# Organisationen

## Hjemmepleje og hjemmesygepleje – definitioner

For at opnå en fyldestgørende forståelse af begrebet ’virtuel hjemmepleje’ er det nødvendigt at klargøre definitionerne af hjemmepleje og hjemmesygepleje i Favrskov Kommune. Virtuel hjemmepleje er et tilbud om specifikke ydelser leveret som videoopkald frem for traditionel fysisk hjemmeplejebesøg i hjemmet. Definitionen af virtuel hjemmepleje er derfor forankret i definitionen af den traditionelle hjemmepleje og hjemmesygepleje, som tilbydes i Favrskov Kommune.

### Hjemmesygepleje:

*”Favrskov Kommune yder hjemmesygepleje til lægeordineret behandling, omsorg og almen sundhedsvejledning”.* Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling for borgere i Favrskov Kommune.

### Hjemmepleje:

*”Målet med hjemmeplejen er at øge borgerens ressourcer og livskvalitet”.* Formålet med hjemmeplejen er at støtte borgeren i at kunne leve sit liv efter eget ønske. Det er en borgerservice om hjælp med udgangspunkt den enkelte borgers behov.

# Borger

## Indledning

Medicinske teknologier er ikke mulige at anskue uafhængigt af de pågældende individer, der direkte eller indirekte er involveret i teknologien. Disse individer omfatter borgere, patienter, behandlere, forskere, udviklere, politikere og beslutningstagere. Indførelse af en ny medicinsk teknologi kan influere på mange anliggender i forhold til det enkelte individ. I dette afsnit fokuseres på borgeraspektet i forhold til indførelse af virtuel hjemmepleje, og med udgangspunkt i modellen *”Udforskning af patientaspekter i MTV”* fra Sundhedsstyrelsens Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering berøres følgende aspekter: sociale, kommunikative, økonomiske og individuelle forhold samt etiske aspekter.

Formålet med afsnittet er at belyse brugen af virtuel hjemmepleje fra et borgerperspektiv. Borgerens oplevelser og erfaringer med brugen af virtuel hjemmepleje ønskes belyst. Desuden ønskes der at give et indblik i, hvilke konkrete borgerbehov levering af virtuel hjemmepleje kan afdække.

Der gives indledningsvist en introduktion til målgruppen for levering af virtuel hjemmepleje. En klar borgerkarakteristik er nødvendig, idet borgeraspektet afhænger heraf. Definitionen tager udgangspunkt i ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten, men er ikke afgrænset hertil.

Hernæst fremlægges de væsentligste resultater og effekter af virtuel hjemmepleje, og disse inddrages i en analyse af og diskussion om borgernes reaktion på virtuel hjemmepleje. Desuden diskuteres borgernære forudsætninger for en optimalt fungerende virtuel hjemmepleje. Afsnittet afsluttes med en konklusion på resultaterne og dermed en besvarelse på de fokuserede spørgsmål.

## Fokuserede spørgsmål

Dette afsnit søger fra et borgerperspektiv at besvare følgende fokuserede spørgsmål:

*Hvilke forudsætninger er der for at video tele conferencing i telesundhed fungerer optimalt?*

Spørgsmålet søges besvaret med udgangspunkt i følgende underpunkter:

* Brugervenlighed for borgeren
* Undervisning af borgeren
* Villighed for borgeren

*Hvordan er brugernes reaktion, og hvad skal man være opmærksom på, opdelt på de sundhedsprofessionelle og borgerne.*

## Litteratursøgning og metode

### Litteraturstudie

Undersøgelsens data og informationer er indhentet gennem litteraturstudier. Videnskabelig litteratur omhandlende videobaserede telesundhedsløsninger for hjemmepleje er søgt på følgende databaser: PubMed, Embase, CINAHL og Cochrane Library. Resultaterne af litteratursøgningsprocessen har været sparsom, idet der ikke forelægger særligt meget videnskabelig evidens på området for virtuel hjemmepleje. På baggrund af implementeringen af virtuel hjemmepleje i Viborg Kommune er der udarbejdet et kandidatspeciale ”Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje”. Referencelisten i denne er brugt som inspiration til litteraturstudie og herfra er fundet størstedelen af den videnskabelige litteratur, som anvendes i denne mini-MTV.

### Generel dataindsamling

Data er endvidere indhentet gennem møder med forskellige interessenter – Appinux, Netplan Care og medarbejdere i Favrskov Kommune. Møderne har medvirket i afgrænsningen af fokus, og på baggrund af disse møder er problemstillingen konkretiseret yderligere. Der er opnået et afgørende indblik i interessenters interesser i forbindelse med udbredelsen af virtuel hjemmepleje. Desuden er der indhentet viden om, hvorledes en kommune organiserer sig og særligt, hvad kommunal hjemmepleje er karakteriseret ved. På Favrskov Kommunes hjemmeside er der fundet oplysninger vedrørende hjemme- og sygepleje i Favrskov Kommune. Google i al almindelighed er ligeledes benyttet til indhentning af generel information om emnet telesundhed.

### Empirisk dataindsamling

Empirien i denne mini-MTV er repræsenteret gennem kvalitative metoder i form af strukturerede interviews med deltagere i pilotprojektet i Hadsten Sundhedscenter. Kvalitative metoder søger at give et helhedsbillede af menneskers opfattelse af verden og giver detaljer om mikroprocesser i samfundet. Interviews handler om menneskers subjektive forestilling om dén sociale virkelighed, som de indgår i. Interviews afdækker menneskers viden, opfattelser, meninger og/eller vurderinger om et bestemt emne.

#### Diskussion af kvalitativ metode

Med baggrund i de fokuserede spørgsmål har en stor del af fokus været på at belyse borgernes oplevelser og erfaringer med virtuel hjemmepleje. Det har derfor været nærliggende at supplere litteraturstudiet og den generelle dataindsamling med en kvalitativ interviewundersøgelse for netop at opnå en indgående og detaljeret viden om borgernes syn på virtuel hjemmepleje.

Fra Hadsten Sundhedscenter er der indhentet en kvalitativ evalueringsundersøgelse foretaget blandt deltagere i pilotprojektet. Disse var fem borgere, der modtog virtuel hjemmepleje og to sygeplejersker, der arbejdede med videoopkaldene i den virtuelle hjemmepleje. Evalueringsundersøgelsen var opbygget som et struktureret interview, hvor en sygeplejerske ud fra syv på forhånd definerede spørgsmål interviewede de fem borgere. Disse spørgsmål havde til hensigt at afdække borgerens oplevelser med videoopkald i forhold til konkrete emner og var udformet således, at borgeren skulle svare på et konkret spørgsmål, men mulighed for at tilføje yderligere kommentarer til det pågældende emne. Desuden havde borgeren afslutningsvist mulighed for at supplere evalueringsundersøgelsen med tilføjelser.

Evalueringsundersøgelsens gyldighed er vurderet med relevans for besvarelsen af de fokuserede spørgsmål. Udarbejdelsen af denne mini-MTV har stor begrænsning i forhold til tid og ressourcer, hvorfor det har været ideelt at medtage evalueringsundersøgelsen fremfor at igangsætte et nyt empirisk vidensgrundlag. Gyldigheden af evalueringsundersøgelsen blev vurderet høj, idet formålet for evalueringsundersøgelsen svarede til denne mini-MTV’s forudsætninger for og krav til empirisk dataindsamling.

I vurderingen af gyldighed er endvidere medtaget væsentlige overvejelser i forhold til bias. Interviewspørgsmålene er kritisk vurderet for at sikre, at disse har været fyldestgørende i forhold til besvarelsen af de fokuserede spørgsmål i denne mini-MTV. Udvalget af respondenter i interviewundersøgelsen er vurderet tilfredsstillende, idet alle borgere og sygeplejersker med deltagelse i pilotprojektet har deltaget i interviewundersøgelsen. Sammensætningen af respondenterne har dermed ikke været vildledende og har ikke været årsag til bias. Det har ikke været muligt at vurdere bias i forhold til meningspåvirkning af borgeren på et acceptabelt grundlag, da interviewundersøgelsen er foretaget forud for denne mini-MTV. Dog er spørgsmål og svar kritisk diskuteret og analyseret med henblik på at spore eventuelle meningspåvirkninger fra intervieweren – altså sygeplejersken. Idet alle spørgsmål er besvaret, er det vurderet, at der ingen fundamentale misforståelser har været.

Et struktureret interview er karakteriseret ved at teste hypoteser. Et interview med høj struktureringsgrad har god anvendelse, når antallet af respondenter i undersøgelsen er få. Et struktureret interview genererer desuden en overskuelig datamængde sammenlignet med mindre strukturerede interviewundersøgelser. Pilotprojektet, som denne mini-MTV har udgangspunkt i, bestod af en begrænset gruppe borgere, sygeplejersker og øvrige medarbejdere. Formålet med at anvende kvalitativ metode i dette konkrete tilfælde har været at teste hypotesen om, at implementering af virtuel hjemmepleje kan være en medvirkende faktor til at afhjælpe de kommende samfundsmæssige og demografiske udfordringer i Danmark – og i øvrige lande. Med udgangspunkt i disse to omstændigheder sammenholdt med den tids- og ressourcemæssige begrænsning i denne mini-MTV har designet af evalueringsundersøgelsen fra pilotprojektet været passende.

Motivationen for at vælge kvalitative interviews frem for andre metodedesigns tager afsæt i ønsket om at opnå adgang til respondenternes bevæggrunde, handlemønstre, følelsesliv og erfaringer, hvad angår virtuel hjemmepleje. Ved at sammenholde den empiriske dataindsamling med relevant videnskabelig litteratur er det muligt at opnå en dybere forståelse for borgerens perspektiv. En vigtig essens at pointere ved anvendelsen af de kvalitative interviews er, at disse ikke efterlader mulighed for generalisering.

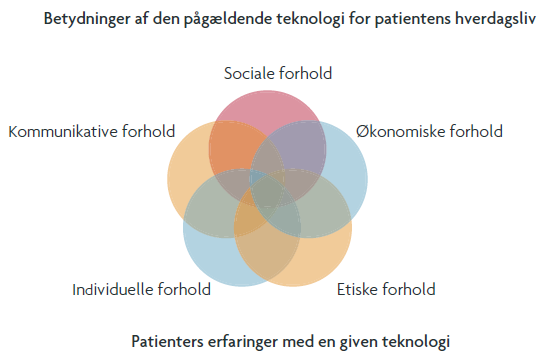
## Målgruppe – en borgerkarakteristik

Målgruppen er borgere i ældregruppen visiteret til hjemmehjælp karakteriseret ved, at hjemmehjælpen i realiteten ikke kræver fysisk tilstedeværelse af en medarbejder. Målgruppen er altså ældre borgere, der modtager hjælp til at udføre opgaver, som disse med rette påmindelse og støtte selv kan udføre. En klar og entydig aldersmæssig afgrænsning af begrebet ”ældre” synes svær at finde. Denne mini-MTV læner sig op ad Statens Institut for Folkesundhed og afgrænser dermed ”ældre” til at omfatte borgere på 60 år eller derover.

Visitationen af hjemmehjælp med henblik på følgende ydelser: Medicingivning (V og PP), Psykisk pleje og støtte, Vejledning/Rådgivning til struktur i hverdagen, Sundhedspædagogisk indsats, Misbrugsindsats, Sundhedsfremme og forebyggelse, Medicinadministration, Inhalationer, Ernæringsindsats, Indsatser ift. søvn og hvile, Palliation, Psykiatrisk Sygepleje samt Mellemmåltider. Desuden er borgere med mange daglige besøg vurderet med henblik på at kunne isolere enkelte af disse ydelser og levere disse som videoopkald. Af borgere med tilbud om ovenstående ydelser er kun inkluderet de, der er i stand til at betjene en tablet.

## Resultater

Som nævnt indledningsvist har afsnittet sit fundamentale udgangspunkt i følgende model:



Figur 1 Udforskning af patientaspektet i MTV

Af figuren fremgår det, at de forskellige forhold har en indbyrdes relation, og at disse forhold dermed ikke må eller kan isoleres. Ændringer i ét forhold har indflydelse på de øvrige forhold i en borgers hverdagsliv. Et borgerperspektiv skal dermed anskues ud fra alle disse aspekter, omend nogle har større eller mindre relevans i forhold til en given medicinsk teknologi.

I dette afsnit fremlægges de resultater i forbindelse med virtuel hjemmepleje, som relaterer sig til disse forhold.

#### Sociale forhold:

Sociale forhold relaterer sig til de sociale betydninger, en given medicinsk teknologi får for borgerens hverdagsliv. Herunder betydninger for borgerens arbejdsliv, familieliv, fritidsliv og livskvalitet.

Overordnet tyder resultater på, at borgere finder virtuel hjemmepleje meget tilfredsstillende. Ifølge det systematiske review *“Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults”* er tilfredsheden med kvaliteten i hjemmeplejen højere blandt borgere, der modtog virtuel hjemmepleje sammenlignet med borgere, der modtog traditionel fysisk hjemmepleje.

For erhvervsaktive borgere betyder virtuel hjemmepleje en større fleksibilitet, da disse borgere ikke er afhængige af et fysisk hjemmeplejebesøg, idet ydelserne kan leveres via videoopkald. Ydelserne kan dermed aftales uden for borgerens normale arbejdstid.

#### Kommunikative forhold:

Resultater vedrørende udveksling af information ved brug af videoopkald i virtuel hjemmepleje viser, at videoopkald skaber en koncentreret kommunikation mellem borger og sygeplejerske. Desuden tyder undersøgelser på en forbedring i relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, idet der opleves en mere personlig kontakt mellem borger og sundhedsprofessionel gennem videoopkald.

* Involvering i beslutningstagen – indflydelse på tidspunkt for skærmopkald. FIND KILDE

#### Økonomiske forhold:

Ikke relevant.

#### Individuelle forhold:

Eksistentielle oplevelser i forbindelse med virtuel hjemmepleje peger overordnet på en stor tilfredshed med videoopkald blandt borgere. Ifølge et systematisk review fra 2014 af Husebø og Storm oplever borgerne en formindskelse i ensomhed, en forbedret psykosocial kontakt, en formindskelse i følelsen af være isoleret, en følelse af tryghed og sikkerhed og skabte en følelse af være ”cared for”.

Resultater fra et pilotprojekt i Viborg gennemført i 2013 med afprøvning af videoopkald som alternativ til traditionel fysisk hjemmeplejebesøg viser, at borgeren oplever en mindre grad af stigmatisering, idet virtuel hjemmepleje muliggør diskretion for borgeren. Borgeren kan i fuld fortrolighed kan modtage konkrete ydelser, uden at hjemmeplejens bil er parkeret uden for borgerens hus.

#### Etiske forhold:

## Analyse/Diskussion

### Udforskning af borgeraspekter

Nedenfor gives en uddybende forklaring på de fem forhold fra modellen i forhold til brugen af virtuel hjemmepleje. Uddybningen underbygges af videnskabelige artikler samt den kvalitative evalueringsundersøgelse. Der inddrages endvidere borgererfaringer med virtuel hjemmepleje fra Viborg Kommune.

#### Sociale forhold

Familielivet op

Betydninger af den pågældende teknologi for borgerens hverdagsliv

Herunder om teknologien fra et borgerperspektiv får/har:

* Direkte og/eller indirekte indflydelse på/betydning for
  + Arbejdsliv – her kan nævnes erhvervsaktive borgere, der får lettere ved at passe deres normale arbejdstider, idet de ikke er afhængige af et fysisk besøg, men kan klare ydelsen virtuelt før arbejdsdagens påbegyndelse eller efter endt arbejdsdag.
  + Familielivet – god fleksibilitet med virtuel hjemmepleje; mindre tidsforbrug, mindre invasivt end et fysisk besøg, større følelse af at det traditionelle familieliv er opretholdt.
  + Fritidslivet – god fleksibilitet med virtuel hjemmepleje; det virtuelle opkald kan klares hurtigt og kan tilrettelægges mere fleksibelt i forhold til borgerens daglige gøremål.
  + Livsstil/livskvalitet – kvaliteten af virtuel opkald sammenlignet med traditionel fysisk besøg synes ikke at være forbedret, men status quo. Dog tyder pilotprojektet i Favrskov, evalueringsrapporten fra Viborg og videnskabelig litteratur på, at livskvaliteten som minimum bevares, og faktisk i høj grad forbedres. Eksempler.

Systematisk review:

Fund:

- formindskelse i ensomhed

- forbedret psykosocial kontakt

- visuelle besøg gav de ældre en følelse af at være "cared for"

- skabte en følelse af "connection" med plejeren

- formindskelse i følelsen af at være isoleret

- stigning i sociale aktiviteter

- følelse af tryghed og sikkerhed

- mere personlig kontakt sammenlignet med almindelige fysiske besøg

Videophone delivery of medication management in community nursing:

Client interviews:

8 interviews: 5 af disse meget tilfredse, 3 tilfredse. Ingen var neutrale eller utilfredse med videoopkald. En af brugerne havde mulighed for videoopkald før arbejdsdagens påbegyndelse, hvilket denne var glad for.

OBS: Når man som borger modtager hjemmehjælp, så er man omfattet loven om arbejdsmiljø, idet borgerens hjem bliver en del af medarbejderen arbejdsplads. Det betyder, at der stilles krav til medarbejderen sikkerhed og sundhed – og disse krav skal borgeren imødekomme. I Favrskov Kommune udarbejdes en arbejdspladsvurdering i samarbejde med borgeren, hvori borgerens hjem vurderes med henblik på, om der findes risici for medarbejderen, når denne skal udføre sit arbejde. Disse risikovurderinger – og eventuelle ændringer i borgerens hjem – mindskes, idet medarbejderens arbejdsplads ikke længere inkluderer borgerens eget hjem.

#### Økonomiske forhold

Dette punkt er ikke særlig væsentlig i forhold til virtuel hjemmepleje, idet borgeren får udleveret en tablet og dermed ikke har nogle umiddelbare økonomiske omkostninger i forbindelse med levering af virtuel hjemmepleje i forhold til traditionel fysisk hjemmepleje. Desuden er størstedelen af borgerne ikke længere erhvervsaktive, hvorfor der ikke er nogle begrænsninger forbundet med arbejdsliv. For de borgere, der stadig er erhvervsaktive, er der økonomisk gevinst i forhold til mindskelse af tabt arbejdsfortjeneste, idet virtuelle besøg i lettere grad kan planlægges uden for borgerens normale arbejdstid. På sigt kan der dog være økonomiske aspekter i forhold til minimumskrav til bredbåndsforbindelse.

Dog skal det også nævnes, at et systematisk review tyder på, at monitorering af patienters medicintagning forebygger, at patienter indlægges eller genindlægges på et plejehjem. Ifølge Finkelstein et al. Havde patienter, der gjorde brug af virtuelle besøg, færre hospitalsindlæggelser end patienter med traditionel hjemmepleje.

Herunder om teknologien fra et borgerperspektiv fx medfører:

* Direkte og/eller indirekte økonomiske omkostninger ift.
  + Arbejdslivet
  + Familielivet
  + Fritidslivet
  + Livsstil/livskvalitet

#### Etiske forhold

Se etikafsnittet.

Herunder om teknologien fra et borgerperspektiv fx medfører:

* Etiske overvejelser
* Etiske valg
* Etiske dilemmaer

#### Individuelle forhold

Herunder om teknologien fra et borgerperspektiv fx medfører:

* Eksistentielle oplevelser fx utryghed, bekymring, håb, angst: dette er et meget vigtigt aspekt at afdække, idet mange generelle forestillinger og bekymringer tager udgangspunkt i, at borgeren bliver socialt isoleret og dermed oplever utryghed, ensomhed, angst etc. Dog tyder videnskabelig forskning og litteratur på, at det omvendte er tilfældet; borgeren oplever i højere grad tryghed og social inklusion ved brug af virtuel hjemmepleje versus traditionelle hjemmeplejebesøg.
* Sygerolle og stigmatisering – undersøgelser tyder på, at borgeren oplever en mindre grad af sygerolle og stigmatisering, idet borgeren med virtuel hjemmepleje i fuld fortrolighed kan modtage hjemmehjælpen, fremfor at en hjemmeplejebil skal parkeres foran huset og dermed indikere over for naboer og andre medmennesker, at borgeren er modtager af hjemmehjælp. Borgeren oplever i stigende grad en mindre diskrimination og dermed en højere grad af bevaret privatliv.
* Livsmod -
* Tilfredshed – forskning og litteratur samt undersøgelser i forbindelse med pilotprojektet samt skærmopkald i Viborg Kommune viser stor tilfredshed blandt borgerne. En forudsætning er, at teknologien fungerer, så leveringen af den virtuelle hjemmepleje glider uproblematisk.
* Udnyttelse af egne ressourcer (egenomsorg, empowerment) – forbedring ift. disse aspekter.

#### Kommunikative forhold

Herunder om teknologien fra et borgerperspektiv fx har/får indflydelse på:

* Udveksling af information: undersøgelser viser, at der over skærm opnås en koncentreret kommunikation, idet borger såvel som sundhedsprofessionel vender al opmærksomhed mod skærmopkaldet og ikke andre ”forstyrrende” elementer.
* Patienters viden og forståelse af teknologien
* Ændrede relationer mellem patient og sundhedsprofessionelle – relationen forbedret – der opleves en stærk tilknytning/kommunikation/connection over skærm.
* Involvering i beslutningstagen – indflydelse på tidspunkt for skærmopkald.

## Konklusion

Hvem bliver visiteret til virtuel hjemmepleje?

Kun borgere, der er i stand til at betjene en tablet, er inkluderet. Borgere

Et inklusionskriterie er, at borgeren kan betjene en tablet. Et eksklusionskriterie

* At borger kan betjene tablet.
* At borger ikke har en behandlingsdom ( medicingivning)
* Borgere med følgende ydelser er gennemgået:
  + Medicingivning V (leveret af hjemmepleje eller sygepleje), Medicingivning PP, Vejledning/rådgivning til struktur i hverdagen, Psykisk pleje og støtte, Sundhedspædagogisk indsats, Misbrugsindsats, Sundhedsfremme og forebyggelse, Medicinadministration, inhalationer, Ernæringsindsats, Indsatser ifht. Søvn og hvile, Palliation, Psykiatrisk Sygepleje, Mellemmåltider.
  + Derudover kan der fremsøges borgere med mange daglige besøg for at se på om enkelte ydelser kan isoleres og leveres som videoopkald.

Hvem kan få hjemmehjælp:

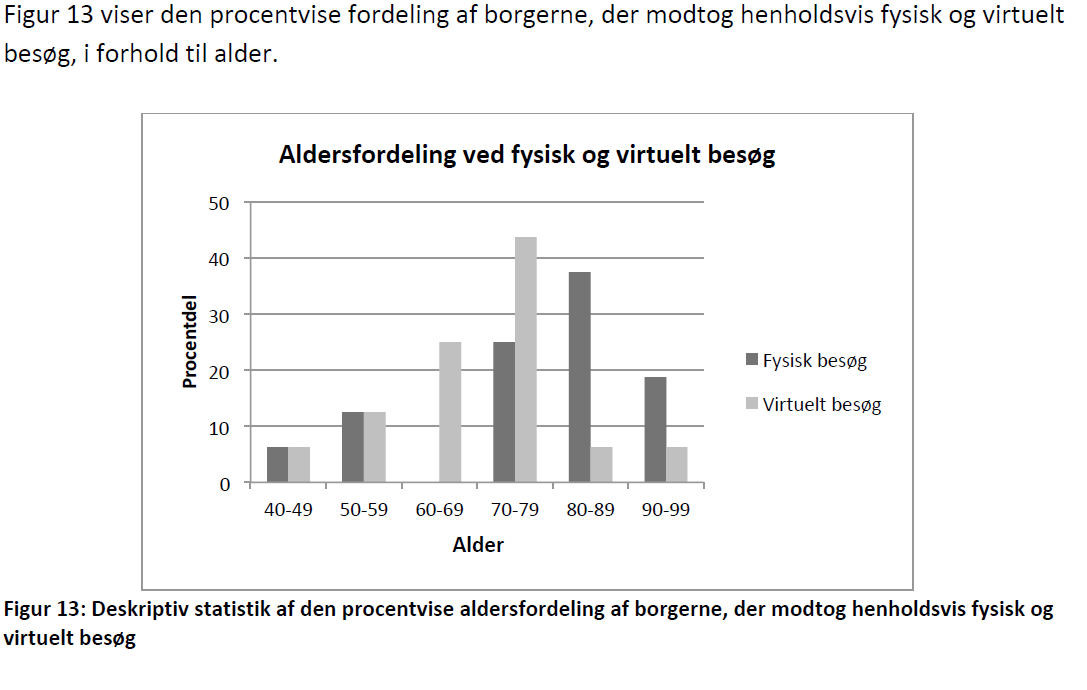
Du kan få hjemmehjælp, hvis du er handicappet, ældre eller i en periode har været syg og derfor ikke længere har de fysiske eller psykiske færdigheder, du havde tidligere. Afgørelsen om hvilken hjælp, du kan få, træffes på grundlag af en vurdering af dit behov.

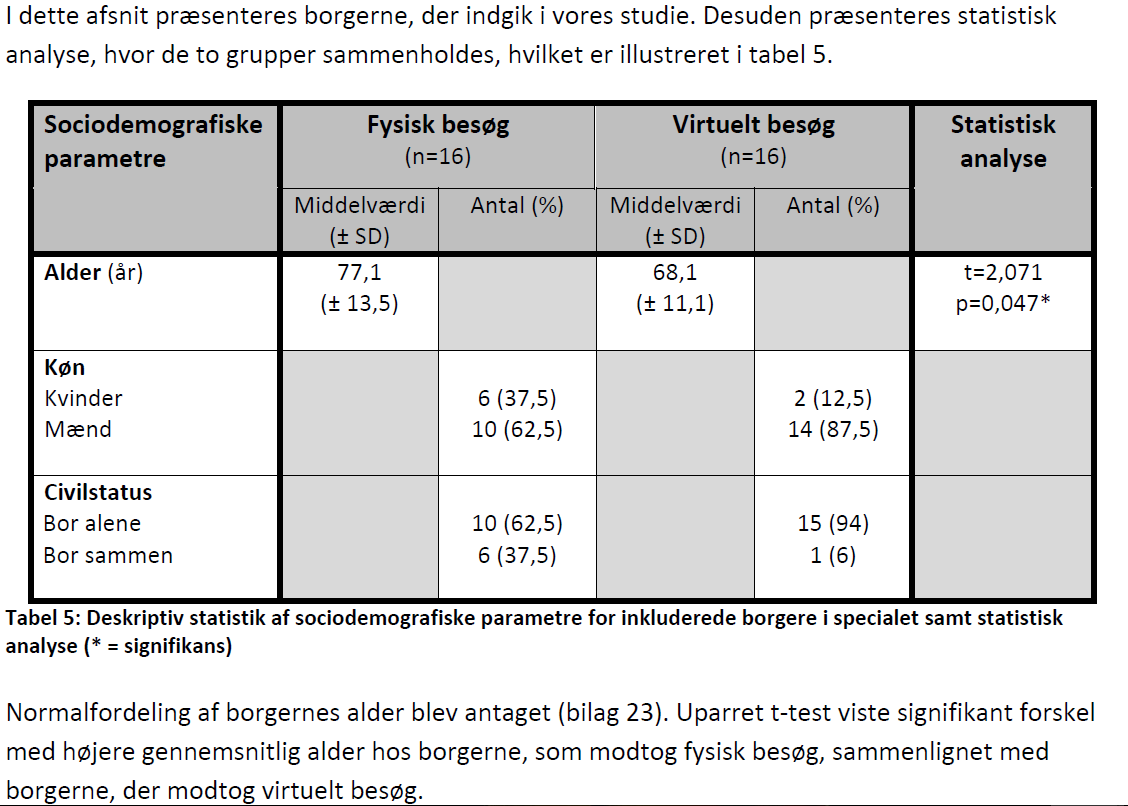
Borgerreaktioner:

Dette underafsnit skal tage afsæt i det spørgeskema, som borgerne fra pilotprojektet har udfyldt. Desuden skal der trækkes paralleller ift. kandidatspecialet fra Viborg om borgernes tilfredshed med levering af virtuel hjemmepleje.

Mangler info:

* Hvor mange borgere modtog virtuelle besøg vs. fysiske besøg i pilotprojektet.
* Aldersfordeling
* Noget ala disse to (fra kandidatspecialet):





## Psykologiske forhold

Ensomhed

Diskretion

Social eksklusion

## Effektmæssige forhold

Tidsbesparelse

Fleksibilitet

## Sociale forhold

Ensomhed

## Etiske aspekter

Forudsætninger for at det kan fungere i borgerens øjne

Tilfredshed ift. hjemmepleje

Definition af borgeren (modtager hjemmepleje – medicinadm., ellers ”selvhjulpen” etc.)

HVERT MTV-ELEMENT ER EN LILLE OPGAVE I SIG SELV MED BESKRIVELSE AF FORMÅL, SPØRGSMÅL, LITTERATURSØGNING OG METODER, RESULTATER, DISKUSSION OG KONKLUSION.