



PATIENT- INDDRAGELSE

Klinikerperspektiver på brug af digitale redskaber i hjemmemonitorering

Indhold



	<u>Slide #</u>
• Indledning	4 – 7
• Del I: Hovedresultater og anbefalinger	8 – 14
• Del II: Fem perspektiver – resultater og citatsamling	15 – 51
• Perspektiv I: Indstilling til udvikling	16 – 21
• Perspektiv II: Framing og tilgang	22 – 31
• Perspektiv III: Faglige kerneværdier	32 – 39
• Perspektiv IV: Samvittighed og kvalitet	40 – 46
• Perspektiv V: Arbejdsglæde og karriere	47 – 51

Indledning

- Brug af digitale redskaber til hjemmemonitorering (herefter blot hjemmemonitorering) giver nye muligheder for, at patienter kan blive behandlet og monitoreret i eget hjem – og flere og flere digitale redskaber kommer til.
- Der er en vis konsensus i debatten om sundheds-IT om, at patienter er parate til tage imod flere tilbud om hjemmemonitorering, mens klinikere typisk er mere tilbageholdende.
- Fokusområde Patientinddragelse besidder allerede viden om de tekniske og logistiske udfordringer for mere udbredt brug af hjemmemonitoreringsredskaber.
- For at blive klogere på netop klinikernes perspektiver på brug af digitale redskaber i hjemmemonitorering ønsker Fokusområde Patientinddragelse at undersøge klinikeres vinkler på brug af digitale redskaber.
- Undersøgelsen er guidet af åbne spørgsmål som:
 - Hvad er der på spil for klinikere i henseende til hjemmemonitorering?
 - Kan der findes spor af noget professionsbetinget i synet på hjemmemonitorering?
 - Påvirker hjemmemonitorering arbejdsglæden, eller er der noget i forbindelse med den faglige identitet, der støder ind i denne arbejdsform?
 - Spiller intern anerkendelse mellem klinikere en rolle for engagement i hjemmemonitorering, og har karriereovervejelser en plads i klinikeres perspektiv, når det kommer til digitalisering og hjemmemonitorering?
- Undersøgelsen er gennemført i efteråret 2022 af Center for Patientinddragelse.

Formål og læsevejledning



Undersøgelsens formål:

- At undersøge, hvilke klinikerperspektiver der gør sig gældende i krydsfeltet mellem hjemmemonitorering på den ene side og arbejdsglæde, faglig identitet, faglig mission, klinisk meningsfuldhed, fremtidsudsigter, professionelle relationer og relation til patienter på den anden side.
- På den baggrund at bidrage med anbefalinger for den fortsatte understøttelse af hjemmemonitoreringsfeltet.
- Samt at indsamle og formidle en citatsamling til videre anvendelse i Fokusområde Patientinddragelses arbejde.

Afrapporteringens i to dele:

- Del I. Sammendrag af hovedresultater samt anbefalinger
- Del II. Fem perspektiver – resultater og citatsamling

Datagrundlag, tilgang og metode



Datagrundlag

- Undersøgelsen bygger på 12 kvalitative interview med klinikere, der har erfaring med hjemmemonitorering, fordelt på:
 - Fire sygeplejersker.
 - Syv læger.
 - En kliniker fra anden faggruppe.
- Informanterne fordeler sig på:
 - Fire specialer: Infektionsmedicin, obstetrik, kardiologi og neurologi.
 - Tre hospitaler: Rigshospitalet, Amager og Hvidovre Hospital og Herlev og Gentofte Hospital.

Rekruttering

- Tre informanter er rekrutteret gennem lokale kontaktpersoner, der har efterspurgt frivillige til deltagelse i interview blandt relevante medarbejdere.
- Fire informanter er rekrutteret efter anbefaling fra Patientinddragelse, CIMT.
- En informant er rekrutteret via snowballing.
- Fire informanter er rekrutteret af CPI i forbindelse med aktuelle eller parallelle undersøgelser.

Variert erfaringsgrundlag

- Selvhenvendte informanter har tolket videokonsultationer som digitalt redskab til hjemmemonitorering, hvor målinger overleveres mundtligt fra patient til kliniker i forbindelse med videokonsultation.
- Visse informanter har primært erfaring med hjemmemonitorering fra andre kontekster end Sundhedsplatformens eller fra andre ansættelser end deres nuværende.

Tilgang og metode

- Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview.
- Interviewoptagelser er transskriberede ordret og er meningskondenseret i QDA-software.
- Citater er anonymiseret ved at fjerne direkte identificerbare informationer.

Udsigelsesniveau

- Med betegnelsen 'klinikere' refererer vi i denne præsentation primært til de 12 interviewede klinikere. Sekundært refererer vi til kvalificerede tendenser for klinikere generelt set qua den udsigelseskraft, som den meningskondenserede analyse bibringer.

DEL I

Hovedresultater og anbefalinger

Opsummering af indsigter fra de fem perspektiver

Optakt

Hovedresultater og anbefalinger

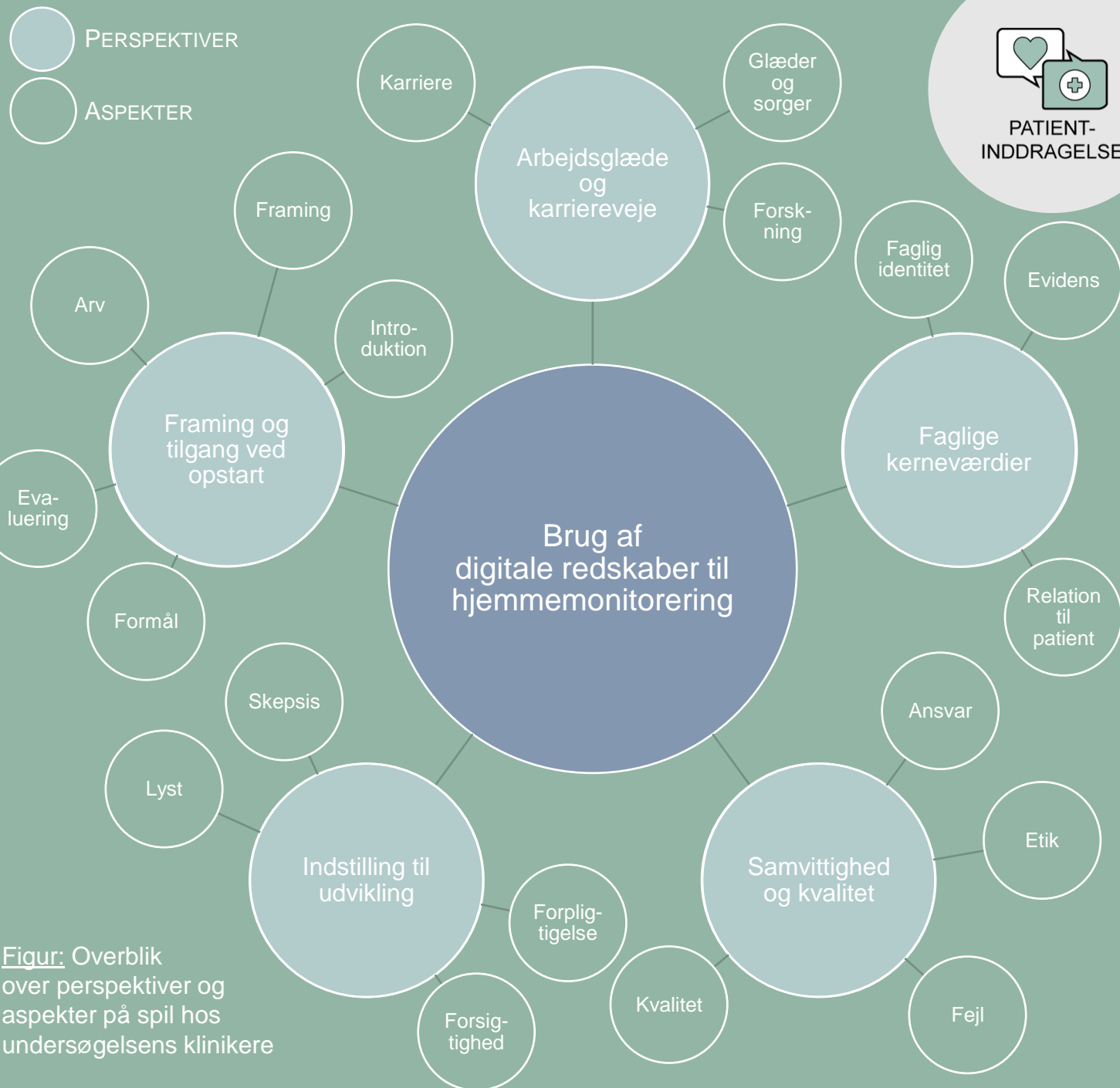
Resultaterne af undersøgelsen tager form som fem perspektiver, som klinikere i de gennemførte interview anlægger i synet på hjemmemonitorering indenfor undersøgelsens afgrænsninger. De fem perspektiver er: Indstilling til udvikling, faglige kerneværdier, samvittighed og kvalitet, arbejdsglæde og karriereveje samt framing og tilgang ved opstart. Under hvert perspektiv er bestemt et varierende antal aspekter (se figur).

Perspektiverne er analytisk udgrænset. Udover en relativt særegen synsvinkel i hvert perspektiv findes i praksis flere overlap og samspil mellem perspektiverne og perspektivernes delaspekter.

Særligt perspektivet 'Framing og tilgang' har i praksis store overlap med samtlige øvrige perspektiver. Årsagen hertil er den simple, at alle øvrige perspektiver bliver aktuelle ved opstart af hjemmemonitorering.

Resultaterne baserer sig på interview med en gruppe klinikere, der langt hen af vejen kan betragtes som ildsjæle eller first-movers inden for relativt nyligt opstartede hjemmemonitoreringstiltag. Det betyder på den ene side, at resultaterne kan antages at rumme en tendens i retning af at have et mere imødekommende syn på hjemmemonitorering end gennemsnitligt. På den anden side betyder det også, at resultaterne er præget af opstartsproblematikker snarere end syn på drift.

Detaljer og grundlag for hovedresultater og anbefalinger fremgår del II, *Fem perspektiver – detaljer og citatsamling*.



Figur: Overblik over perspektiver og aspekter på spil hos undersøgelsens klinikere

Perspektiv I: Indstilling til udvikling

Hovedresultater og anbefalinger

- Indstilling til udvikling er på mange måder en personlig sag, og det er i høj grad også sådan, at klinikere ser på det: En generelt personlig indstilling til udvikling er en uundgåelig bestanddel i reaktionen på tiltag med hjemmonitorering, og den kan blandt andet vise sig som grader af udviklingslyst, udviklingsskepsis, udviklingsforsigtighed eller udviklingsforpligtigelse.
- Tendensen blandt klinikere forekommer at være at anlægge en af de tre sidstnævnte indstillinger – og selv blandt kliniker-ildsjælene anses der at være mange valide grunde til udviklingsmådehold, som i en vis forstand også kan relateres helt grundlæggende til sundhedsfagene.
- Klinikere beskriver ikke udviklingsmådehold som noget unik for digitaliseringsinitiativer. Også tiltag på området for selve behandlingen kan blive mødt med indstillingen.

“Det er fuldstændig som, hvis det blæser: Hvem går i læ, og hvem sætter vindmøller op?”
Læge (Obstetrik)



Anbefalinger:

- Brug de forskellige indstillinger konstruktivt og byg ikke indsatser alene på ildsjæle, selvom udviklingen så sker langsommere.
- Etablering og konsolidering af rutiner er mindst ligeså vigtigt som hastighed, og ressourcer fra udviklingsmådeholdne personer kan sættes i spil i den sammenhæng.
- Fremadrettet fokus: Hvordan kan man imødekomme forskellige indstillinger til udvikling – hvad siger implementeringsteoriene, og kan teori om nudging og kulturforandring inspirere?

Perspektiv II: Framing og tilgang

Hovedresultater og anbefalinger

- Klinikere er ikke ubeskrevne blade i mødet med hjemmemonitorering – egne og andres oplevelser, skriverier og anekdoter spiller ind både positivt eller negativt.
- Utilstrækkelig framing og introduktion af hjemmemonitorering som nyt tiltag tager energi og retning ud af klinikernes videre arbejde med tiltaget.
- Klinikere kan acceptere at arbejde efter andre end de traditionelle faglige mål, men det skal italesættes og prioriteres tydeligt i forhold til eksisterende mål.
- Det bedste er, når formålet hæfter sig op på og bidrager til løsning af en eksisterende udfordring og ikke 'opfinder nye formål' eller bliver et formål i sig selv.

"Jeg kunne ikke rigtig få nogen forklaring på, hvorfor det skulle være sådan. Altså, var det en spareøvelse? Var det en ... altså, hvorfor var det pludselig bedre, at vi sådan havde patienterne meget på afstand?"

Sygeplejerske (Kardiologien)

"Og det er jo også bare forventet, at: 'Det finder I bare ud af!' [] Det bygger jo på, at det er noget, som man lige kan få sidemandsvist i en travl vagt eller lignende. Og så sker det, at det kommer lidt skævt ind i organisationen."

Læge (Obstetrikken)



PATIENT-
INDDRAGELSE

Anbefalinger:

- Understøt andre implementeringstilgange end 'Prøv det af' og udbredelse via eksemplets magt, fx med inspiration fra faseopdelingen i Quality Implementation Framework (Høgh, H. 2017*).
- Formålet skal være klart formuleret og virkningskæderne realistiske.
- Plan for og reel evaluering af formålsopfyldelse øger klinikernes tiltro til tiltaget.
- Overvej balancen mellem indsatser for udbredelse og for konsolidering – udbredelse uden tilstrækkelig konsolidering risikerer at give bagslag via dårlige erfaringer med digitale redskaber.
- Fremadrettet fokus: Hvad kan andre implementeringstilgange bidrage med – ikke på logistisk niveau – men helt ned på kultur- og mikroniveau?

*Høgh, H. 2017. QIF- Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet baseret på international implementeringsforskning. Metodecentret.

Perspektiv III: Faglige kerneværdier

Hovedresultater og anbefalinger

- Evidensen for effekt af hjemmemonitorering på traditionelle faglige mål som fx genindlæggelser anses for at være svag eller fraværende.
- Hjemmemonitorering kommer fagligt set ind som redskab på meget forskelligartede måde i de repræsenterede specialer:
 - til reduktion af genindlæggelser og justering af medicin
 - som erstatning for indlæggelser eller konsultation
 - som 'strøm-til-papir' og til forskning og validering af medicin
- Hjemmemonitorering kan rykke ved klinikers opgaver og skabe forskydninger i den klassiske rollefordeling mellem kliniker og patient – men ikke på et niveau, der rammer den faglige identitet eller udfordrer professionerne.

“For det handler jo også om det levede liv. Hvad er det, man vil med det? Og det har jo en enorm værdi. Det er jo noget, som vi ikke værdisætter, fordi for os er de bare daglige kunder i butikken. Men for patienterne er det jo værdi.”

Læge (Obstetrik)



PATIENT-
INDDRAGELSE

Anbefalinger:

- Afvig ikke fra evidensdiskussionen – som er og skal være vigtig for klinikere. Men tag den ikke heller som eneste præmis for brugen af digitale redskaber i hjemmemonitorering.
- Fremadrettet fokus: Hvordan kan man forstå og beskrive, klinikers forandrede opgaver og roller i forbindelse med hjemmemonitorering?

Perspektiv IV: Samvittighed og kvalitet

Hovedresultater og anbefalinger

“Det er ikke en kioskbarer at komme og sige: ‘I stedet for at se alle de der patienter, som jo kommer ti gange i løbet af en graviditet, og som selv kan lave det her arbejde hjemme, og så kan du se nogen, der er sygere.’ Det er det bare ikke.”
Læge (Obstetrik)



- Hjemmemonitorering åbner for dilemmaer og bekymringer om ansvar i tilfælde af, at målingerne viser forværring i patientens tilstand. Er ansvaret det samme som ved en målt forværring under indlæggelse? Eller er det præcis, som hvis ingen hjemmemonitorering fandtes, altså patientens eget ansvar?
- Bekymringen for om patienter selv kan tage ansvar for at reagere ved anormale målinger tackles meget forskellig – i visse tilfælde ekskluderes patienter fra tilbud om hjemmemonitorering, fx hvis de vurderes selv ikke at kunne reagere på afvigende egne målinger .
- Tid sparet ved patienter i hjemmemonitorering vil ofte kunne bruges til andre patienter med større behov uden hjemmemonitorering, men omfordelingen kræver eksplicit vilje hertil og kommer ikke af sig selv.
- I de interviewede klinikers perspektiv giver hjemmemonitorering overvejende en øgning af kvaliteten i behandlingsforløb.

- Med brug af digitale redskaber til hjemmemonitorering reduceres visse risici for fejl, men der introduceres også nye, som ikke er adresseret.

Anbefalinger:

- Der må ikke være tvivl – hverken hos klinikere eller patienter – om ansvarets fordeling, og der bør være eksplicite guidelines for, hvordan klinikere skal forholde sig i tilfælde, hvor klinikere ser kritiske målinger *en passant* i anden sammenhæng.
- Selvom hjemmemonitorering reducerer visse fejl, bør der arbejdes eksplicit med at mindske risikoen for at introducere nye typer fejl, fx ved patienthenvendelse med anormale værdier eller klinikers patientoverblik.
- Fremadrettet fokus:
 - Hvad skal der til for at realisere hjemmemonitoreringens omfordelingspotentialer?
 - Hvilke potentielle nye risici bør fremtidige hjemmemonitoreringstiltag være opmærksomme på? Og hvordan skal de håndteres?

Perspektiv V: Arbejdsglæde og karriere

Hovedresultater og anbefalinger

- Det bidrager til klinikernes arbejdsglæde at give patienter et meningsfuld og professionelt tilbud om hjemmemonitorering. Det kræver, at klinikerne er trygge i at give tilbuddet. Omvendt er der også klinikere, som ikke oplever, at indsatsen står mål med udbyttet.
- Erstatning af den fysisk nære patientkontakt med digital, distanceret kontakt medfører mindre arbejdsglæde for visse klinikere. Andre klinikere oplever en fornyet og øget nærhed med patienter på grund af hyppigere kontaktpunkter og en oplevelse af patienterne i en mindre sygeliggjort kontekst.
- For lægerne er ideen med hjemmemonitorering god, men prestigen i klassiske lægehierarkier er lav. Der er flere alternative karrieremuligheder med digitalisering, herunder hjemmemonitorering, som niche – og med den fordel, at konkurrencen er mindre.
- SP og hjemmemonitorering i kombination er gode redskaber til visse forskningsprojekter og kan således være genvej til meritter i et mere klassisk hierarki.

“Der ligger et kæmpe uudnyttet potentiale: Hvor tit kan vi som læger egentlig stille os op og sige: ‘For helvede mand! Det er bare med at komme i gang – der er en stor uopdyrket mark!’ Fordi der er jo andre karrierekøer, som er virkelig lange, og der er masser af albuer. Men dette område er ikke prestigefyldt – som i slet ikke! Og det er et problem.”

Læge (Obstetrik)



PATIENT-
INDDRAGELSE

Anbefalinger:

- Løft forskningspotentialer ved hjemmemonitorering frem for især læger.
- Hædr ærværdige indsatser på området.
- Fremadrettet fokus: Hvordan kan man forstå og praktisere nærhed via digitale redskaber i dagens sundhedsvæsen?

DEL II

Fem perspektiver – resultater og citatsamling

Klinikerperspektiver på hjemmemonitorering

Perspektiv I: Indstilling til udvikling

Lyst, skepsis, forsigtighed og forpligtigelse

Indstilling til udvikling

Lyst, skepsis, forsigtighed og forpligtigelse



*“Det er fuldstændig som,
hvis det blæser: Hvem går
i læ, og hvem sætter
vindmøller op?”*

Læge (Obstetrik)

Et tilbagevendende perspektiv i klinkeres tale om digitale redskaber ved hjemmemonitorering handler om en række personlige træk eller indstillinger i forhold til:

- lyst til at kaste sig ud i udviklingsprojekter
- glæde eller betænkelighed ved at indføre nye løsninger
- forsigtighed med velafprøvede og/eller værdsatte eksisterende forhold
- oplevelse af forpligtigelse på diverse ydre forhold

Med andre ord:

Det som man i litteraturen ofte vil finde relateret til begrebet ‘Personal innovativeness’ (Chang et al. 2021)

Lyst: Alle ildsjælene og 'first-movers'

Indstilling til udvikling



“Men det kræver en i klinikken, der skal stå i spidsen for det. Der er nogen, der skal stå på mål for det og drive det. [...] For mig er det en klar drivkraft at udvikle noget, der er smartere og at implementere det; det er i sig selv en stærk drivkraft for mig. Og jeg anerkender, det er ikke alle, der har det sådan. Jeg tror, at alle står op om morgenen og vil gøre en forskel. Og vi er bare forskellige mennesker.”

Læge (Obstetrik)

“Entusiastiske klinikere, der synes, at hjemmemonitorering er fantastisk, tænker svarende til, at ‘bare man måler, hvor langt man går, så går man nok længere’. Det er måske rigtigt en periode, og så går det ikke mere.”

Læge (Kardiologi)

- Ildsjæle og entusiaster fylder i klinikeres syn på digitale redskaber til hjemmemonitorering – både hos ildsjælene selv og hos den resterende gruppe klinikere.
- Ildsjælene anses som vigtige for at drive arbejdet og som foregangseksempler.
- Ildsjælene selv bifalder netop udviklingen, men er ikke ukritiske i forhold til, hvad der kan gøres bedre.
- Visse af ildsjælenes karakteristika findes hos mindre brændende first-movers, der enten har taget en formuleret opgave eller fået den tildelt.
- Set udefra risikerer ildsjælene at skabe skepsis, hvis deres tilgang ikke opfattes som realistisk.
- Ildsjæle prioriterer innovation og udvikling, men har generelt mindre øje for at etablere stabil drift.

Skepsis I: Den er udbredt og kræver tålmodighed

Indstilling til udvikling



“Da jeg startede, gav man jo folk det, der hedder trombolyse [blodprop-opløsende medicin], og så kom det her projekt med akut ballonudvidelse... Det var vi sgu ikke meget for, fordi ‘næ næ næ’. Og i dag er det jo bare hverdag.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Folk er skeptiske. Meget skeptiske. Og nej, der er ikke ret mange, som siger: ‘Det er bare mega godt, at vi bruger en masse krudt og energi på det her!’ Det er der bare ikke.”

Læge (Obstetrik)

- Skepsis overfor nye initiativer er udbredt og rammer ikke kun digitaliseringsinitiativer.
- Implementering af kliniske retningslinjer, nye behandlingsmetoder og ændringer af arbejdsgange kan også opleve modstand og lange implementeringsforløb.
- Erfaringer fra tidligere telemedicinske projekter indikerer, at det kan tage mange år at opnå en god drift for et tiltag – op til fem-seks år for at ramme en optimal funktion.

“Altså, jeg tror, det kører bedst, som det gør lige nu efter fem-seks år. Altså, det har ikke altid kørt ... der har været opstartsvanskeligheder, og patienterne skal vænne sig til at skulle gøre det og tekniske udfordringer.”

Kliniker (Infektionsmedicin)

Skepsis II: Forandringstræghed og forsigtighed på godt og ondt

Indstilling til udvikling



“Dybest set, så tror jeg, at faget medicin i sin substans er konservativ – hvad der jo også er meget fornuftigt. Never leave a winning team med en behandling, som vi kender og er trygge ved. Det er et stærkt argument, som jo bestemt også et langt stykke hen ad vejen er validt. Bare man så ikke siger nej til noget, der er bedre [...] Jeg tror, at noget af mine kollegers modstand skyldes dette: Man ved, hvad man har, man ved ikke, hvad man får.”

Læge (Obstetrik)

“Men alt nyt... vi er jo sådan nogle tryghedsnarkomaner, og vi sætter jo lidt hælene i og tænker: Hmm ... det eksisterende, det var da egentlig meget godt. Hvorfor skal vi noget nyt?”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- I et klinikerperspektiv er forandringstræghed ikke nødvendigvis et onde.
- Medicin som fag er i bund og grund af en konservativ natur.
- Et vist mål af forandringstræghed er på mange måder en fornuftig egenskab og et validt argument for at værne om eksisterende praksis.
- Begrundelserne for at værne om eksisterende praksis er mange.
 - En del er rationelt begrundede i fx tryghed, sikkerhed og effektivitet.
 - En del er mindre rationelt begrundede i behag og vane.

Forpligtigelse: Patienter, politikere eller samtiden

Indstilling til udvikling



“Så dér giver det så god mening for patienten, fordi så skal vedkommende kun på én udflugt den uge.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Det er en digital forandring, som jeg ikke har tænkt mig at bekæmpe. [...] Og vi skal selvfølgelig ligne resten af samfundet på hospitalerne.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Det er jo et ressourcspørgsmål. Der skal jo sidde nogle ledere [og politikere] og finde ud af, hvad de synes er smartest. Jeg tror godt, jeg selv ved, hvad jeg synes er smartest af de to ting. [...] Det er en prioritering, vi kan gøre, og til gengæld så sylter vi noget andet. Der er jo ikke frie hænder. Så hvis man gør noget, så er det på bekostning af noget andet.”

Læge (Kardiologi)

- I synet på indføring af digitale redskaber spiller en oplevelse af forpligtigelse ind hos visse klinikere.
- På det personlige plan virker forpligtigelsen primært til fordel for hjemmemonitorering og som modvægt til eventuel skepsis.
- Forpligtigelsen til at indføre brug af digitale redskaber retter sig mod forskellige hensyn:
 - At lette hverdagen for patienter
 - At imødekomme lederes og politikeres prioriteringer
 - At afspejle samfundsudviklingen generelt
- I særlige tilfælde kan oplevelsen af forpligtigelse – særligt overfor grupper af patienterne – lede til skepsis mod hjemmemonitorering. Det kan fx være tilfældet, hvor digitale redskaber skal anvendes sammen med ældre mennesker.

Perspektiv II: Framing og tilgang

Arv, framing, introduktion, formål og evaluering

Framing og tilgang

Arv, framing, introduktion, formål og evaluering

*“Det er jo sådan...
projektagtigt!”*

Sygeplejerske (Kardiologien)

Framing og tilgang i forbindelse med indførelse af digitale redskaber udgør et omfattende og vigtigt perspektiv i klinikerens syn på hjemmemonitorering.

Perspektivet er endvidere særlig vigtigt i lyset af ønsket om at opstarte mange nye initiativer og udbrede eksisterende.

Under perspektivet retter klinikere fokus på:

- Arv fra diverse tidligere projekter og fra erfaringer ved brug af andre digitale redskaber
- Framing (strategi og forarbejde)
- Introduktion (præsentation og opstart)
- Formål (klarhed og begrundelse)
- Evaluering på basis af formål



PATIENT-
INDDRAGELSE

Arv (I): Tidligere projekter og brug af digitale redskaber

Framing og tilgang



“Mange af de projekter, jeg har set, er i hvert fald fejlet. [...] Der er ikke kommet noget ordentligt nok ud af det i forhold til den energi, man har lagt i. Når man har kørt to eller tre af sådan nogle processer igennem, så begynder systemet at gå træt, og nihilisme indfinder sig i forhold til nye ting.”

Læge (Kardiologi)

“Det har været på tale at lade patienter indsende værdier i vores klinik. Jeg tror tilmed, at det har været forsøgt benyttet. Patienter har fået udleveret en iPad og skulle taste nogle ting ind derhjemmefra. Jeg tror ikke, de havde så gode erfaringer med at få det til at lykkes.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Altså, der var lige den der periode, hvor det så ikke virkede. Det var faktisk lidt op ad bakke, fordi jeg havde booket rigtig mange patienter, og så virkede det ikke. Og så holder man lidt op med at booke dem, fordi ‘nå ja’, hvis det alligevel ikke virker, så kan det også være det samme.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- Forud for ethvert nyt tiltag ligger hos de implicerede en bunke erfaringer fra og opfattelser af lignende tidligere tiltag.
- Nye tiltag kan naturligvis ikke ændre arven, men har en vigtig opgave i at forholde sig til denne og i ord og handling at imødegå arven på en passende vis i forhold til det aktuelle tiltag.
- Det gælder både hvis de implicerede personer bærer en positiv eller negativ energi med sig i arven.
- Arven kan både komme fra egne erfaringer, indgående kendskab til andres erfaringer eller mere løse fortællinger.

Arv (II): Tidligere projekter og brug af digitale redskaber

Framing og tilgang



PATIENT-
INDDRAGELSE

“Det er tre år siden, og det blev afsluttet sidste år, tror jeg, hvor der kom et andet projekt. Så fik vi nyt projekt i gang, og i stedet for iPads får de iPhones. Det nye system kan faktisk snakke med Sundhedsplatformen. Så det er en kæmpestor fordel.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“SP - det har været en meget, meget stor barriere at komme indover, men det fungerer fint her i ambulatoriet nu. Det synes jeg.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- Arven kan både være fra et specifikt projekt eller fra større mere bagvedliggende sammenhæng.
- Erfaringer og historier fra specifikke telemedicinske projekter er der mange af, og de er sjældent omgærdet af positive konnotationer. I enkelte tilfælde findes succeshistorier, men i klinikerperspektivet hjælper det ikke nødvendigvis, hvis et projekt bevæger sig i en helt anden ligartent ressourcemæssigt.
- Erfaringen fra implementeringen af SP udgør et ufravigeligt baggrundstæppe, der igen og igen hjælper til at forstørre de irritationsmomenter, der stadig – men dog i langt mindre grad – findes, og som også fungerer som et arketyrisk eksempel på udfordringer, der presses ned ovenfra.
- Hjemmemonitorering undgår heller ikke at arve islæt fra problemer med NemID/MitID og generel digitalisering i samfundet – både konkret erfarede sammen med patienter og på et fortællingsniveau.

Framing

Framing og tilgang



“Det blev ikke præsenteret for os som en fremtidig arbejdsangang, som vi alle ville være involveret i om et par år. Det blev bare kastet op: ‘Vi har et lille projekt. Det kører vi. Vi vælger nogle patienter og nogle sygeplejersker. Vi gør det bare ...’ Så det blev ikke taget alvorligt.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- Klinikeres perspektiv på framingen af hjemmemonitorering via digitale redskaber drejer sig primært om mangel på framing.
- Ved introduktion af et nyt redskab i klinikken spiller det en rolle for klinikere, i hvilken større sammenhæng og vision redskabet skal tænkes ind. Det er ikke en nøgle til klinikeropbakning at underspille tiltaget. Klinikere bekymrer sig fx om spørgsmål som:
 - Hvad er redskabet en del af, og hvordan skal det opfattes?
 - Hvilken udvikling/bevægelse er ibrugtagningen af redskabet en del af?
 - Hvad er den bagvedliggende vision?
 - Hvad er scopet for brugen af redskabet?
 - Test i en udviklingsproces?
 - En pilotafprøvning?
 - Et add-on til fri afbenyttelse i hverdagen?
 - Et første skridt i en omfattende implementering med kontinuerlig drift for øje?
- I hvilket omfang tænkes redskabet implementeret, og hvilke prioriteringer og omlægninger er forbundet med brug af redskabet/indførelse af proceduren?
- Er hjemmemonitoreringen et *yderligere servicetilbud*, basis for give en *bedre behandling* eller at *give flere behandling* med mindre service?
- Hvordan står hjemmemonitoreringen i forhold til andre prioriterede værdier som fx lighed i sundhed?

Introduktion (I)

Framing og tilgang



PATIENT-
INDDRAGELSE

“Så må man jo gå ind og se på det nuværende system: Er der redundans? Er der for mange besøg? Er der noget, som man ikke kan med det nuværende? Kan det ændres eller gøres bedre? Hvis det er tilfældet, så kan det godt være, at der er plads til telemonitorering eller telekonsultation. [...] Det er bare nogle gange de analyser, man mangler lidt eller måske et forarbejde. Det bare kommer: ‘Prøv det lige at og se, hvordan det går’.”

Læge (Kardiologi)

- I klinikerperspektivet er den konkrete introduktion til nye digitale arbejdsgange vigtig - men ofte mangelfuld eller utilstrækkelig.
- Der efterspørges analyser og bedre forarbejder, sådan at introduktionen indeholder mere end blot et: *‘Prøv det lige at og se, hvordan det går’*.
- Mere grundigt forarbejde er i klinikerperspektivet både relevant, når der startes op i det små og i større, bredere satsninger.
- I klinikerperspektivet dækker forarbejdet også over, at forbinde den nye digitale arbejdsgang med eksisterende praksisser og arbejdsgange.

“Den første patient, jeg havde, var ikke en, jeg vidste, at jeg skulle have som videokonsultation! Jeg måtte i situationen ind og have fat i en af lægerne og sige, hvordan filan gør jeg det her?”

Sygeplejerske (Kardiologi)

Introduktion (II)

Framing og tilgang



“Og det er jo også bare forventet, at: ‘Det finder I bare ud af!’ Det er jo ikke sådan, at man kommer på et 1-dags-kursus, hvor det bliver vist, hvordan det skal fungere. Det bygger jo på, at det er noget, som man lige kan få sidemandsvist i en travl vagt eller lignende. Og så sker det, at det kommer lidt skævt ind i organisationen, fordi man ikke samlet siger: ‘OK, nu skal I allesammen introduceres til det her, og vi afsætter en halv dag til det, hvor I lige kan blive opdateret på de nye ting i SP’. Altså hvad man rent faktisk kan bruge det her til. [...] Det er jo i bund og grund mærkeligt, at man investerer i så dyrt et system, og så vælger man at ikke tage det rigtigt ordentlig i brug.”

Læge (Obstetrik)

- Blandt især læger er opfattelsen, at nye tiltag naturligvis skal testes af i et afgrænset set-up til at starte med.
- På et senere stadie i projektet vil der dog være behov for en form for kollektiv samling om tiltaget.
 - Dels skal alle bekymringer og spørgsmål håndteres og adresseres.
 - Dels er der behov for at have en fælles organisatorisk forankring og forståelse af, hvad og hvordan arbejdet gribes an.
- Ad hoc-sidemandsoplæring giver ikke sikkerhed for tilstrækkelig introduktion, og der opstår risiko for opbygning af uhensigtsmæssige arbejdsgange og i værste fald, at tiltaget aldrig påbegyndes eller lægges på hylden med mærkatet: ‘Nok ikke så vigtigt’ eller ‘For svært og usikkert’.
- Uden tilstrækkelig introduktion øges risikoen for tiltaget at havne i rækken af projekter, der ikke blev til noget.
- Der er i forbindelse med introduktionen særlig opmærksomhed på klarhed i formål ved introduktion af nye tiltag (behandles selvstændigt nedenfor).

“Hvis vi skal gå i gang med det, skal vi gøre det massivt og ordentligt, og der skal være tid til det, så det ikke bliver sådan noget ... ja, sjusk.”

Kliniker (Infektionsmedicin)

Tydeligt formål og gennemsigtighed i begrundelse (I)

Framing og tilgang



“Vi har lidt manglet et bedre mål, altså et evidensbaseret mål. Altså, hvis vi kunne sige, vi ved at hjemmemonitorering og videokonsultationer forebygger indlæggelser. [...] Men det her med, at det bliver lidt ligesom: ‘Hvorfor er det egentlig, vi skal gøre det?’ ‘Ja, men der er jo, fordi nogle patienter synes, at det er rart, og fordi det fungerer godt’.”

Læge (Kardiologi)

- I forbindelse med introduktion af nye tiltag efterspørger klinikerne klarhed i formål og begrundelse.
- Mangel på præcise formål mindsker muligheden for at arbejde hen mod et endemål, men risikerer også i anden omgang at slide på engagementet og viljen til at medvirke i tilsvarende projekter generelt.

“Potentialet til hvad? Hvad er endemålet igen? Ja, jeg tror, det har potentiale, men igen: [...] Vi bliver nødt til at få nogle til at sige, hvad er det for et problem, vi vil løse? Og være helt skarpe. Ikke bare noget med at sige: ‘at frigøre ressourcer, eller at folk får det bedre’.”

Læge (Kardiologi)

“Det har været meget ‘bum-bum-bum’. Jeg tror, at der kommer en metaltræthed i det her system, hvis der er for mange af de der halv-fluffy udmeldinger om, at vi vil prøve at gøre det bedre og holde patienten i centrum.”

Læge (Kardiologi)

Tydeligt formål og gennemsigthed i begrundelse (II)

Framing og tilgang



PATIENT-
INDDRAGELSE

“Jeg kunne ikke rigtigt få nogen forklaring på, hvorfor det skulle være sådan. Altså, var det en spareøvelse? Var det en...? Hvorfor var det pludselig bedre, at vi havde patienterne meget på afstand? [...] Hvorfor var det i virkeligheden sådan, at det her var så interessant at gøre? Fordi det måske blev fremlagt lidt som om, at nu skulle der bare laves et vist antal video-konsultationer, lige meget om det var noget, patienterne havde lyst til eller ej. Og jeg fik ikke nogen rigtig forklaring.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Altså, det vil helt sikkert hjælpe os, hvis der kunne tales mere lægesprog, og hvis vi havde noget forskningsmæssigt, noget evidens at hænge det op på.”

Læge (Kardiologi)

“Men jeg tror, at første gang, det blev præsenteret for mig, var det ikke helt pædagogisk i forhold til, hvorfor vi skulle gøre det. Og det var nok det her med, at vi havde en overlæge, som syntes, at det var en brandgod idé, at vi blev digitale.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- For at gøre et formål tilfredsstillende beskrevet skal det suppleres af en begrundelse.
- Begrundelsen skal sandsynliggøre indsatsens mulighed for at påvirke problemet og indfri formålet.
- Efterspurgte begrundelser har tendens til at trække i retning af faglige ræsonnementer, men fra klinikers perspektiv kan begrundelserne også bygge på andre legitimeringslogikker end faglig evidens. Fx baseret i logikker fra patienters levet liv, fra politik og den generelle samfundsudvikling, så længe disse blot er tydeligt formuleret.
- Besparelse er ikke befordrende som begrundelse uden faglig mening tilkoblet.
- Begrundelsen bør også forholde sig til konsekvenser for relevante faglige og ressourcemæssige aspekter af den eksisterende arbejdsmæssige hverdag, altså eventuelle omprioriteringer.

Evaluering – følgesvend til et klart formål

Framing og tilgang



“Så derfor tror jeg, det er vigtigt, at hvis der er momentum inden for visse grene i sundhedsvæsenet med, at det her det kunne være noget potentiale, så tror jeg, man bliver nødt til at have nogle mere afgrænsede endepunkter, som man så forhåbentlig får en bedre succesrate med end at tro, at man bare kan få det hele.”

Læge (Kardiologi)

“Hvis vi bedre kunne sige: Det er dette her, som vi arbejder hen imod. Og når vi har fuldt implementeret det, så laver vi en forsknings-evaluering med henblik på det her [formål]. Det, tror jeg, ville gøre tingene meget bedre, hvis vi ligesom kunne [...] måle på nogle af de der ting, som læger går op i – netop forebygge dødelighed og sygdom og indlæggelse.”

Læge (Kardiologi)

- I direkte forlængelse af behovet for tydeligt formål og eksplicit begrundelse fremhæves – særligt fra lægers synspunkt – et behov for at dokumentere, evaluere og ideelt set opstille forskningsprojekter om indsatsen.
- Præcise formål giver mulighed for at arbejde mod et endepunkt, måle på indsatsen, evaluere om indsatsen lykkes og således skabe basis for beslutning om videreførelse i forhold til andre potentielle tiltag.

Perspektiv III: Faglige kerneværdier

Evidens, relation til patient og faglig identitet

Faglige kerneværdier

Evidens, det kliniske blik og faglig identitet



“Det er ikke for at være hellig, men jeg er jo læge for at kunne hjælpe nogle borgere, så... Jeg mener ikke, jeg skal være autonom. Jeg mener mere, at jeg skal være en sundhedsprofessionel, der hjælper en patient med et problem, som han eller hun har.”

Læge (Neurologi)

- Faglige kerneværdier udgør i sagens natur et centralt perspektiv for klinikerne.
- Perspektivet er opdelt efter tre dimensioner i det faglige:
 - Det principielle: Faglig evidens som legitimeringsgrundlag (eller tilsidesættelse af et sådant).
 - Det praktiske: Digitale redskabers betydning for den faglige praksis i form af ‘det kliniske blik’.
 - Det personlige: Faglig identitet og professionslogikker.

Evidens (I): Grundlag, udbytte og prioritering

Faglige kerneværdier



“Dybest set har vi haft en tro på, at hjemmemonitorering kunne formindske indlæggelsesbyrden og forlænge livet for patienterne, og det har det ikke kunnet. Det bliver vi nødt til at være helt fuldstændig skarpe på, inden vi kaster en helt masse penge efter det her: [...] forskningsmæssigt og evidens-baseret, så er der ikke noget at hente på den front.”

Læge (Kardiologi)

“Hjemmemonitorering for syge gravide bonede ud med et Triple Aim: Både patienterne, brugerne og økonomien var meget positivt stemt eller faldt godt ud.”

Læge (Obstetrik)

“Man skal huske på, at hvis der ikke findes evidens støbt i beton, så er det ikke det samme som, at der findes evidens for, at man ikke kan bruge det.”

Læge (Obstetrik)

- I et klinikerperspektiv er dokumenteret effekt på sundhedsfaglige parametre den korteste vej til at få accept og opbakning.
 - I mangel af dokumenteret effekt ønsker visse klinikere meget eksplicit erkendelse heraf samt prioritering i forhold til de mål, som klinikere i øvrigt oplever at stå til ansvar for.
- Visse indsatser begynder at være dokumenteret – enten med evidens for tilsigtede resultater eller uden.
- Men generelt mangler der dokumentation, og ligesom andre nye tiltag står hjemmemonitorering overfor at skulle vise sin effekt.
 - Kun et mindre, selvkritisk fragment af klinikerne reflekterer over problemerne ved primært at prioritere sundhedsfaglige evidenskriterier.
 - En refleksion går på at opfatte digitale hjemmemonitoreringsredskaber netop som redskaber på linje med at lægge en patient i en seng – ‘er der evidens for at det hjælper’?

Evidens (II): Grundlag, udbytte og prioritering

Faglige kerneværdier



Klinikere fra forskellige specialer italesætter den mulige effekt af hjemmemonitorering forskelligt og i forskellige kontekster. Oversigten herunder illustrerer de forskellige kontekster som hjemmemonitoreringen virker og vurderes i.

Speciale*	Kontekst for vurdering af effekt
Obstetrik	Effekt omtales dels ud fra mulighed for at gravide, der ellers ville være indlagte, får mulighed for at være hjemme, og dels ud fra reduktion af fremmødekonsultationer før og efter fødsel.
Neurologi	Effekt omtales ud fra kvaliteten og overskueligheden af data – til brug i både sygdomsforløb og validering af nye lægemidler samt forskningsopgaver.
Kardiologi	Effekten omtales i et fagligt perspektiv i forhold til at justere medicin og at reducere genindlæggelse og dødelighed.

*Infektionsmedicin er ikke inkluderet, da emnet ikke blev italesat tilstrækkeligt i interview.

Evidens (III): Grundlag, udbytte og prioritering

Faglige kerneværdier



- Klinikeres fokus på evidens træder i baggrunden, når det kommer til hjemmemonitoreringens konkrete effekt på egen praksis og hverdag i klinikken.
- I vurderingen af egne oplevelser af hjemmemonitorering i praksis træder en mere livsverdenspræget logik frem, hvori bekymringer, glæder og kvalitative vurderinger i højere grad får plads.

“Men tro mig: Hvis man skulle have fx 200 patienter, der sender værdier ind to gange om ugen, så er der meget sikkert afvigere/alarmer nok til, at det kan kræve en hel sygeplejerske hver dag til at sidde og finde ud af, hvad der er skidt og kanel i dem. Så det er bare sådan nogle ting, hvor man bliver nødt til at tænke videre.”

Læge (Kardiologi)

“Jaja, men glansen går også lidt af, når man har prøvet det to-tre gange, og det viser sig både at være pisse besværgeligt og ikke give noget. Så jeg tror, det er vigtigt. Alle har jo travlt i sundhedsvæsenet. Vi er meget glade for innovation og prøve nye ting, men det skal også introduceres på den rigtige måde.”

Læge (Kardiologi)

“Altså det var førstehåndsoplevelsen af: Hold kæft, hvor gør det en stor forskel! [...] Det har været fantastisk at være med i den her proces og mærke, hvor meget du kan komme igennem med ved at kommunikere digitalt.”

Læge (Obstetrik)

Relation til patienter (I): Det kliniske blik

Faglige kerneværdier



“Fordi ét er, når de så sidder i stolen over for én, og man taler sammen, der er de måske ikke forpustede, men det var de faktisk, da de bevægede sig. Eller de siger: ‘Ih, jeg er så forpustet’, og man så tænker, at det var du faktisk ikke.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Det er sådan en arketypisk ting: At der er nogen, som sidder i et ambulatorium og har nogle patienter, som de kender rigtig godt og ser mange gange. Og de kommer i deres ambulatorium, og det er hyggeligt. Og de klinikere synes, det gør en stor forskel at kende deres patienter – at det gør så meget.”

Læge (Obstetrik)

- Det kliniske blik træder frem som aspekt, når klinikere lægger et fagligt perspektiv ned over hjemmemonitorering, da blikket netop ofte er forbundet med den fysiske nærhed, som hjemmemonitoreringen ikke har.
- Tab af det kliniske blik italesættes på flere niveauer:
 - Tab af en helt umiddelbare mulighed for observations af patienten, fx i forbindelse med at hilse på patienten og følges til konsultationsrummet.
 - Tab af en mere diffus helhedsfornemmelse af patienten og i den forbindelse også af kendskab til ikke-sygdomsrelaterede forhold omkring personen fra fremmødekonsultationens smalltalk.
- Nye muligheder for det kliniske blik bliver også fremhævet:
 - Ved konsultationer med forudgående hjemmemonitorering kan der blive frigjort tid til at tale om andre emner end de ‘hårde’, fx blodtryk, puls og vægt.
 - Videokonsultationer giver (også i forbindelse med hjemmemonitorering) et værdsat indblik hjemlige forhold samt skærer lidt mere ind til benet, hvorved ‘det egentlige’ kan blive ordnet hurtigere og konsultationen afsluttet på kortere tid.
 - Det kliniske blik bliver også selvkritisk taget op af klinikere på et mere generelt niveau:
 - Hvilken evidens er der egentlig for udbyttet af de fysiske observationer på vej til konsultationsrummet? Hvad er værdien af eller for hvem er der egentlig tale om værd ved en hyggelig relation mellem kliniker og patient? Er det myter eller evidensbaserede praksisser?
 - Når patienter er hjemme, bliver patienten en helt anden: Mere sig selv og mindre syg – og det udfordrer klinikerrollen og stiller klinikerens arbejdsopgaver anderledes og uvant.

Relation til patienter (II): Ændring i roller

Faglige kerneværdier



“Og så er der jo også det aspekt, at man skal være ret præcis ved videokonsultationer, fordi du kan jo ikke lade folk sidde derhjemme og vente. Så bliver de jo utålmodige og tænker, så sker der nok ikke noget, vel. Så det kan kræve lidt ekstra disciplin i forhold til at holde tiderne.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- I en forsat selvkritisk refleksion er der klinikere, som anskuer hjemmemonitorering i et prisme af rolleforskydning mellem kliniker og patient:
 - Hjemmemonitorering strukturerer patient-klinikerrelationen anderledes end fremmødekonsultationer eller indlæggelse på hospitalet.
 - Når en kliniker har som arbejde og faglig identitet at behandle syge mennesker, giver det mest mening, hvis patienten/borgeren kan fremstå som syg eller isoleret fremvise det sygdomsrelaterede aspekt af sig selv.
 - En sådan fremtræden fremmes på hospitalet, hvor vi fra andre sammenhænge kender fænomenet i forbindelse med skiftet fra privat tøj til hospitalets tøj. Samme forhold gør sig gældende alene ved forskellen mellem at sidde i sin egen stue versus at sidde i et venteværelse.
- Et illustrativt eksempel fremtræder ved sammenligning af status for patienten i to – i princippet – ens situationer, dels:
 - ved en fremmødekonsultation, hvor klinikerens beder patienten vente 15 minutter i venteværelset, mens der fx bliver voteret eller klargjort papirer. Meget få ville opfatte dette problematisk – i en vis udstrækning er patienten på hospitalet på hospitalets præmisser, og det er helt naturligt, at patienten må vente.
 - ved en virtuel konsultation, hvor samme forløb forekommer, men hvor patienten sidder hjemme. For de fleste ville det opleves forkert at kræve patienten passivitet i et kvarter.
 - Magtbalancen bliver skubbet – ikke magt forstået som noget, nogen kæmper om, men som en fordeling af roller og berettigelse skabt af selve strukturen for interaktionen mellem kliniker og patient. Hjemmemonitorering strukturerer magtbalancen mellem patient og kliniker anderledes.

Faglig identitet: Ikke den største bekymring

Faglige kerneværdier



“Det er alligevel meget sjovt at gøre folk opmærksom på, der er faktisk den mulighed for hjemmemonitorering. På den måde kan det give dem lidt mere ejerskab over for dem selv også. [...] De får også en anden fornemmelse af sygdommen, når de går måler derhjemme og skal indtaste resultaterne i sådan et system dér.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Jamen, det kan godt være, at vi tror, at der er noget bedre ved at have syge gravide indlagt i en seng. Men altså, de vil hellere være derhjemme, fordi så føler de sig mere set og taget sig af. Og det er jo nærmest mind-blowing.”

Læge (Obstetrik)

- I visse sygeplejerskers perspektiv udfordrer hjemmemonitorering den faglige identitet – men kun hvis aktiviteten i fremtiden skulle vise sig at blive hovedingrediens i arbejdet.
- I lægernes perspektiv er der ingen eksplicit bekymring for den faglige identitet. Ej heller italesættes det som et problem, at der evt. bliver prioriteret hen over hovederne på lægerne, hvorved deres professionsautonomi begrænses. Anken mod hjemmemonitorering går mere på processen eller proceduren ved indførelse end mod selve indholdet.
- I øvrigt er lægerne bevidste om, at det primært er andre faggrupper, herunder sygeplejerskerne og jordemødrene, der påvirkes af hjemmemonitoreringspraksissen.
- Faglig identitet kan også styrkes af at kunne tilbyde hjemmemonitorering, da det kan give en ny faglig stolthed og glæde samt mere professionelle forberedelsesmuligheder forud for konsultationer.
- Ildsjæle og entusiaster beklager, at kollegaer ikke ser muligheden for og griber det som en faglig udfordring at skabe patientforløb, hvor patienter oplever at blive mere set og taget hånd om.

Perspektiv IV: Samvittighed og kvalitet

Ansvar, etik, fejl og kvalitet

Samvittighed og kvalitet

Ansvar, etik, fejl og kvalitet

“Hvad hvis patienten sender en masse data mandag og tirsdag, men de først har en tid 14 dage efter, og så bliver vedkommende dårlig i mellemtiden? Der er også noget juridisk, der virkelig skal på plads her. Vi har sagt, at vi kigger kun data igennem den dag, du har konsultationen.”

Læge (Kardiologi)

- Ibrugtagning af hjemmemonitorering åbner et perspektiv om samvittighed og kvalitet. Perspektivet rummer refleksioner om ansvarlighed, ansvarsfordeling og etik samt mere konkret om risiko for fejl og kvaliteten af ydelser.
- I perspektivet bliver det tydeligt, at der kan anlægges flere referencepunkter i vurdering af et nyt tiltag som hjemmemonitorering.
- Hjemmemonitorering muliggør fx bedre kvalitet i visse patientforløb. Men samtidig åbner hjemmemonitorering for et mulighedsrum, hvor det ideelt set er åbenlyst nemt at gøre forløbene endnu bedre.
- Entusiasterne glædes over det lille fremskridt, og skeptikerne fremhæver, at tiltaget ikke indfrier sit potentiale i tilstrækkelig høj grad.

Ansvar (I): Hvis og hvornår?

Samvittighed og kvalitet

“Vi har noget skriftligt materiale til patienterne, hvor vi har skrevet ret eksplicit, hvornår de skal kontakte afdelingen. Der står helt klart med fed skrift, at når blodtrykket er over dette, så skal du henvende dig. Man kan sige, at det er en præmis for hele det telemedicinske, at patienterne også selv skal tage et ansvar og henvende sig, når der er noget galt. [...] Det er en præmis, som man skal acceptere.”

Læge (Obstetrik)

- Det mest omfattende aspekt i klinikerperspektivet på samvittighed og kvalitet handler om ansvar.
- Hvordan er ansvaret fx fordelt, når indrapporterede målinger overskrider et niveau, der kræver handling. Hvis er ansvaret og hvornår?
- For visse klinikere er spørgsmålet grundlæggende uafklaret, også på et juridisk niveau, selvom de helt konkret har orienteret patienterne om, at indrapporterede målinger kun ses igennem i forbindelse med konsultationer.
- Andre klinikere nærer ikke samme uro, da de betragter det som en klar og ufravigelig forudsætning for alle parter, at patienter i hjemmemonitorering selv har ansvaret på helt samme måde, som hvis de ikke blev hjemmemonitoreret.

Ansvar (II): At brænde inde med viden om afvigende målinger

Samvittighed og kvalitet

“Vi skal tjekke deres målinger én eller to gange om ugen. Det var ikke velorganiseret og til sidst følte jeg, at jeg stod helt alene med det. Og så var der ikke så stor opbakning fra lægernes side. Nogle gange, når man står med en kæmpe afvigelse i blodtrykket, så ved man ikke, hvordan man skal reagere på det. Det skal følges op på. Jeg valgte at sige, at enten organiserer vi det sådan, at vi får ekstra tid til at følge op på målinger og reagere på det, ellers må vi nøjes med at inkludere dem, der kan tage ansvar for det selv.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

- Særligt fra et sygeplejerske perspektiv løftes det frem, at der er risiko for at brænde inde med viden om afvigende målinger indrapporteret fra patienter.
- Oftest er det ikke læger, der systematisk kigger indrapporterede målinger igennem med fx sygeplejersker eller jordemødre. Således er det sygeplejersker eller jordemødre, der først får kendskab til observerede afvigende målinger hos en patient. Hvis ikke en læge er tilgængelig for at tage handling, risikerer denne viden at brænde inde hos klinikerne, uden at vedkommende på egen hånd har mulighed for at reagere.
- I princippet forekommer risikoen for at få indsigt i hjemmemonitorerede målinger, som systemet ikke er gearet til at reagere på, altid. Selv hvis ansvarsspørgsmålet formelt set skulle være afklaret, så står et etisk dilemma klar i kulissen: Hvad hvis(/når) der indtræffer en hændelse, der kunne være foregrebet ud fra data, som patienten har indsendt til os?
- Derudover bemærkes det fra klinikerside, at hjemmemonitorering har samme etiske dilemma som screeningsundersøgelser, idet der altid vil være mulighed for at finde diagnoser, hvis man leder.

“Der vil komme flere og flere diagnoser. Hvis man leder efter noget, så finder man det.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

Etik: Hvem skal tilbydes hjemmemonitorering?

Samvittighed og kvalitet

"Men tror du, de ville trykke på iPad'en, når de udebliver? De ville jo nok også være non-compliant overfor en iPad."

Læge (Kardiologi)

"Altså, kravet er jo, at de selv kan veje sig, og at de kan måle blodtryk. Ellers så kan vi også. Hvis de har hjemmesygeplejerske, så kan man få hjemmesygeplejerskerne til at måle blodtrykket, så det er ikke det, det skal stå og falde med, fordi det kan man altid få arrangeret."

Sygeplejerske (Kardiologi)

- Idealet om mere lighed i sundhed er svært at forene med nødvendigheden af pragmatiske hensyn i hverdagen, når klinikerne vurderer og vælger, hvem der egner sig til en hjemmemonitoreringsordning, og hvem der ikke gør.
- Fx kan patienter, der ikke vurderes selv at kunne reagere på afvigende egne målinger, blive valgt fra, hvis sundhedssystemet ikke lykkes med at opbygge arbejdsgange for at overvåge og reagere på afvigende målinger.
- Systemets evne til at monitorere og agere adækvat kan faciliteres eller begrænses af flere faktorer:
 - Tværfaglige eller tværsektorielle flaskehalse. (Eksempler på vellykkede samarbejder på tværs findes også).
 - Manglende ressourcer til at etablere eller drive et sådant system.
 - Ventelister og behandlingsgarantier, der umuliggør behovsstyrede handlinger.
- Hjemmemonitoreringen kan medvirke til mere lighed i sundhed ved at redistribuere tid sparet ved færre konsultationer til uproblematisk patienter til en øget indsats over for de patienter, som har størst behov.

"Det er ikke en kioskbasket at komme og sige: 'I stedet for at se alle de der patienter, som jo kommer ti gange i løbet af en graviditet, og som selv kan lave det her arbejde hjemme, og så kan du se nogen, der er sygere.' Det er det bare ikke."

Læge (Obstetrik)

Fejl og kvalitet (I): Mod det bedre

Samvittighed og kvalitet

“Man kan vælge at tro, at det bedste og tryggeste er at være indlagt i en seng. Hvis man så begynder at italesætte trosfaktoren i dette for de gravide, så kan man bare sige, at de gravide har en – for nogle kolleger – overraskende klar og skarp holdning til det. Fx har en gravid sagt: “Jamen, jo mindre chancen er for, at jeg kan få et raskt barn med hjem, jo større er villigheden/motivationen for at komme hjem og generobre noget af det almindelige liv.” Bare det at komme hjem i sine vante rammer for ikke at blive mere syg af at være indlagt. At foretage denne type forhandling kalder jeg at aftale, hvem der har ansvaret. Og som kliniker er det et ansvar, som man skal dele med den gravide. Forhandlingen og aftalen er en enorm vigtig del i et koncept, hvor vi kan sende syge gravide hjem.”

Læge (Obstetrik)

- Aspekter om fejl og kvalitet er mere håndgribelige aspekter i klinikeres perspektiv om ansvar, etik, fejl og kvalitet.
- Risikoen for at overse en kritisk, indsendt måling fra en patient betragtes ikke som en fejl qua føromtalt præmis om aftalt ansvarsfordeling.
- Hjemmemonitorering via MinSP anses for at mindske en betragtelig fejlkilde i forhold til tidligere telemedicinske løsninger, hvor målinger manuelt overførtes til patientjournalen*.
- Hjemmemonitorering anses også for at kunne øge kvaliteten i forløb – både den kliniske og den patientoplevede, idet hjemmemonitoreringen fx muliggør:
 - Bedre forløbskvalitet ved at minimere indlæggelsesdage for syge gravide.
 - Bedre datagrundlag ved diagnosticering samt hurtigere tilpasning af medicin for hjertepatienter og hovedpinepatienter qua hyppigere og mere overskuelige målinger/registreringer.
 - For patienter at vise remedier og mediciner i hjemmet via videokonsultationer.
 - Øget engagement i eget forløb og i visse tilfælde mulighed for ved konsultationer at tale fælles ud fra målinger og grafer ved at kigge direkte i SP.

*Gælder dog ikke for hjemmemonitorering på lungemedicin, hvor der stadig flyttes manuelt på data fra et sted til et andet i SP.

Fejl og kvalitet (II): Ikke uden udfordringer

Samvittighed og kvalitet

“Men patienten var fortørnet over, at når de gjorde det, de er blevet bedt om at gøre: [at ringe ind ved en given indikation], så var der et hul i vores organisation. Der var simpelthen en kollega, der ikke kender til vores aftaler og ordninger [og som derfor afviser patienten]. Og det er et issue, vi har, med, hvordan man udbreder nye indsatser, ny viden, og også især noget omkring sikkerhed.”

Læge (Obstetrik)

“Det er lidt for usikkert, som det er nu, hvor vi bare putter dem på nogle patientlister, som vi deler med hinanden. Der er risiko for, at man får taget nogle patienter af eller ikke får puttet nogle andre på. Det er faktisk ikke særligt patientsikkert. Men det er sådan, at vi har valgt at løse det.”

Læge (Obstetrik)

- Med hjemmemonitoreringen er også indført nye risici for fejl og forringelser af kvalitet i forløbene.
- Et aspekt, der er vigtigt i alle sammenhænge, hvor nye tiltage afprøves i mindre skala eller implementeres gradvist, handler om at orientere og kontinuerligt orientere alle om tiltagets implikation i alle led, der har potentiel patientkontakt. Dette er særligt relevant i situationer, hvor en hjemmemonitorering erstatter en indlæggelse, idet en ‘udlagt’ patient i så fald kan ringe til hospitalet hjemmefra med et akut ærinde, der svarer til en indlagt patients kald. En sådan patient må ikke blive afvist pga. sin særlige status.
- Selv entusiastiske klinikere peger på, at det i SP er svært at holde styr på, hvilke patienter der er i hjemmemonitoreringsforløb. Det leder til hjemmestrikkede, personafhængige løsninger, som er patientusikre og svære at dele eller dække ind kollegaer imellem.
- Regulering af medicin på distancen kan indebære risici, da en ny medicinliste ikke kan gennemgås og overleveres fysisk med patienten.
- Patientforløb kan påvirkes, hvis patienter kan blive i tvivl, om deres målinger er modtaget og registrerede i systemet.
- Ikke alle specialer har grafiske fremstillinger eller fremstillinger, der egner sig til at blive delt med patienter, hvilket ikke er tilfredsstillende for den patientoplevede kvalitet set i forhold til det registreringsarbejde, som patienterne bidrager med.

Perspektiv V: Arbejdsglæde og karriere

Arbejdsglæde og karriere

- Digitalisering og arbejdsglæde er i mange kredse blevet to modsatrettede størrelser.
- Hjemmemonitorering arver – om ikke andre steder, så i det mindste i offentligheden – ofte konnotationer fra den almene digitaliseringsdiskussion og specifikt fra kritik af SP.
- Konkret tyder klinikerperspektiver om arbejdsglæde og karriere dog på et mere nuanceret billede af både fordele og ulemper.



“Jeg tror mere, at det er ude i befolkningen, at de har stadigvæk, ‘nå men hvordan går det med det dér SP? Det er da noget værre noget, ikke?’ Øh, nej, det synes jeg faktisk ikke, det er. Og så bliver de sådan helt: ‘Nå, men det står der jo om i nyhederne.’ Nu skal man jo kun tro på én ting i avisen, og det er datoen!”

Sygeplejerske (Kardiologi)

Arbejdsglæde: Plusser og minusser

Arbejdsglæde og karriere

- Brug af digitale redskaber til hjemmemonitorering kan skabe glæde for klinikere ved muligheden for at give et bedre forløb og via patienternes værdsættelse af indsatsen.
- Klinikere kan også have en egen glæde fx ved at kunne se patienten ved videokonsultationer frem for telefonkonsultationer eller tilfredsstillelse ved at anvende smarte løsninger i egne eller afdelingens arbejdsprocesser.
- Visse klinikere henter arbejdsglæde ved den nære kontakt til patienter og oplever, at denne bliver mindre ved færre konsultationer og videokonsultationer. Andre klinikere oplever modsat at have øget nærhed og kontakt til patienterne i hjemmemonitorering.

“Så på den måde, så vil jeg sige, når jeg kan mærke, at jeg får en god feedback fra patienterne, at de synes, det er godt, og de vil rigtig gerne holde video igen næste gang, så bliver jeg jo også glad.”

Sygeplejerske (Kardiologi)

“Jeg håber, at vi får nogle bedre patientforløb, og det er i bund og grund det, som er vigtigt for mig. At få gode forløb og få lavet den rigtige behandling. [...] Men jeg synes, at det er spændende, og at det bidrager til, at man kan give en bedre behandling.”

Læge (Obstetrik)

“Det bliver meget kontant, når det er på videoen, fordi: ‘Nå, men så skal vi have det her klaret’. Modsat, når de sidder her, så kan man lige... det er ikke, fordi jeg sidder her og sludder-sladder, men nogle gange, så sidder man lige og snakker en lillebitte smule; hører lidt om, hvad er det, der egentlig også fylder derhjemme? Er der nogle andre ting, der fylder, end bare det her at være den patient, som man nu engang er, når man kommer her.”

Sygeplejerske (Kardiologi)



PATIENT-
INDDRAGELSE

Karriere (I): Køen er kort

Arbejdsglæde og karriere

- Specielt i et lægeperspektiv er digitalisering ikke et springbræt til en karriere som klassisk hospitalslæge.
- Men arbejdet med digitalisering rummer karrieremuligheder – der er blot tale om andre karriereveje end de klassiske.
- Prestigen ved karriere i det digitale felt er ikke høj – men der findes alternative muligheder for at høste anerkendelse uden for klassiske hospitalslægehierarkier.
- Køen er kort til at påbegynde en karriere inden for digitalisering, så hvis man ikke efterstræber prestige i det klassiske hierarki og gerne vil undgå ‘masser af albuer’, så er mulighederne mange.
- I sygeplejerskers og fysioterapeuters perspektiv anses digitalisering for at være befordrende for udvikling og jobmuligheder.

“Der er ældre kollegaer, der synes, at nogen laver en storm i et glas vand over digitalisering: De er i Dagens Medicin og så står og ‘shiner’! Det er ikke på den gammeldags, grundige, seriøse måde. [...] Det tror jeg da helt sikkert, at der netop er nogen af mine ældre kollegaer, som godt kan se lidt skævt til.”

Læge (Kardiologi)

“Hvis man vil være klassisk hospitalslæge, så tror jeg ikke, at der er nogen, som tænker, at digital hjemmemonitorering betyder noget særligt for dit CV. Men hvis man vil noget med innovation, ud i industrien eller noget ledelsesmæssigt, så giver det måske god mening, at man har det med.”

Læge (Kardiologi)

“Der ligger et kæmpe uudnyttet potentiale: Hvor tit kan vi som læger egentlig stille os op og sige: ‘For helvede mand! Det er bare med at komme i gang – der er en stor uopdyrket mark!’ Fordi der er jo andre karriereveje, som er virkelig lange, og der er masser af albuer. Men dette område er ikke prestigefyldt – som i slet ikke! Og det er et problem.”

Læge (Obstetrik)



PATIENT-
INDDRAGELSE

Karriere (II): Forskning

Arbejdsglæde og karriere

- I neurologien erstatter det digitale hjemmemonitoreringsredskab direkte dyre alternative løsninger til at indsamle forskningsdata, og det giver gode muligheder at skrive forskningsartikler.
- I obstetrikken har forskningen om digitaliseret hjemmemonitorering vakt international opmærksomhed – ikke kun pga. resultaterne, men pga. muligheden for overhovedet at etablere et hjemmemonitoreringstiltag.
- Det hører dog også med i perspektivet, at hjemmemonitoreringen i sig selv anskues som en ganske lavpraktisk og patientnær aktivitet, der sjældent tiltrækker opmærksomhed og forskningsmidler, ligesom tilfældet er for anden patient- og kliniknær forskning.

“Den artikel, som vi så har publiceret, den har fået vældig, vældig stor opmærksomhed, fordi det har været nyt ... og også fordi amerikanerne og englænderne siger: “Jamen, vi havde aldrig turdet gøre det. [De] har et system, der er fuldstændig skævvredet i forhold til incitamentsstruktur og ansvarsstruktur.”

Læge (Obstetrik)

“Med det her hjemme-monitoreringssetup, så kan man jo nemmere lave en klinisk trial, og det ser jeg også som en kæmpestor fordel, at man kan gøre.”

Læge (Neurologi)

“Jeg er ikke gået ind i det her, fordi jeg tror, at det er karrierefremmende. [] Der er jo muligheder i alt, og man kunne måske sagtens vinkle det her også til noget forskningsmæssigt. Men i virkeligheden er det her jo meget lavpraktisk: Vi skal få det her system til at fungere.”

Læge (Obstetrik)



PATIENT-
INDDRAGELSE