# 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.

# Referencesystem

I denne mini-MTV anvendes Vancouver som referencesystem. Kilder henviser til foregående linje og/eller afsnit, indtil foregående kildehenvisning. Ved henvisning til flere kilder anføres kilderne i parentes efter hinanden separeret ved et komma. Kildehenvisninger før en punktopstilling henviser til de følgende punkter. Citater fra interviews og andet er markeret med citationstegn, indrykket og skrevet i kursiv. Ved anvendelse af forkortelser skrives den fulde betegnelse første gang forkortelsen bruges[kilde: <http://library.au.dk/fileadmin/www.bibliotek.au.dk/Guides/Referencehaandtering/Litteraturhenvisninger_i_Vancouver.pdf> ].

## Litteratursøgningsbias

Begrænset til sproget engelsk

# 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 i Favrskov Kommune, og der tages især udgangspunkt i ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten. Med afsæt 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 borgernes oplevelser og erfaringer med brugen af virtuel hjemmepleje i Favrskov Kommune. Dette belyses ud fra en strutkureret interviewundersøgelse sammenholdt med videnskabelige studier fra andre lande og øvrig materiale og viden indhentet gennem møder med interessenter.

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 herpå. Desuden diskuteres borgernære forudsætninger for en optimalt fungerende virtuel hjemmepleje. Afsnittet afsluttes med en konklusion på resultaterne og dermed en besvarelse af det fokuserede spørgsmål.

## Fokuseret spørgsmål

Dette afsnit har følgende spørgsmål som fokus:

Borger

1. Hvilke borgermæssige konsekvenser er der ved implementering og drift af virtuel hjemmepleje med videokonference i Favrskov Kommune?

Spørgsmålet søges besvaret med udgangspunkt i følgende punkter:

* Kvaliteten
* Tilfredshed
* Brugervenlighed
* Borgeraccept

Kan alle underpunkter besvares? Ellers skal de slettes.

## 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. Derfor er litteratursøgningsprocessen udvidet til også at inkludere artikler identificeret ved kædesøgning i referencelister.

Nedenfor ses et flowdiagram over litteratursøgningsprocessen vedrørende borgerafsnittet.

Tabel 1 Flowdiagram over litteraturstudie



Ekskluderede artikler var telemedicinske problemstillinger vedrørende medicinsk behandling af patienter over distance, eksempelvis sårbehandling over skærm, hjemmemonitorering og telemedicinsk palliation. De inkluderede artikler omhandlede problemstillinger af telesundhedskarakter og havde fokus på virtuel hjemmepleje, eksempelvis medicinadministration og tilfredshedsundersøgelser.

Nedenstående tabel viser inkusionskriterne:

Tabel 2 Inklusionskriterier

|  |  |
| --- | --- |
| Populationer/deltagere: | Patienter, borgere og sundhedsprofessionelle uanset diagnose eller sundhedsforhold  Søgningen blev begrænset til studier i patienters/borgeres eget hjem  Der var ingen aldersbegrænsning af populationer/deltagere |
| Indsatser: | Informations- og kommunikationsteknologier (IKT) på sundhedsområdet |
| Sammenligninger: | Fysisk hjemmeplejebesøg og virtuel hjemmeplejebesøg |
| Udfald: | Sundhedsrelaterede udfald (livskvalitet, patient-/borgertilfredshed), procesudfald (sundhedsprofessionelles tilfredshed, kvaliteten af pleje) |

På baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne er antallet af artikler inkluderet i denne mini-MTV *n = XX*. Samtlige artikler er udenlandske, men er vurderet repræsentative for denne case, idet parametrene, som borgerafsnittet undersøger, er sammenlignelige med de udenlandske studier på området. En fuldstændig generalisering er ikke mulig, idet sundhedsforholdene varierer i de forskellige lande, så en fuldstændig sammenligning på tværs af landegrænser er ikke mulig. Dog er hensigten med resultaterne i borgerafsnittet ej heller at være generaliserbare, men i stedet at belyse borgernes reaktion på virtuel hjemmepleje i ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten i Favrskov Kommune. Derfor er det i acceptabelt grad muligt at sammenligne og overføre resultater fra udenlandske studier til denne mini-MTV.

### Generel dataindsamling

Data er endvidere indhentet gennem møder med forskellige interessenter – Appinux, Netplan Care og medarbejdere i Favrskov Kommune. Møderne har influeret på 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

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.

Dette har dog ikke været muligt, idet ’Pilotprojekt videokommunikation’ i Sundhedscenter Hadsten er afsluttet, og de pågældende borgere, som deltog i pilotprojektet, ikke aktuelt er på videoopkald. Desuden var der fra Hadsten Sundhedscenter ikke stor opbakning til en ny kvalitativ undersøgelse af pilotprojektet, idet sygeplejerskerne i det daglige arbejde med borgerne har meget travlt.

I forbindelse med evalueringen af ’Pilotprojekt Videokommunikation’ blev der af Sundhedscenter Hadsten gennemført strukturerede interviews med fire borgere og to sygeplejersker. Data fra denne interviewundersøgelse er indhentet og kritisk vurderet med henblik på anvendelse som empirisk datagrundlag i denne mini-MTV.

#### Diskussion af gyldigheden af den strukturerede interviewundersøgelse

Udarbejdelsen af denne mini-MTV er begrænset i forhold til tid og ressourcer, hvorfor det potentielt har været ideelt at medtage interviewundersøgelsen fra Sundhedscenter Hadsten fremfor at igangsætte en ny empirisk videns indsamling. Forudsætningen for dette har dog været at vurdere gyldigheden af denne – samt at vurdere relevansen af interviewundersøgelsen i forhold til det fokuserede spørgsmål, som borgerafsnittet ønsker at bevare.

Interviews 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. (KILDE – Bentes noter) ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten bestod af en begrænset gruppe borgere, sygeplejersker og øvrige medarbejdere. Antallet af mulige respondenter var altså få. Sammenholdt med den tids- og ressourcemæssige begrænsning i denne mini-MTV var designet af interviewundersøgelsen altså passende.

Interviewundersøgelsen bestod af otte på forhånd definerede spørgsmål, som havde til hensigt at afdække såvel borgernes som sygeplejerskernes oplevelser med videoopkald i pilotprojektet på konkrete emner og var udformet således, at respondenten skulle svare på et konkret spørgsmål med mulighed for at tilføje yderligere kommentarer til det pågældende emne. Desuden havde respondenten afslutningsvist mulighed for at supplere evalueringsundersøgelsen med tilføjelser.

Gyldigheden af de udformede spørgsmål i interviewundersøgelsen blev vurderet høj, idet indholdet af disse svarede overens med denne mini-MTV’s ønske om at opnå et fyldestgørende indtryk af borgernes oplevelser med videoopkaldene i virtuel hjemmepleje i pilotprojektet. Spørgsmålene lignede således meget de pågældende spørgsmål, som en ny empirisk interviewundersøgelse ville have undersøgt blandt borgerne.

I modsætning hertil blev gyldigheden af besvarelserne vurderet lavere. Data fra to ud af fire interviews med borgere var mangelfulde, idet disse manglede data fra besvarelser på et eller flere spørgsmål. I det ene ud af to medarbejderinterviews var spørgsmålene fra borgerinterview fejlagtigt stillet sygeplejersken. Også kun tre ud af fire borgere angav tilfredsheden med videoopkald på en skala fra 1-5. En forklaring på de 5 trin i skalaen manglede ligeledes. Desuden var besvarelserne fra respondenterne generelt skrevet i korte stikordsvendinger, hvilket ikke befordrede forståelsen af besvarelserne.

Hvad angår bias i forhold til meningspåvirkning af respondenterne, har dette ikke været muligt at vurdere på et acceptabelt grundlag, da interviewundersøgelsen netop er indhentet ekstern.

Samlet set er den indhentede interviewundersøgelse fra ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten vurderet gyldig, hvorfor det er valgt at medtage denne i mini-MTV’en. En vigtig essens at pointere ved anvendelsen af interviewundersøgelsen er, at denne ikke efterlader mulighed for generalisering. Formålet med at anvende kvalitativ metode i dette konkrete tilfælde har været at undersøge borgernes og sygeplejerskernes oplevelser med brugen af videoopkald som alternativ til konventionel fysisk hjemmeplejebesøg i forhold til Appinux-løsningen i ’Pilotprojekt Videokommunikation’ fra Sundhedscenter Hadsten. Formålet har ikke været at lave et generaliserbart studie med resultater, som direkte kan overføres til andre lignende cases. Ved at sammenholde den empiriske dataindsamling med relevant videnskabelig litteratur samt viden indhentet ved møder med interessenter har det været muligt at opnå en dybere forståelse for borgerens perspektiv.

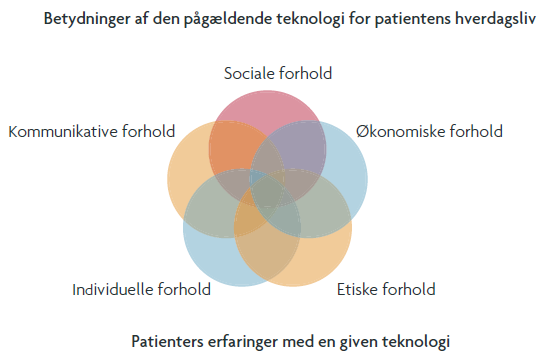
## Målgruppe – en borgerkarakteristik

Målgruppen er borgere i ældregruppen visiteret til hjemmehjælp karakteriseret ved, at hjemmehjælpen i realiteten ikke kræver fysisk tilstedeværelse af en medarbejder. Ergo er målgruppen 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 virtuel hjemmehjælp med henblik på følgende ydelser: Medicinadministration og Mellemmåltider. 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.

#### Tilfredshed

Resultater tyder på en høj tilfredshed blandt borgere, der har modtaget hjemmehjælp i form af virtuelle besøg over skærm. Ifølge et norsk systematisk review *“Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults”* fra 2014 var tilfredsheden med kvaliteten i hjemmeplejen højere blandt borgere, der modtog virtuel hjemmepleje sammenlignet med borgere, der modtog traditionel fysisk hjemmepleje [kilde: virtual]. Ligeledes viste et pilotstudie i Australien fra 2009 blandt ni borgere høj grad af tilfredshed med levering af virtuel hjemmepleje i en periode på seks måneder. Fem ud af otte adspurgte borgere var meget tilfredse og de resterende tre borgere noget tilfredse med videoopkaldene. Ingen af de deltagende borgere var neutrale eller utilfredse med videoopkaldene. [Videophone Delivery of Medication Management in community nursing] Ifølge et amerikansk studie, hvor borgeres tilfredshed på baggrund af oplevede fordele og ulemper ved virtuel hjemmepleje blev undersøgt, var tilfredsheden høj, især i forhold til muligheden for vejledning og instruktion ved medicintagning. (kilde: Home telehealth: Patient satisfaction, program functions, and the challanges for the care coordinator, nr. 88 I kandidatspeciale)

I modsætning hertil blev der i det engelske systematiske review *”Telemedicine versus face to face patient care: Effects on professional practice and health care outcomes”* fra 2000 ikke fundet signifikant forskel på tilfredsheden blandt modtagere af virtuelle besøg sammenlignet med modtagere af fysiske hjemmeplejebesøg [Paf2]. Dette var ligeledes gældende i et Hollandsk studie fra 2007-2008, hvor formålet var at undersøge borgeres tilfredshed med virtuelle besøg. Studiets resultater viste ingen forskel i tilfredsheden i de virtuelle besøg sammenlignet med konventionelle hjemmeplejebesøg [Kilde: Van Offenbeek og Boonstra (nr. 49 i kandidatspeciale)]. Samme resultat fremkom i 2015 fra et mixed method studie fra Viborg Kommune, *”Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje”,* om borgeres tilfredshed samt oplevelser med virtuel hjemmepleje ved medicinadministration sammenlignet med konventionel fysisk hjemmeplejebesøg. I dette studie blev der ikke fundet signifikant forskel i den samlede tilfredshedsscore blandt borgere, der modtog virtuel hjemmepleje og borgere, der modtog konventionel fysisk hjemmepleje (kilde: kandidatspeciale).

#### Sociale forhold:

Sociale forhold relaterer sig til de sociale betydninger, som en virtuel hjemmepleje får for borgerens hverdagsliv. Herunder betydninger for borgerens arbejdsliv, familieliv, fritidsliv og livskvalitet.

En væsentlig parameter, der kan influere på de sociale forhold i denne sammenhæng er ventetiden i forbindelse med levering af hjemmepleje. Ventetiden influerer på opretholdelsen af en dagligdag – og ventetiden har betydning for borgerens følelse af fleksibilitet og frihed. I *”Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje”* fra Viborg Kommune gav flertallet af borgere udtryk for fleksibilitet ved levering af virtuelle hjemmeplejebesøg, idet tidspunktet for disse ved nødvendighed kunne ændres eller flyttes til telefonbesøg. Desuden gav borgere udtryk for, at virtuelle hjemmeplejebesøg blev leveret mere regelmæssigt end fysiske besøg:

*”De kan ikke sige, hvornår de kan være her ved fysisk besøg. Så ville jeg skulle være hjemme fx mellem kl. 8-12. Fordelen ved skærmen er, at de ringer mig op mellem kl. 7-7.30. Jeg vil gerne have noget ud af dagen, så jeg vil gerne tidligt ud af døren. Så jeg foretrækker skærmen for at undgå ventetid.”*

*”Med skærmen er jeg ikke så afhængig af dem. Jeg er mere fri”* (Kilde: kandidatspeciale side 72, linje 21-25)

Dette underbygges yderligere af et australsk pilotprojekt *”Videophone delivery of medication management in community nursing”,* hvor formålet var at vurdere praktisk funktionalitet, egnethed, sikkerhed samt omkostningerne ved levering af ydelsen medicinadministration via videoopkald. Her var det for en af de deltagende borgere muligt at planlægge videoopkald, før arbejdets start, hvorved fleksibiliteten ved virtuel hjemmeplejebesøg var større end ved fysisk hjemmeplejebesøg (kilde: *Videophone delivery of medication management in community nursing side 3)*.

I kontrast hertil påpegede andre borgere i *”Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje”* fra Viborg Kommune at være bundet af de virtuelle hjemmeplejebesøg, idet levering af virtuelle hjemmeplejebesøg forudsatte, at borgeren skulle være i eget hjem og klar ved skærmen på et bestemt klokkeslet:

*”Jeg har ikke lige muligheden for fx at tage i biografen. Jeg er nødt til at være hjemme, når de ringer. Det er en robotløsning at skulle være hjemme”* (Kilde: Kandidatspeciale side 73 linje 8-9)

Yderligere:

*”Jeg er utilfreds med, at det ikke er på et fast tidspunkt. Det er et problem, hvis jeg er i den anden ende af huset, for så kan jeg ikke høre, at de ringer. Så kan jeg komme galt afsted, når jeg skal skynde mig gennem huset for at nå opkaldet. Det er ubekvemt”*

*”Jeg vil gerne have et fast tidspunkt for opkald. Nogle gange kan jeg ikke nå ind til skærmen, hvis jeg går ude i haven. Og det generer mig faktisk også lidt, hvis jeg har lagt mig. Jeg kan godt finde på at tage en lur om formiddagen”* (kilde: Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje side 72 linje 11-17)

#### Kommunikative forhold:

Ved anvendelse af videoopkald i virtuel hjemmepleje ændres de kommunikative forhold. Udvekslingen af information mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle ændres, idet dialogen ikke længere er af fysisk karakter, men virtuel. Ifølge det norske systematiske review *“Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults”* fra 2014 oplevede borgerne en koncentreret kommunikation med sygeplejerskerne. Følelsen af personlig kontakt var højere blandt borgere, der modtog virtuelle besøg sammenlignet med borgere, der modtog fysiske hjemmeplejebesøg (Kilde: Virtual visits).

Relationer mellem patient og sundhedsprofessionelle ændres desuden ved anvendelse af videoopkald i virtuel hjemmepleje sammenlignet med fysiske hjemmeplejebesøg. Resultater fra *”Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje”* i Viborg Kommune viser blandede præferencer ved levering af virtuelle hjemmeplejebesøg i forhold til fysiske hjemmeplejebesøg. Ifølge individuelle interviews med borgere fremkom det, at disse oplevede relationen med den sundhedsprofessionelle som mere menneskelig og naturlig ved fysiske hjemmeplejebesøg:

*”Det er klart, at et menneske til stede er at foretrække. Det er bedst med den naturlige forbindelse – den naturlige kontakt er nr.1”*

*”Det er dejligt, at der kommer én – det vil jeg hellere have end skærmen. Man kan bedre snakke sammen, når der én, som sidder ved siden af. Jeg kan beklage mig til dem. Jeg synes, det er mere sikkert, at de lige kigger ind – det er mere betryggende.”*

*”På skærmen varer det ca. tre minutter, og vi snakker ikke om noget. Når de kommer herhjem, snakker vi om alt muligt. Det giver en fornemmelse af betydningsfuldhed – at jeg ikke bare er nr. 81 i Viborg, at jeg er en person, der er levende og nærværende. Det lægger skærmen ikke op til”* (kilde: Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje, side 70 linje 15-23)

I modsætning hertil angav andre borgere i de individuelle interviews at foretrække virtuelle hjemmeplejebesøg:

*”Jeg foretrækker skærmen – helt absolut. Jeg er til den digitale verden, selvom jeg er ældre. Jeg er blevet vant til at kommunikere på den måde”*

*”Hvis jeg ikke lige er stået op, og én kommer. Det vil jo være træls. Det er mindre blufærdigt, når jeg sidder ved skærmen”* (kilde: Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/sygepleje, side 70 linje 8-11)

#### Økonomiske forhold:

Ikke relevant.

#### Individuelle forhold:

Individuelle oplevelser i forbindelse med virtuel hjemmepleje peger overordnet på en stor tilfredshed med videoopkald blandt borgere. Ifølge det systematisk review *”Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults”* fra 2014 af Husebø og Storm oplever borgerne en formindskelse i ensomhed, en forbedret psykosocial kontakt, en formindskelse i følelsen af at være isoleret, en følelse af tryghed og sikkerhed og virtuelle besøg skabte desuden en følelse af være ”cared for” (kilde: Vitural visits in home health care for older adults, husebø og storm).

Resultater fra et pilotprojekt i Viborg gennemført i 2013 med afprøvning af videoopkald som alternativ til traditionel fysisk hjemmeplejebesøg viste, at borgeren oplevede en mindre grad af stigmatisering, idet virtuel hjemmepleje muliggjorde diskretion for borgeren. Borgeren kunne i fuld fortrolighed modtage konkrete ydelser, uden at hjemmeplejens bil var parkeret uden for borgerens hus (kilde: kandidatspeciale side 19).

#### Etiske overvejelser

## 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.

## Konklusion