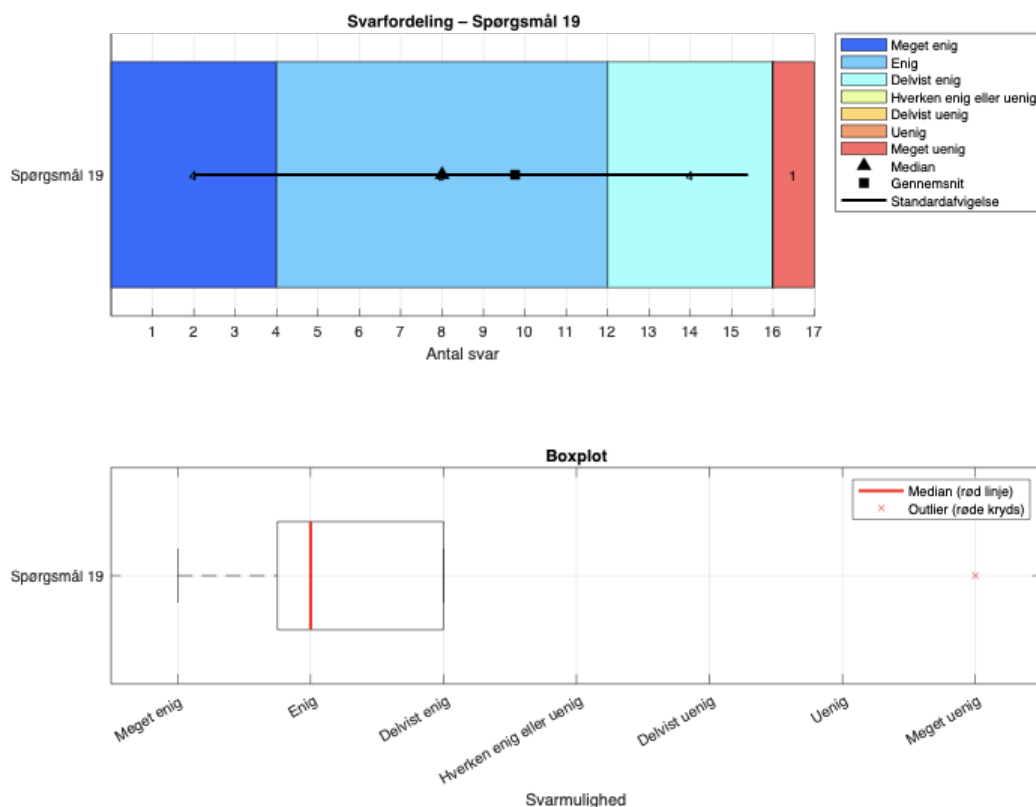


Figur 30: Svarfordeling for spørgsmål 18. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Størstedelen af respondenterne ($n=14$) tilkendegiver at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller Delvist enig’ i udsagnet om de føler sig tryk ved at kommunikerer med sundhedspersonalet, når de anvender det telemedicinske system. Dog angiver én respondent at være ‘Hverken enig eller uenig’, én angiver at være ‘Deltvist uenig’ og én angiver at være ‘Meget uenig’. Medianen er 2 og gennemsnittet er 2.2, hvilket placerer begge i gruppen ‘Enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.7, hvilket betyder at respondenterne i høj grad har angivet forskellige svar, hvilket skaber en høj variation blandt svarerne.

For spørgsmål 18 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra ‘Meget enig’ til mellem ‘Enig’ og ‘Deltvist enig’. Der er observeret outliers uden for IQR ved ‘Deltvist uenig’ og ‘Meget uenig’.

Spørgsmål 19: Telemedicin er en acceptabel måde at modtage sundhedsydelser på

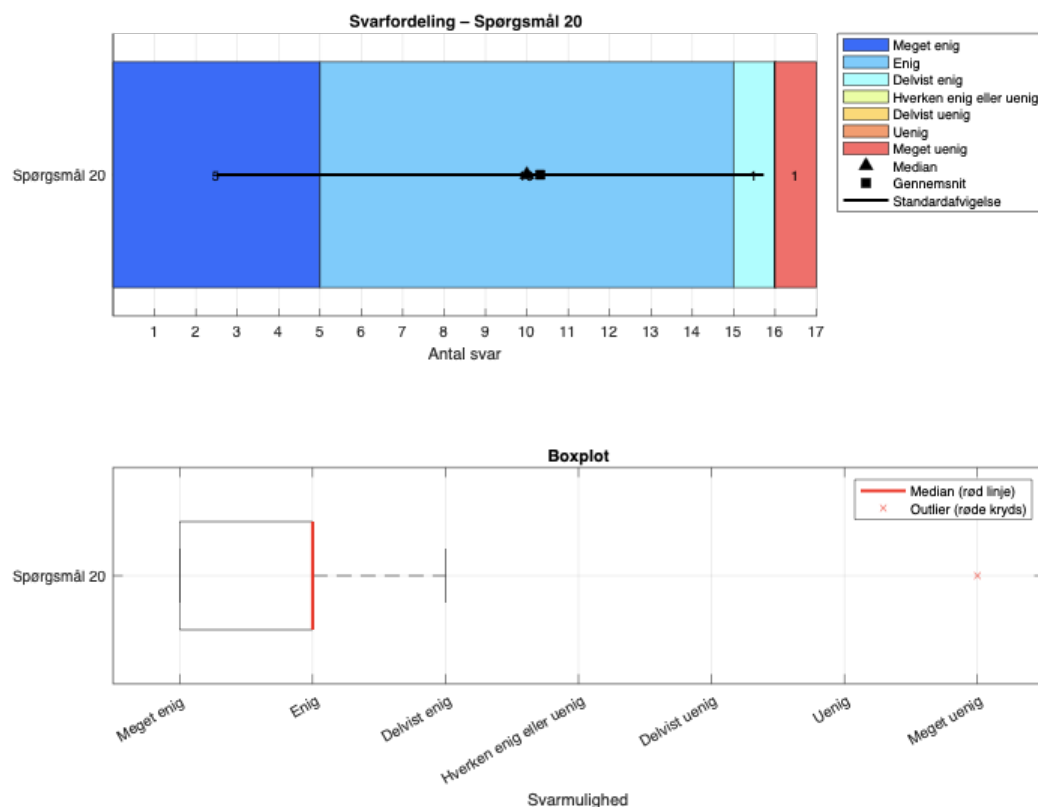


Figur 31: Svarfordeling for spørgsmål 19. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Hovedparten af respondenterne ($n = 16$) angiver at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Delvist enig’ i, at telemedicin er en acceptabel måde at modtage sundhedsydelser på. Dog er der én respondent som angiver at være ‘Meget uenig’. Medianen er 2 som er placeret i ‘Enig’ og gennemsnittet er 2.3, hvilket ligeledes placerer det i gruppen ‘enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket betyder, at respondenterne i nogen grad har svaret forskelligt, hvilket skaber noget variation i besvarelsene.

For spørgsmål 19 er de fleste svar primært fordelt indenfor IQR fra mellem ‘Meget enig’ og ‘Enig’ til ‘Delvist enig’. Der er observeret én outlier uden for IQR ved ‘Meget uenig’.

Spørgsmål 20: Jeg vil anvende telemedicinske løsninger igen

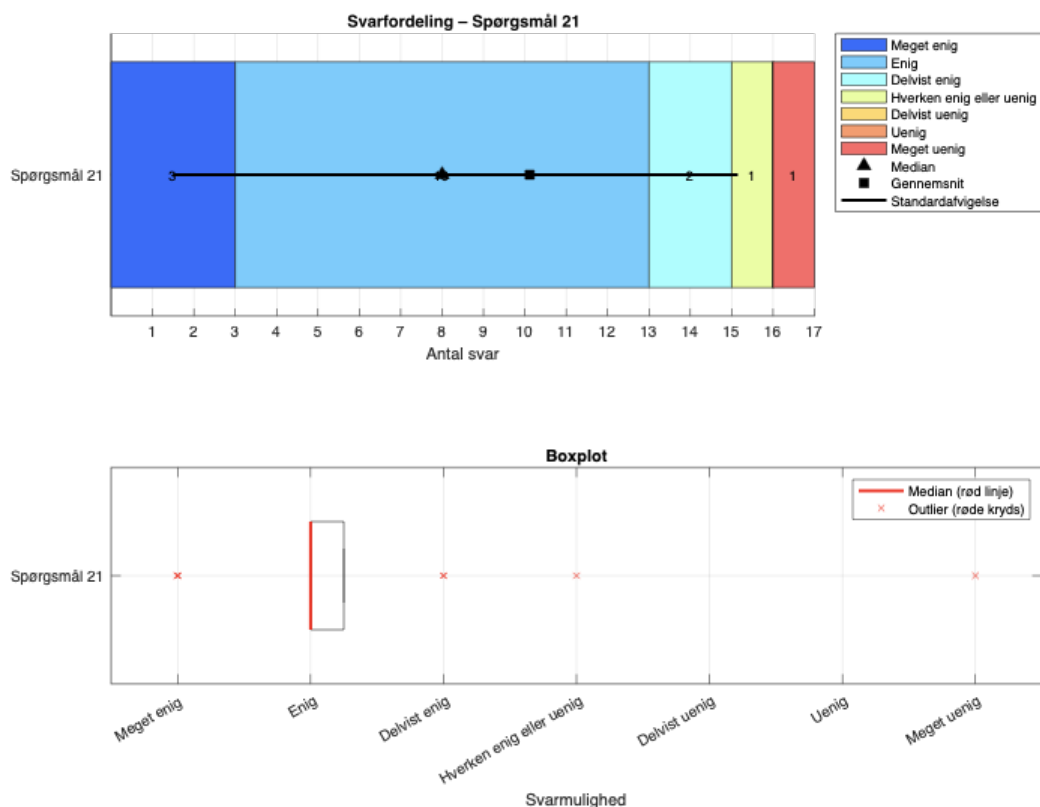


Figur 32: Svarfordeling for spørgsmål 20. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Størstedelen af respondenterne ($n = 15$) udtrykker at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Deltvist enig’ i udsagnet om, at de ville anvende telemedicinske løsninger igen. Kun én respondent angiver at være ‘Meget uenig’ i dette udsagn. Der er en median på 2, samt et gennemsnit på 2.1, hvilket placerer begge i gruppen ‘Enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket betyder, at der er nogen variation i besvarelserne.

For spørgsmål 20 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra ‘Meget enig’ til ‘Enig’. Der er observeret én outlier uden for IQR ved ‘Meget uenig’.

Spørgsmål 21: Jeg er overordnet tilfreds med det telemedicinske system



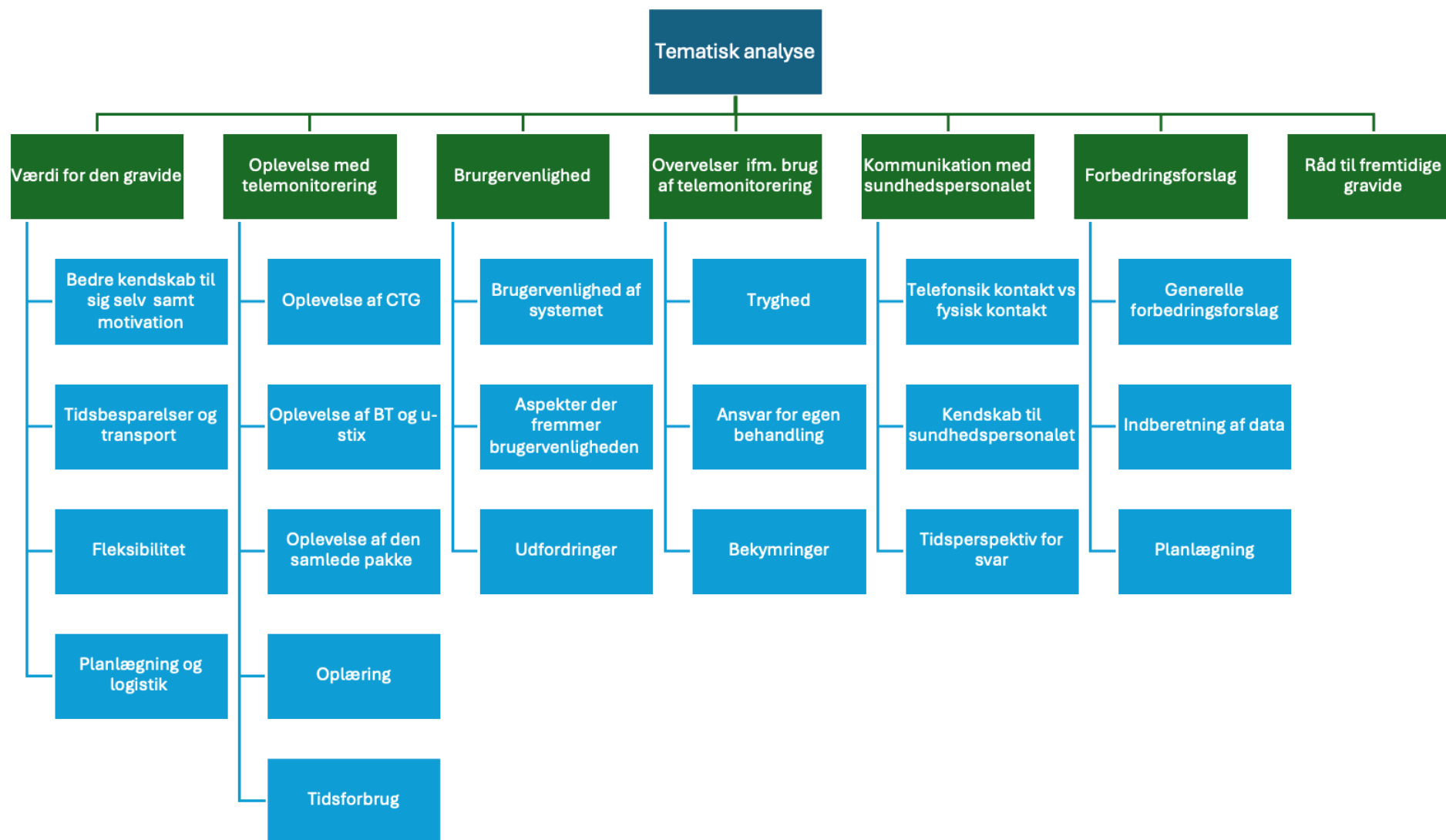
Figur 33: Svarfordeling for spørgsmål 21. Øverst er svarfordelingen illustreret med et stacked bar chart hvor deltagernes svarfordeling er illustreret med forskellige farver. Dertil vises median, gennemsnit og standardafvigelse henholdsvis med en trekant, en firkant og en streg. Nederst er svarfordelingen illustreret med et boxplot, hvor medianen er illustreret med en rød streg og outliers er illustreret med et rødt kryds.

Flertallet af respondenterne ($n = 15$) angiver at være ‘Meget enig’, ‘Enig’ eller ‘Delvist enig’ i at væres overordnet tilfreds med det telemedicinske system. Dog er der én respondent, der angiver at være ‘Meget uenig’. Medianen på 2 er placeret i ‘Enig’ og gennemsnittet er 2.3, hvilket ligeledes placerer gennemsnittet i ‘Enig’. Standardafvigelsen er beregnet til 1.4, hvilket angiver, at der er noget variation i respondenternes svar.

For spørgsmål 21 er de fleste svar primært fordelt inden for IQR fra ‘Enig’ til mellem ‘Enig’ og ‘Delvist enig’. Der er observeret outliers uden for IQR ved ‘Meget enig’, ‘Delvist enig’, ‘Hverken enig eller uenig’ og ‘Meget uenig’.

4.2. Interview

Dette afsnit indeholder en gennemgang af resultaterne fra de fem gennemførte interviews. Først præsenteres en oversigt over informanternes demografiske baggrund. På baggrund af den tematiske analyse fremhæves derefter en række dertilhørende undertemaer som er relevante ift. specialets problemformulering. Transskriberingerne for interviewene kan tilgås i proton.me via: <https://drive.proton.me/urls/YHR77GA2EM#8OjzbFLFSpAe> indtil specialets afslutning d. 20/6-2025. Disse temaer er visualiseret i figur 34 på næste side og uddybes i det følgende afsnit.



Figur 34: Oversigt over de opstillede temaer samt undertemaer som fremkom i den tematisk analyse. De overordnede temaer er: 'Værdi for den gravide', 'Oplevelse med telemonitorering', 'Brugervenlighed', 'Overvejelser ifm. brug af telemonitorering', 'Kommunikation med sundhedspersonale', 'Forbedringsforslag', samt 'Råd til fremtidige gravide'.

4.2.1. Demografisk data for interview

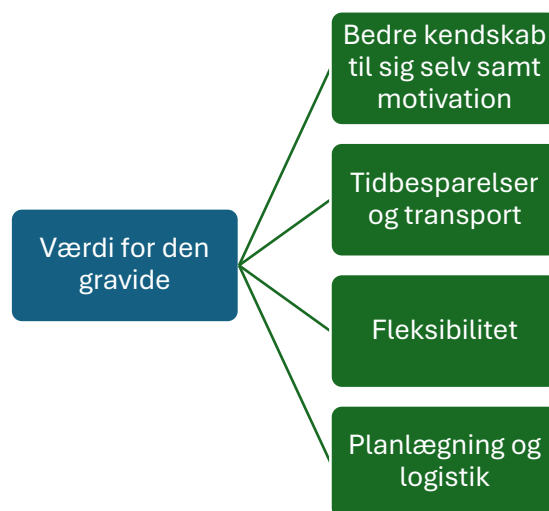
På tabel 4 fremgår demografisk data for de fem informanter med angivelse af ID-nummer, alder, diabetestype og region som besvarede spørgeskemaet. De demografiske data viser, at informanterne er i aldersgruppen 28-35 år med en gennemsnitsalder på ca. 32 år. Derudover, var der 4 af informanterne der har T1DM og én der har MODY 3. Alle var tilknyttet Region Nordjylland under deres graviditet. Informanterne bibeholder samme ID-nummer som de fik ved besvarelse af spørgeskema.

Tabel 4: Oversigt over demografisk data for interview

ID-nummer	Alder	Diabetestype	Region	Varighed af interview
2	34	T1DM	Nordjylland	18 min. 1 sek.
8	28	MODY 3	Nordjylland	19 min. 10 sek.
10	32	T1DM	Nordjylland	14 min. 35 sek.
11	35	T1DM	Nordjylland	16 min. 37 sek.
16	30	T1DM	Nordjylland	11 min. 57 sek.

4.2.2. Værdi for den gravide

Under dataindsamlingen fremkom der flere perspektiver herunder temaet "Værdi for den gravide" med underkategorierne: 'Bedre kendskab til sig selv samt motivation', 'Tidsbesparelser og transport', 'Fleksibilitet' og 'Planlægning og logistik', hvilket er illustreret på figur 35.



Figur 35: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Værdi for den gravide'. Underkategorierne er: 'Bedre kendskab til sig selv samt motivation', 'Tidsbesparelser og transport', 'Fleksibilitet' og 'Planlægning og logistik'.

Bedre kendskab til sig selv samt motivation

En informant påpeger, at brugen af telemonitorering medførte et øget kendskab til sig selv samt et større ansvar til at forstå hvordan forskellige ting fungerer:

”Fordi man lærer nogle ting undervejs og sådan noget ansvar også, i forhold til også både sig selv at kende, men også i forhold til at hvordan og hvorledes alting fungerer.” (Informant 11, linje 98-99)

En anden informant udtrykte, at der er en form for motivation forbundet med telemonitorering, da alternativet ville indebære fremmøde på sygehuset:

”Man bliver jo også motiveret, fordi man gider jo ikke til at ind” (Informant 16, linje 46)

Tidsbesparelser og transport

Flere informanter udtrykker, at muligheden for at foretage målinger hjemme har haft væsentlig betydning i relation til tidsforbrug og transport. Det fremhæves, at telemonitorering kunne spare tid, mindske behovet for transport og gøre det lettere at få målingerne til at passe ind i de daglige rutiner, særligt for de informanter, der bor længere væk fra sygehuset.

Én informant fremhæver, at det er tidsbesparende at foretage målingerne hjemme, frem for at tage til hospitalet:

”Altså jeg bruger en halv time derhjemme eller tre kvarter måske derhjemme på at gøre det i forhold til at skulle til at ind på sygehuset og bruge tid på transport og eventuel ventetid herinde også, så det altså. Det gør det helt klart at det bliver en kortere proces, og det er nemmere for mig, at jeg ikke skal tage ind på sygehuset en gang i ugen.” (Informant 10, linje 45-48)

En anden informant udtrykker, at muligheden for telemonitorering havde særlig betydning, da hun var flyttet længere væk fra sygehuset:

”Jeg tror i bund og grund det der har haft allerstørst betydning for mig, det er at undgå transporttiden. De 2 første graviditeter der boede vi også inde i Aalborg, så var det knap så stort problem, nu er vi flyttet til Aars i stedet for, så det der med transporten ind til Aalborg, det er altså rigtig meget for nogle gange bare lige [for] næsten at sige hej og så hjem igen.” (Informant 2, linje 33-36)

En tredje informant nævner også, at det har gjort hverdagen lettere, at hun ikke længere skal tage på hospitalet hver uge:

”Vi har ikke bil og kun mig der har kørekort, så det har været en stor hjælp at vi har kunnet gøre det hjemmefra og ikke skulle herud hver eneste onsdag.” (Informant 8, linje 93-94)

Samme informant tilføjer, at afstanden til sygehuset har betydning:

”Ja, altså nu bor jeg jo 50 minutter fra sygehuset, så det har været væsentligt nemmere ikke at skulle herud hver eneste uge” (Informant 8, linje 88-89)

En informant nævner, at det kan være nødvendigt at tage imod tilbud som telemonitorering, når man bor i yderområder:

"Også fordi man kan sige når vi bor i yderområderne, så er der for det første en lille bitte smule langt til Aalborg. (...) Og derfor tænker jeg også nogle gange, vi er nødt til at tage det med, vi kan få" (Informant 11, linje 201-202 og 204)

Fleksibilitet

Derudover beskriver to informanter telemonitorering som en løsning, der giver større fleksibilitet i hverdagen. En informant nævner, at det er muligt at vælge en løsning, der er lettere at håndtere i hverdagen:

"Det er jo et valg at man kan gøre det lidt nemmere og jeg synes det er rart at jeg ikke skulle op hver uge og ind og finde parkeringsplads og bruge tid på frem og tilbage." (Informant 10, linje 200-201)

En anden informant refererer til en tidligere erfaring med fysisk fremmøde på sygehuset og påpeger at hjemmemonitoring giver mulighed for at indpasse målingerne i det personlige skema:

"Men altså igen nu har jeg prøvet alternativet, hvor jeg skulle ind på sygehuset hver eneste gang til det. Så i forhold til det vil jeg sige, så er det jo klart lettere og få passet ind i ens eget skema." (Informant 2, linje 190-192)

Planlægning og logistik

En informant beskriver, at muligheden for at udføre monitoreringen i hjemmet mindsker behovet for koordinering med sundhedsprofessionelle:

"Jeg synes faktisk det har været fint og igen også. Det gør bare at man ikke skal have koordineret så meget i forhold til lægebesøg og hvad det ellers skulle være i forhold til at kunne gøre det. Altså gøre det herhjemme, men også i forhold til enten skulle have fat i. Hvad ved jeg af egen læge eller på sygehuset for at få målt blodtryk og for at få lavet den her sticks." (Informant 11, linje 123-126)

Flere informanter omtaler forskellige erfaringer med at planlægge de daglige målinger ifm. telemonitorering. En informant nævner, at det er nødvendigt at anvende vækkeur for at kunne nå målingerne:

"Altså, jeg skulle i hvert fald sætte et vækkeur til det." (Informant 10, linje 56)

En anden informant fortæller, at det ikke har været vanskeligt at få målingerne til at passe ind i hverdagen, da vedkommende er på barsel under forløbet. Informanten nævner dog en specifik tidsfrist for målingerne:

"Nej, for jeg begyndte med at telemontering efter jeg var gået på barsel, så jeg tænker det var meget fint at få det til at passe. Der er ikke så mange andre ting det skal passe med andet end at jeg har fået at vide, at de skal tages inden kl. 08:30 og det kan man jo. Det kan man jo godt planlægge sig ud af." (Informant 11, linje 23-26)

En tredje informant beskriver, at der i nogle tilfælde opstod tidsmæssige udfordringer, særligt på dage, hvor målingerne skulle udføres forud for fysisk fremmøde på sygehuset:

"(...), jeg mindes nogle gange hvor jeg sådan først skulle lave altså alle de her målinger hjemmefra og så senere skulle ind på sygehuset, og der tror jeg, der var en enkelt gang, hvor jeg tænkte, jeg kan simpelthen ikke nå det, fordi hvis jeg skal køre ind til jer og nå til den tid, så kan jeg ikke have lavet det hjemmefra om morgenen." (Informant 2, linje 177-181)

Samme informant nævner, at den fastsatte tidsramme for CTG-målingen kunne skabe besvær ifm. andre gøremål i hverdagen såsom aflevering af børn:

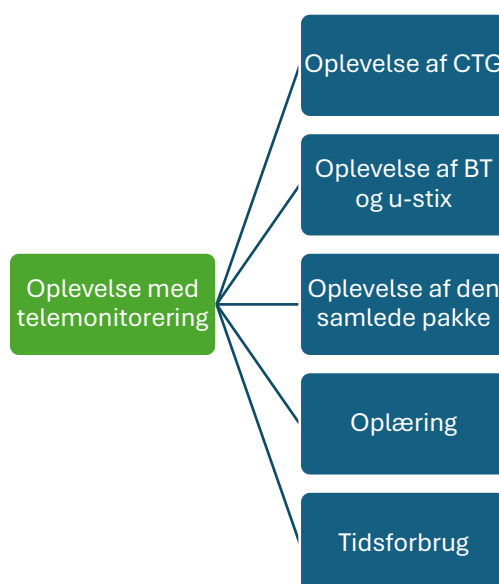
"(...), men jeg kan huske at man skulle lave den her CTG på et bestemt tidspunkt på dagen. Jeg tror nok det var om morgenen mellem var det 7 og 8? Det var i hvert fald sådan et tidspunkt der nogle gange, når man nu har børn der skal afleveres og så videre, at det sådan ind imellem, det er jo lidt besværligt." (Informant 2, linje 57-60)

En informant påpeger, at det efter barsel har været lettere at få målingerne til at passe ind i hverdagen. Informanten fortæller yderligere, at det før barslen kunne være en udfordring, da målingerne ofte kræver en tidlig start forud for arbejdsdagen:

"Ja det synes jeg, efter ja, efter jeg gik på barsel, så havde det været fint. Så har jeg haft fri, ellers så har det været sådan lidt oh fuck jeg skal tidligt op og nå på arbejde" (informant 8, linje 74-76)

4.2.3. Oplevelse med telemonitorering

Temaet 'Oplevelse med telemonitorering' indeholder underkategorierne: 'Oplevelse af CTG', 'Oplevelse af blodtryk (BT) og u-stix', 'Oplevelse af den samlede pakke', 'Oplæring samt 'Tidsforbrug' er illustreret på figur 36.



Figur 36: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Oplevelse med telemonitorering'. Underkategorierne er: 'Oplevelse af CTG', 'Oplevelse af BT og u-stix', 'Oplevelse af den samlede pakke', 'Oplæring' og 'Tidsforbrug'.

Oplevelse af den fulde telemonitoreringspakke

Gennem dataindsamling er det blevet tydeliggjort, at informanterne udtaler sig om deres oplevelser i relation til den fulde telemonitoreringspakke, herunder blodtryksmålinger, urinundersøgelse samt CTG-målinger. Der er blandede oplevelser med den fulde telemonitoreringspakke, hvortil én informant påpeger, at det er god pakke og beskriver det som 'smart':

Jeg synes det er en god pakke (...) Nej, Jeg synes faktisk de er lige relevante alle sammen. (...) men efter jeg har været igennem det her, der synes jeg virkelig. Det er virkelig smart. (Informant 8, linje 305, 303 og 323)

To andre informanter beskriver at dele af pakken har fungeret godt, herunder urinundersøgelse, men understreger også, at de har oplevet udfordringer med CTG-målingen:

Jeg synes at Ambuflexen har fungeret rigtig fint, så jeg ikke skal ind og tisse på en pind og sidde der til målinger hver uge. Jeg synes også hjemmemonitoreringen i princippet har været en god løsning, men ud af fire gange jeg skulle have kørt der har to af gangene ikke fungerede så jeg skulle lave den om" (Informant 10, linje 21-24)

"Jamen, altså to ud af tre ting fungerede super, og én ting havde tekniske udfordringer (Informant 16, linje 101)

Oplevelse af blodtryksmåling og urinundersøgelse

Én informanter tilkendegiver en generelt positiv oplevelse ifm. måling af blodtryk og urinundersøgelse:

"(...) og det synes jeg egentlig har fungeret rigtig godt." (informant 11, linje 9)

I denne sammenhæng påpeger to andre informanter, at måling af blodtryk og urinundersøgelse efterhånden er noget de er vant til:

"Altså jeg er rimelig vant til at måle blodtryk. Så det fungerer nemt nok. (...) Så det fungerer nemt. Urin-noget fungerer også fint." (Informant 16, linje 15 og 17)

"Så jeg synes faktisk det har fungeret rigtig fint, og jeg tror også generelt altså så er man jo vant til efterhånden at måle blodtryk og stiks urin prøver og så videre selv. Så jeg synes egentlig sådan helt overordnet det fungerer fint." (Informant 2, linje 44-46)

Én informant påpeger dog, at det har været en større udfordring at få påsat blodtryksmanchetten alene, hvorfor hun skulle bruge flere forsøg:

"Så jeg selv skal sætte den på, altså i det her eddermame givet mange frustrationer og Jeg har prøvet 7-8 gange flere gange fordi den der blå manchet der ikke bare selv snurrer rundt om armen den, den er eddermame svær at få sat på alene." (Informant 10, linje 186-188)

Oplevelse af CTG-måling

Ifm. oplevelsen af CTG-måling blev informanterne adspurgt om de fik hjælp af sin partner til påsætning af elektroder. Hertil tilkendegiver informant 10, at hun ikke fik hjælp af sin partner,

til at påsætte CTG-elektroderne og hun beskriver at hun selvstændigt kunne påsætte elektroderne, hvis hun stod foran et spejl:

“Altså stod jeg og kiggede i spejlet, så kunne jeg sagtens selv sætte det på. Det var ikke noget problem.” (Informant 10, linje 90-91)

Flere informanter tilkendegiver mere udfordrende oplevelser med CTG. Én informant beskriver, at hun skulle have anvendt CTG, som telemonitorering, men at det ikke virkede, hvorfor hun i stedet skulle have foretaget denne måling på sygehuset:

“Jamen, Det var egentlig fordi at da jeg var på sygehuset der ville vi jo lave en test af, hvordan det fungerede. Jeg også kunne se hvordan det fungerede i forhold til at jeg kunne gøre det hjemmefra. Men, der kunne vi simpelthen ikke få det til at virke allerede deroppe, så derfor fik jeg den ikke med hjem, så derfor får jeg bare at CTG her på vores sygehus her i byen.” (Informant 11, linje 16-19)

En anden informant fortæller ligeledes, at hun havde store problemer med at få udstyret til at virke:

Jeg havde ret store problemer med at få det der Nemo til at virke. (Informant 16, linje 15-16)

Oplæring

Ifm. dataindsamlingen fremkom det, at oplæringen i telemonitorering blev oplevet som grundig og let at følge, ofte med støtte fra sundhedspersonale og mulighed for inddragelse af pårørende. En informant forklarer, at hun blev oplært i brugen af udstyret på sygehuset, ved at få en grundig gennemgang af hvordan blodtryksmåling, urinundersøgelse samt CTG-måling skulle udføres. Derudover havde hun hendes mand med til oplæring, da hun gav udtryk for at det var komfortabelt at have ham med:

“Der var lige sat sådan et ekstra kursus på, hvor jeg så bare selv skulle prøve at gøre alle de her ting, som jeg ville skulle gøre derhjemme - (...), hvor jeg tror, jeg ved ikke om det har været en jordemoder eller sygeplejerske, et eller andet. Der simpelthen har guidet igennem de forskellige steps, hvor jeg så bare selv skulle gøre det. Der er også noget med, hvordan man skal sætte de her små plader på til det CTG udstyr og så videre. Jeg tænker blodtryk og så videre det er lidt hvad det er, det har vi prøvet efterhånden. Hvis den laver en fejl, så må man jo lave en ommer men, men det er mest lige at få placeret de ting.” (Informant 2, linje 78-84)

(...) Jeg tror jeg havde min mand med til oplæring også, for jeg synes alligevel at det er rart nok at vi 2 der har fået introduktionen”. (Informant 2, linje 86-87)

En anden informant fortæller, at hun blev introduceret til udstyret i samtale med en jordemoder og oplever det som enkelt at anvende:

“Jamen, det var egentlig meget fint, fordi vi prøvede det, da jeg sad og snakkede med jordemoderen i Aalborg og prøvede lige hvordan det var at sætte det ind i den der. Og så synes jeg det fungerer. Det er jo egentlig meget ligetil, og den fortæller, hvad man skal hele vejen igennem, så det synes jeg egentligt var meget simpelt.” (Informant 11, linje 29-32)

En tredje informant udtrykker, at hun føler sig tilstrækkeligt forberedt på at anvende udstyret hjemme, da hun har modtaget oplæring samt fået udleveret et vejledningsark:

"Jeg følte jeg jo var godt nok klædt på til at bruge det (...) Så jeg synes egentlig, jeg var fint sat ind i det. Så har jeg selvfølgelig også fået de der vejledningsark med hvordan man gør." (informant 10, linje 70 og 68-69)

Tidsforbrug

Der ses en vis variation i informanternes oplevelse af, hvor lang tid telemonitoreringen tager. Dette kan til dels afspejle reelle forskelle eller kan forklares ved at informanternes subjektive vurdering af hvad der tælles med i tidsforbruget, er forskelligt. En informant angiver, at hun samlet bruger 45 minutter om ugen:

"45 minutter i ugen. Jeg tror, jeg har brugt et kvarter på sådan at gøre klar, tage af også den der halve time den skal køre" (Informant 10, linje 115-116)

En anden informant påpeger, at selve registreringen i systemet Ambuflex er hurtigt overstået, men at hvis det samlede tidsforbrug for udførsel af målingerne inkluderes, tager det omkring 30 minutter:

"Det tager måske maks 5 minutter altså det kommer an på om du vil have tiden med hvor jeg måler mit blodtryk og tiden med hvor, jeg er ude at stix min urin og sådan nogle ting, fordi det tager jo selvfølgelig noget tid. Men i forhold til at indberette de ting der er, det tager ikke ret lang tid (...) Jamen der bruger jeg nok, fordi jeg nogle gange bruger god tid når jeg sidder i forhold til blodtryk. Det er nok en halv time eller sådan noget." (Informant 11, linje 59-62 og 65-66)

En tredje informant oplevede dog, at tekniske problemer forlængede udførslen af målingerne med et par timer:

"Altså nu brugte jeg jo rigtig lang tid, fordi det ikke virkede. Altså hvis det havde virket i første omgang, så havde det jo været super fint, så havde det jo bare lige været de der måske 3 kvarter eller sådan noget. Men jeg brugte da i hvert fald, det ved jeg ikke, halvanden time eller sådan noget tror jeg. 2 timer måske. Ej måske ikke helt 2 timer, halvanden time vil jeg sige. Men igen, jeg har nok været lidt uheldig" (Informant 16, linje 56-60)

En fjerde informant fremhæver desuden at der også indgår andre opgaver såsom at klargøre udstyr, måle blodtryk og udføre urinundersøgelse samtidig med at hun bruger tid efter målingerne på at pakke udstyret sammen. Dermed kan tiden hurtigt løbe op, når der medregnes forberedelse og oprydning for udførslen af målingerne:

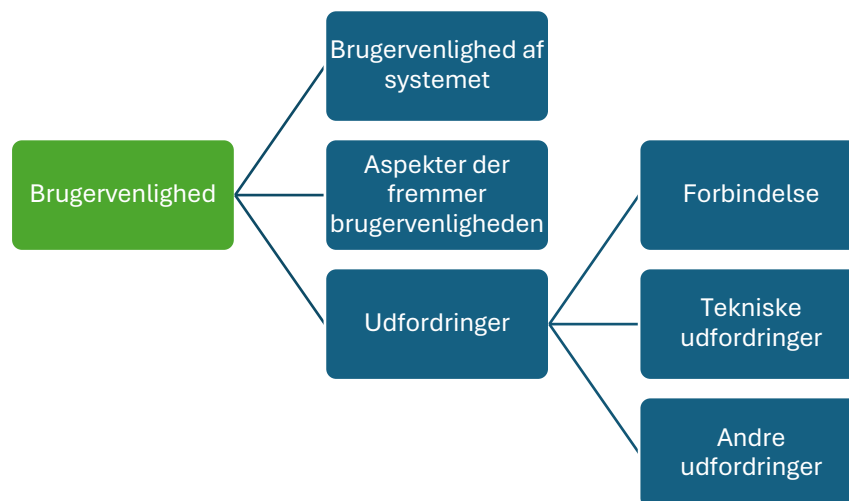
"Altså jeg vil skyde på jeg har brugt omkring 3 kvarter. Jeg kan ikke lige huske, kan det passe at det er en halv time den skal køre eller sådan noget den der. CTG, 20 minutter [til] en halv time men altså inden man har tingene klargjort og man har målt blodtryk og stix'et urin og alt det der inden, så går der sådan noget ja 3 kvarter til en time. Det synes jeg hurtigt forsvinder, fordi man skal jo også have pakket tingene, hvad skal vi sige forsvaret sammen bagefter? Der er jo også, ja ikke papir, men det er plastik eller lignende der sådan skal henover for at det der gel og lignende ikke tørrer ud, så der går da noget tid med det. Men ja det er jo sådan det er." (Informant 2, linje 117-123)

Lignende vurderes det af en informant, at hele processen samlet tager omkring en time, hvoraf en del er selve monitoreringen:

"Altså det [sammenlagt] sammenlagt nok en time (...) og hvor man monitoren det tager 33 minutter af tiden." (Informant 8, linje 204 og 212)

4.2.4 Brugervenlighed

Temaet 'Brugervenlighed' indeholder underkategorierne: 'Brugervenlighed af systemet', 'Aspekter der fremmer brugervenligheden' samt 'Udfordringer' der har følgende underkategorier: 'Forbindelse', 'Tekniske udfordringer' samt 'Andre udfordringer' og er illustreret på figur 37.



Figur 37: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Brugervenlighed'. Underkategorierne er: 'Brugervenlighed af systemet', 'Aspekter der fremmer brugervenligheden' og 'Udfordringer'. Underkategorien 'Udfordringer' dækker endvidere 'Forbindelse', 'Tekniske udfordringer' samt 'Andre udfordringer'.

Brugervenlighed af systemet

I løbet af dataindsamlingen blev det tydeliggjort, at systemets brugervenlighed generelt blev vurderet nemt at anvende. Endvidere var der videomateriale som understøttede brugervenligheden. Overordnet beskriver to informanter at systemet, i relation til CTG-målingen, som værende brugervenligt og nemt at bruge:

Jeg synes egentlig systemet det var nemt at bruge (Informant 10, linje 69)

(...) brugerfladen og den måde man bliver guidet igennem på og det med at skulle sætte tingene på virkede egentlig ret enkelt. (Informant 16, linje 17-19)

En anden informant beskriver desuden, at selvom der opstod problemer, var det stadig nemt at prøve igen, for at få udført en korrekt CTG-måling.

“Så jeg synes egentlig det her det fungerer ret nemt. Jeg har da prøvet hvor én af de der, jeg ved ikke om man skal kalde det plader eller hvad, til det CTG der sidder, hvor jeg lige skulle flytte den eller hvor den lige skriver nu skal du lige slibe lidt mere og vaske og så videre. Men jeg synes at det er ret nemt fordi den skriver hvis, der er noget der ikke går igennem, så det er ikke. Så må man jo bare prøve en gang til.” (Informant 2, linje 97-101)

Aspekter der fremmer brugervenligheden

Flere informanter påpeger, at det medfølgende video- og billedmateriale har fungeret som en guide ift. de trin kvinderne skulle foretage, når de skulle udføre en CTG-måling:

“Jeg synes det var let fordi alle de videoer der med trin for trin de var med.” (Informant 8, linje 169)

“Men altså Jeg synes virkelig at det har kørt nemt, fordi altså når man følger iPad'en er der jo billede video guides undervejs, (...), så jeg synes egentlig det var ret nemt. Det var sådan næsten dummy proof.” (Informant 2, linje 87-88 og 90)

En informant som kun anvendte blodtryk og urinundersøgelse i hendes telemonitoreringsforløb, beskriver ligeledes, at systemet Ambuflex gav en god beskrivelse på, hvad hun skulle gøre:

“Fordi jeg synes som sagt den der hjemmeside eller hvad man bruger. Den synes jeg faktisk, den giver et godt indtryk eller den giver en god forklaring af, hvad det er, man skal gøre.” (Respondent 11, linje 41-42)

Udfordringer

Derudover fremkom det, at der var udfordringer i relation til særligt CTG. Dette omfattede både forbindelsesproblemer, tekniske udfordringer samt andre generelle udfordringer.

Forbindelse:

Flere informanter udtaler, at de ifm. udførelse af en CTG-måling skulle slibe maveskindet, hvilket gav gener:

“Det er bare det der med, at man skal slibe maven (...). Det kan godt klø og svie lidt bagefter, hvis man har gjort det lidt for hårdt.” (Informant 8, linje 68 og 70)

“(...) den var hård ved maven. Jeg kunne jo se ridser i to, tre, fire dage efter, fordi huden i forvejen er sart” (Informant 10, linje 77-78)

Derudover er der også én informant som beskriver at hun indimellem har været nødt til at placere elektroderne anderledes, fordi forbindelsen ikke var optimal, hvorfor elektroderne ikke ville oprette forbindelse til Nemo Remote Link.

“(...) en af gangene skulle jeg tage en af de der klistermærker af og på igen, fordi den ikke lige helt ville connecte med den grønne dims.” (Informant 8, linje 189-190)

Tekniske udfordringer:

Tre informanter oplever tekniske udfordringer ifm. udførslen af CTG-målingerne. En af informanterne oplever at CTG-målingen ikke var blevet sendt alligevel pga. en fejl i systemet:

“Så bliver det lige pludseligt lidt besværligt, når nu man skal stå tidligt op, for at have sendt det inden kl. 08:30, og så er den ikke sendt alligevel pga. en fejl i systemet.” (Informant 10, linje 24-25)

Samme informant udtaler sig herefter, at hun i den forbindelse blev kaldt ind på sygehuset, for at få foretaget en ny måling, men at det også gav nye tekniske udfordringer. Informanten var ikke blevet oprettet korrekt i systemet igen, hvorfor CTG-målingen endnu engang var gået tabt:

“(...) der har jeg så været inde til en hjertelydskurve på sygehuset, og så har de ikke fået oprettet mig igen i systemet. Så da jeg havde lavet den [målingen], så var jeg ikke koblet til apparatet. (...). Så det var en fejl fra deres side af.” (Informant 10, linje 104-106 og 108)

En anden informant oplever lignende udfordringer som informant 10 og beskriver:

“(...) og så, da jeg endelig fik det til at fungere, så har der åbenbart været tekniske udfald, eller et eller andet, hvor den så ikke har målt. Så teknisk synes jeg, det var lidt frustrerende.” (Informant 16, linje 19-21)

En tredje informant havde allerede tekniske udfordringer ifm. oplæring af CTG-målingen. På sygehuset var forbindelsen ikke særlig god, hvilket gav en hakkende forbindelse, hvorfor målingen ikke kunne gennemføres. Dette medførte også at informanten ikke blev tilbudt CTG som telemonitorering, men kun fik tilbudt blodtryk- og urinundersøgelse som telemonitorering:

“Jamen de snakkede noget om, at nogle gange så var det ift. forbindelsen, at den ikke var særlig god på sygehuset. Vi kunne slet ikke få den startet op dengang.” (Informant 11, linje 131-133)

“(...) havde det nu bare kørt den dag, så kunne det også godt være at jeg havde været helt tryk i det, i stedet for at man får sådan en hakkende oplevelse og forbindelse.” (Informant 11, linje 206-208)

Andre udfordringer:

Informant 11 tilføjer, at når hun har fået udført en CTG-måling på sygehuset, så har sundhedspersonalet generelt haft svært ved at finde barnet på monitoreringen pga. bevægelse fra barnet:

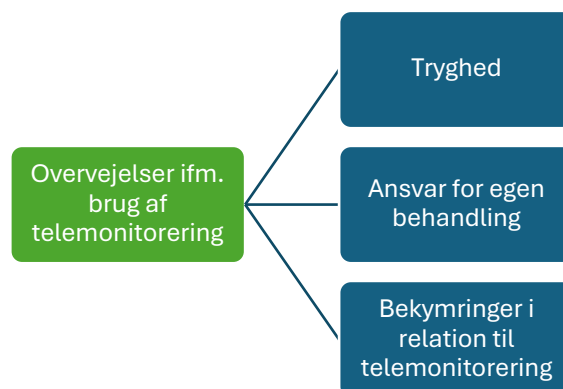
“(...) og så kan jeg også se, når jeg så har været på sygehuset, så har de også nogle gange haft svært ved at fange ham, men det er jo så fordi han flytter rundt inde i maven og sådan ting.” (Informant 11, linje 165-166)

En anden informant havde en lignende udfordring som informant 11, hvor barnet var svært at finde i maven, fordi barnet vendte forkert i maven:

“Hun har vendt forkert i maven, så det sagde de også på forhånd, at der er større chance for at den er sværere at måle.” (informant 10, linje 32-34)

4.2.5. Overvejelser ifm. brug af telemonitorering

Temaet 'Overvejelser ifm. Brug af telemonitorering' indeholder underkategorierne: 'Tryghed', 'Ansvar for egen behandling' samt 'Bekymringer i relation til telemonitorering' og er illustreret på figur 38.



Figur 38: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Overvejelser ifm. brug af telemonitorering'. Underkategorierne er: 'Tryghed', 'Ansvar for egen behandling' og 'Bekymringer i relation til telemonitorering'.

Tryghed

Gennem dataanalysen blev det tydeliggjort at interviewene gav indsigt i tryghed, ansvar for egen behandling samt bekymringer, når de gravide skulle anvende telemonitorering. Flere informanter angav at de var trygge under telemonitoreringsforløbet:

“og så har jeg fået svar bagefter, så det har også været lidt betryggende for en selv. At der lige kommer et svar, at alt så fint ud, og at der var ikke noget at komme efter.” (Informant 8, linje 41-43)

“jeg tror egentlig at jeg var tryk nok ved at prøve at løse det selv” (Informant 16, linje 45-46)

Ydermere fortæller én informant at hun følte sig tryk efter at have fået det vist på sygehuset:

“Det var jeg efter at de havde vist det heroppe” (Informant 8, linje 278)

En anden informant påpeger at hun i forvejen er ret selvstændig, hvorfor det for hende var vigtigst at barnet havde det fint:

(...) Jeg tror også altså generelt, så er jeg ret selvkørende på den slags. Jeg kan selvfølgelig ikke tjekke prøveresultater og scanne mig selv og så videre, men ellers så generelt, så har jeg styret tingene meget selv, men Der er nok også lidt forskel på hvad behov man har, for at andre skal kontrollere det. Men Jeg synes om det kører det ene det andet sted, så længe de kan, de kan jo tjekke hvordan den lille pus har det, og det er jo det det vigtigste. (Informant 2, linje 162-167))

En anden informant understreger dog at hun følte sig mest tryk ved at CTG-målingen blev udført på sygehuset

“Så kan jeg måske være lidt glad for at det ikke duede, fordi jeg måske også lige på det her område er mere tryk i at de gør det på sygehuset. Hvis de synes det giver mening.” (Informant 11, linje 152-153)

Samme informant italesætter, at fordi det var første gang, at hun var gravid, var hun meget nervøs, hvorfor det også var en lettelse for hende ikke at skulle gøre det hjemme:

“men jeg synes i hvert fald man skal være opmærksom på hvordan og hvorledes i forhold til det også. Specielt når det er første gang. Jeg er godt med på, at nogle gange så skal man også bare prøve det og kaste sig ud i det, og så må man jo se om det fungerer og det ja sådan er det jo med mange ting. Men jeg kunne godt mærke allerede dengang vi skulle prøve det, (...) det kunne jeg godt mærke allerede fik lidt nerver på at ugen efter okay, nu skal du altså selv gøre det her. Så kunne jeg godt mærke at jeg blev sådan lidt lettet. Da hun sagde jamen du kommer bare ind på sygehuset til et CTG i stedet for.” (Informant 11, linje 179-186)

Ansvar for egen behandling

To af informanterne tilkendegiver, at telemonitorering giver dem mere ansvar for egen behandling:

“Det var fint, at jeg fik mere ansvar.” (Informant 16, linje 87)

“Jeg synes det giver ansvar.” (Informant 11, linje 94)

En informant blev også stillet et opfølgende spørgsmål om det var for meget ansvar, hvortil hun beskrev, at det ikke var for meget:

“Nej slet ikke.” (Informant 8, linje 274)

En anden informant understreger dog, at det ikke gav mere ansvar, da de grundet deres diabetes er vant til at varetage egen behandling:

“Men jeg tror nu når man er diabetiker så har man lidt en. Er man vant til at eget ansvar. Så Jeg tror ikke det er noget jeg har tænkt over i hvert fald.” (Informant 10, linje 148-149)

Bekymringer i relation til telemonitorering

Ifm. anvendelsen af telemonitorering angiver tre informanter, at deres bekymringer har været relateret til tekniske udstyret funktionalitet:

“Nej, det havde jeg faktisk ikke. Jeg tror måske også at jeg har den, at hvis nu der er noget der ikke virkede, slet ikke gad, altså så er det jo ikke værre end at de må give mig et opkald og så bede mig om at komme derind altså. Det er det største problem der snart kan være.” (Informant 2, linje 157-159)

“Når jeg skulle op altså starte op, sætte dem på og gøre det helt klart, så var jeg sådan lidt jeg håber det virker agtigt” (Informant 8, linje 264-265)

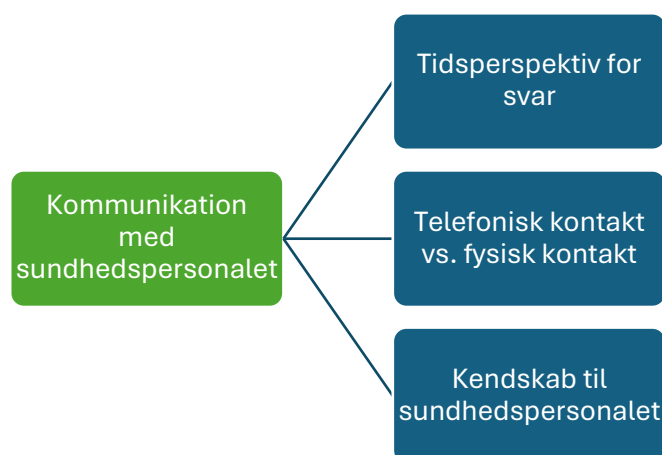
“Hmmm. Ja om det ville komme til at virke eller om jeg sådan skulle bøvlde meget med det.” (Informant 16, linje 82)

En informant påpeger, at hun som gravid for første gang var mere nervøs ift. om det hun gjorde, var korrekt:

“Så man kan jo altid have en bekymring om, synes jeg i hvert fald. Det er specielt når man står både her, og det er første graviditet og alting, om man nu får målt rigtigt. (...) Det er det som jeg kan se altså som giver mening også ja håbe på eller ikke håbe på, det lyder så forkert. Men man kan jo godt have en vis usikkerhed i forhold til at alting egentlig bare spiller på den måde.” (Informant 11, linje 86-90)

4.2.6. Kommunikation med sundhedspersonalet:

Temaet ‘Kommunikation med sundhedspersonalet’ indeholder underkategorierne: ‘Tidsperspektiv for svar’, ‘Telefonisk kontakt vs. Fysisk kontakt’ samt ‘Kendskab til sundhedspersonalet’ og er illustreret på figur 39.



Figur 39: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Kommunikation med sundhedspersonalet'. Underkategorierne er: 'Tidsperspektiv for svar', 'Telefonisk kontakt vs. fysisk kontakt' og 'Kendskab til sundhedspersonalet'.

Tidsperspektiv for svar

Samtlige informanter udtaler sig, at de hurtigt fik svar på deres målinger, efter at de havde indsendt det via systemet Ambuflex samt tablet tilhørende NEMO. En informant udtaler, at hun fik svar efter ca. 1 time:

“Ja, men det gjorde hun jo sådan rimelig hurtig. Måske 1 times tid efter.” (Informant 16, linje 80)

Andre informanter kunne ikke huske præcis, hvor lang tid der gik før de fik svar på deres målinger, men beskrev at de fik umiddelbart svar allerede samme formiddag eller i løbet af et par timer:

“Altså jeg husker det som om det var lige umiddelbart efterfølgende og inden for en times tid, sådan noget. Jeg tror nok de havde booket, sådan fra morgenen af og så skulle man lave det mellem 7 og 8 og så har de nok haft

2 timer til at tjekke alt igennem de får ind eller noget i den stil. Men jeg husker det i hvert fald som om, at det var noget man umiddelbart fik svar på.” (Informant 2, linje 151-154)

“Det gik faktisk ret hurtigt. Jeg tror, altså det var i løbet af samme formiddag, man fik svar.” (Informant 8, 259)

Information 2 tilføjer desuden, at hun havde en forventning om, at hvis der var noget som ikke var som det skulle være, at hun ville modtage et opkald fra jordemoderen:

“Jeg forestiller mig, at hvis der var noget der ikke var som det skulle være, at så fik man måske et opkald i stedet for.” (Informant 2, linje 133-134)

Telefonisk kontakt vs. fysisk kontakt

Informanterne blev ydermere spurgt, om de oplevede at blive lyttet til af sundhedspersonalet i samme grad, når de selv stod for målingerne derhjemme, når kontakten med sundhedspersonalet primært foregik via mail eller telefon. To af informanterne tilkendegav, at de ikke følte, at det blev overfladisk og at de følte sig lyttet til i samme grad, som hvis det havde været fysiske aftaler:

“Og føler du, at man bliver lyttet til på samme måde, når det foregår gennem telefoniske opkald, såvel som når det foregår fysisk?” (Interviewer, linje 247-248)

“Det synes jeg.” (Informant 8, linje 249)

“Ja, så det bliver ikke overfladisk når det går gennem en telefon?” (Interviewer, linje 252) *“Overhovedet ikke.”* (Informant 8, linje 253)

“Jeg føler at der er blevet lyttet fint til hvad jeg har sagt hver gang jeg snakkede med hende, men vi har ikke haft så meget telefonkontakt.” (Informant 10, linje 133-134)

En informant udtaler sig endvidere, at såfremt hun har haft nogle spørgsmål, så har hun bare kontaktet afdelingen som har kunne give et konkret svar:

“Hvis jeg har haft nogle spørgsmål til et eller andet, så har jeg ringet op. Men det har bare måske været en sekretær, der lige har undersøgt noget for mig.” (Informant 11, linje 78-80)

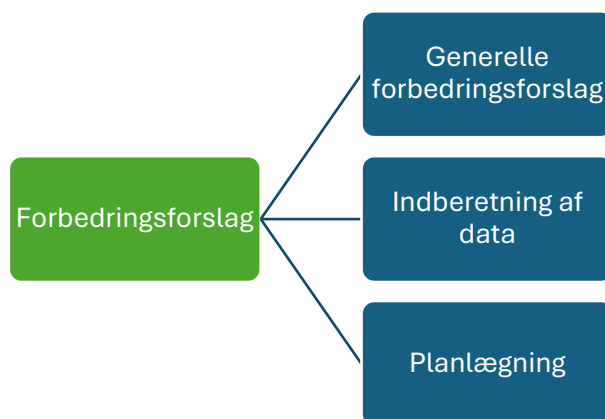
Kendskab til sundhedspersonalet

Informant 2 påpeger desuden, at det er særligt vigtigt at have kendskab samt en relation til sundhedspersonalet, når kontakten foregår telefonisk, i modsætning til ved fysiske konsultationer:

“Jeg tror ja og nej, men med den på at når man har mødt personerne før, så synes jeg at det er lettere. Men hvis nu det var en fremmede jeg skullet få et opkald fra, så synes jeg at det er lidt ... man får alligevel et kendskab til folk og hvordan de er. Og vi kender det nok også alle, der er nogle læger osv. der er stramme i betrækket og så er der andre der godt kan fyre en joke af osv. Der er også kæmpe forskel på, og det er bare lettere at læse folk fysisk end det er pr. telefon.” (Informant 2, linje 142-146)

4.2.7. Forbedringsforslag:

Størstedelen af informanterne havde forbedringsforslag, som indebærer både generelle og mere specifikke forbedringsforslag. Derfor indeholder temaet 'Forbedringsforslag' følgende underkategorierne: 'Generelle forbedringsforslag', 'Indberetning af data' samt 'Planlægning' og er illustreret på figur 40.



Figur 40: Oversigt over underkategorier tilhørende temaet 'Forbedringsforslag'. Underkategorierne er: 'Generelle forbedringsforslag', 'Indberetning af data' og 'Planlægning'.

Generelle forbedringsforslag

Af generelle forbedringsforslag er der særligt én informant som giver udtryk for et ønske om en blodtryksmanchet som man kan operere med én hånd:

“Så skulle det være en anden form for manchet som er nemmere at operere med én hånd.” (Informant 10, linje 190)

En anden informant har et ønske om at kunne få hjælp tidligere på dagen, såfremt der er behov for hjælp til telemonitoreringen ved tekniske problemer:

“Nej, altså så skulle det lige være, at man kunne få hjælp tidligere på dagen. De vil jo gerne have at man sender tallene ind, inden de [sundhedspersonalet] møder på arbejde, og det gør, at man ikke rigtigt kan få fat på nogle, hvis noget ikke virker. Så det kunne måske være fint, hvis der f.eks. om onsdagen var nogen der mødte før, så man kunne ringe ind til nogen.” (Informant 16, linje 114-117)

Til trods for at blodsuktermålinger ikke er en del af den telemonitoreringspakke der tilbydes til gravide med prægestationel diabetes, udtrykker én informant et ønske om, at langtidsblodsuktermålinger – som de gravide lejlighedsvis skal have foretaget – også kunne indgå som en del af telemonitoreringspakken:

“Jo, altså måske langtidsblodsukker. Det ved jeg, man på et tidspunkt kunne tage derhjemme og sende ind med posten eller noget. Nu har jeg heldigvis en læge lige i nærheden, så det er okay nemt, men det kunne være nemt at tage det derhjemme også.” (Informant 16, linje 126-128)

Indberetning af data

To informanter har et ønske om en ændring af de tidspunkter for hvornår målingerne skal indberettes. Informant 10 fremhæver, at telemonitoreringen ikke passer ind i hendes morgenrutine, da hun i høj grad har været plaget af morgenkvalme under graviditeten:

“Jeg tror for mig, der ville det have givet en større frihed, hvis jeg f.eks. kunne lave den aftenen inden, i stedet for at det skulle være om morgenen, så kunne jeg planlægge min tid lidt bedre. Ift. Nu har jeg døjet rigtigt, rigtig meget med morgenkvalme, så det er sådan lidt med at komme op, og skulle nå at kaste op, inden man skal have lavet de [målinger] der, og den skal nu også sendes til et tidspunkt. Så det kunne have været rart for mig, at den kunne sendes aftenen forinden (...).” (Informant 10, linje 173-177)

Informant 2 giver udtryk for manglende fleksibilitet idet nogle gravide kan have et arbejde hvor de ikke har mulighed for at gå ind og lægge sig og foretage målingerne:

“Men det var nok der, jeg nogle gange lige kunne drømme om, at der var lidt mere fleksibilitet at sige, jamen gør det på dagen når det passer dig. Nogle kan måske heller ikke lige så nemt på arbejdet, lige få lov til at gå ind og lægge sig.” (Informant 2, linje 61-63)

Samme informant er dog også bevidst om, at der formentligt ligger nogle praktiske årsager samt ressourcer til grund for, hvorfor målingerne skal indsendes på et bestemt tidspunkt og tilføjer:

“(...), men jeg ved også godt at der ligger nok noget praktisk ind over det fra sygehusets side ift. Deres ressourcer og personale ift. hvordan det er gjort.” (Informant 2, linje 175-177)

Planlægning

I forlængelse af ændring for tidspunkt for indberetning af målinger giver flere informanter også udtryk for et ønske om bedre planlægning. Informant 10 fremhæver et ønske om ikke skulle lave telemonitoreringen derhjemme på dage, hvor hun allerede har en aftale på sygehuset. Hun begrundet dette med ønsket om at udnytte ventetiden på sygehuset mere effektivt, samtidig med at det kan være svært at nå målingerne om morgenen, før hun skal afsted.

“Jeg ved ikke om jeg havde syntes, at det var bedre at skulle lave dem oppe på sygehuset, når jeg alligevel var her (...). Altså der er jo som regel ventetid alligevel i sådan en dag, når man har tre, fire konsultationer. Der kan jeg måske godt være sådan lidt, at skulle stå endnu tidligere op end mine tider var i forvejen, for at nå at lave den [målingerne], inden jeg alligevel skulle herop. (...). Det tror jeg måske, jeg synes var lidt besværligt.” (Informant 10, linje 161-165 og 167-168)

En anden informant beskriver en lignende udfordring, hvor hun fysisk ikke kunne nå at gennemføre målingen derhjemme, inden hun skulle være på sygehuset, pga. transportmæssige vanskeligheder:

“jeg mindes nogle gange hvor jeg sådan først skulle lave altså alle de her målinger hjemmefra og så senere skulle ind på sygehuset, og der tror jeg, der var en enkelt gang, hvor jeg tænkte, jeg kan simpelthen ikke nå det,

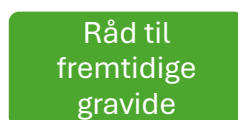
fordi hvis jeg skal køre ind til jer og nå til den tid, så kan jeg ikke have lavet det hjemmefra om morgenen.” (Informant 2, linje 177-181)

Én af informanterne havde bopæl i Thisted under hendes graviditet, men da CTG-målinger ikke kunne foretages som en del af telemonitoreringen, betød det at hun skulle have foretaget CTG-målinger på hospitalet hver uge. Disse blev skiftevis foretaget på AAUH og Thisted sygehus. I den forbindelse udtrykker hun et ønske om, bedre systemintegration, så sundhedspersonalet fra AAUH kunne booke en tid for hende i Thisted i den efterfølgende uge, i stedet for at hun selv skulle kontakte Thisted Sygehus for at aftale en tid til CTG:

“Øh på nogle områder, så kunne man måske godt have ønsket sig, at der var lidt mere samarbejde mellem de forskellige sygehuse (...). (...) det der med at nogle systemer der snakkede sammen ift. At så kunne de lige gå ind og booke den tid i Thisted.” (Informant 11, linje 105-107)

4.2.8. Råd til fremtidige gravide

Temaet ‘Råd til fremtidige gravide’ indeholder ikke underkategorier, da de gravide hver især havde forskellige råd, og er illustreret på figur 41.



Figur 41: Temaet ‘Råd til fremtidige gravide’

Størstedelen af informanterne kom i slutningen af interviewene med råd til fremtidige gravide, hvortil to informanter beskriver at telemonitorering er godt tilbud at tage imod, da det kan give dem noget mere frihed:

“så det er et tilbud, man skal takke ja til? (Interviewer, linje 134)

”Ja ja, helt klart.” (Informant 16, linje 135)

“Omfavner det i det omfang, det kan lade sig gøre. (...) For det giver noget frihed i den anden ende også.” (Informant 11, linje 210 og 212)

Informant 11 uddyber, at telemonitorering ydermere kan bidrage til mere fleksibilitet, men at fremtidige gravide skal tage imod det i det omfang, der giver mening for dem:

Jamen jeg synes jo bare tage imod det og omfavne det fordi igen ellers så kan der hurtigt blive rigtig mange aftaler at løbe til. (...) Det giver bare en frihed på en eller anden måde. At man ikke nødvendigvis skal deroppe for både at have taget blodprøve, altså sådan nogle ting, der også i det her tilfælde er egentlig simpelt at gøre hjemmefra. (...) Så jeg tænker gribe fat i det og tage det og bruge det i det omfang man synes, også at man selv synes det giver mening for en. (Informant 11, linje 193-199)

Informant 8 nævner desuden, at det kan være en god idé med underholdning imens CTG-målingen foretages, da det er længere tid man skal sidde stille:

(...) inden at man begynder at have noget med, se noget serie eller hygge sig med det eller et eller andet, fordi det er jo alligevel lige en halv time man skal bare sidde. (Informant 8, linje 334-335)

4.3 Syntese af resultater

I følgende afsnit præsenteres en kondenseret fremstilling af resultaterne med fokus på de mest væsentlige fund. Indledningsvist vil der fremgå en syntese af de kvantitative resultater, efterfulgt af en syntese af de kvalitative resultater. Dette for at skabe overblik af specialets resultater.

Syntese af kvantitative resultater:

Generelt ligger de fleste medianer mellem 2 og 4, hvilket tyder på overvejende positive eller neutrale svar. Især spørgsmål 14 og 15 har høje medianer, omvendt viser spørgsmål 2, 3 og 19 lave medianer. Endvidere angiver et flertal af respondenterne at være enige i at det telemedicinske system sparer dem transporttid, dækker deres behov for sundhedsydelser samt at telemedicin er en acceptabel måde at modtage sundhedsydelser på. Der ses betydelig variation i svarfordelingen på flere spørgsmål f.eks. spørgsmål 4, 10 og 11 som har en bred IQR. Outliers optræder i flere tilfælde, hvilket tyder på, at enkelte respondenter har haft markant anderledes oplevelser end flertallet.

Syntese af kvalitative resultater:

Telemonitorering har særligt haft værdi for den gravide ift. at mindske behovet for transport, særligt for dem der havde længere transporttid. Foruden dette har det bidraget med større fleksibilitet i hverdagen, da informanterne ikke skulle ind på sygehuset hver uge, hvilket både gør det lettere at håndtere i hverdagen samt mindsker behovet for koordinering med sundhedsprofessionelle. Informanterne har overordnet været glade for den fulde telemonitoreringspakke, men det understreges også at særligt CTG-målingen for nogle informanter har skabt udfordringer. Generelt synes informanterne, at det var nemt at måle BT og lave urinundersøgelse. Flere af informanterne beskrev telemonitoreringen som værende nemt at bruge, særligt grundet det tilhørende videomateriale. Dog påpeger flere informanter også udfordringer i relation til forbindelsen, da flere skulle slibe huden flere gange, hvilket ledte til gener. Ydermere oplevede flere af informanterne tekniske udfordringer ift. forbindelsen. Overordnet angiver informanterne, at de er trygge i at anvende telemonitorering samt løse problemer selv, hvis de skulle opstå. Primært var kvindernes bekymringer relateret til om udstyret virkede, når de skulle lave målingerne. Flere informanter tilkendegav, at det ikke blev overfladisk når kontakten foregik telefonisk sammenlignet med fysisk kontakt. Derudover påpeger flere at det kunne være svært at nå at lave målingerne hjemme, hvis de også havde aftaler på sygehuset samme dag, hvorfor der var et ønske om bedre planlægning. Overordnet var der flere forbedringsforslag, hvortil flere havde et ønske om mere fleksibilitet ift. hvornår de skulle indberette data for større frihed.

4.4 Fortolkning af resultater

I følgende afsnit, vil der fremgå en fortolkning af resultaterne fra henholdsvis spørgeskemaerne samt interviewene, hvilket vil blive sat op mod centrale aspekter i TAM. Formålet med fortolkningen er at skabe en dybere forståelse af, hvordan de indsamlede data relaterer sig til gravidens oplevelse med anvendelsen af den fulde telemonitoreringspakke.

Opfattet nytteværdi af telemonitoreringspakken

Den opfattede nytteværdi fremstår gennemgående som en central faktor for deltageres vurdering af teknologien. Resultaterne fra spørgeskemaet viser, at størstedelen af deltagerne oplever, at systemet forbedrer deres adgang til sundhedsydelser samt reducerer transporttiden, hvilket kan opfattes som et positivt udbytte for kvinderne. Dette understøttes desuden af interviewene, hvor flere af deltagerne særligt fremhæver fleksibilitet og tidsbesparelse som fordele ved telemonitorering. Nogle af deltagerne beskriver desuden en oplevelse af øget ansvar samt læring om egen sundhed, hvilket for dem kan understøtte teknologiens nytteværdi. Der er dog også flere deltagere som påpeger, at det kan være vanskeligt at inkorporere telemonitorering i en travl hverdag, hvor der skal tages hensyn til arbejde eller andre børn. Dette er i kontrast til deltagere som er på barsel samt førstegangsfødende, hvorfor det for dem kan antydes at være mere overskueligt. Dette indikerer, at den opfattede nytteværdi er subjektiv og ikke kun er afhængig af systemets funktionalitet, men også af brugernes livssituation (109). Dette gør sig ligeledes gældende for den varierede svarfordeling i spørgeskemaet ift. om den telemedicinske løsning dækker deltageres behov for sundhedsydelser og systemets evne til at kunne gøre som de måtte ønske.

Opfattet brugervenlighed af telemonitoreringspakken

Resultaterne fra spørgeskemaet viser en overvejende positiv vurdering af den opfattede brugervenlighed. Flertallet af deltagerne er enige i, at systemet er enkelt at anvende, nemt at lære og let at forstå, hvilket antyder at systemet grundlæggende opfattes som intuitivt og brugervenligt (117). Dette understøttes af data fra interviewene, hvor flere deltagere fremhæver den visuelle støtte i form af videomateriale og instrukser, som er væsentlige elementer, der bidrager til at gøre det lettere at anvende systemet. Ydermere viser resultaterne fra spørgeskemaet, at størstedelen af deltagerne oplever, at systemet giver fejlmeddelelser og vejledning i hvordan problemer kan løses, hvilket iflg. TAM kan bidrage til at øge den opfattede brugervenlighed (109). På trods af dette er deltageres holdninger varierende ift. om, at det var nemt og hurtigt at komme videre, hvis de lavede fejl, hvilket indikere at nogle har oplevet udfordringer, de ikke

selv kunne løse. Resultaterne fra interviewene understreger desuden, at den opfattede brugervenlighed er med forbehold for, at teknologien fungerer som forventet. Dertil fremhæver flere af deltagerne bekymringer, særligt angående tekniske problemer ift. CTG-målingen. I relation til TAM, kan dette mindske brugernes tillid, påvirke deres oplevelse negativt og derved mindske den oplevede brugervenlighed af systemet (109).

Brugerens holdning til brug af telemonitoreringspakken

Deltagernes holdning til brug af telemonitorering fremstår som gennemgående positiv i både spørgeskemabesvarelser og interviewene. Resultaterne af spørgeskemaet viser, at størstedelen af respondenterne er enten 'Meget enig', 'Enig' eller 'Delvist enig' i at systemet er behageligt at anvende, hvilket indikerer en positiv oplevelse med anvendelsen af telemonitoreringspakken. Ligeledes understøtter spørgsmål otte, at flertallet af deltagerne kan lide at anvende systemet, hvilket er en vigtig indikator for en positiv holdning til brug iflg. TAM. Udover dette opleves telemonitoreringspakken også som meningsfuld og sammenhængende, hvilket ligeledes kan betragtes som en væsentlig indikator ift. deltagernes holdning til brug af telemonitoreringssystemet iflg. TAM (109).

Flere deltagere giver udtryk for en oplevelse af tryghed ifm. anvendelsen af telemonitoreringspakken. De beskriver, at de følte sig trygge ved selv at foretage målinger i hjemmet og oplevede at modtage tilstrækkelig respons og støtte fra sundhedspersonalet. En deltager fremhæver, at hun også følte sig godt klædt på efter oplæring på hospitalet. Foruden dette understregede en anden samtidig, at det var betryggende at få respons på sine målinger. Disse udsagn indikerer, at telemonitoreringspakken ikke blot er funktionel, men også opleves som understøttende og tryk. Denne oplevelse af tryghed og tilfredshed fremstår relativt konsistent på tværs af både det kvantitative og kvalitative data. I spørgeskemaundersøgelsen angav 14 ud af 17 respondenter at være 'Meget enig', 'Enig' eller 'Delvist enig' i, at de var overordnet tilfredse med systemet. Når de kvantitative fund sammenholdes med de kvalitative beskrivelser af følelsesmæssige tryghed, indikerer det at telemonitoring ikke blot er blevet accepteret, men også opleves som en velfungerende løsning, hvilket iflg. TAM er et væsentligt element ift. brugerens holdning til brug (109). Dog fremhæves det i interviewene også, at tryghed i nogen grad afhænger af kontekst og erfaring, særligt i relation til CTG-målinger, hvor én af deltagerne giver udtryk for usikkerhed og fortrækker at få foretaget målingerne på hospitalet. Dette nuancerer billedet og peger på, at tekniske udfordringer og graden af støtte, særligt i samspil med individets sundhedskompetencer, kan påvirke vurderingen og anvendelsen af telemonitoreringspakken

(118,119). Besvarelsene på spørgsmålet om hvorvidt, konsultationer over det telemedicinske system er det samme som fysiske konsultationer var nogenlunde jævnt fordelt. Interviewene indikerer, at denne variation bl.a. kan skyldes, at flere af deltagerne havde begrænset kontakt med sundhedspersonalet, hvilket gjorde det vanskeligt at vurdere. Når kontakten fandt sted, blev den dog generelt beskrevet som tryk og tilstrækkelig. Flere af deltagerne oplevede at blive lyttet til i telefoniske samtaler. Dette indikerer, at selv ved sparsom kontakt vurderes telemonitoring som tryk og acceptabelt, hvilket bidrager positivt til brugernes holdning til brug (120).

Brugerens intention om at bruge telemonitoreringspakken

De indsamlede data viser en overvejende positiv intention om at anvende teknologien blandt deltagerne. Spørgeskemaet viser, at et flertal vurderer at de hurtigt og effektivt kan lære at bruge systemet, hvilket tyder på at deltagerne har stor tillid til egne kompetencer i brugen af telemonitoreringspakken (121,122). Dette understøttes af, at størstedelen af deltagerne også finder telemedicin acceptabel som sundhedsløsning og tilsvarende antal angiver, at de vil anvende løsningen igen.

De kvalitative data bidrager med en væsentlig nuancering af de kvantitative fund. Interviewene peger på, at en grundig og forståelig oplæring har været afgørende for kvindernes oplevelse med anvendelse af telemonitoreringspakken. Flere informanter fremhæver, at de følte sig godt forberedte, bl.a. fordi de modtog praktisk instruktion på hospitalet og adgang til vejledningsmateriale. Denne oplevelse af kompetence og støtte er ifølge TAM afgørende for intentionen om brug, idet brugeren skal føle sig i stand til at anvende teknologien effektiv (109). Derudover angav flere informanter, at de følte sig trygge under telemonitoreringsforløbet og at det gav dem en følelse af kontrol og ansvar for egen behandling. Dette tyder på, at deres tillid til telemonitoreringsforløbet styrkes samt deres vilje til at anvende det igen. Desuden stemmer dette overens med antagelsen fra TAM om, at positive emotionelle erfaringer bidrager til stærkere intention om fremtidig anvendelse (109). Samlede fund peger på en høj intention om brug, især når telemonitoreringsforløbet understøttes af god oplæring og sundhedsfaglig støtte. Dette fremmer ikke blot den umiddelbare accept, men øger også sandsynlighed for fremtidig brug (109).

Brugerens faktisk anvendelse af telemonitoreringspakken

Den faktiske anvendelse af systemet fremstår som velfungerende, idet størstedelen af deltagerne oplever, at det let at kommunikere med sundhedspersonalet. Interviewene viser, at deltagerne ofte modtager hurtige svar på deres målinger, hvilket bidrager til en følelse af tryghed og tillid i forløbet. Flere af deltagerne fremhæver dog, at det var lettere at kommunikere, når der allerede var en relation til sundhedspersonalet, hvilket kan påvirke oplevelsen af kontakten. Samlet set peger resultaterne på, at en velfungerende kommunikation og relation til sundhedspersonalet øger sandsynligheden for den faktiske anvendelse (109,110).

5. Diskussion

I følgende afsnit vil der blive præsenteret en diskussion af henholdsvis resultater og metoden, hvortil resultatdiskussionen vil danne grundlag for en besvarelse af specialets problemformulering og dertilhørende forskningsspørgsmål:

Hvordan oplever gravide med prægestationel diabetes anvendelsen af telemonitoreringspakken?

- 1. Forskningsspørgsmål: Hvilke faktorer har særlig betydning for deres samlede vurdering af telemonitoreringspakken?*
- 2. Forskningsspørgsmål: Hvordan kan telemonitoreringspakken optimeres?*

Indledningsvist vil resultaterne fra specialet blive diskuteret gennem tre centrale temaer: Digitalisering af standardbehandling, ulighed i sundhed herunder sundhedskompetencer og optimering af telemonitoreringspakken. Efterfølgende vil de anvendte metoder for specialet blive diskuteret, herunder rekruttering, spørgeskema, interviews samt dataanalyse.

5.1. Resultatdiskussion

5.1.1. Digitalisering af standardbehandling

Indførelsen af telemonitorering som en del af standardbehandling markerer et skifte i sundhedspraksis fra fysisk til teknologisk kontakt (123,124). For mange gravide medfører denne ændring fordele som øget fleksibilitet, tidsbesparelse og mulighed for at tage større ansvar for egen behandling. Data fra både spørgeskema og interviews indikerer generelt høj accept og oplevelse af tryghed hvad angår telemoniteringsforløbet. Når telemonitorering anvendes som standardbehandling, kan den manglende fysiske kontakt samt brug af telemonitoreringssystemet skabe usikkerhed hos nogle kvinder, især uden en etableret relation til sundhedspersonalet (125,126). Flere studier understreger at ændringen derved kan opleves som tab af nærhed og stiller øgede krav til teknologiforståelse og selvstændighed, hvilket ikke nødvendigvis imødekommer alles behov (125,127,128). På trods af dette viser resultaterne fra dette speciale, at flertallet af kvinderne accepterer telemonitoreringssystemet som en meningsfuld måde at modtage sundhedsydelser på, idet det giver dem værdi samt ansvar for egen behandling. Dette in-

dikerer et potentiale for bredere anvendelse af telemonitorering under de rette betingelser. Dermed kan telemonitorering være en værdifuld og effektiv løsning, men bør anvendes med opmærksomhed på individuelle behov (129).

Digitalisering af sundhed er en samfundstendens, der er kommet for at blive (130,131). Ikke blot i behandlingen af gravide med prægestationel diabetes, men også ifm. andre sygdomstilstande som f.eks. palliativ behandling og andre kroniske sygdomme, hvor teknologiske løsninger i stigende grad integreres i standardbehandling (62,132–135). Denne udvikling afspejler overordnede nationale og internationale tendenser, hvor sundhedsvæsenet bevæger sig mod en øget brug af teknologiske løsninger med henblik på individualisering af sundhedsydelser, effektivisering og ressourceoptimering (136,137). Nationalt er der et øget fokus på innovation, digital transformation og teknologisk modernisering af sundhedssektoren. Regeringens digitaliseringsstrategi samt anbefalingerne fra Robusthedskommissionen fremhæver netop digitalisering som en central løsning på flere af sundhedsvæsnets strukturelle udfordringer såsom mangel på arbejdskraft og behovet for mere fleksible behandlingsformer (138,139). Det politiske ønske om at effektivisere sundhedsvæsenet og øge kapacitet er tæt forbundet med ambitionen om at integrere mere teknologi i sundhedsydelserne. Regeringens digitaliseringsstrategi understøtter denne udvikling gennem deres strategiske indsatser. Disse indsatser indebærer udbredelsen af telemedicinske løsninger, som f.eks. telemonitorering, for at tilbyde mere fleksible og personcentrerede behandlinger af høj kvalitet til den individuelle borger uanset deres bopæl (140). Resultaterne i specialet er således i overensstemmelse med bredere bevægelse mod digitalisering af standardbehandling i samfundet.

5.1.2. Ulighed i sundhed herunder sundhedskompetencer

En bekymrende problemstilling ved brug af telemonitorering, er om hvorvidt denne teknologiske løsning i virkeligheden understøtter lighed i sundhed eller om det modsat bidrager til en forstærkelse af social ulighed (141–145). Specialets resultater indikerer, at telemonitoreringspakken overvejende opleves som værende nyttig samt brugervenlig, dog er dette betinget at, at disse brugere allerede besidder høje sundhedskompetencer, teknologiske færdigheder samt livsomstændigheder der gør det muligt at anvende telemonitoreringspakken. Derfor bør det overvejes om en bredere implementering af telemonitoreringspakken reelt favner alle gravide, eller om det i praksis primært understøtter ressourcestærke gravide som besidder et højt niveau af sundhedskompetencer (119,146,147).

Når der ses nærmere på de sociale og socioøkonomiske forhold for den generelle befolkning, bliver det tydeligt at befolkningen har et varierende niveau af sundhedskompetencer (148). Flere studier peger på, at lavere sundhedskompetencer er forbundet med lavere socioøkonomisk status, hvilket potentielt kan føre til reduceret deltagelse i sundhedsinterventioner og i sidste ende bidrage til en forstærkning af eksisterende ulighed i sundhed (149,150). Særligt for kvinder med lavere sundhedskompetencer, kan det lede til lavere engagement og i værste fald eksklusion fra tilbud, som i stigende grad indgår som en del af de standardiserede sundhedsydelser (151–153).

Endvidere er det nødvendigt at anerkende, at succesfuld anvendelse af telemonitorering ikke kun forudsætter et højt niveau af sundhedskompetencer, men at brugeren også besidder teknologiske færdigheder samt hverdagsmæssigt overskud. Dette stiller krav til det enkelte individ, som skal kunne tolke samt anvende telemonitoreringsudstyret korrekt (147,154). Denne problematik kan imødekommes ved at få en grundig oplæring. Dette stemmer overens med specialets resultater da kvinderne udtaler at være trygge ved at anvende telemonitoreringen, da de havde modtaget grundig oplæring.

Det skal dog overvejes, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at introducere førstegangsfødende til denne telemonitoreringspakke, da et kvalitativt eksplorativt studie indikerer, at denne patientgruppe ofte oplever øget angst og har et udtalt behov for støtte under graviditeten (155). I takt med den fortsatte digitale udvikling i sundhedsvæsenet er det derfor essentielt, at der tages forbehold for befolkningens forskellige niveauer af sundhedskompetencer, teknologiske færdigheder, socioøkonomisk status samt det enkeltes individ grad af kapacitet af overskud, for at undgå en utilsigtet ulighed i sundhed. Derfor er det vigtigt at udforske patientens præferencer og inddrage dem i processen (147,153).

Ifm. den stigende digitalisering af sundhedsvæsenet, bør der også rettes opmærksomhed mod en bredere geografisk implementering af telemonitoreringspakken til gravide med prægestationel diabetes. Da telemonitoreringspakken på nuværende tidspunkt udelukkende anvendes på AAUH og OUH, kan dette utilsigtet skabe større ulighed i sundhed, da gravide i andre regioner ikke har adgang til denne digitale understøttelse i deres graviditet (154,156). Specialets resultater peger dog på, at telemonitoreringspakken opleves at give værdi for den gravide samt værende meningsfuld. Foruden at en bredere implementering ville kunne bidrage til større lighed ift. adgang til sundhedsydelser, vil det samtidig være et skridt mod et moderne og mere digita-

liseret sundhedsvæsen i Danmark (157). Spørgsmålet er derfor ikke alene om at telemonitoreringspakken bør udbredes til andre regioner, men hvordan implementering bør gennemføres for at sikre, at telemonitoreringsløsning er tilgængelig for alle gravide, uanset deres sundhedskompetencer, teknologiske færdigheder, socioøkonomisk status samt det enkeltes individ grad af kapacitet af overskud.

5.1.3. Optimering af telemonitoreringspakken

Resultaterne fra dette speciale viser tilfredshed med telemonitoreringspakken. Dette kan sættes i relation til andre patientgrupper som også benytter telemonitorering, hvor der ligeledes findes tilfredshed med telemonitorering (46,158,159). Derudover peger et non-randomiseret studie på, at telemonitorering også har potentiale til at øge livskvaliteten for gravide med diabetes (46). Selvom resultaterne fra dette speciale og anden forskning peger på tilfredshed med telemonitorering, er der dog en række overvejelser samt potentielle forbedringsområder som skal belyses. Flere af specialets deltagere påpegede en række forbedringsområder, som ikke kun vedrører de tekniske aspekter af telemonitorering, men i lige så høj grad handler om at tilpasse det til den enkelte brugers hverdag. I denne sammenhæng findes et særligt ønske om øget fleksibilitet ift. hvornår data skal indberettes, hvilket indikerer et behov for, at telemonitoreringspakken i højere grad skal kunne imødekomme forskellige daglige opgaver (160). Et parallelt studie argumenterer for, at brugen af standardiserede systemer ligeledes kan skabe udfordringer for det enkelte individ, da det for nogle kan integreres hensigtsmæssigt i hverdagen, mens det for andre kan skabe udfordringer (161).

En deltager fremhævede et ønske, om et bedre ergonomisk design af blodtryksmanchetten med henblik på at kunne påsætte den alene uden vanskeligheder. Dette tydeliggør, at et brugervenligt design er afgørende for teknologiens anvendelighed samt at selvstændig funktionalitet er et centralt aspekt for telemonitorering (162,163). Derudover udtrykte en deltager et ønske om at inkludere flere elementer i telemonitoreringspakken, som f.eks. måling af langtidsblodsukker. Dette indikerer at nogle brugere, muligvis ønsker en mere omfattende monitorering. Det øgede ansvar kan styrke patientens empowerment, men for nogle kan det også have den modsatte effekt (160).

5.2. Metodediskussion

5.2.1. Rekruttering

Et centralt punkt i refleksionen over specialets metode er overvejelsen af, hvorvidt rekrutteringsstrategien kunne have været optimeret gennem alternative eller supplerende metoder. På trods af at der blev udarbejdet en interessentanalyse kunne det endvidere have været fordelagtigt at udføre en risikoanalyse, for at identificere potentielle udfordringer samt muligheder ift. specialets rekrutteringsplan (85). Et andet centralt aspekt, der muligvis kunne have styrket både rekrutteringsomfanget og studiets generaliserbarhed, var anvendelsen af registeropslag til rekruttering af potentielle deltagere. Gennem en etisk godkendelse til at foretage registeropslag, ville det være muligt at få adgang til kontaktoplysninger på kvinder med diabetes, som havde modtaget telemonitorering. Denne metode kunne potentielt have øget deltagerantallet samt muligvis forbedret generaliserbarheden af resultaterne (164). Dog indebærer anvendelsen af registeropslag en godkendelse af relevante etiske instanser såsom videnskabsetisk komite, da der er væsentlige hensyn til datasikkerhed og informeret samtykke (165). Projektgruppen vurderede dog at det ikke var realistisk at opnå disse godkendelser indenfor specialets tidsramme.

På trods af dette vurderes det, at registeropslag kunne have styrket specialets rekrutteringsgrundlag og samtidig reduceret risikoen for selektionsbias forbundet med rekruttering via sociale medier.

Foruden ovenstående, blev rekrutteringsprocessen på OUH udfordret på baggrund af en langsom og sammelig proces med hensyn til godkendelse fra juridisk afdeling samt ledelsen på OUH. Dette minimerede dataindsamlingsperioden, hvilket har haft betydning for hvor mange deltagere der blev rekrutteret. Da projektgruppen ikke var fysisk til stede på OUH i samme omfang som på AAUH, blev rekrutteringen på OUH varetaget af en klinisk jordemoder specialist, Postdoc. Dette kan potentielt have haft betydning for rekrutteringsprocessens effektivitet, og dermed antallet af rekrutterede deltagere.

Rekrutteringens processen blev desuden udfordret af, at telemonitorering for gravide med prægestationel diabetes udelukkende kun anvendes på AAUH og OUH, og ikke på andre sygehuse i Danmark, hvilket i sig selv begrænsede antallet af potentielle deltagere. Yderligere blev projektgruppen oplyst om, at der årligt er omkring 50 gravide, der anvender telemonitorering på AAUH, hvilket yderligere indsnævrede rekrutteringsgrundlaget. På OUH blev projektgruppen oplyst om, at implementeringen af telemonitorering først blev påbegyndt i sensommeren 2024.

Det blev desuden fremhævet, at der har været udfordringer, særligt i relation til at få CTG-systemet til at fungere optimalt. Dette resulterede i, at der var et begrænset antal gravide, der anvendte telemonitorering i dataindsamlingsperioden, hvilket ligeledes kan have reduceret antallet af potentielle deltagere.

5.2.2. Bias ved rekruttering via sociale medier

For at opnå et potentielt større deltagerantal blev spørgeskemaet distribueret via sociale medier, hvilket var fordelagtigt ift. hurtig og bred rekruttering, der dog også bringer visse udfordringer. En væsentlig overvejelse er selektionsbias, da personer som er aktive på sociale medier og som er medlem af relevante facebookgrupper, kan adskille sig systematisk fra personer der ikke anvender digitale platforme eller ikke ønsker at dele deres oplevelser offentligt (166,167). Dette kan betyde at resultaterne ikke nødvendigvis er repræsentative for hele målgruppen. Endvidere er der stor risiko for recall bias, idet respondenterne retrospektivt blev bedt om at vurdere deres oplevelse med telemonitorering under graviditeten, hvilken kan have betydning for validiteten af data (168).

5.2.3. Spørgeskema

En fejl i TUQ-spørgeskemaet er, at svarkategorien 'Ikke relevant' ikke var blevet inkluderet i spørgeskemaet i SurveyXact. Dette medførte at nogle deltagere i stedet valgte svarmuligheden 'Hverken enig eller uenig', hvilket potentielt kunne have ledt til fejlfortolkninger i analysen. Dette kan bl.a. ses ved spørgsmål 14 og 15 som omhandler hvorvidt de telemedicinske konsultationer har været tilsvarende de fysiske konsultationer, hvor flertallet af deltagere har svaret 'Hverken enig eller uenig'. I denne telemonitoreringspakke er der ikke blevet tilbudt digitale konsultationer, hvorfor der kan argumenteres for at respondenterne muligvis har valgt hverken enig eller uenig, da 'ikke relevant' ikke har været tilgængelig. Under interviewene fortalte flere informanter desuden at de havde valgt svarmuligheden 'Hverken enig eller uenig', da svarmuligheden 'Ikke relevant' ikke kunne vælges.

Selvom TUQ-spørgeskemaet er et valideret spørgeskema til at vurdere brugervenlighed og tilfredshed med telemedicinske løsninger, skal valideringsgrundlaget tages i betragtning ved anvendelse i nye eller specifikke målgrupper. Den oprindelige validering af TUQ er gennemført på en relativt lille (n=34) og specifik gruppe personer med diabetes, som havde modtaget en telemedicinsk service, og som i artiklens egne begrænsninger omtales som ikke nødvendigvis

repræsentativ (169). Denne begrænsning kan indikere, at spørgeskemaets sproglige udformning potentielt ikke matcher gravide med prægestationel diabetes forståelse eller erfaring med telemedicin. Dette kan pege på, at der i denne målgruppe kan være behov for yderligere sproglig tilpasning eller præcisering af enkelte spørgsmål, f.eks. ved brug af mere hverdagsnære termer eller forklaringer. Manglende forståelse af spørgsmålene kan inducere informationsbias, hvor deltagernes svar ikke i tilstrækkelig grad afspejler deres faktiske erfaringer (170).

5.2.4. Interviews

Bias i interviewguiden

Der kan sættes spørgsmålstegn ved, om interviewguiden i tilstrækkelig grad afdækker brugervenlighedsbegrebet, eller om en anderledes opbygning af interviewguiden kunne have bidraget til en mere nuanceret forståelse af brugernes oplevelser. Ét oplagt forbedringspunkt kunne have været at tage udgangspunkt i den internationale standard ISO 9241-11, hvor brugervenlighed defineres ud fra tre centrale dimensioner: effectiveness, efficiency og tilfredshed (171,172). Ved eksempelvis at inkludere spørgsmål, der undersøger effektiviteten såsom *"Hvor hurtigt kunne du typisk gennemføre en måling?"* eller *"Oplevede du at skulle bruge unødigt meget tid på systemet?"* kunne der opnås en mere præcis indsigt i, om teknologien fungerede optimalt i en travl hverdag. Det skal dog nævnes, at interviewguiden allerede indirekte berører denne dimension, eksempelvis gennem spørgsmål om oplevelser med selve brugen og eventuelle udfordringer. Disse spørgsmål er dog ikke formuleret direkte med fokus på effektivitet, hvilket betyder, at det i højere grad overlades til analysen at identificere og koble svarene til konkrete brugervenlighedsaspekter. Interviewguiden inkluderer også enkelte spørgsmål, der relaterer sig til tilfredshed, men det kunne være styrket ved at spørge mere direkte ind til brugerens overordnede oplevelse, f.eks.: *"Hvordan følte du dig under og efter brug af systemet? Tryk, frustreret, forvirret eller måske noget helt andet?"*. Samtidig ville en tydeligere afdækning af brugernes tilfredshed med systemet kunne give stærkere argumenter over for beslutningstagere og systemudviklere i forhold til, hvordan teknologien opleves i praksis.

Bias i interview

En væsentlig begrænsning ifm. interviewene var, at interviewererne havde en stærk tilbøjelighed til at følge interviewguiden stringent, hvilket i nogle tilfælde resulterede i manglende uddybende og opfølgende spørgsmål. Selv for erfarne interviewere kræver det ofte en fin balance mellem at følge den fastlagte interviewguide og samtidig udnytte mulighederne for uddybning med henblik på at opnå mere dybdegående data (108). Den strukturelle tilgang sikrede dog en

vis ensartethed i interviewene, men medførte samtidig en risiko for, at nuancerede perspektiver og uforudsete temaer ikke blev tilstrækkeligt udforsket. I den forbindelse blev observatørens rolle central, idet vedkommende kunne supplere med opfølgende spørgsmål undervejs eller efter interviewet for at sikre, at væsentlige aspekter af deltagernes erfaringer blev belyst (173).

Ifm. dataindsamlingen blev der anvendt en semistruktureret interviewguide og projektgruppen roterede mellem rollerne som interviewer og observatør. På baggrund af forskelle i interviewerens kommunikationsstil og personlige tilgang kan formuleringen af spørgsmål dog have varieret på tværs af interviewene. Dette kan potentielt have skabt interviewerbias, hvilket kan påvirke resultaterne og sammenligneligheden mellem interviews (84,174). Der kunne med fordel have været anvendt den samme interviewer i alle interviews for at minimere interviewerbias og dermed styrke specialets reliabilitet (108,174).

Under interviewene blev det tydeligt, at deltagerne i høj grad associerede begrebet 'telemonitoring' med NEMO. Selvom denne association ikke er forkert, repræsenterer NEMO kun én del i den fulde telemonitoreringspakke. På denne baggrund kunne det have været hensigtsmæssigt at præcisere dette over for informanterne under interviewene for, at sikre en mere fælles forståelse af begrebet. Den manglende entydige forståelse kan have medført bias, hvilket potentielt kan have påvirket den interne validitet af de indsamlede data (175). Dog blev deltagerne adspurgt om deres erfaringer med alle tre monitoreringsmetoder under interviewet, hvilket i nogen grad kan reducere denne bias.

5.2.5. Datamætning af spørgeskemaer og interviews

Det kan diskuteres, hvorvidt datamætning er opnået i dette speciale. I den kvantitative del, blev 17 deltagere rekrutteret til at besvare TUQ-spørgeskemaet, hvoraf fem af disse deltagere også deltog i semistrukturerede interviews. Dette deltagerantal må betragtes som en smal stikprøve, hvilket kan have betydning for både generaliserbarheden af resultaterne og risikoen for, at visse perspektiver ikke er blevet afdækket (80). Dog blev der anvendt metodetriangulering i form af både kvantitative og kvalitative dataindsamlingsmetoder, hvilket har bidraget til at belyse problemstillingen fra flere vinkler, og dermed styrke studiets interne validitet (84,176). Foruden dette blev datamætningskriterier opstillet, hvor projektgruppen løbende har reflekteret over om disse kriterier er blevet opfyldt. På denne baggrund vurderes det, at en vis grad af datamætning er opnået. Dog skal det anerkendes, at muligheden for fremkomsten af nye perspektiver ved et større deltagerantal ikke kan udelukkes.

5.2.6. Dataanalyse

Såfremt specialet havde haft en større stikprøve, kunne det have været relevant at anvende statistiske dataanalyser, eksempelvis en uafhængig t-test, til at sammenligne deltagernes samlede score fra TUQ-spørgeskemaet, mellem dem der modtog den fulde telemonitoreringspakke, og dem, der kun modtog dele heraf. En sådan analyse kunne have bidraget med indsigt i, om der var statistisk signifikante forskelle i oplevelsen af telemonitoreringen mellem de to grupper (177).

Det kan diskuteres om projektgruppen med fordel kunne have anvendt en videnskabsteoretisk position i specialet. En positionering indenfor hermeneutikken eller fænomenologien, ville have bidraget til større transparens ift. hvordan det indsamlede data er blevet fortolket og analyseret. Uden en videnskabsteoretisk position er der risiko for at læseren har svære ved at forstå og vurdere hvordan eksempelvis projektgruppens forforståelse har haft betydning for fortolkningen af resultaterne (112).

6. Konklusion

I følgende afsnit vil der blive draget en konklusion ud fra projektgruppens problemformulering og forskningsspørgsmål:

Hvordan oplever gravide med prægestationel diabetes anvendelsen af telemonitoreringspakken?

- *Forskningsspørgsmål 1: Hvilke faktorer har særlig betydning for deres samlede vurdering af telemonitoreringspakken?*
- *Forskningsspørgsmål 2: Hvordan kan telemonitoreringspakken optimeres?*

Det kan konkluderes at deltagerne generelt er tilfredse med telemonitoreringspakken som tilbydes ifm. deres graviditet og diabetes. Flere aspekter af tilbuddet tillægges særlig værdi, idet deltagerne fremhæver den tidsmæssige besparelse i form af reduceret transporttid, den øgede fleksibilitet ved mulighed for hjemmebaserede målinger samt det formindskede behov for fysiske konsultationer i sundhedsvæsenet. Deltagerne beskriver desuden telemonitoreringspakken som værende brugervenlig pga. grundige vejledninger.

Selvom deltagerne generelt beretter at telemonitoreringspakken har været tilfredsstillende samt meningsfuld, er der dog også nogle deltagere som rapporterer flere tekniske udfordringer i form af problemer med forbindelsen ved udførsel af CTG samt manuel håndtering af blodtryksmanchetten. Derudover peger flere på, at det kan være udfordrende at anvende telemonitorering såfremt de ikke var gået på barsel endnu, idet arbejdsvilkår og adgang til nødvendige faciliteter varierer på tværs af arbejdspladser, hvilket potentielt kan skabe udfordringer ift. at gennemføre telemonitorering i arbejdstiden.

Afslutningsvis fremhæver flere deltagere ønsker til forbedringer, herunder et ønske om øget fleksibilitet ift. tidspunktet for indberetning af målingerne samt integration af yderligere målinger som f.eks. langtidsblodsukker i den eksisterende telemonitoreringspakke.

7. Referenceliste

1. TEKNISK BROCHURE NemoRemote [Internet]. Nemo Healthcare B.V.; [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://a.storyblok.com/f/126579/x/c2c1f81b1d/nrm-techbro-dk-v2-for-publishing.pdf>
2. Creazilla. Creazilla. [henvist 23. maj 2025]. Blood pressure - Free vector clipart images on creazilla.com. Tilgængelig hos: <https://creazilla.com/media/clipart/5548092/blood-pressure>
3. CTG registrering af fosterets hjerteaktion - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/illustrationer/foto/ctg-registrering-af-fosterets-hjerteaktion/>
4. Præeklamsi og eklamsi - Lægehåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/komplikationer-i-svangerskabet/praeeklamsi-og-eklamsi/>
5. Diabetes i graviditeten - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme-og-komplikationer/graviditet-og-sygdom/diabetes-i-graviditeten/>
6. Ugeskriftet.dk [Internet]. 2025 [henvist 23. maj 2025]. Kontinuerlig glukosemonitorering kan have betydning hos gravide med diabetes. Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/kontinuerlig-glukosemonitorering-kan-have-betydning-hos-gravide-med-diabetes>
7. Svangerskabsforgiftning, præeklamsi - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme-og-komplikationer/komplikationer-i-graviditeten/svangerskabsforgiftning-praeeklamsi/>
8. Diabetes i graviditeten hos kvinder med kendt diabetes før graviditeten, type 1 og type 2 - Lægehåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: nbv
9. Sundhed i Region Midtjylland for fagpersoner [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Hvad er telemedicin? Tilgængelig hos: <https://www.fagperson.sundhed.rm.dk/til-an-satte-og-samarbejdspartnere/telemedicin/hvad-er-telemedicin/>
10. Mechanic OJ, Persaud Y, Kimball AB. Telehealth Systems. I: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459384/>
11. Telemonitoring - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/telemonitoring>

12. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, m.fl. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* november 2019;157:107843.
13. Hossain MdJ, Al-Mamun Md, Islam MdR. Diabetes mellitus, the fastest growing global public health concern: Early detection should be focused. *Health Sci Rep.* 22. marts 2024;7(3):e2004.
14. Chivese T, Hoegfeldt CA, Werfalli M, Yuen L, Sun H, Karuranga S, m.fl. IDF Diabetes Atlas: The prevalence of pre-existing diabetes in pregnancy – A systematic review and meta-analysis of studies published during 2010–2020. *Diabetes Res Clin Pract.* 1. januar 2022;183:109049.
15. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. *PLOS ONE.* 20. februar 2013;8(2):e56583.
16. Eurostat. Fertility statistics [Internet]. 2025. Tilgængelig hos: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics
17. Zoungas S, Woodward M, Li Q, Cooper ME, Hamet P, Harrap S, m.fl. Impact of age, age at diagnosis and duration of diabetes on the risk of macrovascular and microvascular complications and death in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 1. december 2014;57(12):2465–74.
18. Ringholm L, Damm P. Faelles NBV Diabetes og graviditet et Korrektur Marts 2023 LR [Internet]. s. 52. Tilgængelig hos: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/642140a587382f41bdfaefcb/1679900837758/Faelles+NBV+Diabetes+og+graviditet+et+Korrektur+Marts+2023+LR.pdf>
19. Fødsler [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>
20. Fox HK, Callander EJ. Health service use and health system costs associated with diabetes during pregnancy in Australia. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 6. maj 2021;31(5):1427–33.
21. Dinh TTN, de Graaff B, Campbell JA, Jose MD, Burgess J, Saunder T, m.fl. Healthcare costs attributable to diabetes in pregnancy: A cost of illness study in Tasmania, Australia. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* oktober 2024;41(10):e15417.
22. ADIPS 2020 guideline for pre-existing diabetes and pregnancy - Rudland - 2020 - Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology - Wiley Online Library [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajo.13265?casa_to-ken=Re8FQC6X7I0AAAAA%3ATb_5Ue13w3pd7n9AtSceGsHA1k0x5dXyRnBe-bVHfsxBi-pP1YcDbUa2ADql1jJGQpvFpXSO_FXZ__A

23. Dansk Endokrinologisk Selskab [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Præeksisterende diabetes og graviditet. Tilgængelig hos: <https://endocrinology.dk/nbv/diabetes-mellitus/diabetes-og-graviditet/>
24. Egan AM, Dinneen SF. What is diabetes? *Medicine* (Baltimore). 1. januar 2019;47(1):1–4.
25. Wang T, Wang J, Hu X, Huang XJ, Chen GX. Current understanding of glucose transporter 4 expression and functional mechanisms. *World J Biol Chem*. 27. november 2020;11(3):76–98.
26. Type 1-diabetes - Lægehåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/type-1-diabetes/>
27. Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. *The Lancet*. 4. januar 2014;383(9911):69–82.
28. Ozougwu, C J, Obimba, C K, Belonwu, D C, m.fl. The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J Physiol Pathophysiol*. 30. september 2013;4(4):46–57.
29. Astrid Petersmann¹, Dirk Müller-Wieland, Ulrich A. Müller, Rüdiger Landgraf, Matthias Nauck, Guido Freckmann, m.fl. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus [Internet]. German Diabetes Association: Clinical Practice Guidelines; Tilgængelig hos: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1018-9078.pdf>
30. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018 | Diabetes Care | American Diabetes Association [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: https://diabetesjournals.org/care/article/41/Supplement_1/S13/30088/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes
31. Diabetes - type 2 /Lægehåndbogen /Sundhed.dk [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/type-2-diabetes/>
32. Alexopoulos AS, Blair R, Peters AL. Management of preexisting diabetes in pregnancy: A Review. *JAMA*. 14. maj 2019;321(18):1811–9.
33. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 9. december 2024;48(Supplement_1):S306–20.
34. Nielsen LR, Ekbom P, Damm P, Glümer C, Frandsen MM, Jensen DM, m.fl. HbA1c levels are significantly lower in early and late pregnancy. *Diabetes Care*. maj 2004;27(5):1200–1.
35. Skajaa GØ, Fuglsang J, Kampmann U, Ovesen PG. Parity Increases Insulin Requirements in Pregnant Women With Type 1 Diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 1. juni 2018;103(6):2302–8.

36. Vestgaard M, Ásbjörnsdóttir B, Ringholm L, Andersen LLT, Jensen DM, Damm P, m.fl. White coat hypertension in early pregnancy in women with pre-existing diabetes: prevalence and pregnancy outcomes. *Diabetologia*. december 2019;62(12):2188–99.
37. Andersen NB. Videncenter for Diabetes. [henvist 24. april 2025]. Mulige komplikationer ved graviditet og type 1-diabetes. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/koen-og-type-1-diabetes/kvinder/graviditet/kompikationer>
38. Vinholt S. Videncenter for Diabetes. [henvist 24. april 2025]. Graviditet og type 2-diabetes. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/koen-og-type-2-diabetes/kvinder/graviditet>
39. Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutierrez G, Koga K, Francisco RPV, m.fl. Pre-eclampsia. *Nat Rev Dis Primer*. 16. februar 2023;9(1):8.
40. Wahabi HA, Esmail SA, Fayed A, Al-Shaikh G, Alzeidan RA. Pre-existing diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes. *BMC Res Notes*. 10. september 2012;5:496.
41. Andersen NB. Videncenter for Diabetes. [henvist 24. april 2025]. Type 1-diabetes efter en fødsel og ved amning. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/koen-og-type-1-diabetes/kvinder/graviditet/efter-foedslen>
42. Vinholt S. Videncenter for Diabetes. [henvist 24. april 2025]. Type 2-diabetes efter en fødsel og ved amning. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/koen-og-type-2-diabetes/kvinder/graviditet/efter-foedslen>
43. Sushko K, Strachan P, Butt M, Nerenberg KA, Sherifali D. Understanding the self-management experiences and support needs during pregnancy among women with pre-existing diabetes: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2. maj 2023;23(1):309.
44. Yee LM, Leziak K, Jackson J, Niznik CM, Simon MA. Health Care Providers' Perspectives on Barriers and Facilitators to Care for Low-Income Pregnant Women With Diabetes. *Diabetes Spectr Publ Am Diabetes Assoc*. maj 2020;33(2):190–200.
45. Murphy HR. Managing Diabetes in Pregnancy Before, During, and After COVID-19. *Diabetes Technol Ther*. juni 2020;22(6):454–61.
46. Dalfrà MG, Nicolucci A, Lapolla A, TISG. The effect of telemedicine on outcome and quality of life in pregnant women with diabetes. *J Telemed Telecare*. 2009;15(5):238–42.
47. Kozica-Olenski SL, Soldatos G, Marlow L, Cooray SD, Boyle JA. Exploring the acceptability and experience of receiving diabetes and pregnancy care via telehealth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13. december 2022;22(1):932.
48. Jeganathan S, Prasannan L, Blitz MJ, Vohra N, Rochelson B, Meirowitz N.

Adherence and acceptability of telehealth appointments for high-risk obstetrical patients during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol MFM*. november 2020;2(4):100233.

49. Alqudah A, McMullan P, Todd A, O'Doherty C, McVey A, McConnell M, m.fl. Service evaluation of diabetes management during pregnancy in a regional maternity hospital: potential scope for increased self-management and remote patient monitoring through mHealth solutions. *BMC Health Serv Res*. 13. september 2019;19(1):662.

50. Given JE, Bunting BP, O'Kane MJ, Dunne F, Coates VE. Tele-Mum: A Feasibility Study for a Randomized Controlled Trial Exploring the Potential for Telemedicine in the Diabetes Care of Those with Gestational Diabetes. *Diabetes Technol Ther*. december 2015;17(12):880–8.

51. Bertini A, Gárate B, Pardo F, Pelicand J, Sobrevia L, Torres R, m.fl. Impact of Remote Monitoring Technologies for Assisting Patients With Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Front Bioeng Biotechnol*. 2022;10:819697.

52. Sushko K, Menezes HT, Wang QR, Nerenberg K, Fitzpatrick-Lewis D, Sherifali D. Patient-reported Benefits and Limitations of Mobile Health Technologies for Diabetes in Pregnancy: A Scoping Review. *Can J Diabetes*. februar 2023;47(1):102–13.

53. Anne Lee, Marianne Sandvei, Tina Hosbond, Jan Petersen, Kirsten Ravn Christiansen. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH) [Internet]. Fonden for Velfærdsteknologi; 2015 aug s. 134. Tilgængelig hos: https://www.sbst.dk/media/12910/KIH_Slutrapport.pdf

54. Sundhed i Region Midtjylland for fagpersoner [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Telemedicin til gravide. Tilgængelig hos: <https://www.fagperson.sundhed.rm.dk/tilansatte-og-samarbejdspartnere/telemedicin/projekter-og-indsatser/telemedicin-til-gravide/>

55. Hjemmemonitorering, graviditet [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.herlevhospital.dk/undersogelse-og-behandling/find-undersogelse-og-behandling/Sider/Hjemmemonitorering-graviditet-561326.aspx>

56. Region Nordjylland. Hjemmemonitorering af gravide - PRI [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://pri.rn.dk/Sider/30756.aspx>

57. Insulinkrævende diabetes og graviditet [Internet]. [henvist 23. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://pri.rn.dk/document/AALBORGUH-905462050-7993>

58. Nyt monitoreringsudstyr i Region Syddanmark giver gravide med komplikationer mulighed for at være hjemme i stedet for indlagt [Internet]. [henvist 30. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://regionsyddanmark.dk/om-region-syddanmark/presse-og-nyheder/nyhedsarkiv/2021/marts-2021/hjemmemonitorering-til-gravide-med-komplikationer>

59. Aalborg Universitetshospital [Internet]. 2024 [henvist 24. april 2025]. Sådan foretager du hjemmemonitorering, når du har insulinkrævende diabetes/graviditetsdiabetes. Tilgængelig hos: <https://aalborguh.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Gynaekologisk-Obstetrisk-Af>

deling-Aalborg/Undersoegelser-og-behandlinger/gynaekologi-graviditet-og-foed-
sel?rnid=kbua02130

60. Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling. Hjemmemonitorering af gravide med insulinkrævende diabetes [Internet]. Aalborg universitetshospital; Tilgængelig hos: <https://aalbor-guh.rn.dk/-/media/SXI/KBUA02-158-Hjemmemonitorering-af-gravide-med-insulinkraevende-diabetes/KBUA02-158-pdf.pdf>
61. Bendix JM, Heinsen M, Backhausen MG. “But I’m not a professional” - How women with high-risk pregnancies voice the experiences of home-based telemonitoring; a qualitative interview study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. september 2024;41:101015.
62. Jepsen I, Nielsen JH, Eriksen SA, Maimburg RD. How pregnant women with diabetes experience telemonitoring of the fetal heart rate - An interview study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juli 2024;298:123–7.
63. Nielsen JH, Jepsen I, Eriksen SA, Maimburg RD. Development and early implementation of telemonitoring of complicated pregnancies - A qualitative study with the perspectives of health professionals. *Midwifery*. november 2024;138:104149.
64. Jackson J, Leziak K, Niznik CM, Yee LM. Health Care Providers’ Utilization of and Perspectives on Mobile Health Technology for Diabetes and Pregnancy Support. *Diabetes Spectr Publ Am Diabetes Assoc*. august 2021;34(3):257–67.
65. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. januar 2021;18(7):3847.
66. Health Literacy and Its Association With the Use of Information Sources and With Barriers to Information Seeking in Clinic-Based Pregnant Women: Health Care for Women International: Vol 30 , No 11 - Get Access [Internet]. [hentet 24. april 2025]. Tilgængelig hos: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399330903052152?casa_token=-_vz2fPmAF8AAAAA%3AU6d4w8XP-_4NP2_Opbly6lJL7mMW5sD8qaD6XY-XRqUP1i0TAA6YKsZWTWT3IAp4HynaTmfjV4ePY_A
67. Women, Pregnancy, and Health Information Online - Felicia Wu Song, Jennifer Ellis West, Lisa Lundy, Nicole Smith Dahmen, 2012 [Internet]. [hentet 24. april 2025]. Tilgængelig hos: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891243212446336?casa_token=ttTSGcZU3pQAAAAA%3Af7ADVfV2NGAL6FZGSDCoGT0Jzi_ffChkUr2C4HkU0-VuS_DMocn06IQMdGCgX3IBGByYGVsi3S_e6w
68. Meldgaard M, Gamborg M, Terkildsen Maindal H. Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*. 1. december 2022;34:100796.
69. Koo M, Krass I, Aslani P. Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. juni 2006;9(2):174–87.

70. Atkinson LZ, Cipriani A. How to carry out a literature search for a systematic review: a practical guide. *BJPsych Adv.* marts 2018;24(2):74–82.
71. CASP - Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Systematic Reviews Checklist - CASP. Tilgængelig hos: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/systematic-review-checklist/>
72. CASP - Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Qualitative Studies Checklist - CASP. Tilgængelig hos: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/qualitative-studies-checklist/>
73. CASP - Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Cross Sectional Studies Checklist - CASP. Tilgængelig hos: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/cross-sectional-studies-checklist/>
74. CASP - Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Randomised Controlled Trials (RCTs) Checklist - CASP. Tilgængelig hos: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/randomised-controlled-trial-rct-checklist/>
75. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc JMLA.* oktober 2018;106(4):420–31.
76. Dhammi IK, Kumar S. Medical subject headings (MeSH) terms. *Indian J Orthop.* 2014;48(5):443–4.
77. DeMars MM, Perruso C. MeSH and text-word search strategies: precision, recall, and their implications for library instruction. *J Med Libr Assoc JMLA.* 110(1):23–33.
78. Aalborg Universitet [Internet]. [henvist 28. april 2025]. Informationssøgning for forskere. Tilgængelig hos: <https://www.aub.aau.dk/forskere/informationssogning>
79. Shub A, Lappas M. Pregestational diabetes in pregnancy: Complications, management, surveillance, and mechanisms of disease—A review. *Prenat Diagn.* 2020;40(9):1092–8.
80. Tipton E, Hallberg K, Hedges LV, Chan W. Implications of Small Samples for Generalization: Adjustments and Rules of Thumb. *Eval Rev.* oktober 2017;41(5):472–505.
81. Basic Mixed Methods Research Designs [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: https://catalyst.harvard.edu/community-engagement/mmr/hcat_mmr_sm-6090567e0f943-60905896c80af-60e5fdb2399e-60e5fdd8057fc-610bf777da6a0-610bf7808de24-610bf792228a4-610bf8685d8f5-610bf871cbea9-66be4af6dac9f/
82. Ivankova NV, Creswell JW, Stick SL. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods.* 1. februar 2006;18(1):3–20.
83. Adams WC. Conducting Semi-Structured Interviews - Handbook of Practical Program Evaluation - Wiley Online Library [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://onlinelibrary-wiley-com.zorac.aub.aau.dk/doi/abs/10.1002/9781119171386.ch19>

84. Leedy PD, Ormrod JE, Johnson LR. Practical research: planning and design. Twelfth edition. NY, NY: Pearson; 2019. 75, 117–118, 206 s.
85. Kousholt B. Projektledelse - teori og praksis. 8. Odense: Praxis - Nyt Teknisk Forlag; 2020. s. 227-232, 318-326.
86. PARMANTO B, LEWIS AN, GRAHAM KM, BERTOLET MH. Development of the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ). Int J Telerehabilitation. 1. juli 2016;8(1):3–10.
87. TELEHEALTH USABILITY QUESTIONNAIRE (TUQ) [Internet]. Tilgængelig hos: https://ux.hari.pitt.edu/v2/api/download/TUQ_English.pdf
88. Tsang S, Royse CF, Terkawi AS. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. Saudi J Anaesth. maj 2017;11(Suppl 1):S80–9.
89. SurveyXact | Scandinavia's most widely used survey system [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://rambollxact.com/surveyxact>
90. Pseudonymisering og anonymisering [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/regler-og-vejledning/behandlingssikkerhed/katalog-over-foranstaltninger/pseudonymisering-og-anonymisering>
91. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
92. Guidelines 1/2024 on processing of personal data based on Article 6(1)(f) GDPR [Internet]. The European Data Protection Board; 2024. Tilgængelig hos: https://www.edpb.europa.eu/system/files/2024-10/edpb_guidelines_202401_legitimateinterest_en.pdf
93. Justitsministeriet. Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer ifm. behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven) [Internet]. maj 23, 2018. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>
94. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, m.fl. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018;52(4):1893–907.
95. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs. 2016;72(12):2954–65.
96. Hassan ZA, Schattner P, Mazza D. Doing A Pilot Study: Why Is It Essential? Malays Fam Physician Off J Acad Fam Physicians Malays. 2006;1(2–3):70–3.

97. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om information og samtykke ved inddragelse af forsøgspersoner i biomedicinske forskningsprojekter [Internet]. jul 12, 2004. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2004/806>
98. De fire videnskabsetiske principper [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://videnskabsetik.dk/videnskabsetiske-temaer/de-fire-videnskabsetiske-principper>
99. Software – REDCap [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://projectredcap.org/software/>
100. Multipoint scales: Mean and median differences and observed significance levels: International Journal of Human–Computer Interaction: Vol 5, No 4 [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10447319309526075>
101. Biau DJ. In Brief: Standard Deviation and Standard Error. Clin Orthop. september 2011;469(9):2661–4.
102. Manikandan S. Frequency distribution. J Pharmacol Pharmacother. 2011;2(1):54–6.
103. MATLAB [Internet]. [henvist 28. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.mathworks.com/products/matlab.html>
104. Heiberger R, Robbins N. Design of Diverging Stacked Bar Charts for Likert Scales and Other Applications. J Stat Softw. 7. april 2014;57:1–32.
105. McGill R, Tukey ,John W., and Larsen WA. Variations of Box Plots. Am Stat. 1. februar 1978;32(1):12–6.
106. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. The Psychologist [Internet]. 1. januar 2013 [henvist 24. april 2025];26(2). Tilgængelig hos: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/937596/teaching-thematic-analysis-overcoming-challenges-and-developing-strategies-for-effective-learning>
107. Video Conferencing, Meetings, Calling | Microsoft Teams [Internet]. [henvist 28. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-teams/group-chat-software>
108. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. side 131-134, 193-196, 241.
109. Davis FD, Granić A. The Technology Acceptance Model: 30 Years of TAM [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2024 [henvist 26. maj 2025]. (Human–Computer Interaction Series). Tilgængelig hos: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-45274-2>

110. Davis FD. User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *Int J Man-Mach Stud.* 1. marts 1993;38(3):475–87.
111. Taylor S, Todd P. Assessing IT Usage: The Role of Prior Experience. *MIS Q.* 1995;19(4):561–70.
112. Birkler J. Videnskabsteori : en grundbog. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2021. 178 sider.
113. Rienecker L, Jørgensen PS, Skov S m. fl. Den gode opgave : håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning. 6. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2022. 462 sider.
114. Petersen EN, Muckadell CS de. Videnskabsteori : lærebog for sundhedsprofessionelle. 1. udgave. Kbh.: Gad; 2014. 246 sider.
115. BPS [Internet]. [henvist 24. april 2025]. Methods: Teaching thematic analysis. Tilgængelig hos: <https://www.bps.org.uk/psychologist/methods-teaching-thematic-analysis>
116. Lumivero [Internet]. [henvist 24. april 2025]. NVivo: Leading Qualitative Data Analysis Software. Tilgængelig hos: <https://lumivero.com/products/nvivo/>
117. ResearchGate [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Discovering the Correlation between Technology Acceptance Model and Usability. Tilgængelig hos: https://www.researchgate.net/publication/321883220_Discovering_the_Correlation_between_Technology_Acceptance_Model_and_Usability
118. Shahil-Feroz A, Riaz A, Yasmin H, Saleem S, Bhutta Z, Seto E. Perceived barriers and facilitators of implementing a sustained smartphone-based telemonitoring program for pregnant women at high-risk for pre-eclampsia in the public and private sectors in Pakistan. *Digit Health.* 2024;10:20552076241292682.
119. Haimi M. The tragic paradoxical effect of telemedicine on healthcare disparities- a time for redemption: a narrative review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 16. maj 2023;23(1):95.
120. dsr.dk [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Telemedicinens fagre nye verden. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-2001-1/telemedicinens-fagre-nye-verden/>
121. van der Gaag M, Heijmans M, Spoiala C, Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illn.* 1. juni 2022;18(2):234–54.
122. Cudjoe J, Delva S, Cajita M, Han HR. Empirically Tested Health Literacy Frameworks. *Health Lit Res Pract.* 11. februar 2020;4(1):e22–44.
123. Wentzer HS, Aaløkke S. Tryk omlægning af ambulante forløb.

124. Digital sundhedsfaglig behandling [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/sundhedsfaglig-vejledning/digital-sundhedsfaglig-behandling>
125. Hestevik CH, Varsi C, Østerås N, Tveter AT, Skandsen J, Eik H. Perspectives on and Experiences With Remote Monitoring and Patient-Initiated Care Among Norwegian Patients With Axial Spondyloarthritis: Qualitative Study. *J Med Internet Res*. 28. marts 2025;27:e63569.
126. Gordon HS, Solanki P, Bokhour BG, Gopal RK. “I’m Not Feeling Like I’m Part of the Conversation” Patients’ Perspectives on Communicating in Clinical Video Telehealth Visits. *J Gen Intern Med*. 1. juni 2020;35(6):1751–8.
127. Matusitz J, and Breen GM. Telemedicine: Its Effects on Health Communication. *Health Commun*. 10. april 2007;21(1):73–83.
128. Leonardsen ACL, Bååth C, Helgesen AK, Grøndahl VA, Hardeland C. Person-Centeredness in Digital Primary Healthcare Services—A Scoping Review. *Healthcare*. 1. maj 2023;11(9):1296.
129. Mason AN. The Most Important Telemedicine Patient Satisfaction Dimension: Patient-Centered Care. *Telemed E-Health*. august 2022;28(8):1206–14.
130. Sundheds og ældreministeriet, Finansministeriet, Danske regioner, KL. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle. 2018 jan s. 45. (STRATEGI FOR DIGITAL SUNDHED 2018 –2022).
131. Afsluttende status på Strategi for digital sundhed 2018-2024 [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/om-os/strategi-og-grundlag/strategi-for-digital-sundhed>
132. Dorte Stigaard, Bente Graversen. TeleCare Nord Afslutningsrapport [Internet]. 2015 [henvist 27. maj 2025] s. 57. (Telemedicinsk storskalaforsøg i Nordjylland). Tilgængelig hos: https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/234971774/TeleCare_Nord_afslutningsrapport_18_11_2015_final.pdf
133. Dinesen B, Christensen H, Rosenbæk M, Sigaard J. Telepalliation - digital platform for patienter med behov for lindrende indsats og deres pårørende [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.labwelfaretech.com/wp-content/uploads/2022/10/TelePal-Pjece20210223.pdf>
134. Watts KA, Gazaway S, Malone E, Elk R, Tucker R, McCammon S, m.fl. Community Tele-pal: A community-developed, culturally based palliative care tele-consult randomized controlled trial for African American and White Rural southern elders with a life-limiting illness. *Trials*. 23. juli 2020;21(1):672.
135. Ma Y, Zhao C, Zhao Y, Lu J, Jiang H, Cao Y, m.fl. Telemedicine application in patients with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 19. april 2022;22(1):105.

136. Abernethy A, Adams L, Barrett M, Bechtel C, Brennan P, Butte A, m.fl. The Promise of Digital Health: Then, Now, and the Future. *NAM Perspect.* 2022;10.31478/202206e.
137. 2021 - Global Strategy on Digital Health 2020-2025.pdf [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhd2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
138. Robusthedskommissionens anbefalinger [Internet]. 1216 København K: kommission for robusthed i sundhedsvæsenet; [henvist 27. maj 2025] s. 192. Report No.: ISBN 978-87-7601-420-7. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/Media/638336462586551242/Robusthed-Samlet-Rapport-TILG.pdf>
139. Regeringen. Danmarks digitaliseringsstrategi – Ansvar for den digitale udvikling [Internet]. Digitaliserings- og Ligestillingsministeriet; Tilgængelig hos: [https://www.digmin.dk/Media/638357207253210400/SVM%20regeringen_Danmarks%20digitaliseringsstrategi_2023_V9_Online_Final%20\(1\)-a.pdf](https://www.digmin.dk/Media/638357207253210400/SVM%20regeringen_Danmarks%20digitaliseringsstrategi_2023_V9_Online_Final%20(1)-a.pdf)
140. Regeringen. Danmarks digitaliseringsstrategi - sammen om den digitale udvikling. København;
141. Om ulighed i sundhed [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <http://www.sst.dk/da/Fagperson/Ulighed-i-sundhed-og-sygdom/Om-ulighed-i-sundhed>
142. Choxi H, VanDerSchaaf H, Li Y, Morgan E. Telehealth and the Digital Divide: Identifying Potential Care Gaps in Video Visit Use. *J Med Syst.* 2022;46(9):58.
143. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *Int J Cardiol.* 1. oktober 2019;292:280–2.
144. Wu Y, Li Y, Baskys A, Chok J, Hoffman J, Rooson D. Health disparity in digital health technology design. *Health Technol.* 1. marts 2024;14(2):239–49.
145. Anawade PA, Sharma D, Gahane S. A Comprehensive Review on Exploring the Impact of Telemedicine on Healthcare Accessibility. *Cureus.* marts 2024;16(3):e55996.
146. Andreassen HK, and Dyb K. Differences and Inequalities in Health: Empirical reflections on telemedicine and politics. *Inf Commun Soc.* 1. oktober 2010;13(7):956–75.
147. Price JC, Simpson DC. Telemedicine and Health Disparities. *Clin Liver Dis.* 28. januar 2022;19(4):144–7.
148. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLOS ONE.* 23. december 2015;10(12):e0145455.
149. Girmay M. Digital Health Divide: Opportunities for Reducing Health Disparities and Promoting Equitable Care for Maternal and Child Health Populations. *Int J Matern Child Health AIDS.* 20. december 2024;13:e026.

150. Xu J, Chen Y, Zhao J, Wang J, Chen J, Pan X, m.fl. Current status of electronic health literacy among pregnant women with gestational diabetes mellitus and their perceptions of online health information: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28. maj 2024;24(1):392.
151. Lori JR, Ofosu-Darkwah H, Boyd CJ, Banerjee T, Adanu RMK. Improving health literacy through group antenatal care: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14. juli 2017;17(1):228.
152. Mohamed H, Ismail A, Sutan R, Rahma AR, Kawselyah J. A scoping review of digital technologies in antenatal care: recent progress and applications of digital technologies - PubMed [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39948493/>
153. Ukoha EP, Davis K, Yinger M, Butler B, Ross T, Crear-Perry J, m.fl. Ensuring Equitable Implementation of Telemedicine in Perinatal Care. *Obstet Gynecol*. marts 2021;137(3):487–92.
154. Harris A, Jain A, Dhanjani SA, Wu CA, Helliwell L, Mesfin A, m.fl. Disparities in Telemedicine Literacy and Access in the United States. *Plast Reconstr Surg*. marts 2023;151(3):677.
155. Ladekarl M, de Wolff MG, Nøhr EA, Olsen NJ, Specht IO, Heitmann BL, m.fl. “I would never be able to forgive myself if it ended up having consequences for the child”: A qualitative study of perceptions of stress and worries among healthy first-time pregnant Danish women. *Midwifery*. september 2022;112:103421.
156. Rich E, Miah A, Lewis S. Is digital health care more equitable? The framing of health inequalities within England’s digital health policy 2010–2017. *Sociol Health Illn*. 2019;41(S1):31–49.
157. Lapão LV. The Future of Healthcare: The Impact of Digitalization on Healthcare Services Performance. I: Pereira Neto A, Flynn MB, redaktører. *The Internet and Health in Brazil : Challenges and Trends* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [henvist 27. maj 2025]. s. 435–49. Tilgængelig hos: https://doi.org/10.1007/978-3-319-99289-1_22
158. Journal of Medical Internet Research - Effectiveness of Telemonitoring in Obstetrics: Scoping Review [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.jmir.org/2017/9/e327/>
159. Robles Cuevas MA, López Martínez I, López Domínguez E, Hernández Velázquez Y, Domínguez Isidro S, Flores Frías LM, m.fl. Telemonitoring System Oriented towards High-Risk Pregnant Women. *Healthcare*. december 2022;10(12):2484.
160. Ekstedt M, Nordheim ES, Hellström A, Strandberg S, Hagerman H. Patient safety and sense of security when telemonitoring chronic conditions at home: the views of patients and healthcare professionals - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 6. juni 2023;23(1):581.

161. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, m.fl. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res*. 1. november 2017;19(11):e8775.
162. Chen YX, Hung YP, Chen HC. Mobile Application–Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in an Older Adult. *Telemed E-Health*. april 2016;22(4):332–4.
163. Carayon P, Hoonakker P. Human Factors and Usability for Health Information Technology: Old and New Challenges. *Yearb Med Inform*. 16. august 2019;28:71–7.
164. Tan MH, Thomas M, MacEachern MP. Using Registries to Recruit Subjects for Clinical Trials. *Contemp Clin Trials*. marts 2015;41:31–8.
165. Interaktiv ansøgningsguide [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://videnskabsetik.dk/ansoegning-til-etisk-komite/interaktiv-ansoegningsguide>
166. Tripepi G, Jager KJ, Dekker FW, Zoccali C. Selection Bias and Information Bias in Clinical Research. *Nephron Clin Pract*. 21. april 2010;115(2):c94–9.
167. Potential Biases in Big Data: Omitted Voices on Social Media - Eszter Hargittai, 2020 [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0894439318788322?casa_token=iUJhqT-kLIxsAAAAA%3A_6G3oRFXc7pH4I45WUXHNTEvZADn1M0RQdSUf3El-LouEp4XGB6GMfucw-s8VfHKKozljTvyJH9ViTQ
168. Definition of recall bias - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. 2011 [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/recall-bias>
169. Bender C, Nielsen MG, Hejlesen O, Hangaard S. Assessing the use of telemedicine among people with diabetes: A Danish translation and cross-cultural adaptation of the Telemedicine Usability Questionnaire. *Scand Conf Health Inform*. 22. august 2022;14–20.
170. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *J Multidiscip Healthc*. 4. maj 2016;9:211–7.
171. the International Organization for Standardization. INTERNATIONAL STANDARD ISO 9241-11 Ergonomics of human-system interaction — Part 11: Usability: Definitions and concepts [Internet]. the International Organization for Standardization; 2018 [henvist 30. maj 2025] s. 12. Tilgængelig hos: <https://cdn.standards.iteh.ai/samples/63500/33c267a5a7564f298f02bbd65721a181/ISO-9241-11-2018.pdf>
172. ISO 9241-11:2018Webshop Dansk Standard [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://webshop.ds.dk/da/standard/M269085/iso-9241-11-2018>
173. Co-Interviewing in Qualitative Social Research: Prospects, Merits and Considerations - Stefania Velardo, Sam Elliott, 2021 [Internet]. [henvist 27. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/16094069211054920>

174. Salazar MK. Interviewer bias. How it affects survey research. AAOHN J Off J Am Assoc Occup Health Nurses. december 1990;38(12):567–72.
175. Delgado-Rodríguez M, Llorca J. Bias. J Epidemiol Community Health. 1. august 2004;58(8):635–41.
176. Andrade C. Internal, External, and Ecological Validity in Research Design, Conduct, and Evaluation. Indian J Psychol Med. 2018;40(5):498–9.
177. Bendsen T. <http://statnoter.dk>. Thomas Bendsen; 2017 [henvist 27. maj 2025]. Noter i statistik. Tilgængelig hos: <https://statnoter.dk/index.php?pageID=19>
178. PubMed [Internet]. [henvist 30. maj 2025]. PubMed Overview. Tilgængelig hos: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
179. About the Cochrane Library | Cochrane Library [Internet]. [henvist 30. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-library>
180. CINAHL Database | EBSCO [Internet]. [henvist 30. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>
181. Zotero | About [Internet]. [henvist 30. maj 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.zotero.org/about/>
182. Lagisz M, Yang Y, Young S, Nakagawa S. A practical guide to evaluating sensitivity of literature search strings for systematic reviews using relative recall. Res Synth Methods. januar 2025;16(1):1–14.
183. Chetwynd E. Critical Analysis of Reliability and Validity in Literature Reviews. J Hum Lact. 1. august 2022;38(3):392–6.

8. Bilag

BILAG 1 – SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING	1
<i>Bilag 1.1 - Litteratursøgning i PubMed.....</i>	<i>4</i>
<i>Bilag 1.2 – Litteratursøgning i Cochrane</i>	<i>7</i>
<i>Bilag 1.3 – Litteratursøgning i Cinahl.....</i>	<i>9</i>
BILAG 2 – INTERESSENTANALYSE	11
BILAG 3 – SAMARBEJDSPORTEFØLJE	13
BILAG 4 – POSTER TIL REKRUTTERING	17
BILAG 5 – TUQ-SPØRGESKEMA I SURVEYXACT	18
BILAG 6 – INTERVIEWGUIDE VED ANVENDELSE AF DEN FULDE TELEMONTORERINGS-PAKKE	20
BILAG 7 – INTERVIEWGUIDE VED ANVENDELSE AF ÉT ELLER DELE AF TELEMONTORERINGS-PAKKEN	23
BILAG 8 – DELTAGERINFORMATION.....	26
BILAG 9 – SAMTYKKEERKLÆRING	29
BILAG 10 – TRANSSKRIFTIONSKONVENTIONER	30

Bilag 1 – Systematisk litteratursøgning

Formål:

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at finde litteratur der belyste gravides samt sundhedsprofessionelles oplevelse med telemonitorering.

Anvendte databaser:

Den systematiske litteratursøgning blev udført i databaserne PubMed, Cochrane og Cinahl. PubMed er en af de mest omfattende sundhedsvidenskabelige databaser og indeholder litteratur som omhandler biomedicinsk og sundhedsvidenskabelig forskning (178). Denne database blev derfor vurderet som værende relevant til at kunne bidrage til en bred vifte af sundhedsfaglig viden til projektet.

Cochrane er ligeledes en anerkendt sundhedsvidenskabelig database, som primært indeholder systematiske reviews af høj kvalitet, hvilket yderligere understøtter projektets evidensbase-rede tilgang (179).

Cinahl er en videnskabelig database som primært afdækker litteratur indenfor sygepleje, jordemoderkundskab og beslægtede professioner. Derfor giver databasen adgang til litteratur der fokuserer på patientoplevelser, sundhedskompetencer samt anvendelse af teknologier i klinisk praksis, hvorfor den vurderes relevant at anvende (180).

Screening af studier:

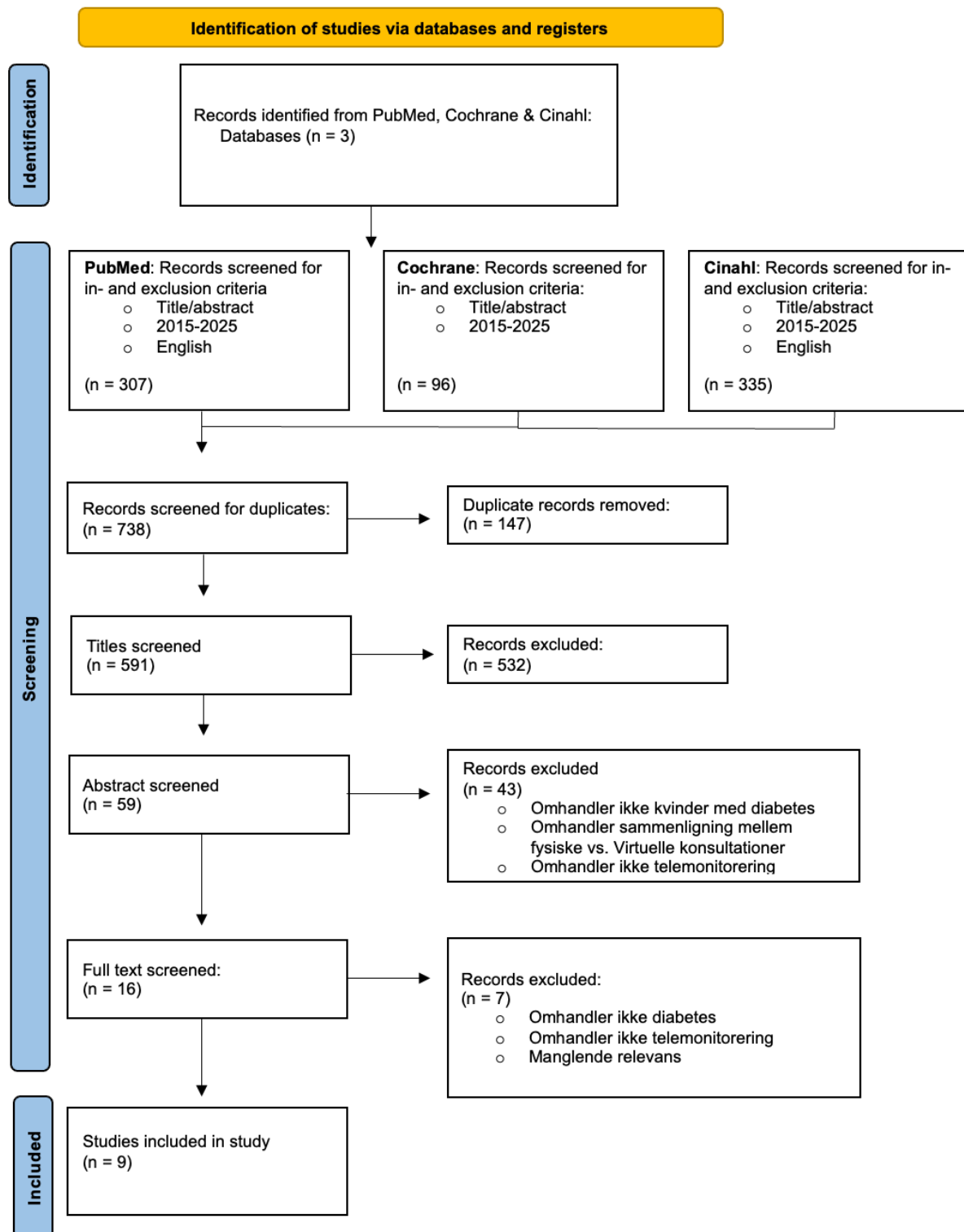
Alle gruppemedlemmerne deltog i screeningsprocessen og gennemgik uafhængigt titel og abstract, hvilket bidrog til at øge den interne validitet af screeningsprocessen. På baggrund af at in- og eksklusionskriterierne var tydeligt beskrevet, blev det vurderet at det ikke havde nogen betydning, at alle gruppemedlemmer varetog screeningsprocessen individuelt.

Ved screening af fuldtekst blev de udvalgte studier fordelt mellem gruppemedlemmerne og relevansen af disse blev diskuteret i fællesskab.

Identificerede studier:

Der blev i alt identificeret 738 studier, hvoraf 307 studier fandtes i Pubmed, 96 studier i Cochrane og 335 studier i Cinahl. Dubletter blev fjernet vha. screeningsværktøjet Zotero

(181). Studierne blev først screenet på baggrund af titel og abstract, hvorefter de blev vurderet ved læsning af fuldtekst. Udvalgelsen af relevante studier blev udført i fællesskab af alle gruppemedlemmer gennem dialog og diskussion med afsæt i de fastlagte in- og eksklusionskriterier. I alt blev der identificeret ni relevante studier som blev vurderet gennem CASP. Udvalgelsen af studierne er illustreret i et PRISMA flowdiagram som kan ses nedenfor.



Anvendte søgeord i PubMed, Cochrane og Cinahl:

	P: Population: Gravide med præeksisterende diabetes		I: Interest: Telemonitorering		Co: Kontekst: Oplevelse
Emneord i PubMed:	Pregnancy complications OR Pregnancy in diabetes		Remote patient monitoring OR Telemedicine OR Digital Health OR Wearable Electronic Devices OR Fetal monitoring OR Telecommunications OR Electrical equipment and supplies		Patient satisfaction OR Attitude of Health Personnel OR Personal satisfaction OR Patient preference
Emneord i Cochrane:	Pregnancy complications OR Pregnancy in diabetes	AND	Remote patient monitoring OR Remote consultation OR Monitoring, ambulatory OR Telemedicine OR Digital Health OR Wearable Electronic Devices OR Fetal monitoring OR Telecommunications OR Electrical equipment and supplies	AND	Patient satisfaction OR Attitude of Health Personnel OR Personal satisfaction OR Patient preference
Emneord i Cinahl:	Pregnancy complications OR Pregnancy in diabetes		Remote patient monitoring OR Remote consultation OR Fetal monitoring OR Home Fetal monitoring OR Fetal monitoring, electronic OR Telemedicine OR Telehealth OR Digital Health OR Digital technology OR Wearable sensors OR Electrical equipment and supplies OR Telecommunications		Patient satisfaction OR Attitude of Health Personnel OR Personal satisfaction OR Patient preference
Fritekst ord:	"Diabetes in pregnancy" OR "type 1 diabetes in pregnancy" OR "type 2 diabetes in pregnancy" OR "T1DM in pregnancy" OR "T2DM in pregnancy" OR "pre-existing diabetes" OR "pre-existing diabetes mellitus" OR "pre-existing DM"		Telehealth OR Telemonitoring OR "remote monitoring" OR eHealth OR mHealth OR "home monitoring" OR "Outpatient Monitoring" OR telecare OR "digital health technolog*" OR "electronic device" OR "remote patient surveillance" OR "home telehealth" OR "Digital monitoring" OR "home fetal monitoring" OR "digital technology" OR "wearable sensors" OR "wearable electronic devices"		"Patient experience" OR "patient perspective" OR "patient perception*" OR "patient view*" OR "patient opinion*" OR "patient feedback" OR "patient-reported outcome*" OR "patient-reported experience*" OR "user satisfaction" OR "health personnel experience*" OR "healthcare staff experience*" OR "medical staff experience*" OR "healthcare provider* experience*" OR "healthcare professional* experience*" OR "healthcare worker* experience*" OR "Experi*" OR "satisfact*" OR "attitud*"

Diskussion af litteratursøgning

En væsentlig metodisk overvejelse i forhold til den systematiske litteratursøgning vedrører valg af søgetermer. I søgningen blev søgetermet 'pre-existing diabetes' anvendt til at identificere relevant litteratur om gravide med prægestationel diabetes. Dog kan det diskuteres, om søgningen ville have været mere præcis og dækkende, hvis begreb pre-gestational diabetes også var blevet inkluderet. Dette kunne muligvis have øget søgningens sensitivitet og dækningsgrad (182). Betegnelsen 'pre-gestational diabetes' anvendes i flere internationale studier som en specifik betegnelse for diabetes diagnosticeret før graviditeten og det er derfor muligt, at rele-

vante studier ikke blev identificeret som følge af den valgte terminologi. Dette udgør en potentiel begrænsning i litteratursøgningen, ved ikke at inkludere søgetermet 'pre-gestational diabetes'. Dette kan have reduceret antallet af identificerede studier, hvilket kan påvirke litteraturgrundlagets repræsentativitet. En bredere søgestrategi som kombinerede begge termer, kunne således have styrket søgningens validitet og sikret en bedre repræsentation af eksisterende viden inden for feltet (183).

Bilag 1.1 - Litteratursøgning i PubMed

History and Search Details				 Download  Delete	
Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#14	...	 >	Search: (((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR "Remote Patient Monitoring"[Mesh]) OR "Digital Health"[Mesh]) OR "Wearable Electronic Devices"[Mesh]) OR "Fetal Monitoring"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Electrical Equipment and Supplies"[Mesh]) OR (((((((((((((((telehealth[Title/Abstract]) OR (telemonitoring[Title/Abstract])) OR ("remote monitoring"[Title/Abstract])) OR (eHealth[Title/Abstract])) OR (mHealth[Title/Abstract])) OR ("home monitoring"[Title/Abstract])) OR ("Outpatient Monitoring"[Title/Abstract])) OR (telecare[Title/Abstract])) OR ("digital health technolog*[Title/Abstract])) OR ("electronic device"[Title/Abstract])) OR ("remote patient surveillance"[Title/Abstract])) OR ("home telehealth"[Title/Abstract])) OR ("Digital monitoring"[Title/Abstract])) OR ("home fetal monitoring"[Title/Abstract])) OR ("digital technology"[Title/Abstract])) OR ("wearable sensors"[Title/Abstract])) OR ("wearable electronic devices"[Title/Abstract])) AND (((("pre-existing diabetes"[Title/Abstract]) OR ("pre-existing diabetes mellitus"[Title/Abstract])) OR ("pre-existing DM"[Title/Abstract])) OR (((("Diabetes in pregnancy"[Title/Abstract]) OR ("type 1 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("type 2 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T1DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T2DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("Pregnancy Complications"[Mesh]) OR "Pregnancy in Diabetics"[Mesh])) AND (((((((((((((((("patient experience"[Title/Abstract]) OR ("patient perspective"[Title/Abstract])) OR ("patient perception*[Title/Abstract])) OR ("patient view*[Title/Abstract])) OR ("patient opinion*[Title/Abstract])) OR ("patient feedback"[Title/Abstract])) OR ("patient-reported outcome*[Title/Abstract])) OR ("patient-reported experience*[Title/Abstract])) OR ("user satisfaction"[Title/Abstract])) OR ("health personnel experience*[Title/Abstract])) OR ("healthcare staff experience*[Title/Abstract])) OR ("medical staff experience*[Title/Abstract])) OR ("healthcare provider* experience*[Title/Abstract])) OR ("healthcare professional* experience*[Title/Abstract])) OR ("healthcare worker* experience*[Title/Abstract])) OR ("Experi*[Title/Abstract])) OR ("satisfact*[Title/Abstract])) OR ("attitud*[Title/Abstract])) OR (((("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Personal Satisfaction"[Mesh]) OR "Patient Preference"[Mesh])) Filters: Full text, English, from 2015 - 2025	307	05:17:02

#13	...	 >	Search: (((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR "Remote Patient Monitoring"[Mesh]) OR "Digital Health"[Mesh]) OR "Wearable Electronic Devices"[Mesh]) OR "Fetal Monitoring"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Electrical Equipment and Supplies"[Mesh]) OR (((((((((((((((telehealth[Title/Abstract]) OR (telemonitoring[Title/Abstract])) OR ("remote monitoring"[Title/Abstract])) OR (eHealth[Title/Abstract])) OR (mHealth[Title/Abstract])) OR ("home monitoring"[Title/Abstract])) OR ("Outpatient Monitoring"[Title/Abstract])) OR (telecare[Title/Abstract])) OR ("digital health technolog*" [Title/Abstract])) OR ("electronic device"[Title/Abstract])) OR ("remote patient surveillance"[Title/Abstract])) OR ("home telehealth"[Title/Abstract])) OR ("Digital monitoring"[Title/Abstract])) OR ("home fetal monitoring"[Title/Abstract])) OR ("digital technology"[Title/Abstract])) OR ("wearable sensors"[Title/Abstract])) OR ("wearable electronic devices"[Title/Abstract])) AND (((("pre-existing diabetes"[Title/Abstract]) OR ("pre-existing diabetes mellitus"[Title/Abstract])) OR ("pre-existing DM"[Title/Abstract])) OR (((("Diabetes in pregnancy"[Title/Abstract]) OR ("type 1 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("type 2 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T1DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T2DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("Pregnancy Complications"[Mesh]) OR "Pregnancy in Diabetics"[Mesh])) AND (((((((((((((((("patient experience"[Title/Abstract]) OR ("patient perspective"[Title/Abstract])) OR ("patient perception*" [Title/Abstract])) OR ("patient view*" [Title/Abstract])) OR ("patient opinion*" [Title/Abstract])) OR ("patient feedback"[Title/Abstract])) OR ("patient-reported outcome*" [Title/Abstract])) OR ("patient-reported experience*" [Title/Abstract])) OR ("user satisfaction"[Title/Abstract])) OR ("health personnel experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("medical staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare provider* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare professional* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare worker* experience*" [Title/Abstract])) OR ("Experi*" [Title/Abstract])) OR ("satisfact*" [Title/Abstract])) OR ("attitud*" [Title/Abstract])) OR (((("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Personal Satisfaction"[Mesh]) OR "Patient Preference"[Mesh])) Filters: English, from 2015 - 2025	311	05:16:52
#10	...	 >	Search: (((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR "Remote Patient Monitoring"[Mesh]) OR "Digital Health"[Mesh]) OR "Wearable Electronic Devices"[Mesh]) OR "Fetal Monitoring"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Electrical Equipment and Supplies"[Mesh]) OR (((((((((((((((telehealth[Title/Abstract]) OR (telemonitoring[Title/Abstract])) OR ("remote monitoring"[Title/Abstract])) OR (eHealth[Title/Abstract])) OR (mHealth[Title/Abstract])) OR ("home monitoring"[Title/Abstract])) OR ("Outpatient Monitoring"[Title/Abstract])) OR (telecare[Title/Abstract])) OR ("digital health technolog*" [Title/Abstract])) OR ("electronic device"[Title/Abstract])) OR ("remote patient surveillance"[Title/Abstract])) OR ("home telehealth"[Title/Abstract])) OR ("Digital monitoring"[Title/Abstract])) OR ("home fetal monitoring"[Title/Abstract])) OR ("digital technology"[Title/Abstract])) OR ("wearable sensors"[Title/Abstract])) OR ("wearable electronic devices"[Title/Abstract]))	406,888	05:14:08

#6	...	 >	Search: (((("pre-existing diabetes"[Title/Abstract]) OR ("pre-existing diabetes mellitus"[Title/Abstract])) OR ("pre-existing DM"[Title/Abstract])) OR (((("Diabetes in pregnancy"[Title/Abstract]) OR ("type 1 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("type 2 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T1DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T2DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR (("Pregnancy Complications"[Mesh]) OR "Pregnancy in Diabetics"[Mesh]))	496,081	05:13:43
#9	...	 >	Search: (((((((((((((((("patient experience"[Title/Abstract]) OR ("patient perspective"[Title/Abstract])) OR ("patient perception*" [Title/Abstract])) OR ("patient view*" [Title/Abstract])) OR ("patient opinion*" [Title/Abstract])) OR ("patient feedback"[Title/Abstract])) OR ("patient-reported outcome*" [Title/Abstract])) OR ("patient-reported experience*" [Title/Abstract])) OR ("user satisfaction" [Title/Abstract])) OR ("health personnel experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("medical staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare provider* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare professional* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare worker* experience*" [Title/Abstract])) OR ("Experi*" [Title/Abstract])) OR ("satisfact*" [Title/Abstract])) OR ("attitud*" [Title/Abstract])) OR (((("Patient Satisfaction" [Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Personal Satisfaction"[Mesh]) OR "Patient Preference" [Mesh]))	4,954,878	05:08:34
#8	...	 >	Search: (((((((((((((((("patient experience"[Title/Abstract]) OR ("patient perspective"[Title/Abstract])) OR ("patient perception*" [Title/Abstract])) OR ("patient view*" [Title/Abstract])) OR ("patient opinion*" [Title/Abstract])) OR ("patient feedback"[Title/Abstract])) OR ("patient-reported outcome*" [Title/Abstract])) OR ("patient-reported experience*" [Title/Abstract])) OR ("user satisfaction" [Title/Abstract])) OR ("health personnel experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("medical staff experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare provider* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare professional* experience*" [Title/Abstract])) OR ("healthcare worker* experience*" [Title/Abstract])) OR ("Experi*" [Title/Abstract])) OR ("satisfact*" [Title/Abstract])) OR ("attitud*" [Title/Abstract]))	4,797,650	05:08:10

#7	...	>	Search: (((("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Personal Satisfaction"[Mesh]) OR "Patient Preference"[Mesh] Sort by: Most Recent	301,107	05:05:14	
#5	...	>	Search: ("Pregnancy Complications"[Mesh]) OR "Pregnancy in Diabetics"[Mesh] Sort by: Most Recent	494,990	05:02:30	
#4	...	!	>	Search: (((("Diabetes in pregnancy"[Title/Abstract]) OR ("type 1 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("type 2 diabetes in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T1DM in pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("T2DM in pregnancy"[Title/Abstract]))	1,676	05:01:50
#3	...	>	Search: (((((((((((((((telehealth[Title/Abstract]) OR (telemonitoring[Title/Abstract])) OR ("remote monitoring"[Title/Abstract])) OR (eHealth[Title/Abstract])) OR (mHealth[Title/Abstract])) OR ("home monitoring"[Title/Abstract])) OR ("Outpatient Monitoring"[Title/Abstract])) OR (telecare[Title/Abstract])) OR ("digital health technolog*" [Title/Abstract])) OR ("electronic device"[Title/Abstract])) OR ("remote patient surveillance"[Title/Abstract])) OR ("home telehealth"[Title/Abstract])) OR ("Digital monitoring"[Title/Abstract])) OR ("home fetal monitoring"[Title/Abstract])) OR ("digital technology"[Title/Abstract])) OR ("wearable sensors"[Title/Abstract])) OR ("wearable electronic devices"[Title/Abstract]))	63,459	04:51:57	
#2	...	!	>	Search: ((((((("Telemedicine"[Mesh]) OR "Remote Patient Monitoring"[Mesh]) OR "Digital Health"[Mesh]) OR "Wearable Electronic Devices"[Mesh]) OR "Fetal Monitoring"[Mesh]) OR "Telecommunications"[Mesh]) OR "Electrical Equipment and Supplies"[Mesh] Sort by: Most Recent	370,699	04:48:41
#1	...	>	Search: (("pre-existing diabetes"[Title/Abstract]) OR ("pre-existing diabetes mellitus"[Title/Abstract])) OR ("pre-existing DM"[Title/Abstract]))	1,109	04:44:45	

Showing 1 to 14 of 14 entries

Bilag 1.2 – Litteratursøgning i Cochrane

–	+	#1	MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] explode all trees	MeSH	17736
–	+	#2	MeSH descriptor: [Pregnancy in Diabetics] explode all trees	MeSH	492
–	+	#3	("Diabetes in pregnancy" OR "type 1 diabetes in pregnancy" OR "type 2 diabetes in pregnancy" OR "T1DM in pregnancy" OR "T2DM in pregnancy" OR "pre-existing diabetes" OR "pre-existing diabetes mellitus" OR "pre-existing DM");ti,ab,kw	Limits	222
–	+	#4	#1 OR #2 OR #3	Limits	17857
–	+	#5	MeSH descriptor: [Remote Patient Monitoring] explode all trees	MeSH	0
–	+	#6	MeSH descriptor: [Telemedicine] explode all trees	MeSH	5150
–	+	#7	MeSH descriptor: [Digital Health] explode all trees	MeSH	34
–	+	#8	MeSH descriptor: [Remote Consultation] explode all trees	MeSH	478
–	+	#9	MeSH descriptor: [Monitoring, Ambulatory] explode all trees	MeSH	4016
–	+	#10	MeSH descriptor: [Fetal Monitoring] explode all trees	MeSH	465
–	+	#11	MeSH descriptor: [Wearable Electronic Devices] explode all trees	MeSH	1064
–	+	#12	MeSH descriptor: [Telecommunications] explode all trees	MeSH	11836
–	+	#13	MeSH descriptor: [Electrical Equipment and Supplies] explode all trees	MeSH	5253
–	+	#14	("telehealth" OR "telemonitoring" OR "remote monitoring" OR "eHealth" OR "mHealth" OR "home monitoring" OR "outpatient Monitoring" OR "telecare" OR (digital health NEXT technology) OR "electronic device" OR "remote patient surveillance" OR "home telehealth" OR "digital monitoring" OR "home fetal monitoring" OR "digital technology" OR "wearable sensors" OR "wearable electronic devices");ti,ab,kw	Limits	13104
–	+	#15	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	Limits	30747
–	+	#16	MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees	MeSH	15393

[Save this search](#)
[View/Share saved searches](#)
[Search help](#)

Bilag 1.3 – Litteratursøgning i Cinahl

S32	S19 AND S27 AND S29	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	335
S31	S19 AND S27 AND S29	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	345
S30	S19 AND S27 AND S29	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	511
S29	S1 OR S2 OR S3 OR S28	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	112,743
S28	TI "pre-existing diabetes mellitus" OR AB "pre-existing diabetes mellitus" OR TI "pre-existing DM" OR AB "pre-existing DM"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	74
S27	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,059,465
S26	TI "healthcare provider" experience"" OR AB "healthcare provider" experience"" OR TI "healthcare professional" experience"" OR AB "healthcare professional" experience"" OR TI "healthcare worker" experience"" OR AB "healthcare worker" experience"" OR TI "Expert"" OR AB "Expert"" OR TI "satisfact"" OR AB "satisfact"" OR TI "attitud"" OR AB "attitud""	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	916,368
S25	TI "patient-reported outcome"" OR AB "patient-reported outcome"" OR TI "patient-reported experience"" OR AB "patient-reported experience"" OR TI "user satisfaction" OR AB "user satisfaction" OR TI "health personnel experience"" OR AB "health personnel experience"" OR TI "healthcare staff experience"" OR AB "healthcare staff experience"" OR TI "medical staff experience"" OR AB "medical staff experience""	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	20,419
S24	TI "patient experience" OR AB "patient experience" OR TI "patient perspective" OR AB "patient perspective" OR TI "patient perception" OR AB "patient perception" OR TI "patient view" OR AB "patient view" OR TI "patient opinion" OR AB "patient opinion" OR TI "patient feedback" OR AB "patient feedback"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12,107
S23	(MH "Attitude of Health Personnel+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	137,629
S22	(MH "Patient Preference")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,876
S21	(MH "Personal Satisfaction+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	45,930
S20	(MH "Patient Satisfaction+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	67,214
S19	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	223,621
S18	TI "digital technology" OR AB "digital technology" OR TI "wearable sensors" OR AB "wearable sensors" OR TI "wearable electronic devices" OR AB "wearable electronic devices"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,989
S17	TI "digital health technolog"" OR AB "digital health technolog"" OR TI "electronic device" OR AB "electronic device" OR TI "remote patient surveillance" OR AB "remote patient surveillance" OR TI "home telehealth" OR AB "home telehealth" OR TI "Digital monitoring" OR AB "Digital monitoring" OR TI "home fetal monitoring" OR AB "home fetal monitoring"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,808
S16	TI ehealth OR AB ehealth OR TI telemonitoring OR AB telemonitoring OR TI ("remote monitoring" or "home monitoring" or telehealth) OR AB ("remote monitoring" or "home monitoring" or telehealth) OR TI mhealth OR AB mhealth OR TI "outpatient monitoring" OR AB "outpatient monitoring" OR TI telecare OR AB telecare	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,718
S15	(MH "Telecommunications+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	184,602
S14	(MH "Electrical Equipment and Supplies+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,652
S13	(MH "Wearable Sensors+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8,772

S12	(MH "Digital Technology+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	9,313
S11	(MH "Digital Health+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32,173
S10	(MH "Telehealth+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	48,105
S9	(MH "Telemedicine+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29,516
S8	(MH "Fetal Monitoring, Electronic+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,696
S7	(MH "Home Fetal Monitoring")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	56
S6	(MH "Fetal Monitoring+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,413
S5	(MH "Remote Consultation")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,558
S4	(MH "Remote Patient Monitoring+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,640
S3	TI "Diabetes in pregnancy" OR AB "Diabetes in pregnancy" OR TI "type 1 diabetes in pregnancy" OR AB "type 1 diabetes in pregnancy" OR TI "type 2 diabetes in pregnancy" OR AB "type 2 diabetes in pregnancy" OR TI "11dm in pregnancy" OR AB "11dm in pregnancy" OR TI "12dm in pregnancy" OR AB "12dm in pregnancy" OR TI "pre-existing diabetes" OR AB "pre-existing diabetes"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,018
S2	(MH "Pregnancy in Diabetes+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,636
S1	(MH "Pregnancy Complications+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	112,333

Bilag 2 – Interessentanalyse

Interessent	Beskrivelse	Indflydelse	Interesse	Vigtighed
Interne interessenter:				
Ambulatorie for graviditet og ultralyd, AAUH	AAUH er et sygehus som tilbyder telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes.	AAUH har stor indflydelse på anvendelsen af telemonitoreringspakken, da det er dem som udbyder den til gravide med prægestationel diabetes	AAUH har middel til stor interesse i anvendelsen af telemonitoreringspakken, da det kan bidrage til en besparelse af ressourcer og optimering af patientforløb.	Stor
Steno Diabetes Center Odense og gynækologisk-obstetrisk afdeling, OUH	OUH er et sygehus som tilbyder telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes.	OUH har stor indflydelse på anvendelsen af telemonitoreringspakken, da det er dem som udbyder den til gravide med prægestationel diabetes	OUH har middel til stor interesse i anvendelsen af telemonitoreringspakken, da det kan bidrage til en besparelse af ressourcer og optimering af patientforløb.	Stor
IT-medarbejdere (teknisk afdeling)	IT-medarbejderne medvirker til at sikre vedligehold og reparation af elementerne i telemonitoreringspakken	IT-medarbejderne har stor indflydelse på anvendelsen af telemonitoreringspakken, da brugerne ikke kan benytte elementerne, hvis ikke de fungerer	IT-medarbejderne har en lav interesse i telemonitoreringspakken, da de er ansat i regionen og derved ikke har direkte interesse i anvendelsen af telemonitoreringspakken	Medium.
Teknisk leverandør	Teknisk leverandør er ansvarlige for at levere det tekniske udstyr, herunder NEMO pakken, som skal bruges for at de gravide med prægestationel diabetes kan udføre telemonitorering derhjemme.	Den tekniske leverandør har stor indflydelse på telemonitoreringspakken, for hvis ikke de leverer de tekniske elementer, kan brugeren ikke udføre telemonitorering	Den tekniske leverandør har stor interesse i at telemonitoreringspakken anvendes af flere, så de vil blive foretrukket af andre sygehuse til anvendelse af samme udstyr.	Stor
Eksterne interessenter:				
Gravide med prægestationel diabetes	Gravide med prægestationel diabetes kan an-	Den gravide med prægestationel diabetes, har nogen indflydelse på brugen af te-	Den gravide med prægestationel diabetes har medium interesse i at anvende te-	Medium

	vende telemonitoreringspakken hjemme.	lemonitoreringspakken, da det ikke er alle gravide, der modtager alle elementer	lemonitoreringspakken, da de ønsker mere fleksibilitet i deres forløb.	
Pårørende	Pårørende kan hjælpe patienten med at udføre telemonitorering derhjemme	Pårørende har kun en lille indflydelse, da de i denne sammenhæng blot kan fungere som en hjælp for den gravide	Pårørende har en lille interesse i telemonitoreringspakken, da de fra deres perspektiv kun har interesse i at det virker og gælder den gravide.	Lille
Interesseorganisationer	Interesseorganisationer omfatter f.eks. jordemødre forening som varetager jordemødrenes interesser.	Interesseorganisationer har en lille indflydelse, da de ikke direkte påvirke dette speciale.	Interesseorganisationen har en lille-middel interesse i telemonitorering, da det kan bidrage til øget fleksibilitet for den gravide.	Lille

Bilag 3 – Samarbejdsportefølje

Denne samarbejdsportefølje beskriver rammerne for samarbejdet mellem projektgruppen og Ambulatoriet for graviditet og ultralyd, AAUH samt Steno Diabetes Center Odense og gynækologisk-obstetrisk afdeling, OUH ifm. specialet. Samarbejdet har været præget af en effektiv og målrettet kommunikation, hvor der har været løbende kontakt i forløbet. Der er fra begyndelsen af specialet blevet udført en klar afstemning af forventninger, rollerne og ansvar.

Den eksterne samarbejdspartner har spillet en aktiv rolle i forløbet og bidraget med både faglig ekspertise og praktiske informationer. Fleksibilitet og tillid har været afgørende for forløbet, hvilket har været med til at skabe et velfungerende og konstruktivt samarbejde.

Kommunikationen har været åben og tydelig gennem hele forløbet. Der har været løbende udveksling og tæt koordinering af praktiske forhold, herunder tidsplaner og organisering af rekrutteringer. Den kontinuerlige kommunikation har bidraget til en effektiv gennemførelse af specialet samt gjorde det muligt at håndtere opståede udfordringer hurtigt og konstruktivt.

Det overordnede samarbejde mellem projektgruppen og AAUH samt OUH vurderes som velfungerende og professionelt. Alle parter har bidraget til et samarbejde præget af gensidig respekt, tryghed og tydelig rollefordeling. Nedenfor vises uddrag af vigtige mailkorrespondancer med AAUH og OUH, da den primære kontakt har foregået via mail.

Mailkorrespondance AAUH:

AN

Arianne Brandborg Nørhave <a.noerhave@rn.dk>

Til: Anya Sook Goldmann Eidhammer <a.eidhammer@rn.dk>; Sandra Bang-Schnack; +9 andre

Ons 22-01-2025 21:28

Kære alle.

Jeg skriver med henblik på en kommende samarbejdsaftale med tre kandidatstuderende ved AAU. Anna Kristine, Anna og Ayan vil gerne hjælpe os med at udfase papirpjecer i G&U, og i stedet udvikle et grafisk værktøj, som kan benyttes i samtalen med patienten samt udtænke noget smart i forhold til, at kunne tilgå patientinformation elektronisk vha. QR-koder. Måske også hjælpe med at udvikle noget videomateriale...

Udviklingen og projektet skal udover at hjælpe afdelingen, danne rammen om et kandidatspeciale. @Anne Mette Dahl Krøgh fungerer som tovholder mellem klinik og AAU (studerende)

Fra kommunikationsafdelingen har @Mia Bisgaard Jensen og @Dorthe Leergaard givet grønt lyst til et samarbejde og vil sammen med Anna Kristine, Anna og Ayan finde en mødedato, hvor der vil være mulighed for at forventningsafstemme. @Anna Le Møller-Lange vil i selv tage kontakt til Mia og Dorthe?

Vi håber at @Luise Gråkjær Andersen, @Helle Larsen og @Any Sook Goldmann Eidhammer har mulighed for at fungere som sparringspartnere ind i projektet og hjælpe de studerende med at komme med inputs til fx hvilken information der er mangelfuld, om der kunne være grafiske tegninger som kunne understøtte den patientinformation som bliver givet i ambulatoriet og om der er særlige behandlinger, som kunne være værdifulde at have på film eller animeret, fx. Vending af barn fra underkrop til hovedstilling, måling af blodsukker osv.

@Hanne Nørgaard vil muligvis hjælpe med at bringe det juridiske i orden. Der plejer vist at være noget med en tavshedserklæring, forsikring mm. der skal underskrives.

Jeg glæder mig til at følge processen og hvis der er noget jeg kan hjælpe med, så siger I bare til.

Next step er, at @Anna Le Møller-Lange, Anna Kristine og Ayan tager kontakt til @Anne Mette Dahl Krøgh

De bedste hilsner

Arianne Brandborg Nørhave | Afdelingsjordemoder - Projektleder
Mobil: 20 73 07 50 | a.noerhave@rn.dk

Aalborg Universitetshospital | Afdeling for Gynækologi, Graviditet og Fødsel
Reberbansgade | 9000 Aalborg

A

Anne Mette Dahl Krøgh <a.kroegh@rn.dk>

Til: Mia Bisgaard Jensen <mibij@rn.dk>; Anna Le Møller-Lange; Dorthe Leergaard <dorthe.leergaard@rn.dk>

Cc: Anna Kirstine Winter; Ayan Ibrahim

Tir 28-01-2025 09:52

Mailkorrespondance OUH:

MC

Maria Hornstrup Christensen<Maria.Hornstrup.Christensen@rsyd.dk>

Til: **hst-25-kvt-10-10509**

Cc: Lise Lotte Torvin Andersen <lise.lotte.andersen@rsyd.dk>; Christina Anne Vinter <christina.vinter@rsyd.dk>

Man 17-03-2025 11:52

Kære Anna, Anna og Ayan

Vi er blevet kontaktet om jeres kandidatspeciale, som vi synes lyder rigtig spændende!

Vores 'telemonitoringspakke' til gravide kvinder med præeksisterende diabetes er ikke udspecificeret nogen steder som sådan.

Ift. elementerne i 'pakken', så tilbyder vi BT-målinger og CTG som hjemmemonitorering (BG-målinger foretager de alle sammen derhjemme helt rutinemæssigt). Vi tilbyder ikke noget ift. urinstix.

Det samlede antal forløb med kvinder med prægestationel CTG-hjemmemonitorering fra opstarten og frem til nu er vist sammenlagt 6 (jeg kan komme med et præcist antal ved senere lejlighed), og aktuelt har vi 1 kvinde, der har et fungerende CTG-hjemmemonitoreringsforløb.

I må gerne skrive til mig, hvis I fortsat har brug for, at Odense Universitetshospital bidrager med data, og i den forbindelse skrive, præcist hvad I gerne vil og har brug for.

Jeg forventer desuden, at I har styr på alt, hvad der måtte være behov for af tilladelser mm., så vi er sikre på, at det hele er efter bogen☺

Ha en god dag ☺☺

På OUHs Diabetes-teams vegne

Venligst

Maria Hornstrup Christensen
Klinisk jordmoderspecialist, Postdoc
maria.hornstrup.christensen@rsyd.dk
Mobil +45 2538 8718

Steno Diabetes Center Odense samt Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling,
Odense Universitetshospital



MC

Maria Hornstrup Christensen<Maria.Hornstrup.Christensen@rsyd.dk>

Til: 🟢 Anna Le Møller-Lange

Cc: 🟢 Anna Kirstine Winter; 🟢 Ayan Ibrahim

Man 31-03-2025 08:38



Maria Hornstrup Christensen <Maria.Hornstrup.Christensen@rsyd.dk>

😊 ↩️ ↶️ ↷️ 🗉 ⋮

Man 07-04-2025 07:39

Til: 🟢 Anna Le Møller-Lange

Cc: 🟢 Anna Kirstine Winter; 🟢 Ayan Ibrahim

Godmorgen

Så er der grønt lys fra afdelingsledelsen!

Send gerne den nyeste version af flyeren og skriv, hvad I gerne vil have, at jeg siger.

Jeg har ekstraordinært flyttet mit onsdagsprogram i denne uge til i morgen, tirsdag, så der kan jeg udlevere flyers. Jeg har vikar på i konsultationen torsdag samt onsdag i næste uge, så det er ikke sikkert, at der udleveres noget de dage.

Ser frem til at høre fra jer 😊

Venligst
Maria

...

HJÆLP OS MED EVALUERE TELEMONITORERING



Har du type 1- eller type 2 diabetes og har brugt/bruger telemonitorering under din graviditet? Så vil vi meget gerne høre om dine erfaringer!

HVAD INDEBÆRER DET?

- ✦ 1: Udfyld spørgeskemaet (ca. 5 min.)
- ✦ 2: Deltag i et kort interview (valgfrit - ca. 15-20 min.).

HVORFOR DELTAGE?

Din feedback hjælper os med at evaluere telemonitoreringspakken til gravide med diabetes, som består af:

- ✓ Blodsuktermåling
- ✓ Blodtryksmåling
- ✓ CTG-måling (overvågning af fostrets hjerterytme)
- ✓ Urin-stix

HVEM ER VI?

Gruppen består af Anna (sygeplejerske), Anna Le (radiograf) og Ayan (bioanalytiker) som er kandidatstuderende på Aalborg Universitet.

VIL DU VÆRE MED?

Kontakt Anna Le på mail eller scan QR-koden:

- Mail: amolle23@student.aau.dk



Tak for din tid – din oplevelse gør en forskel!

Bilag 5 – TUQ-spørgeskema i SurveyXact



Vi gør dig opmærksom på, at der i spørgeskemaet vil være spørgsmål angående din diabetestype, navn og alder.

Det er frivilligt at deltage i spørgeskemaet. Du giver automatisk informeret samtykke ved at besvare spørgeskemaet. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Dine data vil blive behandlet fortroligt og i henhold til GDPR.

Dine data vil blive brugt i et specialeprojekt som en evaluering af telemonitoring til gravide med præeksisterende diabetes. Alle data vil blive slettet efter d. 1/7-2025. I specialeprojektet vil alle dine data blive pseudonymiseret og kan derfor ikke ledes direkte tilbage til dig.

[FORRIGE](#) [NÆSTE](#)

22%



Må vi kontakte dig efterfølgende med henblik på et telefonisk eller fysisk interview? (ca. 15-20 minutter)

☐ Ja

☒ Nej

Hvis ja, tilføj venligst e-mail og dit mobilnummer, som vi må kontakte dig på.

Email:

Mobilnummer:

Hvad er dit navn?

Hvad er din alder?

Hvilken region tilhører/tilhørte du under din graviditet?

Hvilken type diabetes har du?

☒ Type 1 Diabetes

☐ Type 2 diabetes

Afkryds én eller flere af de monitoreringsløsninger som du har modtaget i eget hjem under din graviditet.

☒ Blodtryksmåling

☒ Urin-stix

☒ Cardiotokografi (CTG – registrering af fostrets hjerterytme)

[FORRIGE](#) [NÆSTE](#)

33%



Tak for din deltagelse. Du skal nu trykke afslut for at dine besvarelser bliver registreret.

Ved spørgsmål kan du kontakte projektgruppen på:

Mail: hst-25-kvt-10-10509@student.aau.dk

FORRIGE

AFSLUT

100%

Bilag 6 – Interviewguide ved anvendelse af den fulde telemonitore- ringspakke

Briefing		
Præsentation af interviewerne og projektets formål	Hvem er vi?	Gruppen består af: Anna, Anna Le, og Ayan. Vi læser Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet og er i gang med vores kandidatspeciale. Vi er hver især uddannet som sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker
	Formålet med interviewet	Formålet med interviewet er at undersøge din oplevelse med telemonitoreringen der tilbydes.
Rammerne for interviewet	Tidsramme	Interviewet vil tage 15-20 minutter.
	Gøre opmærksom på at interviewet optages evt. På diktafon eller på telefon	Vi vil gøre opmærksom på at interviewet, bliver optaget enten via teams eller diktafon. Optagelsen vil blive anvendt som en støtte til vores hukommelse og vil være en del af vores videre projektarbejde. Vi benytter optagelsen til at transskribere interviewet efterfølgende.
	Pseudonymisering	Interviewet vil blive behandlet fortroligt og gemmes indtil d. 30/6-25, hvorefter materialet vil blive destrueret. I opgaven vil udsagn med personoplysninger om dig blive delvis anonymiseret, f.eks. navn.
	Rollefordeling	Min opgave er at stille spørgsmål og min kollegas opgave er at tage noter undervejs (styre diktafon, evt. stille supplerende spørgsmål undervejs)
	Redegørelse	Du må endelig spørge, hvis der er noget du er i tvivl om eller ikke forstår undervejs i interviewet. Så vil vi gøre dig opmærksom på, at det er frivilligt at deltage i interviewet og at du altid kan trække dit samtykke tilbage.

		Hvis der er spørgsmål du ikke har lyst til at svare på, så er det også helt okay.
Præsentation af informant	Informanten præsenterer sig selv	Vil du præsentere dig selv? (Navn og diabetestype)

Temaer	Interviewspørgsmål
Erfaring med telemonitorering	Kan du fortælle om din oplevelse med at bruge telemonitorering? (Hvilken telemonitorering har du modtaget?) • Hvad har fungeret godt for dig, og hvad har været mindre godt? (enkelte elementer som du har benyttet dig særlig meget af eller hele pakken?) • Hvordan passede telemonitoreringen ind i din hverdag? ○ Hvad har det givet dig at det har været muligt med telemonitorering – for dig (og din partner) (fleksibilitet, transport) ○ Planlagde din dag ift. at du skulle telemonitore?
Oplæring i brugen af den telemedicinske løsning	• Hvad modtog du af oplæring? ○ Og hvordan lærte at benytte de forskellige dele i telemonitoreringspakken? • Hvad kendte du til i forvejen? • Hvad mangler evt. I det forløb?
Brugervenlighed og teknisk oplevelse	• Hvor let eller svært var det at lære at bruge telemonitorering derhjemme? • Synes du det var nemt at udføre et CTG-måling derhjemme? (inkl. Montering af elektroder, udstyr osv.) ○ Fik du hjælp af din partner? I starten, hver gang, aldrig, lærte du det efterhånden? ○ Er det nemt at bruge alene? • Oplevede du nogen tekniske problemer? Hvis ja, hvordan påvirkede det din oplevelse? • Hvordan håndterede du tekniske udfordringer? - følte du dig tryk ved at løse dem selv • Hvordan oplevede du tidsforbruget af telemonitorering? ○ Hvor lang tid brugte du ca. ugentligt på at skulle lave de forskellige målinger inkl. opsætning og indberetning af målingerne? • Har din oplevelse af systemets brugervenlighed ændret sig over tid? I så fald hvordan? • Hvad ville gøre systemet lettere at bruge for dig?
Kommunikation med sundhedspersonalet	• Hvem var ansvarlig for dit telemonitoreringsforløb? (hospital/afdeling) • Føler du at læge eller jordemoder lytter til dig ved telefoniske opkald sammenlignet med fysiske konsultationer (eller bliver det overfladisk)?

	○ F.eks. bekymringer, følelser? ○ Var kontakten anderledes? • Hvor hurtigt fik du svar efter du havde registreret dine målinger? (Ved ventetid på svar, hvad kunne forbedres?) • Var der noget, der gjorde det nemmere eller sværere at kommunikere via systemet?
Tryghed og tillid	• Havde du nogen bekymringer, da du brugte systemet? • Følte du at du havde meget ansvar for egen behandling eller det modsatte? ○ Oplevede du, at blev taget seriøst kunne bidrage til egen behandling bedre? Eller noget helt tredje ○ Var du tryk ved at varetage egen behandling? I så fald hvordan?
Opfølgning på TUQ-spørgeskema	• Er der svar fra spørgeskemaet der ligger meget i den ene eller den anden retning, uddybes det her
Samlet vurdering og fremtidig brug	• Hvordan oplever du koordineringen af telemonitoreringsforløbet ift. At du både skal lave målinger derhjemme, men også skal til fysiske aftaler på hospitalet? • Hvis du skulle se på alle de ting som du skulle måle derhjemme, hvordan vil du så vurdere den fulde telemonitoreringspakke som består af blodsukker- og blodtryksmåling, CTG og u-stix? • Hvad vil du synes om ikke at skulle lave alle de forskellige målinger, men kun nogle af dem? ○ Hvordan ville det påvirke din hverdag? ○ Føler du dig mere stresset af at skulle lave flere målinger eller giver det noget tryk? • Hvordan ser du på telemonitorering efter at have brugt det? ○ Er der noget, du ville ændre eller forbedre? • Hvordan tror du, at telemonitorering kunne bruges bedst i fremtiden? • Hvis du skulle give et råd til en anden gravid med diabetes, der skal bruge telemonitorering, hvad ville det være?

Debriefing	
Afrunding	Så er vi så småt ved at være færdige med interviewet. Har du noget at tilføje?
Praktisk	Hvis du har svaret ja til at få oplysninger om vores resultater, vil vi sende en e-mail med disse informationer, når projektet er afsluttet.
Opsummering	Tusind tak for din hjælp. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du senere skulle have nogle spørgsmål.

Bilag 7 – Interviewguide ved anvendelse af ét eller dele af telemonitoringspakken

Briefing		
Præsentation af interviewerne og projektets formål	Hvem er vi?	Gruppen består af: Anna, Anna Le, og Ayan. Vi læser Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet og er i gang med vores kandidatspeciale. Vi er hver især uddannet som sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker
	Formålet med interviewet	Formålet med interviewet er at undersøge din oplevelse med telemonitoreringen der tilbydes.
Rammerne for interviewet	Tidsramme	Interviewet vil tage 15-20 minutter.
	Gøre opmærksom på at interviewet optages evt. På diktafon eller på telefon	Vi vil gøre opmærksom på at interviewet, bliver optaget enten via teams eller diktafon. Optagelsen vil blive anvendt som en støtte til vores hukommelse og vil være en del af vores videre projektarbejde. Vi benytter optagelsen til at transskribere interviewet efterfølgende.
	Pseudonymisering	Interviewet vil blive behandlet fortroligt og gemmes indtil d. 30/6-25, hvorefter materialet vil blive destrueret. I opgaven vil udsagn med personoplysninger om dig blive delvis anonymiseret, f.eks. navn.
	Rollefordeling	Min opgave er at stille spørgsmål og min kollegas opgave er at tage noter undervejs (styre diktafon, evt. stille supplerende spørgsmål undervejs)
	Redegørelse	Du må endelig spørge, hvis der er noget du er i tvivl om eller ikke forstår undervejs i interviewet. Så vil vi gøre dig opmærksom på, at det er frivilligt at deltage i interviewet og at du altid kan trække dit samtykke tilbage. Hvis der er spørgsmål du ikke har lyst til at svare på, så er det også helt okay.

Præsentation af informanten	Informanten præsenterer sig selv	Vil du præsentere dig selv? (Navn og diabetestype)
-----------------------------	----------------------------------	---

Temaer	Interviewspørgsmål
Erfaring med telemonitorering	Kan du fortælle om din oplevelse med at bruge telemonitorering? (Hvilken telemonitorering har du modtaget?) • Hvad har fungeret godt for dig, og hvad har været mindre godt? (enkelte elementer som du har benyttet dig særlig meget af eller hele pakken?) • Hvordan passede telemonitoreringen ind i din hverdag? ○ Hvad har det givet dig at det har været muligt med telemonitorering – for dig (og din partner) (fleksibilitet, transport) ○ Planlagde din dag ift. at du skulle telemonitorere?
Oplæring i brugen af den telemedicinske løsning	• Hvad modtog du af oplæring? ○ Og hvordan lærte at benytte de forskellige dele i telemonitoreringspakken? • Hvad kendte du til i forvejen? • Hvad mangler evt. I det forløb?
Brugervenlighed og teknisk oplevelse	• Hvor let eller svært var det at lære at bruge telemonitorering derhjemme? • Synes du det var nemt at udføre et CTG-måling derhjemme? (inkl. Montering af elektroder, udstyr osv.) ○ Fik du hjælp af din partner? I starten, hver gang, aldrig, lærte du det efterhånden? ○ Er det nemt at bruge alene? • Oplevede du nogen tekniske problemer? Hvis ja, hvordan påvirkede det din oplevelse? • Hvordan håndterede du tekniske udfordringer? - følte du dig tryk ved at løse dem selv • Hvordan oplevede du tidsforbruget af telemonitorering? ○ Hvor lang tid brugte du ca. ugentligt på at skulle lave de forskellige målinger inkl. opsætning og indberetning af målingerne? • Har din oplevelse af systemets brugervenlighed ændret sig over tid? I så fald hvordan? • Hvad ville gøre systemet lettere at bruge for dig?
Kommunikation med sundhedspersonalet	• Hvem var ansvarlig for dit telemonitoreringsforløb? (hospital/afdeling) • Føler du at læge eller jordemoder lytter til dig ved telefoniske opkald sammenlignet med fysiske konsultationer (eller bliver det overfladisk)? ○ F.eks. bekymringer, følelser? ○ Var kontakten anderledes?

	• Hvor hurtigt fik du svar efter du havde registreret dine målinger? (Ved ventetid på svar, hvad kunne forbedres?) • Var der noget, der gjorde det nemmere eller sværere at kommunikere via systemet?
Tryghed og tillid	• Havde du nogen bekymringer, da du brugte systemet? • Følte du at du havde meget ansvar for egen behandling eller det modsatte? ○ Oplevede du, at blev taget seriøst kunne bidrage til egen behandling bedre? Eller noget helt tredje ○ Var du tryk ved at varetage egen behandling? I så fald hvordan?
Opfølgning på TUQ-spørgeskema	• Er der svar fra spørgeskemaet der ligger meget i den ene eller den anden retning, uddybes det her
Samlet vurdering og fremtidig brug	• Hvordan oplever du koordineringen af telemonitoreringsforløbet ift. At du både skal lave målinger derhjemme, men også skal til fysiske aftaler på hospitalet? • Hvis du skulle se på alle de ting som du skulle måle derhjemme, hvordan vil du så vurdere den fulde telemonitoreringspakke som består af blodsukker- og blodtryksmåling, CTG og u-stix? • Hvad vil du synes om ikke at skulle lave alle de forskellige målinger, men kun nogle af dem? ○ Hvordan ville det påvirke din hverdag? ○ Føler du dig mere stresset af at skulle lave flere målinger eller giver det noget tryk? • Hvordan ser du på telemonitorering efter at have brugt det? ○ Er der noget, du ville ændre eller forbedre? • Hvordan tror du, at telemonitorering kunne bruges bedst i fremtiden? • Hvis du skulle give et råd til en anden gravid med diabetes, der skal bruge telemonitorering, hvad ville det være?

Debriefing	
Afrunding	Så er vi så småt ved at være færdige med interviewet. Har du noget at tilføje?
Praktisk	Hvis du har svaret ja til at få oplysninger om vores resultater, vil vi sende en e-mail med disse informationer, når projektet er afsluttet.
Opsummering	Tusind tak for din hjælp. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du senere skulle have nogle spørgsmål.

Deltagerinformation

Forsøgets titel: Evaluering af telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes

Vi vil gerne spørge, om du vil deltage i et interview der udføres, som en del af kandidatspecialet på kandidatuddannelsen i Klinisk Videnskab og Teknologi på Aalborg Universitet.

Før du beslutter, om du vil deltage i interviewet, skal du fuldt ud forstå, hvad interviewet går ud på, og hvorfor vi gennemfører interviewet. Vi vil derfor bede dig om at læse denne deltagerinformation.

Hvis du beslutter dig for at deltage i interviewet, vil vi bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring. Husk, at du har ret til 24 timers betænkningstid, før du beslutter, om du vil underskrive samtykkeerklæringen.

Det er frivilligt at deltage i interviewet. Du kan når som helst og uden at give en grund trække dit samtykke tilbage.

Formål med interview:

Formålet med dette interview er at undersøge din oplevelse med telemonitoreringspakken (Blodtryksmåling, CTG-måling og urinundersøgelse) eller dele heraf som tilbydes.

Plan for interviewet:

Interviewet vil finde sted enten fysisk eller via Teams opkald og vil tage ca. 15-20 minutter. Det vil blive gennemført af en-to gruppemedlemmer fra projektgruppen og blive optaget på en diktafon eller via Teams. Dine svar i interviewet vil blive analyseret og databehandlet og vil indgå i vores kandidatspeciale

Vi behandler og opbevarer personoplysninger i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven. Under projektet behandler vi de oplysninger om dig, der er nødvendige for projektets udførelse, og efter projektet gemmer vi dine personoplysninger i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningen.

Nytte ved forsøget:

Din deltagelse i dette interview vil bidrage til en bedre forståelse af din oplevelse med telemonitoreringspakken eller dele heraf.

Oplysninger om økonomiske forhold:

Semesterprojektet udarbejdes i samarbejde med Ambulatoriet for Graviditet og Ultralyd, Aalborg Universitetshospital, men der er ikke nogen økonomisk tilknytning.

Der gives ingen økonomisk kompensation for din deltagelse i interviewet.

Adgang til forsøgsresultater:

Forsøgets resultater offentliggøres uanset udfaldet. De vil blive offentliggjort i Aalborg Universitets digitale projektkatalog, som kun kan tilgås af studerende og ansatte på universitetet.

Hvis du ønsker oplysninger om projektets resultater, er du velkommen til at kontakte os.

Forsøget er et kandidatspeciale og kræver ikke godkendelse af videnskabsetisk komite.

Vi håber, at du med denne information har fået tilstrækkeligt indblik i, hvad det vil sige at deltage i interviewet, og at du føler dig rustet til at tage beslutningen om din eventuelle deltagelse.

Vi beder dig også om at læse det vedlagte materiale "Forsøgspersonens rettigheder i et sundhedsvidenskabeligt semesterprojekt" på næste side.

Hvis du vil vide mere om forsøget, er du meget velkommen til at kontakte projektgruppen.

Med venlig hilsen

Anna Kirstine Winter

Anna Le Møller- Lange

Ayan Ibrahim

E-mail: hst-25-kvt-10-10509@student.aau.dk

Forsøgspersonens rettigheder i et sundhedsvidenskabeligt semesterprojekt

Som deltager i et sundhedsvidenskabeligt semesterprojekt skal du vide at:

- din deltagelse i forskningsprojektet er helt frivillig og kan kun ske efter, at du har fået både skriftlig og mundtlig information om forskningsprojektet og underskrevet samtykkeerklæringen

- du til enhver tid mundtligt, skriftligt eller ved anden klar tilkendegivelse kan trække dit samtykke til deltagelse tilbage og udtræde af forskningsprojektet. Såfremt du trækker dit samtykke tilbage, påvirker dette ikke din ret til nuværende eller fremtidig behandling eller andre rettigheder, som du måtte have
- du har ret til at tage et familiemedlem, en ven eller en bekendt med til informationssamtalen
- du har ret til betænkningstid, før du underskriver samtykkeerklæringen
- oplysninger om dine helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger om dig, som fremkommer ifm. forskningsprojektet, er omfattet af tavshedspligt
- der er mulighed for at få aktindsigt i forsøgsprotokoller efter offentlighedslovens bestemmelser. Det vil sige, at du kan få adgang til at se alle papirer vedrørende forsøgets tilrettelæggelse, bortset fra de dele, som indeholder forretningshemmeligheder eller fortrolige oplysninger om andre.
- der er mulighed for at klage, i så fald kontaktes projektgruppen pr. mail.

Bilag 9 – Samtykkeerklæring

Informeret samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt semesterprojekt

Forskningsprojektets titel: Evaluering af telemonitorering til gravide med prægestationel diabetes

Erklæring fra deltager:

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage.

Jeg giver samtykke til at deltage i semesterprojektet, og har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige deltagerinformation om projektet til eget brug.

Deltagerens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at deltageren har modtaget mundtlig og skriftlig information om forsøget.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i forsøget.

Navnet på den, der har afgivet information: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Bilag 10 – Transskriptionskonventioner

For at sikre en ensartet og systematisk transskription af interviewdata er der blevet anvendt transskriptionskonventioner inspireret af Kvale og Brinkmann, den er præsenteret i nedenstående tabel (108). Konventioner gjorde det muligt at beholde samtals detaljer og nuancer. Desuden sikrede konventionerne en troværdig gengivelse af informanternes udsagn.

Transskriptionskonventioner

Symbol	Betydning
I:	Interviewer
R:	Respondent
((ord))	Beskrivelse af tonefald eller emotionelt udtryk, f.eks. ((sukker dybt)) eller ((griner nervøst))
(...)	Når ord eller sætninger er uforståelige
(anonymisering)	Fjernelse af personfølsomme oplysninger, f.eks. ”så talte jeg med (navn på læge)”
[tilføjet ord]	Indsættelse af ord for at forbedre forståelse