

Tryk omlægning af ambulante forløb med telemedicin

Erfaringer med 'miksede kontaktformer' fra covid-19



Helle Sofie Wentzer og Stinne Aaløkke Ballegaard

Tryg omlægning af ambulante forløb med telemedicin – Erfaringer med 'miksede kontaktformer' fra covid-19 (Version 2)

Rapporten (version 1) er udgivet 15. juni 2022 med titlen 'Tryg omlægning af ambulante forløb – Erfaringer med 'miksede kontaktformer' fra covid-19'

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-070-2

Modelfoto: Cathrine Kjærø Ulf Ertmann/VIVE

Projekt: 301796

Finansiering: TrygFonden

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Et trygt møde med sundhedsvæsenet er grundlæggende for patientbehandling. Da den fysiske kontakt under coronapandemien blev en risiko for alvorlig sygdom, blev der vendt op og ned på forståelsen af tryghed i mødet mellem patient og behandler. I denne rapport giver tre ambulatorier indblik i deres erfaringer med at omlægge patientforløb og møde deres patienter ved brug af 'miksede kontaktformer', bl.a. videosamtaler, så det giver mest sundhedsfaglig værdi for patienten. Deres faglige og organisatoriske erfaringer med virtuelle patientmøder åbner for mere fleksibilitet og tilgængelighed i patienters kontakt til sundhedsvæsenet i fremtiden – en fremtidsudsigt, som er i tråd med ønsker fra foreningen Danske Patienter og Danske Regioners strategi for nærhedsfinansiering.

På baggrund af ambulatoriernes arbejde identificeres en række forudsætninger, som danner grundlag for omlægning af forløb og kontaktformer. Rapporten konkluderer, at 'den digitale patient' forudsætter 'den digitale kliniker', hvis kompetencer og meningsfulde patientkontakt forudsætter 'den digitale organisation'. Omlægning af ambulansaktivitet handler således også om kompetence- og organisationsudvikling til de udvidede kontaktformer for mødet med sundhedsvæsenet. Særligt videosamtaler har kvalitative potentialer for at udvikle patient-behandler-relationen i et egenomsorgsperspektiv.

Rapporten er finansieret af TrygFonden og er et resultat af et forsknings samarbejde mellem Kvindesygdomme og Fødsler, Viborg Regionshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien og Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital. Dataindsamling er foregået fra april 2021 til april 2022.

Ambulatoriernes patientgrupper spænder bredt fra sårbare gravide til børn og unge med psykiske lidelser og mennesker med kroniske sygdom. Det er patienter, hvis behandlingsforløb strækker sig over forskellige tidsrum, såsom et graviditetsforløb frem til fødslen, et diagnostisk udredningsforløb på et par måneder og livslang behandling, som i tilfældet med diabetes type 1. Ambulatorierne har hver især udviklet egne kriterier for, hvornår telemedicinske løsninger kunne erstatte fysisk fremmøde, og skabt blandede forløbsformer med brug af fire kontakttyper: fremmøde-konsultation, telefonkonsultation, videosamtale og digitalt informationstilbud.

Vi håber, at rapporten, dens begreber og modeller for miksede forløb med fire kontaktformer kan inspirere andre ambulatorier, både sundhedsprofessionelle og faglige ledere, samt kvalitetsenheder og it-support- og innovationsafdelinger til at tage imod de digitale kontaktformer for at møde både ukendte, sårbare og erfarne patienter på nye måder.

Vi takker klinikere og patienter for deres deltagelse i projektet. Også særlig tak til deltagerne i følgegruppen og i de to innovationsgrupper, særligt Isabella, Heba og Flemming samt Kristina for oversættelse af informationsfolder til ukrainsk. Også stor tak til Karin Albjerg, Joke Habben og Ronja Grøn for værdifulde ekspertinput.

Projektet er designet og gennemført af seniorforsker, ph.d. Helle Sofie Wentzer og chefanalytiker, ph.d. Stinne Aaløkke Ballegaard. Rapporten har været i eksternt review hos en forsker og praktiker med viden om organisering af ambulansbehandling af særligt kroniske sygdomme.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef, VIVE Sundhed

Indhold

Rapportens hovedpointer	6
1 Introduktion.....	10
1.1 Formål med undersøgelsen.....	11
1.2 Rapportens struktur	11
Del 1 Tværgående analyseresultater.....	13
2 Erfaringer med omlægning af forløb	14
2.1 Fire kontaktformer i ambulante behandling.....	14
2.2 Miks af kontaktformer kan styrke sammenhæng og fleksibilitet	16
2.3 Videre udvikling af digitale tilbud i ambulante forløb	18
2.4 Den digitale klinik med fire kontaktformer.....	20
3 Forudsætninger for transformation af ambulante forløb.....	21
3.1 Den digitale patient.....	21
3.2 Den digitale kliniker.....	22
3.3 Den digitale organisation og ledelse af digital transformation	24
Del 2 Undersøgelingsdesign og casebeskrivelser	26
4 Undersøgelingsdesign	27
4.1 Ambulatorier: Psykiatri, Diabetes samt Kvindesygdomme og Fødsler	27
4.2 Hovedopgaver og datagrundlag.....	28
5 Case 1: Sårbare gravide.....	32
5.1 Princip for omlægning.....	33
5.2 Gentænkning af forløbsstruktur	33
5.3 Faktorer med betydning for et trygt forløb	34
5.4 Roadmap for videre arbejde	42
5.5 Opsamling	48
6 Case 2: Diabetes	49
6.1 Princip for omlægning.....	50
6.2 Gentænkning af forløbsstruktur	52
6.3 Faktorer med betydning for et trygt forløb med miksede kontaktformer ...	55
6.4 Roadmap for det videre arbejde.....	68
6.5 Opsamling	74
7 Case 3: Psykiatrisk klinik for unge.....	77
7.1 Ungdomspsykiatriens hovedaktiviteter	78
7.2 Princip for omlægning.....	78
7.3 Gentænkning af forløbsstruktur	80
7.4 Faktorer med betydning for et trygt forløb	81

7.5	Opsamling	88
8	Patienternes perspektiv på et trygt forløb	90
8.1	Relationel kontinuitet giver tryghed	90
8.2	Tilgængelighed og støtte bidrager til patientoplevelset kvalitet	92
8.3	Opsamling	95
9	Litteratur	96
Bilag 1	Skabelon for patientindkaldelsesbrev til videokonsultation	101
Bilag 2	Sygeplejefaglig manual til beslutningsstøtte om digital kontaktform: fordele og ulemper ved henholdsvis telefon eller video via Pexip- eller Rooms.dk-forbindelse.....	102

Rapportens hovedpointer

Covid-19 og de medfølgende restriktioner har haft stor betydning for sundhedsvæsenet og har i en periode ændret patienternes kontakt til hospitalerne. Restriktionerne og det akutte behov for omlægning af ambulante aktiviteter udgør et særligt læringsmoment for både organisation og brugere med henblik på at gentænke ambulante forløb og inddrage brugernes erfaringer med telemedicinske løsninger for at redesigne kontaktmulighederne i ambulante forløb.

Omlægning og redesign af ambulante forløb er relevant i relation til at imødekomme nærhedsfinansieringsmodellen, som baseres på en forventning om, at telemedicin kan bidrage til at omlægge presset på sundhedsvæsenets ressourcer, særligt ambulante hospitalskontakter (Danske Regioner, 2019). Ved covid-19-pandemiens udbrud er det dog ukendt, hvilken indvirkning video vil få i Danmark på udviklingen i antallet af digitale konsultationer og brugernes oplevelser heraf (Wentzer, 2020b). Foreløbige resultater viser, at det går langsomt (Kidholm, 2022), men at videosamtaler, telefonsamtaler og digitale platforme har potentiale til at nedbringe 'kontroller', altså traditionelle fremmøde-konsultationer.

Afsættet for indeværende rapport er ikke i tal at angive, hvor mange fremmøde-konsultationer der er reduceret eller erstattet med andre, digitale kontaktformer, men kvalitativt på baggrund af tre cases at beskrive, hvor det giver mening, og hvad der skal til, for at det opleves trygt og sikkert for både patient og klinikere at ændre og udvide deres kontaktformer med telemedicinske løsninger. Det vil sige, hvordan ambulante forløb kan omlægges, så sundhedsydelse kan gøres lettere tilgængelige for patienter (Danske Patienter & Lunding, 2020) og bidrage til kvalitet i patientbehandlingen herunder patientens dagligdag med sygdom ved at benytte et miks af forskellige kontaktformer.

Rapporten præsenterer resultaterne fra et samarbejde med tre ambulatorier og deres respektive erfaringer under restriktionerne og fremadrettet forventninger til brug af flere typer af kontaktformer end den traditionelle fremmøde-konsultation.

Tilpasset ambulante forløb med fire kontaktformer

En tværgående analyse af ambulatoriernes kontaktformer og forventninger sammenfatter disse til fire typer af telemedicinske løsninger, der med fordel kan blandes, 'miks', med henblik på at give mere fleksible patientkontakter og -forløb, der er tættere på patienternes hverdag:

1. Fysisk, fremmøde-konsultation
2. Videokonsultation
3. Telefonisk kontakt
4. Digitalt informationstilbud.

Rapporten refererer fremover ikke til begrebet 'telemedicin' men til en eller flere af ovenstående kontaktformer.

De tre cases, sårbare gravide, ungdomspsykiatrien og diabetes, favner meget forskellige patientproblematikker fra patienter, der i princippet ikke er syge (gravide), patienter, der ikke er født endnu (fosteret/barnet), og patienter, der ikke er diagnosticeret for deres lidelser (ungdomspsykiatrien), til patienter, som skal gå i livslang behandling (diabetes type 1).

Fælles for patienter i de tre cases er vigtigheden af sammenhæng i forskellige typer af relationer, nemlig til behandleren eller behandlerteamet, kaldet person-kontinuitet, i informationerne, de modtager og giver, kaldet informationskontinuitet, og i organiseringen af deres møde med behandler og klinikken, kaldet organisationskontinuiteten. Person-kontinuiteten er den vigtigste for tryghed og kvalitet, og den kan udmærket skabes og opretholdes via digitale og fleksible kontaktformer.

På baggrund af analyse af ambulatoriernes erfaringer har vi nedenfor opstillet et bud på, hvornår de enkelte kontaktformer er relevante, og hvordan de patientsikkerhedsmæssigt kan bringes i spil. Følgende kriterier angiver, hvornår i et patientforløb de forskellige kontaktformer kan bringes i spil, som vist nedenfor.

Kontaktform	Relevans i forhold til
Fremmøde-konsultation	Nye patienter Patienter, der skal have fysiske undersøgelser Patienter, der mangler digitale kompetencer, har høj sygdomskompleksitet og lav egenomsorgsevne eller af andre grunde har brug for fysisk fremmøde
Videosamtale	Helbredsmæssig værdi for patienten at undgå fysisk fremmøde Samtaleemner, der med fordel kan gøres i patientens hjem/kontekst for dagligdag Opleves mindre stigmatiserende for patienten end at skulle tage en dag fri fra skole, uddannelse og arbejde Når praktiske forhold, som fx reisetid, transportudgifter eller kalender-praktisk, gør det lettere for patient, pårørende og behandler at mødes
Telefonsamtaler	Erstatning for patientens aflysning af fremmødekonsultation Akutopstået behov hos patienten for information og rådgivning Ved tekniske vanskeligheder i forbindelse med videokonsultationer Supplerende kontaktform i et intensivt forløb, fx til støtte og oplæring af patienten, evt. suppleret med tekst/SMS Afgrænsede problemstillinger
Digitale platforme og services	Lettelse af kontakt, udveksling og overblik over informationer/data (apps, informationspjece, hjemmesider) Understøttelse af patientens vurdering af eget behov for en konsultation, fx gennem spørgeskemaer, PRO og digital forløbsguide Erstatning af fysisk holdundervisning (webinar-video og informationsvideoer/e-læring)

Kilde: VIVE.

De fire kontaktformer udemærker sig ved at kunne noget forskelligt, som alt sammen er relevant afhængigt af patienten, dennes behov og konteksten for kontakten.

Teknologierne rækker ud på forskellige måder til patienten for at skabe en relation overhovedet. Figur 5.2 i kapitel 5 viser, hvorledes en informationspjece kan række ud til gravide ukrainske flygtninge, der har brug for hjælp. Afprøvning af et link til videosamtale i patientens digitale mødeindkaldelse, appen MineAftaler, viser i kapitel 6, hvorledes en

sammenhængende digital organisering kan gøre det lettere, også for erfarne patienter, der er vant til fremmøde at vælge en alternativ kontaktform til behandleren.

Forudsætninger for ambulante forløb med miksede kontaktformer

Der dog et stykke vej, før det er normen, at patienternes forløb består af miksede kontaktformer. Ifølge en analyse af data fra Helbredsprofilen svarer halvdelen af patienter, der har fået en fysisk fremmøde-konsultation, at de for 10 %'s vedkommende lige så godt kunne have fået telefonkonsultationer, og 12 % havde foretrukket en videosamtale (Kidholm, 2022). Tallene peger på, at patienter er mest trygge ved fremmøde-konsultation, og at video har lidt fordele (12 %) frem for telefon (10 %).

Analysen af de tre cases understøtter, at organisationen og klinikernes kompetencer spiller en central rolle for den faktiske og fremadrettede brug af videosamtaler og digitale platforme. Patienterne er ikke bærere af teknologien alene. Selvom de har en mobiltelefon og bruger internet og bærbare computere i hverdagen, gør det ikke deres digitale muligheder for kontakt til deres behandlere trygge i sig selv. I stedet er klinikernes digitale kompetencer afgørende for at invitere patienten ind i et andet, virtuelt samtalerum end fremmødets.

Klinkeren skal kunne identificere og kvalificere, hvilke patienter der er i målgruppen for miksede kontaktformer. Patienterne har forskellige forudsætninger i forhold til digitale kompetencer eller egenomsorg. Der kan endvidere være omstændigheder, der gør, at videosamtaler eller digitale platforme kan være hensigtsmæssig i kontakt til nogle patienter, mens der er behov for fysisk fremmøde i andre situationer, fx hvis det er første møde i et forløb, hvis der er en særlig kompleksitet, eller der er behov for fysiske undersøgelser. Praktisk kan det være lettere for patienten at vælge telefon, men klinikernes varetagelse af patientsikkerheden er bedre ved videokontakt. Denne diskrepans mellem, hvad der er lettest og klinisk mest hensigtsmæssigt i digital kontakt, bekræftes i australsk studie (Lau, 2022).

Mange klinikere har fået erfaring med brug af videosamtaler under covid-19-pandemien. Klinikernes erfaringer er dog nødvendigvis ikke tilstrækkelige til, at de er kompetente klinikere til videosamtaler, der gør dem fagligt trygge og sikre. Den sundhedsfaglige samtale, herunder personrelationen, udfolder sig anderledes via video og kræver nogle særlige kompetencer, både teknisk og indholdsmæssigt, fordi patientkontakten og konteksten for den er anderledes. Klinikeren har ikke i samme grad kontrollen, fx over, hvornår den unge taler med eller uden forældre, og om der er andre til stede i hjemmet. Personkontinuiteten, herunder patient-behandler-alliancen, der er central for patientens tilid til behandlingen (Rothmann et al., 2022), har derfor andre rammer for udfoldelse og kvalitetsudvikling. Dette er en sundhedsfaglig og -organisatorisk udfordring med henblik på kompetenceudvikling og arbejdsgange, der matcher patientforløb og personkontinuiteten med miksede kontaktformer.

Kompetenceudvikling til klinikere og etablering af supportstrukturer er nødvendig for at sikre, at kliniker og patient kommer nemt og trygt i kontakt med hinanden til en videosamtale. Til denne hører også en infrastruktur med integration af informationer og brugerflader, der opleves sømløse af begge brugergrupper. Idealerne om informationskon-

tinuitet og organisationskontinuitet betinger således gensidigt hinanden, ligesom sammenhængende informationer og organisering bidrager til at skabe tillid og tryghed hos patienter i ambulante forløb.

Anbefaling

Det organisatoriske læringsmoment for udbredelse af fleksible kontaktformer i ambulante forløb er derfor at etablere kompetenceudviklingskurser til klinikerne og afstemme deres oplæring til strategiske måltal for omlægning i klinikken. Måltallene tjener et dobbelt formål ved dels af imødegå nærhedsfinansieringsmodellen, dels at sikre klinikerne hurtig ibrugtagning af deres nytillærte kompetencer og fortsat udvikling af disse som del af den kliniske hverdag. Måltallene skal også oversættes i praksis til klinikernes arbejdsgange og bidrage til at skabe en afbalanceret forståelse af, hvorledes den digitale kliniker bruger fleksible samtaleformer i dens kontakt til patienten. Sidstnævnte anbefales også i et internationalt studie af telefon- og videokonsultationer i almen praksis (Rosen et al., 2022).

Artiklen gør opmærksom på risici ved digitale kontaktformer (telehealth), herunder på ændringer i relationer og i kommunikationen med patienten, risici for social ulighed og for stress og burnout i klinikken¹. Studiet anbefaler i overensstemmelse med indeværende rapport: 1) kompetenceudvikling til klinikerne til relationsopbygning og holistiske videosamtaler samt til vurdering af patientens evne til at tage del, 2) variation af kontaktformer i den kliniske hverdag, 3) sikring af kontinuitet i design og brug af kontaktformerne, 4) udvikling af faglige retningslinjer og 5) et særligt fokus på sociale uligheder, altså hvorvidt nogle patientgruppers adgang mindskes eller styrkes.

For at lykkes med omlægningen af ambulante forløb til en blanding af kontaktformer kræver det således en samlet strategisk indsats på alle organisatoriske niveauer, så der skabes organisatoriske rammer, it-mæssig infrastruktur og tilsvarende uddannelsesindsatser, så personale og patienter opøver digitale kompetencer samt udvikler en klinisk praksis for at kvalitetssikre denne og arbejdsmiljø.

¹ De seks typer omhandler risici for ændringer i 1) adgang til sundhedsydelser, inklusive sikkerhed og privatliv, 2) kommunikation og relationen mellem patient og behandler, herunder betydningen af at have mødt hinanden fysisk først, 3) den kliniske undersøgelse, hvor helhedsperspektivet vanskeliggøres, 4) patientens rolle i at navigere i tilbud, beskrive og monitorere symptomer, bruge udstyr og lære selvomsorg, 5) for at engagere sig i social og samfundsmæssige dimensioner af sygdom og 6) arbejdsmiljø og arbejdsstyrken ved at bidrage til stress.

1 Introduktion

Fra politisk og administrativ side har der været et ønske om at erstatte de sidste 20 års fokus på produktivitet målt som enkeltkontakter i retning af produktivitet målt som *samlede forløb*. Der har i forlængelse heraf været et ønske om en reduktion i den unødvendige aktivitetsvækst i sundhedssektoren, hvor der fra 2009 til 2018 er sket en stigning antallet af somatiske ambulante kontakter fra 10 til 15 mio. og fra 1,3 til 1,7 mio. i psykiatrien (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Med introduktionen af nærhedsfinansieringsmodellen i 2019 er der således forudsat en reduktion i antallet af ambulante kontakter samt en generel stigning i antallet af telemedicinske kontakter. Samtidig har den nye styringsmodel for nærfinansiering fokus på omlægning af typen af kontakter i patientens forløb, idet den tilsigter "stigning i antallet af virtuelle forløb" og "implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten" (Danske Regioner, 2019).

Covid-19 og de medfølgende restriktioner har haft stor betydning for sundhedsvæsenet og har i en periode ændret patienternes kontakt til hospitalerne. En opgørelse fra Odense Universitetshospital viser fx, at dennes ambulatorieaktiviteter har ændret sig mærbart under covid-19-epidemien med færre fysiske kontakter og flere telemedicinske konsultationer på især psykiatriområdet (Kidholm, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2021b). Patienterne har haft langt færre kontakter med sundhedsvæsenet, og mange af de aktiviteter, der tidligere blev gennemført som fysisk fremmøde, er blevet erstattet af virtuelle kontakter.

Boks 1.1 Nedlukning i Danmark

1. bølge: Danmark lukker ned den 11. marts 2020. Genåbningen påbegyndes i faser d. 13. april 2021

- Restriktioner i forhold til plejehjems- og hospitalsbesøg. Sygehuse og plejehjem mv. opfordres til med umiddelbar virkning at indføre skærpede restriktioner i forhold til besøg.
- Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes hjem

2. bølge: oktober 2020-foråret 2021, særligt covid-19-varianten 'delta'. Danmark lukker ned d. 17. december 2020. Genåbning påbegyndes i faser d. 28. februar 2021 og d. 10. september 2021 fjernes de sidste restriktioner.

3. bølge: december 2021-februar 2022, særligt covid-19-varianten 'omikron'. Den 11. november 2021 kategoriseres covid-19 igen som en samfundskritisk sygdom, og restriktioner og delvis nedlukning genindføres i en periode. Januar 2022 påbegyndes udfasning af restriktioner og delvis nedlukning, og den 1. februar 2022 ophører kategorisering af covid-19 som samfundskritisk sygdom igen.

Kilder: (Lindemann, 2021; Regeringen, 2020; Social- og Ældreministeriet, 2022; Tænketanken Europa, 2022).

Restriktionerne og den nødvendige opbremsning af fremmøde har givet mulighed for at samle erfaringer med omlægning og omstrukturering af ambulante forløb. Dette giver mulighed for at få indblik i de overvejelser, der sker i vurderingen af, om en fysisk kontakt er nødvendig, eller om den kan udskydes, aflyses eller omlægges til telemedicinsk kon-

takt. Samtidig giver det mulighed for at undersøge, hvordan mødet med sundhedsvæsenet har fungeret for de patienter, der er i målgruppe for færre ambulante kontakter og/eller kontakt via video, og hvordan kontakten mellem patient og behandler via skærmen er oplevet af såvel patienterne og personalet. Et centralt læringsfokus er, hvornår den fysiske kontakt er aflyst, flyttet eller erstattet af telemedicinske løsninger af hensyn til patientens forløb – altså at nedbringelse af fysiske kontakter ikke er et organisatorisk mål i sig selv, men er knyttet til vurderingen af overflødig kontakt og kvalitet i behandlingen, set som patientens samlede forløb.

Nedlukningen og det akutte behov for omlægning af ambulante aktiviteter udgør et særligt læringsmoment for både organisation og brugere med henblik på udvikling og den fremadrettede organisering af ambulante aktiviteter, herunder på den fleksibilitet, som teknologier muliggør for tilrettelæggelse af kontakter og forløb: Hvordan kan forløb tilrettelægges hensigtsmæssigt og trække på mulighederne for fysisk fremmøde, telefonisk kontakt, videosamtaler og brug af digitale platforme som fx chat, e-læring, informations-apps, apps til upload af data eller besvarelse af spørgeskemaer mv. Covid-19 har således historisk bidraget et særligt setup for at udforske brugerroller og forløbsmodeller, der bidrager til sikkerhed, tryghed og effektivitet i mødet både før og efter covid-19.

1.1 Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen udforsker det overordnede undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan kan sundhedsvæsenet tilpasse ambulatorieaktivitet i henhold til nærhedsprincipperne (herunder reduktion og anvendelse af digitale løsninger) og samtidig fastholde kvalitet og tryghed i patientbehandling?

Formålet med undersøgelsen er således først og fremmest at belyse erfaringer med udvikling og omlægning af den ambulante aktivitet i perioden med restriktioner og transformation af ambulante kontakter i forbindelse med covid-19-epidemien i Danmark på tre ambulatorier.

Formålet er dernæst at udvikle forslag til samlede forløbsmodeller og scenarier for ambulante aktiviteter, der videst muligt matcher individuelle patientbehov (med hensyn til hverdag og egenomsorg) med fagligt forsvarlige tilbud.

Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med tre ambulatorier: Ungeambulatoriet på AUH Psykiatrien, Steno Diabetes Center Aarhus på AUH samt Kvindesygdomme og Fødsler på Hospitalsenheden Midt.

1.2 Rapportens struktur

Rapporten er opdelt i to dele:

Del 1 formidler resultaterne fra den tværgående analyse og præsenterer dels overordnede principper for brug af fire forskellige kontaktformer, der kan bidrage til et trygt forløb, og identificerer dels forudsætninger og rammer, der skal være til stede, for at kunne omlægge ambulante forløb og mikse forskellige typer kontaktformer.

Del 2 præsenterer først undersøgelsesdesignet og undersøgelsens datagrundlag, samt redegør for metodiske overvejelser. Herefter følger casebeskrivelser, der udfolder de enkelte ambulatoriers erfaringer og perspektiver på fremtidig brug af forskellige kontaktformer. Afslutningsvis præsenteres patienternes erfaringer i forhold til et godt og trygt ambulante forløb.

Læsere, som ønsker at få rapportens tværgående hovedresultater, kan læse del 1, mens læsere, der har særlig interesse i specifikke ambulatoriers arbejde, også kan dykke ned i casebeskrivelserne i del 2.

Del 1

Tværgående analyseresultater

2 Erfaringer med omlægning af forløb

I perioderne med covid-19-restriktioner har de tre ambulatorier tilstræbt at opretholde deres aktiviteter og tilbud til patienterne i overensstemmelse med kliniske retningslinjer og anbefalinger om udredningstider. Det vil sige, at de har søgt at undgå aflysninger af aftaler og i stedet forsøgt at omlægge deres tilbud.

Dette kapitel samler først ambulatoriernes erfaring med omlægning til fire forskellige typer kontaktformer i relation til perioder med covid-19-restriktioner og skitserer dernæst ambitionerne for deres videre arbejde med udvikling og konsolidering af digitale tilbud.

2.1 Fire kontaktformer i ambulans behandling

Under covid-19-nedlukningen har de tre hospitalsklinikker Kvindesygdomme og Fødsler, Diabetes og Børne- og ungdomspsykiatrien udvidet deres kontaktformer med patienterne. Frem for den traditionelle kontaktform med fysisk fremmøde er fremmøde søgt omlagt til nye kontaktformer. Disse omfatter kontakt via telefonsamtaler mellem patient og behandler, kontakt via videosamtale og kontakt via en digital tjeneste, hvor patienten ikke har direkte, synkron kontakt til en behandler, men informationer med relevans for deres individuelle forløb. Digitale tjenester kan således ses som en fjerde kontaktform, hvor patienten via klinikens hjemmeside og portal får adgang til informationer og informationsvideoer fx i forhold til psykoedukation om autisme eller introduktion til fødegangen. Digitale tjenester inkluderer også apps eller digital forløbsguider med mulighed for booking af tider, chat, e-læring, upload af data, besvarelse af spørgeskemaer (PRO), der kan understøtte patienten i at vurdere sit behov for kontakt og valg af kontaktform.

De tre klinikker, deres behandlere og patienter har gjort sig forskellige erfaringer med de fire kontaktformer i forbindelse med covid-19-restriktionerne. Tabel 2.1 viser, at de tre klinikker alle har udvidet deres kontaktformer fra primært fysisk fremmøde til at sondre mellem flere typer af kontakter. Tabellen viser også, at de har vægtet brugen af alternative kontaktformer forskelligt.

Tabel 2.1 Ambulatoriernes kontaktformer under covid-19

Kontaktform	Kvindesygdomme og Fødsler	Diabetes	Psykiatri
Video-konsultationer		Video for velregulerede og med særlige smitterisici	Video til alle, hvor fysisk kontakt kan undgås
Telefonsamtaler (SMS)	Afprøvet ved 1. kontakt hos jordemoder. Fortsat telefonkontakt ved behov undervejs i forløb.	Ved udeblivelse og it-problemer ved video	Ved it-problemer
Fysisk konsultation	Fast teamstruktur: læge, scanning, jordemoder	Fremmøde for dårligt regulerede	Nødberedskab til akutte patienter
Digitale platforme og services	Informationsvideo med rundvisning på fødegang samt online informationsmøder som fødselsforberedelse	Patient indlæser data, måling af blodsukker DiabetesFlex	E-læringsvideo med psykoedukation

Kilde: VIVE på baggrund af information fra ambulatorierne.

Kvindesygdomme og Fødsler har med tilbuddet KendtJordemoder-ordning (KJO) et særligt tilbud målrettet en patientgruppe af kvinder. Her er fysiske undersøgelser en central del af alle konsultationer undtagen den første kontakt. Opstartskonsultationen blev forsøgt flyttet til telefonsamtaler, men jordemødrene oplevede et behov for at se kvinden for at kunne vurdere dennes forældrekompetence og risici for komplikationer. Ud over de fysiske konsultationer kunne kvinderne fortsat ringe ind til jordemødrene for råd og vejledning ved behov. Klinikken afprøvede desuden onlinemøder og holdundervisning som alternativ til fysisk fremmøde i forbindelse med fødselsforberedelse og lagde desuden informationsvideoer på hjemmesiden.

KJO vægter *personkontinuitet*, som har stor betydning for at kunne opnå fortrolighed og give den rigtige støtte til parret. Tilbuddets styrke er en tværfaglig teamorganisering, der muliggør personkontinuiteten, således at de vordende forældre kender og opbygger en relation til hver fagperson. Jordmødrene deler en vagt-mobiltelefon, som også gør det muligt for patienten at komme i kontakt med en person, som hun kender fra sine konsultationer, og som kan rådgive hende, når hun har behov. Dette styrker også *informationskontinuiteten* i patientens forløb. Ud over telefonkontakten efter patientens behov er forløbet lagt an på fremmøde-konsultationer med fysiske undersøgelser. Videosamtaler var teknisk og organisatorisk ikke en mulighed i projektperioden, selv om jordemødrene godt kunne se potentialet for at forbedre kvaliteten af telefonsamtalerne, så patienten via videokameraet kan vise synlig symptomer, fx pletblødning og hermed forbedre kvaliteten af deres rådgivning.

Diabetes-centeret har under restriktioner for fremmøde anvendt video til alle velregulerede patienter og til patienter, som er særligt sårbare i forbindelse med smitterisici ved fremmøde. Investering i brugervenlige videoskærme lettede opstart af tilbuddet om videosamtaler i klinikken, og oplæring af klinikerne er forgået som peerlæring og selvop-læring. Nye patienter, patienter i oplæring og dårligt reguleret patienter mødte fortsat fysisk frem til behandling under perioder med restriktioner. Personkontinuiteten i patientkontakten vægtes højt i opstart og ved hyppig telefonisk opfølgning, men støttes ikke organisatorisk senere i forløbet, idet it-systemet ikke sikrer, at det er den samme kliniker, patienten møder.

Diabetesklinikken har gennem længere tid arbejdet med at udvikle og implementere DiabetesFlex, som er et fleksibelt behandlingsforløb, hvor patienten er med til at bestemme og planlægge samtaler (Steno Diabetes Center Aarhus, 2022). Patienter i DiabetesFlex udfylder et spørgeskema om oplevet helbredstilstand (PRO) og kan på den baggrund være med til at vurdere, om der er behov for en samtale samt vælge, om samtalen skal ske i klinikken, telefonisk eller via video. DiabetesFlex er således et mere individualiseret tilbud, som muliggør og målretter tilbud og konsultationsform til den enkelte patients behov. Alle patienter indlæser, både før og under covid-19, deres blodsukkermålinger digitalt enten hjemmefra eller på klinikken.

Børne- og ungdomspsykiatrien har gjort sig erfaringer med at flytte alle de patientkontakter, som kan foregå virtuelt, fra fysiske konsultationer til videosamtaler. De har haft fysiske konsultationer med akutte, fx selvmordstruede patienter, og telefonsamtaler har været brugt som løsning på tekniske problemer med videokontakten. Derudover har de erstattet deres fysiske holdundervisning med psykoedukation om diagnosen autisme

med e-læringsvideo. Hermed har de integreret videokonsultationer ind i deres faste forløbsprogrammer, 'pakkeforløb', som kontaktform på linje med den fysiske fremmøde-konsultation, se også Figur 7.1 i Kapitel 7.

Det er en trinvis omlægning af klinikken til forløb med miksede kontaktformer. Omlægningen er sket gennem et ledelsesfokus på at understøtte omlægningen organisatorisk via en udvidet informations- og inddragelsespolitik, hvor de har haft løbende fokus på klinikernes erfaringer og vurdering af kvalitet af behandling i videokonsultationerne. Samtidig har de løbende udviklet supportstrukturer i form af it-støtte og undervisnings-tilbud. Klinikerne i børne- og ungdomspsykiatrien har således fået støtte til at omlægge deres kliniske hverdag med virtuel kontakt til patienter og deres familier. Forandringsledelse har således været en central del af at udvide den fysiske klinik til også at være en digital klinik. Ungdomspsykiatrien vurderer, at de er kommet i mål med de strategiske mål om både at opretholde produktivitet og det 30 %-mål, der er formuleret i Nærhedsfinansieringsmodellen² for omlægning af fysiske kontakter til digitale.

2.2 Miks af kontaktformer kan styrke sammenhæng og fleksibilitet

Fælles for de tre klinikker er, at de alle har udviklet principper for, hvilke patienter der kan tilbydes en alternativ kontaktform til fysisk fremmøde. Samlet set er principperne kendetegnet ved først og fremmest at søge at omlægge fysisk fremmøde til andre kontaktformer under hensyntagen til patientens behov samt teknologiens karakteristika og potentialer som illustreret i Tabel 2.2. Brugen af principperne afhænger i praksis også af det organisatoriske setup og den tekniske infrastruktur for de forskellige kontaktformer.

Tabel 2.2 Overordnede principper for brug af fire forskellige kontaktformer

Kontaktform	Relevans ift.
Fremmøde-konsultation	Nye patienter Akutte patienter Patienter, der skal have fysiske undersøgelser Patienter, der mangler digitale kompetencer, har høj sygdomskompleksitet og lav egenomsorgsevne eller af andre grunde har brug for fysisk fremmøde
Videosamtale	Helbredsmæssig værdi for patienten at undgå fysisk fremmøde Samtaleemner, der med fordel kan gøres i patientens hjem/kontekst for dagligdag Opleves mindre stigmatiserende for patienten end at skulle tage en dag fri fra skole, uddannelse og arbejde Når praktiske forhold som fx rejsetid, transportudgifter eller kalender-praktisk gør det lettere for patient, pårørende og behandler at mødes
Telefonsamtaler	Erstatning for patientens aflysning af fremmøde-konsultation Akut opstået behov hos patienten for information og rådgivning Ved tekniske vanskeligheder i forbindelse med videokonsultationer Supplerende kontaktform i et intensivt forløb, fx til støtte og oplæring af patienten, evt. suppleret med tekst/SMS

² Målsætningen om, at ambulante kontakter skal være virtuelle fremgår bl.a. af driverdiagrammet for årsplansspor 7: Digitalisering. Se under øverste 'sekundær driver' (Region Midtjylland, 2020).

Kontaktform	Relevans ift.
Digitale platforme og services	<p>Lettelse af kontakt, udveksling og overblik over informationer/data (apps, informationspjece, hjemmesider)</p> <p>Understøttelse af patientens vurdering af eget behov for en konsultation, fx digital forløbsguide</p> <p>Erstatning af fysisk holdundervisning (webinarvideo og informationsvideoer/e-læring)</p>

Kilde: VIVE.

De fire kontaktformer har forskellige karakteristika og styrker, og analysen viser, at et miks af kontaktformer kan bidrage til at skabe et trygt ambulært forløb. Her spiller *tilgængelighed*, *personkontinuitet*, *informationskontinuitet* og *organisatorisk sammenhæng* en væsentlig rolle. Aspekterne af tilgængelighed og digitalrelateret kontinuitet udfoldes i de følgende afsnit.

Digitalisering kan understøtte tilgængelighed og kan give nye former for adgang til målrettet, brugervenlig information og viden. Udvikling af information og netværk til gravide ukrainske flygtninge i Danmark (se kapitel 5) er et eksempel på nødvendigheden af at målrette information og viden til brugernes forståelse og kontekst. Men tilgængelighed handler også om brugervenlige løsninger, der er fleksible i forhold til brugerens hverdag, uanset om det er patientens dagligdag som fx gravid eller som voksen med diabetes, eller det er klinikerens arbejdsgange i klinikken eller på hjemmekontor. Valg af videoløsninger, supportløsninger og integration af systemer til hinanden, også kaldet infrastruktur, som gør den virtuelle kontakt til hinanden mulig, er akilleshælen for brugernes tilgængelighed i praksis.

Personkontinuiteten er bærende for 'trykt møde' mellem patient og kliniker, ikke mindst da personkontinuitet også er væsentlig for kvaliteten og patientsikkerheden i mødet. Personkontinuitet udfolder sig – eller medieres – forskelligt i kontaktformerne fremmøde, telefon og videokonsultationer.

Det fysiske fremmøde opfattes som grundlæggende for opstart af patientkontakten. Dette gør sig gældende for alle tre ambulatorier, uanset om det er den unge, der er henvist til udredning i psykiatrien for psykiske lidelser, den ny-diagnosticerede med diabetes eller sårbare gravide. I alle tre tilfælde er der flere sanser i spil, end hvad øre eller øjne kan fange via skærm eller telefonopkald. Når patient og kliniker har fået etableret en relation til hinanden, er kontakten via videokonsultationer og telefonisk kontakt relevant, så længe patienten ikke skal undersøges fysisk af behandleren, herunder deltage i fysiske test i psykiatrien.

Videokonsultationer og telefon giver mening i hensynet til patientens hverdag. Det er fleksible og bekvemme løsninger i forhold til transport, udgifter hertil samt hensynet til arbejde, skolegang og øvrige hverdagsaktiviteter. Videokonsultationer kan også være mere sikre, hvis patienten har andre sygdomme og øget smitterisiko ved at tage på hospitalet. Det giver også mening at bruge videokonsultationer og telefon i særlige dele af forløbet, hvor patienten skal følges tæt i en periode, fx efter opstart i diabetesbehandling som nydiagnosticeret patient eller generelt sårbar patient, der har behov for flere og evt. korte og hyppige kontakter, hvor opbygning af relation og viden til selvomsorg er vigtig.

Telefon og video kan dog ikke det samme. Den visuelle ansigt-til-ansigt-kontakt over video har fordele for personkontinuiteten, og patientsikkerheden, da den bedre sikrer, at klinikerne ikke tager fejl og forveksler sine (mange) patienter. Journaloplysninger eller genkendeligheden af patientens stemme i telefonen er ikke altid nok til at opnå genkendelse. Ligeledes kan patient og kliniker via videoløsningen dele skærmbillede og informationer på skærmen med hinanden. Videokonsultationer skaber således en udvidet kontekst for at understøtte samtalen og dele informationer. Ligesådan kan videokameraet give klinikerne et visuelt indblik ind i patientens dagligdag, fx den unges værelse. I tilknytning til diabetesbehandling oplevede klinikerne også, at patienterne var bedre forberedt end til fysiske konsultationer ved forlods at have uploadet deres blodsukkertal, så klinikerne havde dem tilgængelig ved samtalebegyndelse. Denne udvidede nytteværdi har telefonkonsultationerne ikke. Omvendt er telefonen nyttig til afklaring af konkrete problemstillinger, der kan løses via korte samtaler. Derudover er telefonen teknisk ukompliceret at anvende for både kliniker og patient i sammenligning med etablering af videokontakten. Ofte er det samtidig lettere at skabe adgang til ambulatoriet som samlet organisatorisk enhed via et telefonnummer, hvor patienten kan ringe ind og få fat på relevant fagligt personale.

Digitale platforme og tjenester har ofte den fordel, at de kan krydse både tid og sted, forstået således at de kan gøre information tilgængelig for patienten, når denne har brug for det, også uden for ambulatoriets åbningstid. Digitale platforme kan endvidere have potentiale til at nå ud til patientgrupper, der ikke kommer på ambulatoriet.

De fire kontaktformer komplementerer således hinanden, idet de har forskellige kvaliteter, der samlet set bidrager til personkontinuiteten og fleksibiliteten i denne af hensyn til andre hverdagsforhold, men også til informationsbehov hos klinikerne. Løsningerne stiller dog også nye krav til klinikerne, deres kompetencer og selve organiseringen for at gøre den fleksible kontakt tryk og sammenhængende, hvilket vi vender tilbage til i Kapitel 3.

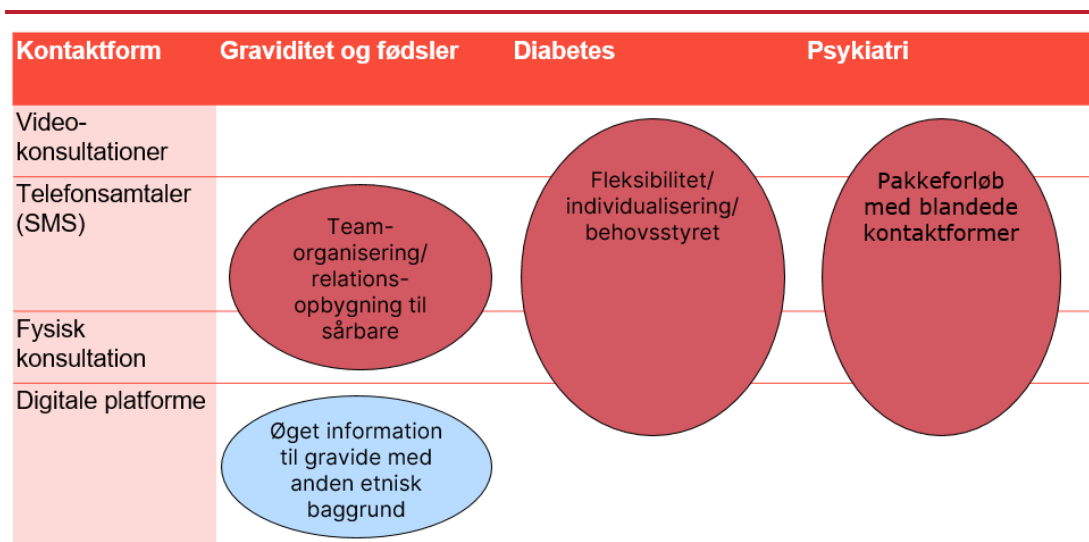
2.3 Videre udvikling af digitale tilbud i ambulante forløb

To af ambulatorierne arbejdede videre med at udvikling og konsolidering af digitale muligheder i deres tilbud til eksisterende og kommende patienter.

Ambulatoriet for Kvindesygdomme og Fødsler ønsker, som del af deres indsats til sårbare gravide, at øge tilgængeligheden af informationer via digitale løsninger til kvinder med anden etnisk baggrund, og at udforske mulighed for online-undervisning i temaer relateret til fødselsforberedelse. Diabetescenteret arbejder med fastholdelse af videokonsultationer samt med udbredelse af DiabetesFlex på almenområdet, så patienterne får øget fleksibilitet i deres kontakt med ambulatoriet.

Figur 2.1 illustrerer de tre klinikkers anvendelse af kontaktformer samt bærende principper (de røde bolde) samt et nyt udviklingsfokus, som opstod i forbindelse med projektet (den blå bold).

Figur 2.1 Ambulatoriernes udviklingsområder



Anm.: Den røde farve indikerer fokus for omlægning i forbindelse med covid-19. Den blå farve indikerer fokus for det fortsatte arbejde med udvikling eller fastholdelse af indsatser.

Kilde: VIVE.

Begge ambulatorier arbejder med en vision om at gøre information og kontakt til ambulatoriet mere tilgængelig og udnytte de digitale muligheds sociale potentialer for inklusion og videndeling. En digital infrastruktur for klinikkens kontakt til patienter generelt kan gøre viden og hjælp mere tilgængelig, fx gennem videokonferencer, som kan skabe vidensformidling til patienter og deres pårørende på nye måder: De kan blive hjemme i sofaen og deltage i et oplæg om nye diabetesteknologier eller drøfte tematikker i fødselsforberedelse. Begge eksempler er udtryk for, at patienter efterspørger mere viden, men ikke i tilsvarende grad vælger at møde fysisk frem. Begge ambulatorier fandt, at videokonferencer muliggør ny gruppe-organisering, samt målretning og præsentation af viden til patienterne, der kan komme tættere på borgernes hverdag og kontekst for egenomsorg og behandling.

De to ambulatorier arbejder på hver sin måde med at bringe en digital funderet klinik tættere på patienterne og deres hverdag: Den ene retning handler om at komme ukendte, gravide kvinder i møde med information om sundhedstilbud. Den anden retning er at matche tilbud bedre til patienter, som er en velkendt del af klinikken, med henblik på kvalitet i hverdagslivet med kronisk sygdom (diabetes). Implicit i udviklingsarbejdet ligger også en opgave i forhold til at formgive og informere om nye patient- og brugerroller. Hvad vil det sige at være gravid i et dansk sundhedsvæsen? Hvilke tilbud og aktører er der, hvordan ser et graviditetsforløb ud, og hvilke forventninger er der til den gravide og parret? For patienter med diabetes tager DiabetesFlex et opgør med traditionelle ambulante forløb med fastlagte kontroller, til fleksible kontakter efter behov, hvor patienten skal forstå bevæggrunde for denne udvikling og støttes i den nye rolle, således at patienten kan foretage denne vurdering og være tryk i, at der kan gå længere tid mellem kontakterne, og at kontakterne kan ske via video. Arbejdet med målgrupper og patientroller udgør et centralt element i omlægning af ambulante forløb og tilbud.

2.4 Den digitale klinik med fire kontaktformer

Set med et samlet, udviklingsmæssigt perspektiv på omlægning af ambulant aktivitet har de tre deltagende ambulatorier alle udviklet kriterier for at omlægge fysisk fremmøde til digitale kontakter. Disse går i store stræk ud på at vurdere patientens sundhedsrisici ud fra klinikerens kendskab til patienten. Nye og ukendte patienter skal således fremmøde fysisk for at etablere et klinisk helhedsvurderende perspektiv, hvori der indgår fysiske undersøgelser, men også en samlet vurdering af fx en sårbar gravid kvindes forældre-evne eller et ungt menneskes selvskadende adfærd. Det fysiske møde mellem patient og behandler er således den fælles, initierede kontakt og afgørende for opbygningen af den kontinuerlige patient-behandler-relation, som både patient og behandler på tværs af de tre klinikkers værdsætter som afgørende for tryghed og kvalitet. Det fysiske patient-behandler-møde kan noget særligt. I litteraturen refereres der også til "patient-behandler-alliancen" som afgørende for tillid og hermed også kvalitet og tryghed i behandlingen (Rothmann et al., 2022). Dette betyder dog ingenlunde, at alliancen kun skabes og opstår gennem fremmøde-konsultationen, men blot at det fysiske møde er forudsætning for opstart af en god relation, der fx også er tryk for behandleren, fordi denne har kunnet bruge alle sanser til at vurdere patientens tilstand. Det betyder heller ikke, at behandlere ikke kan vurdere sin patients tilstand efterfølgende via telefon og video, men blot at disse kontaktformer kræver nogle andre og nye kommunikative færdigheder med henblik på, at klinikerne kan sikre sig sit kliniske blik, når relationen medieres virtuelt. Videoen har endvidere nogle fordele for klinikerne, som telefonen ikke har, fx at vedkommende kan se patientens ansigt og også dennes hjemmelige og kontekstuelle forhold, der i et hverdagslivsperspektiv på sygdom og selvomsorg spiller en stor rolle. Telefonen, herunder også mobiltelefoni, har endvidere nogle fordele i form af at kunne skrive sammen via sms eller andre tjenester, herunder også klinikkens apps, som kan gøre kontaktformen mere sømløs. Men andre ord kan 'patient-behandler-alliance' godt sikres og opretholdes med telefon og video, når først den er etableret (Rothmann et al., 2022). Det afgørende forhold eller 'match' mellem de fire kontaktformer er, hvilke der er mest velegnet ud fra flere parameter, som klinikerne skal tage stilling til.

3 Forudsætninger for transformation af ambulante forløb

Analysen har identificeret en række forudsætninger for omlægning af ambulante forløb, hvor klinikken i højere grad kan anvende forskellige kontaktformer tilpasset patientens situation. Disse forudsætninger relaterer sig til Den digitale patient, Den digitale klinikker og Den digitale organisation.

3.1 Den digitale patient

Ambulatoriernes patienter er digitale, men i forskellig grad. Der er store forskelle i den gravide patients, patienten med diabetes og den unge i psykiatriens brug af digitale kontaktformer. Videokonsultationer er blevet integreret ind i udredningsforløb for de unge i psykiatrien og giver den unge og familien mere fleksible kontaktmuligheder. De kan trygt gøre brug af video på udvalgte steder i deres forløb, hvor det giver fagligt mening og er nemt i forhold til familiens kalender, skolegang, job, rejsetid og udgifter. Sårbare gravide modtager i deres særlige forløb, Kendt Jordemoderordning, også en fleksibel løsning med telefonkontakter efter patientens behov. Patienterne med diabetes 1 kommer primært til fastlagte kontroller fysisk, eller de aflyser over telefon. Videosamtaler er en mulighed på hjemmesiden, og under nedlukningen har videokonsultationer sammen med telefonkonsultationer været i brug. Efter genåbning er fremmøde og faste kontroller praksis igen. Tilgængeligheden er teknisk lettere for patienterne via telefon end video.

De tre patientgrupper har tilfælles, at det trygge møde beror på personkontinuiteten – at de kender deres klinikker/team, som er deres primære kontaktperson/-er i forløbet, også selv om de tre forløbstyper er forskellige. I ungdomspsykiatrien får den unge et udredningsforløbet som en pakke med seks kontakter. De sårbare gravide får udvidet den faste graviditetsforløbspakke med udvidede kontaktmuligheder til et fast team. Patienterne med diabetes 1 har en kronisk sygdom og er således i princippet i et uafsluttet forløb af kontroller, men med en fast årlig status på deres sygdom (sammedagsscreeningen). De er også potentielt i livslange relationer til deres behandlere. De tre patientgrupper har også det tilfælles, at de er omgivet af en digital infrastruktur med indkaldelsesbreve i e-Boks, adgang til personlige sundhedsoplysninger på sundhed.dk og mulighed for udveksling af informationer via klinikernes platform med PRO-skemaer, e-læringsmaterialer og eventuelt adgang til digital forløbsguide. Det er en infrastruktur, som danskerne generelt har taget mere til sig under covid-19, fx brugen af sundhed.dk (Elbæk, 2021) og andre digitale platforme til at få informationer, booke tider og aflæse testresultater. Alligevel er der et stykke vej for patientdeltagerne i dette projekt til oplevelsen af sømløse digitale sundhedsydelse, altså informationskontinuiteten. Man kan sige, at de står med et ben i hver lejr af en infrastruktur, der leverer informationer på hjemmesider og platforme, og et behandlingsforløb, hvor den personlige relation til behandleren er central for oplevelsen af tryghed. Der er således en udviklingsvej for at få digitale patienter til at gå på 'begge ben' i et digitalt sundhedsvæsen, hvor der både er informa-

tionskontinuitet i forhold til patientens forløb og forløbets sammenhæng i forhold til deres hverdag med muligheden for fleksible kontakter og vigtigheden af personkontinuiteten med behandler og team.

Patienterne fremkom med følgende forslag til en øget synergi mellem informationskontinuiteten og personkontinuiteten:

- fleksibel adgang efter behov til deres behandler eller team via telefonsamtaler eller video
- mulighed for selv at bestille blodsukker hos egen læge samt støtte til fortolkning af langtidsblodsukkerværdier på sundhed.dk (patienter med diabetes 1)
- program til konfiguration af egne sundhedsdata til øget indsigt i egen sundhedstilstand, fx samstilling af blodsukkermålinger i et program, der gør det muligt ligesom deres læge at se udvikling af blodsukkerværdierne over tid, fx triageret til farvekode: grøn, gul og rød
- adgang til sundhedsvaldt videns- og støttenetværk, særligt også til patienter med anden sproglig og kulturel baggrund for at bruge sundhedsvæsenet.

Indsætterne eller trædestenene vil skulle bidrage til udviklingen af en bredere vej til og i sundhedsvæsenet, hvorpå også borgere, der p.t. oplever ulighed i forhold til digitale tilbud (Bertelsen, Petersen, & Nøhr, 2020), vil opleve et mere tilgængeligt og fleksibelt sundhedsvæsen. Mere fleksibilitet i kontaktformerne kan sammen med øget tilgængelighed i hverdagen også støtte patienters mulighed for at få hjælp, især også når sygdom (psykisk sygdom, graviditet og diabetes/ureguleret blodsukker) er forbundet med skam eller særlige udfordringer. En øget synergi mellem informationskontinuitet og personkontinuitet vil således også hypotetisk set have potentiale til at forebygge social ulighed i sundhed ved at møde en bredere gruppe af borgere tættere på deres hverdag.

3.2 Den digitale kliniker

Den digitale kliniker er en forudsætning for den digitale patient. Det udsagn kommer fra en kliniker, som på grund af covid-19-nedlukning har været tvunget til at afholde digitale konsultationer med video, noget hun ellers aldrig ville have gjort. Det var både en grænseoverskridende erfaring med tab af autoritet i rollen som behandler, men også en positiv erfaring i form af nye kommunikative erfaringer og udvikling af sin relation til patienterne og deres hverdag. Det er en meget dedikeret kliniker, som også gennemfører videosamtaler med patienter hjemmefra, når hun selv af helbredsmæssige grunde er forhindret i at tage i klinikken. Også efter endt arbejdstid reflekterer hun over sin kontakt og indblik i patientens behov, og hvorledes hun kan forbedre kommunikationen næste gang. Denne lærende og reflekterende kliniker med udflydende grænser mellem privatliv og identitet og arbejdsliv er ikke standard. Legitimt nok findes også en anden kliniker, som når hun kører hjem fra arbejde, ikke vil bruge mere af sin tid på patienter, men have vandtætte skodder mellem arbejde og fritid. Disse to typer af klinikere kan tænkes som to yderpunkter for at organisere patientkontakten og den kliniske hverdag. De har forskellige grader af villighed til at eksperimentere med egen autoritet, arbejdsgange og

relation til patienten, når den medieres på nye måder såsom i videokontakten og mellem patientens hjem og klinikerens arbejdsplads i klinikken eller hjemmet.

Begge typer af klinikere har behov for udvikling af digitale kompetencer. Kompetencebegrebet skal her forstås bredt, og det omhandler både anvendelse, formidling og forståelse af teknologiernes muligheder og begrænsninger, hvilket også er beskrevet i andre undersøgelser (KPMG & VIVE, 2022). Det er væsentligt for et trygt møde, at personalet bliver introduceret til den sundhedskommunikative del af patientkontakten via video samt får mulighed for at overføre det lærte og opøve kompetencen i praksis. Dette oplevede klinikerne i ungdomspsykiatrien, som også har fastholdt de digitale kontaktformer efter genåbning af samfundet som integreret del af patienternes forløb og klinikerens kompetenceudvikling.

Afgørende for klinikerens brug af alternative konsultationsformer som telefon og video er, at de følger sig kompetente og har en konkret forståelse af, hvad de fagligt kan og ikke kan i kontakten til patienten, altså sikkerheden af deres behandling. I de tilfælde, hvor brugen af fx video ikke blev fulgt op af organisationen med tilstrækkelig support og læringsmiljø, blev video enten slet ikke brugt (Kvindesygdomme og Fødsler), eller kun når nedlukning af samfundet krævede det, og fremmøde derfor skulle undgås (diabetescenteret). Kontinuerlig brug af videosamtaler mellem kliniker og patient forudsætter derfor, at klinikerer er oplært og har udviklet kompetencer til at føre kliniske samtaler i en ny, virtuel kontekst, som netop stiller nye krav til at lede samtale, spørge ind til emner hos patienten, læse non-verbale tegn, når ansigt og kropssprog fremtræder anderledes end ved fysisk møde, og spørge ind til nye, kontekstuelle clues, der giver indblik i patientens hverdag og rammer for selvomsorg. De virtuelle sundhedskommunikative kompetencer er forbundet med en ny sensitivitet, også når klinikerer ikke kan lindre og støtte sin patienten fx med en trøstende hånd eller serviet til tårer sådan som i den fysiske konsultation.

En fælles erkendelse på tværs af de tre ambulatorier er, at behandlingens kvalitet – og hermed tryghed og sikkerhed for både patient og behandler – er betinget af, at deres første møde er fysisk, og at klinikerer kan bruge alle sanser i etablering af kontakten til patienten. Det fysiske opstartsmøde er således afsættet for etablering af relationen mellem kliniker og patient og hermed også den fremadrettede personkontinuitet. Når denne kontakt er etableret mellem dem, er muligheden for digitale og fleksible kontakter også en mulighed, såfremt klinikerne har kompetencerne til det, og arbejdsgangene i klinikken understøtter begge. Teknisk-praktisk er det dog lettere for både patient og kliniker at etablere kontakten via telefonopkald end via et videolink for mødet. Videosamtalen støtter i højere grad patientsikkerheden og hermed klinikerens oplevelser af faglig tryghed i forhold til kvalitet og patientansvaret. Der er således både tale om, at organisationen skal give et tilstrækkeligt læringsmiljø med henblik på opøvelse af relevante kompetencer for videokonsultationer, og at den skal udvikle en teknisk og kommunikativ infrastruktur, der understøtter let og fleksibel videokontakt mellem patient og kliniker på en kvalitetsfremmende måde.

3.3 Den digitale organisation og ledelse af digital transformation

Et vigtigt ledelsesfokus for udvikling af den digitale organisation er den organisatoriske kontinuitet. Denne omhandler samspillet mellem 1) klinikernes kompetencer til at bruge digitale løsninger, 2) den digitale infrastruktur for både oplæring, support og tilrettelæggelse af fleksible patientkontakter og 3) arbejdsgange i klinikken. Det er en organisatorisk udfordring at afstemme arbejdsgange i ambulant aktivitet til digitale kontaktformer, som både understøtter personkontinuiteten mellem patient og behandler, informationskontinuitet i henhold til patientens hverdag og klinikernes oplevelse af en meningsfuld og motiverende arbejdsdag med varierede patientkontaktformer.

Boks 3.1 Organisatorisk kontinuitet: kompetencer, support og rammesætning af arbejdsgange

Organisatorisk kontinuitet skabes via:

- Klinikernes kompetencer til at bruge digitale løsninger
 - Udvikling af kurser, oplæring og implementering
- Infrastruktur for både support og tilrettelæggelse af fleksible patientkontakter:
 - tilpasning af bookingpraksis, bookingsystem, booking slots, videolokaler
 - support af både klinikker og patienter og tilpasning ved tekniske barrierer
 - afstemning og tilpasning informationskilder: hjemmeside, digital forløbsguide, patientindkaldelsesbrev i e-Boks, app med video link på 'MineAftaler' og lignende.
- Udvikling af organisatorisk fortælling om kvalitet i patientens hverdag via personkontinuitet og fleksible kontaktformer
- Tilpasning af ressourcer og arbejdsgange, så de er meningsfulde i forhold til hyppigheden ('måltallene') for digitale kontakter, således at kompetencer opretholdes og ensidige kontaktformer forebygges, fx video back-to-back eller for mange telefonsamtaler.

Tilrettelæggelse af den kliniske it-arbejdsplads og -arbejdsdag i ambulatoriet kalder således på en afstemt balance mellem de forskellige typer af kontaktformer og deres iboende muligheder for patientsamtaler. Dage med rene telefon- eller videosamtaler vil således være ensidige og ikke understøtte klinikernes oplevelse af personkontinuitet på sigt. Det må handle om en meningsfuld blanding, der går hånd i hånd med en oplærings- og implementeringsstrategi for organisationen. Måltal for antallet af fx videokontakter kan således skabe retning for, at ambulante kontakter erstattes af digitale, hvor det giver mening, såvel som sikre et læringsrum for klinikerne til at opøve og fastholde deres ny-erhvervede videokompetencer. At organisationen således forpligter sig på nogle strategiske måltal, kan understøtte klinikerne i at få digitale kompetencer i praksis. De vil også skulle oversættes til de konkrete arbejdsgange, således at klinikkerne oplever en relevant balance mellem de forskellige kontaktformer, herunder hvad de kan forvente, fx om et måltal på 30 % skal udmøntes til tre videosamtaler, tre telefonsamtaler og otte ambulante kontakter i klinikken på en dag. Disse konturer af en digital klinik med arbejdsgange med miksede kontaktformer står ofte uklare og kræver italesættelse for både kliniker og patienter, så de kan danne sig en forestilling om, hvad der venter dem, hvad deres egen rolle heri er og dets formål. Organisationens har således også en opgave i at udvikle en

fælles fortælling for patienter og kliniker om den digitale klinik og dens konstruktive betydning for god patientbehandling tættere på patientens hverdag – og hermed udviklingsrammer for egenomsorg.

Tryk omlægning af ambulans aktivitet er således fremadrettet – og uden at være initieret af covid-19-nedlukning for fysiske ambulante kontakter – en organisatorisk ledelsesopgave, der rækker ind i organisationen selv og ud til eksterne parter i nye former for samarbejde og kontinuerlig udvikling. Omlægningen rækker *ind* i organisationen, hvor der er tale om at afstemme god patientkommunikation, support og kompetenceudvikling til og med hinanden i fælles prioriterede løsninger, der bakker op om klinikernes daglige arbejde og kompetencer til at møde og vejlede den digitale patient. Den rækker *ud* af organisationen med henblik på at videndele og udvikle fælles løsninger på ledelse af digitale transformation med udvidet krav til patientkommunikationen, kompetenceudvikling og samspil mellem forskellige it-løsninger. Samtidig er samfundsmæssige og kontekstuelle forhold i sundhedsvæsenet også med til at præge udviklingen og være dagsorden-sættende: Psykiatrien oplever eksempelvis et øget pres på udredning og behandling af børn og unge med psykiske lidelser, presset på landets fødesteder er steget og har fornyet det sundhedspolitiske fokus på at forbedre forholdene for gravide og jordemødre, omend personaleudskiftning lokalt har udfordret tilbuddet i Kendt Jordemoderordningen, og endelig indebærer det stigende antal patienter med kroniske sygdomme et behov for at gentænke behandlingsforløb.

Opsamlende kan man sige, at den digitale patient forudsætter den digitalt kompetente kliniker, hvilket igen beror på kompetenceudvikling i organisationen, tilpasning af arbejdsgange og digital infrastruktur til at understøtte de nye muligheder for personkontinuitet mellem kliniker og patient med fx videosamtaler og informationskontinuiteten heri i forhold til patientens hverdag.

Del 2

Undersøgelsesdesign og casebeskrivelser

4 Undersøgellesdesign

Undersøgelsen er gennemført i et forsknings samarbejde med tre ambulatorier, der har erfaringer med omlægning af patientkontakten under covid-19 og med interesse i at udvikle organisationen og patientkontakten via digitale løsninger. Ambulatorierne har deltaget i projektets to hovedopgaver med henholdsvis erfaringsindsamling med kvalitative metoder og workshops til udvikling af organisationens digitale praksisser. Resultaterne fra de enkelte ambulatorier er præsenteret i rapportens tre casebeskrivelser. Metodisk har undersøgelsen et systemisk og læringsteoretisk udgangspunkt på udvikling af mødet mellem behandler og patient (Cole & Engeström, 1993; Wentzer & Meier, 2014; Wentzer, 2019), hvor dialog med de centrale brugergrupper har skullet sikre sammenhæng med praksis og identificere nærmeste udviklingszoner for læring (Engeström, 1986; Engeström, 1987; Wentzer, 2004; Wentzer, 2019) og design (Kuutti, 1996; Wentzer, 2020a).

4.1 Ambulatorier: Psykiatri, Diabetes samt Kvindesygdomme og Fødsler

Tre ambulatorier har deltaget i undersøgelsen:

- Ungeambulatoriet, Børne- & Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien
- Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital.
- Kvindesygdomme og Fødsler, Hospitalsenheden Midt.

Ambulatorierne repræsenterer en stor variation hos patienterne, idet undersøgelsen omfatter både psykiatri og somatik, unge og voksne, kronisk sygdom og afgrænsede forløb. Samtidig er det områder, som er under stort pres i lyset af stigning i antallet af patienter, som i forbindelse med diabetes og i psykiatrien, eller pga. oplevet arbejdspress hos det sundhedsfaglige personale på landets fødeafdelinger, og hvor der derfor kan være særlig behov for nytænkning. Det er desuden områder, hvor der allerede eksisterer erfaringer med brug af forskellige digitale løsninger. Blandt andet anvendes video allerede visse steder i psykiatrien til behandling af angst og depression (Rasmussen, Bech, & Wentzer, 2017), ligesom der er udviklet en digital forløbsguide til gravide (Udsen, Wermuth, & Thrane, 2020), og der allerede har været afprøvet virtuel ambulans behandling af patienter med diabetes (se fx (Lee, 2018).

Danske Patienter anbefaler digitale løsninger i kombination med fysiske kontakter, særligt til kronikere med mange kontakter, med henblik på *"mere frihed i hverdagen og bedre egenomsorg"* og anbefaler sundhedsvæsenet at udvikle retningslinjer for, hvornår det fagligt giver mening at gennemføre konsultationer via digitale løsninger (Danske Patienter & Lunding, 2020). Andre patientforeninger gør opmærksom på vigtigheden af, at den øgede fleksibilitet, som teknologien muliggør, understøtter 'det individualiserede patientforløb', der tager hensyn til ulighed i borgerens ressourcer, herunder til den grad af egenomsorg, som tilbuddet forudsætter (Kaltoft, 2020). Der er således en risiko og et interessant spændingsfelt i nærhedsfinansieringsmodellen i forhold til at sikre, at de di-

gitale løsninger mulighed for at øge fleksibilitet og relevansen af kontakter styrker kvalitet og patientsikkerhed. En forestående organisatorisk opgave er derfor udviklingen af *det rette match* mellem patient og de mulige kontaktformer, som opleves fagligt forsvarlige af personalet og trygge for patienten (Ballegaard, Thorsen, & Wentzer, 2015; Wentzer, 2015).

4.2 Hovedopgaver og datagrundlag

Undersøgelsen er designet som en proces, der sikrer indsamling af viden og erfaringer med omlægning af ambulante aktiviteter samt udvikler og kvalificerer input til omlægning af ambulante forløb. Undersøgelserdesignet består af således af to hovedopgaver: 1) erfaringsafdækning og 2) forløbsudvikling.

Hovedopgave 1: Erfaringsafdækning

Formålet med Hovedopgave 1 var at belyse ambulatoriernes erfaringer med omlægning af ambulante aktiviteter samt opnå viden om deres overvejelser om, hvordan fremtidige ambulante forløb kan udformes mest hensigtsmæssigt i forhold til ressourceudnyttelse, sundhedsfagligt arbejde og tryghed hos patienterne.

I samarbejde med lederne af de enkelte ambulatorier og følgegruppens medlemmer er der udvalgt et forløb, som ambulatorierne har vurderet til at være særligt relevante at fokusere på i den efterfølgende erfaringsafdækning:

1. Ungdomspsykiatrien (udredning)
2. Voksne med diabetes 1 (almenområdet)
3. Kvindesygdomme og Fødsler (Kendt Jordemoderordning/sårbare gravide).

Herefter har VIVE gennemført en etnografisk undersøgelse, som bestod af observationsstudier og interview med ledelse, klinikere og patienter (eller patientrepræsentant) samt dokumentanalyse. Interviews med personale er afholdt ved fysisk fremmøde, video eller telefonisk, afhængigt af covid-19-relaterede retningslinjer på tidspunktet for dataindsamlingen. Patientinterviews er afholdt telefonisk eller via video. Observationer og interviews er afholdt i perioden maj til august 2021. Samlet set har vi talt med i alt 6 ledere, 14 personer fra klinikken og it samt med 8 patienter eller patientrepræsentanter (se Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Feltarbejdets datagrundlag

	Lederinterview	Personaleinterview	Patientinterview	Observation
It		2 it-specialister, AUH		
Psykiatri	2 ledere	2 sygeplejersker 1 afdelingslæge 1 psykolog	1 patientrepræsentant	Rundvisning
Diabetes	2 ledere	2 diabeteslæger 1 sygeplejerske 1 diætist	4 patienter	To halve dage hos 2 læger, i alt 22 konsultationer

	Lederinterview	Personaleinterview	Patientinterview	Observation
Graviditet og fødsler	2 ledere	2 jordemødre 1 læge 1 sonograf	3 gravide/mødre	To hele dage på ambulatoriet hos 2 jordemødre, i alt 6 konsultationer
I alt	<i>6 ledere</i>	<i>14 medarbejdere</i>	<i>8 patienter/patientrepræsentant</i>	<i>28 konsultationer</i>

Kilde: VIVE

Patientinddragelsen har været en udfordring i projektet på flere måder. Først og fremmest har det været vanskeligt at få inkluderet patienter. I psykiatrien er patienternes perspektiv inddraget gennem interview med en repræsentant fra en patientforening, da ambulatoriet ikke havde mulighed for at mediere kontakt mellem patienter i klinikken og forskerne. I forhold til inddragelse af sårbare gravide har ambulatoriet formidlet kontakt til enkelte kvinder, som personalet vurderede, ville kunne deltage i et interview. Kontakt til patienter med diabetes er sket på observationsdagen, hvor alle fremmødte blev inviteret til deltagelse, og alle undtagen én senere deltog i et interview.

Derudover har patienterne, vi har talt med, ikke oplevet ændringer i behandlingsforløbet i form af omlagte, udskudte eller aflyste konsultationer pga. covid-19. Eksempelvis har de gravide kunnet tage deres partner med, ligesom diabetespatienternes konsultationer er blevet afholdt fysisk og ikke som videokonsultation, hvilket ellers har kendetegnet ambulatoriernes indsats under nedlukningen. Eneste ændring har været, at patienterne har skullet bære mundbind i visse perioder, – dog har enkelte patienter oplevet at få lov til kortvarigt at tage mundbind af med god afstand, for at personalet kunne se patientens ansigt og ansigtsmimik.

Selvom patienterne ikke direkte har mærket ændringer pga. covid-19, er deres input væsentligt, idet flere af de kvaliteter og udfordringer, de peger på, har generel betydning for organisering af ambulante forløb. Da relativt få patienter indgår i interviewundersøgelsen, har vi af hensyn til anonymitet lavet en tværgående analyse, der samlet set peger på centrale faktorer, der har betydning for patienternes oplevelse af et trygt ambulante forløb.

Hovedopgave 2: Forløbsudvikling

Viden fra hovedopgave 1 er bragt i spil i efterfølgende workshops med patienter, klinikere og ledelse gennem et såkaldt dialogdesign (Nielsen, Dirckinck-Holmfeld, & Danielson, 2003). I et dialogdesign sikres bred repræsentation af viden og brugerperspektiver, der kan facilitere udviklingen af fælles forståelser for samarbejde og produkter i form af scenarier og drejebøger (Wentzer, 2015). Formålet med hovedopgave 2 har dels været at kvalificere input til fremadrettet innovation og tilrettelæggelse af den ambulante aktivitet og dels at udvikle og afprøve nye tiltag.

Hovedopgave 2 er gennemført via to digitale forløbsgrupper på henholdsvis Kvindesygdomme og Fødsler i Viborg og Steno Diabetes Center i Aarhus. Digitaliseringsgrupperne består af forskellige fagprofessionelle fra klinikkens drift og borgere med erfaringer med patientrollen, fx som gravid og særligt sårbar samt som patient i behandling for diabetes type 1. De to digitaliseringsgrupper deltog i tre workshops, der er organiseret og procesledt af VIVE til temaerne: 1) visioner, 2) løsninger og 3) afprøvning.

Den første af de tre workshops blev afholdt samtidig på to lokationer i henholdsvis Viborg og Skejby. Afsættet for visions-workshoppen var et udvalg af 'erfarings-citater' fra interviews med klinikere og patienter fra første del af projektet. Citaterne gav anledning til dialog om egne erfaringer og visionsskabende refleksioner i gruppen om de digitale muligheds relevans for udvikling af praksis i et trygheds- og kvalitetsskabende perspektiv. Via videokonference delte de to digitaliseringsgrupper deres visioner med hinanden.

De efterfølgende to workshops med hvert ambulatorium har fokuseret på det enkelte ambulatorium. Dette skyldes, at de deltagende ambulatorier har haft forskelligt udgangspunkt og forskellige ønsker til retning for udviklingsarbejdet, fx har psykiatrien fravalgt at indgå i workshopaktiviteter, da de vurderede, at de allerede var i mål med deres udviklingsarbejde.

Workshopaktiviteter er afholdt i perioden november 2021 til april 2022.

Table 4.2 Workshopaktiviteter

Ambulatorium		WS 1	WS 2	WS 3
Diabetes	Tema	Fastholde videoerfaringer også efter covid-19 Forslag til praktiske tiltag	Opsamling på: Afprøvning af substitution af aflysninger med video- eller telefonkonsultation Målretning af digital patientinformation til videokonsultationer	Input til læringsstrategi for digital behandler-patient-kontakt
	Deltagere	1 afdelingssygeplejerske 1 kliniske sygeplejespecialist 1 sygeplejerske 1 lægesekretær 1 diætist	1 afdelingssygeplejerske 1 klinisk sygeplejespecialist 1 diabetessygeplejerske 1 lægesekretær 1 diætist 1 it-konsulent 1 patient Oplægsholdere: Iben Lauersen, afsnitsleder, Ungdomspsykiatrisk klinik Karin Alberg, Uddannelseschef, OUH	1 klinisk sygeplejespecialist 2 diabetessygeplejersker 1 lægesekretær 1 diætist 1 patient
Kvindesygdomme og Fødsler	Tema	Muligheder for digital kontakt med sårbare gravide	Vidensbehov og kommunikation med kvinder med anden etisk baggrund	Plan for mobilisering af viden og modtagelse af gravide kvinder fra Ukraine
	Deltagere	1 leder 2 jordemødre 1 it-medarbejder 1 mor til nyfødt	1 leder 3 jordemødre (heraf 1 fra AUH) 1 it-konsulent 1 mor med anden etisk baggrund Oplægsholdere: Joke Habben, leder af Aarhus Jordemoder-	2 ledere 1 jordemoder fra AUH Samme to eksperter som i workshop 2.

Ambulatorium	WS 1	WS 2	WS 3
		praksis, Afd. for Kvindesygdomme og Fødsler, AUH Ronja Grøn, antropolog med ekspertise i nyankomne kvinders møde med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel	

Kilde: VIVE

Der er afholdt tværgående møder med de deltagende ambulatorier. Ved opstart, midtvejs og afsluttende har der været dialog med projektets følgegruppe bestående af:

- *Iben Laursen*, afsnitsleder Ungeambulatoriet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien
- *Troels Krarup Hansen*, direktør for Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital
- *Katrine Corfitz Bønnerup Kildedal*, cheffjordemoder Kvindesygdomme og Fødsler, Hospitalsenhed Midt: Viborg, Silkeborg og Skive
- *Thomas Engsig-Karup*, Sundheds-it, Aarhus Universitetshospital.

5 Case 1: Sårbare gravide

Den første case omhandler et tværfagligt ambulans forløb 'Kendt Jordemoderordning' (KJO), som tilbydes til sårbare gravide (se Boks 5.1) af Kvindeklinikken ved Kvindesyge- domme og Fødsler på Hospitalsenhed Midt (Hospitalsenhed Midt, 2016; Hospitalsenhed Midt, c).

KJO er forankret i et lille team bestående af tre jordemødre, en læge og sonograf, som sikrer, at kvinderne har få og tætte kontakter til sundhedsvæsenet, og hvor der er høj grad af videndeling og samarbejde i teamet om den enkelte gravide/parrets situation. Teamet har en fast ugentlig fremmødedag i Silkeborg, hvor jordemødre, fødselslæge og sonograf er til stede og gennemfører konsultationer og scanninger. Den gravide/parret når at møde alle tre jordemødre i løbet af graviditeten, således at det er en kendt jor- demoder, som er til stede ved fødslen i Viborg.

Formålet med KJO er at kunne give en indsats til gavn for den gravide og det ventede barns sundhed, trivsel og sikkerhed. I interviewundersøgelsen forklarer ledere og perso- nale, at fokus for forløbet tilpasses den enkelte kvinde/ det enkelte pars specifikke situ- ation og dels har til hensigt at sikre fostrets/barnets og kvindens fysiske helbred, og dels har til hensigt at understøtte kvindens forståelse af, forventning til og planlægning af sin forestående fødsel. Endelig kan der være fokus på at vurdere og støtte kvindens/parrets forældreevne.

Boks 5.1 Målgruppe for Kendt Jordemoderordning

Forløbet er målrettet sårbare gravide, der har brug for en tværfaglig, forebyggende indsats og særlig støtte grundet komplekse problemstillinger og omfatter følgende målgrupper:

- Psykiske lidelser/psykologiske problemer: depression, OCD, angst, spiseforstyrrelser, skizofreni, personlighedsforstyrrelser, bipolare affektive sindslidelser
- Socialt belastede (herunder tidligere forløb med tvangsfjernede/frivilligt anbragte børn)
- Unge under 20 år
- Ufrivilligt enlige
- Gravide i kronisk smertebehandling (dog hører kvinden til Familieambulatoriets mål- gruppe, hvis hun er i opioid-behandling)
- Gravide med fysiske begrænsninger, der vil kræve særlig hjælp efter fødslen
- Udviklingshæmmede
- Gravide, der har været udsat for incest, vold og tortur
- Gravide med anden etnisk baggrund end dansk, hvor det vurderes at kunne skabe ud- fordringer i graviditet/barsel.

Kilder: (Sundhedsstyrelsen, 2021a) og Hospitalsenhed Midt, (2021)

5.1 Princip for omlægning

Ved den første nedlukning anlagde ledelsen et forsigtighedsprincip, da man ikke kendte konsekvensen for mor og barn, hvis den gravide blev smittet. Afdelingsledelsen gennemgik sammen med udvalgte medarbejdere derfor visitationskriterier holdt op mod nationale kliniske retningslinjer, guidelines og behandlingsgarantier for at identificere elementer i forløbet, som kunne aflyses, ændres eller udskydes.

5.2 Gentænkning af forløbsstruktur

Klinikken finder ikke omlægning af patienternes ambulante kontakter mulig. På baggrund af gennemgang af visitationsguiden og kliniske retningslinjer er konklusionen, at det ikke er muligt at udelade kontakter fra det eksisterende forløb, da det eksisterende forløb i forvejen kun omfatter de essentielle kontakter i forhold til kliniske retningslinjer.

Forløbet under nedlukningerne adskilte sig derfor ikke i antallet af kontakter i et traditionelt forløb for sårbare gravide (se Tabel 5.1).

Tabel 5.1 Traditionelt forløb for sårbare gravide

Graviditets- uge/fag- person	8- 10	12	14- 16	20	25	28	29	32	33	34	35	38	40	41 +3	
Jordemoder			X				X				X	X	X	X	X
Fødselslæge		(X)													
Sonograf		X		X		(X)				(X)					
Egen læge	X				X			X							
Fødselsforberedelse								X	X	X					
Rundvisning på fødegang									X						
Ammeundervisning									X						

Anm.: Konsultationer hos jordemoder, fødselslæge, sonograf og egen læge er del af det obligatoriske kontrolforløb (markeret med hvide felter), mens fødselsforberedelse, ammeundervisning og rundvisning på fødestedet (markeret med grå felter) er frivillige tilbud til den gravide/parret.

Noter: For flergangsfødende erstattes de to jordemodersamtaler i uge 35 og 38 med én samtale i uge 36-39, og jordemoderkonsultationen i uge 40 afholdes en uge tidligere, i uge 39. Den gravide/parret indkaldes desuden til kontrol ved jordemoder på hospitalet i Viborg (fremfor i Silkeborg som vanligt) i uge 41 +3. Alle forløb afsluttes med en efterfødselssamtale hos jordemoderen.

Kryds med parentes (X) angiver kontakt, som tilbydes efter behov, dels i form af samtale med læge, dels tilvækstscanninger i uge 28 og 34 ved sonograf. Der kan tilbydes yderligere tilknytnings- eller tryghedsscanninger efter behov hos sonografen, suppleret af lægelige samtaler ved hver fjerde tilknytnings- eller tryghedsscanning.

Kilde: (Hospitalsenhed Midt, b)

I stedet ændrede nogle af kontakterne form i en kortere eller længere periode som vist i Figur 5.1, hvor første jordemoderkonsultation blev afholdt telefonisk og fødselsforbere-

delse afholdt via onlinemøde, og rundvisningerne blev erstattet af videoer på hjemmesiden med information om fødeafdelingen. Ved alle fysiske kontakter forsøgte man desuden at begrænse antallet af deltagere, således at kvindens partner i udgangspunktet ikke deltog i konsultationen eller scanningen.

Figur 5.1 Ændrede kontakter for gravide og partnere



Kilde: Interview med ledelse og medarbejdere samt Hospitalsenhed Midts hjemmeside (Hospitalsenhed Midt, a; Hospitalsenhed Midt, d)

Alle ændringer blev trukket tilbage, i takt med at situationen normaliserede sig, da de ikke gav optimal kvalitet i forløbet.

5.3 Faktorer med betydning for et trygt forløb

Analysen af erfaringer fra omlægningen har identificeret en række forhold, som har stor betydning for et trygt forløb for patienter og for kvaliteten af forløbet.

5.3.1 Fagligt arbejde ved fysisk fremmøde og digital kontakt

De fire ændringer, især den telefoniske kontakt og fraværet af partneren, havde stor betydning for personalets faglige arbejde og vurderinger.

Relationsarbejde og vidensgrundlag. Først og fremmest oplevede jordemødrene, at der er stor forskel på det vidensgrundlag og kendskab til den gravide/parret, som opbygges ved fysisk fremmøde i forhold til telefonisk kontakt. Forløbet er rettet mod en meget heterogen gruppe af gravide/par, som er sårbare på forskellig vis. Målgruppen spænder

fra unge, men måske ressourcestærke gravide og gravide, der har mistet et barn sent i en tidligere graviditet, til kvinder med psykiatriske udfordringer, der påvirker graviditeten, eller gravide/par, som er udfordret på deres forældreevne og tilknytning til barnet, og hvor jordemoderen skal vurdere, om der er behov for underretning til kommunen. Det sundhedsfaglige personale har til opgave at imødekomme denne forskellighed og skal vurdere og støtte kvinden/parrets udvikling i forhold til netop den problemstilling, som er relevant for den enkelte eller parret.

Det er kortlægning. Hvad er det for en familie, vi har med at gøre, og hvad er det for tilbud, der skal bringes på banen, for at støtte den her familie? (Interview med jordemoder)

Særligt jordemødrene giver udtryk for, at relationsarbejdet er fundamentalt for den faglige vurdering og støtte. Relationsarbejdet er rettet mod at skabe et tillidsforhold og tryghed, så kvinden/parret kvinden/parret tør være ærlige og åbne og fortælle, om det, der er svært. Det kan være svært og meget følsomt, da der kan være tale om traumer relateret til overgreb eller tunge psykiatriske problemstillinger. Viden om parret og deres problemstillinger er afgørende for at kunne støtte og give den hjælp, de har brug for i forløbet, og vurdere, om der sker en hensigtsmæssig udvikling, eller om der tværtimod sker uhensigtsmæssig udvikling, som der skal handles yderligere på. Ved at kende dem godt og se dem i 'fredstid' i starten af graviditeten bliver det også lettere at vurdere, hvis kvinden senere er så presset af graviditeten, at der fx er behov for igangsættelse.

Personalet har udviklet forskellige måder at skabe en relation til den gravide/parret på, fx ved at man finder noget, man oprigtigt kan lide ved kvinden, eller ved at arbejde med sin egen personlige fremtoning, så man fremstår tillidsvækkende og på bølgelængde med de gravide/parrere.

Jeg har en fast tro på, at de mærker verbalt og non-verbalt, at jeg faktisk godt kan lide dem. Jeg vil dem det faktisk godt, også selv de kan mærke, at det her er så tungt, at jeg tvivler, om du får dit barn med hjem. Jeg finder altid noget ved hende, jeg sidder overfor, som jeg oprigtigt godt kan lide, og jeg tror, at de godt kan mærke det. (Interview med jordemoder)

Erfaringen under nedlukningen var, at relationsarbejdet vanskeliggøres ved den telefoniske kontakt.

Vi har forsøgt at ringe ud telefonisk første gang, når man skal optage anamnese på baggrund af nogle stikord – der kan stå ADHD, traumatisk forløb, depression. Det skal vi så gå ind i og udrede og få en fornemmelse af, hvor sårbart et hjem er det at sende et barn ind i? Vi synes ikke, vi fik samme fornemmelse for dem, og vi hørte ikke fra dem på samme måde, som når vi normalt har set dem første gang fysisk. Måske fordi de kun mødte os telefonisk, blev vi ikke en aktør – vi blev sådan nogle, der var i telefonen. (Interview med jordemoder)

Jordemoderen oplevede nogle gange ved den efterfølgende fysiske konsultation, at der var elementer, som ikke var blevet opfanget i den telefoniske kontakt. For eksempel blev

problematikker vedrørende vægt ikke altid anerkendt af kvinden telefonisk, og der kommer først fokus på risiko for gestationel diabetes ved den efterfølgende fysiske konsultation. I flere tilfælde var der således behov for at lave ekstra konsultationer. Selvom ambulatoriet havde fokus på at udvikle på telefonkonsultationen for at sikre, at de 'kommer hele vejen rundt', samt at flytte fysiske vurderinger til efterfølgende konsultation, var erfaringen alligevel, at forløbet blev mere tidspresset, idet aktiviteter som fx udredning for gestationel diabetes eller kontakt til psykiatrien/egen læge/pædiatrien, skulle afvikles på kortere tid.

Ved dem, vi kun havde snakket med telefonisk, var vi nødt til lige at se dem i forhold til at finde ud af, hvad der skal sættes i gang – det kunne jeg faktisk ikke vurdere på samme måde. (Interview med jordemoder)

Ved det fysiske fremmøde bruger jordemødrene aktivt deres observationer af kvinden som afsæt for samtalen og for at undersøge problemstillingen. En jordemoder forklarer:

Vi kan se forandringer på ansigtsskulptur, trækninger under øjnene, om hun ikke er så meget på, som hun plejer. Der er meget kropsligt og på nogle kan man lugte, om de passer sig selv godt, om de lever uden røg og alkohol, at se og mærke dem – kan jeg få lov til at mærke dem. Vi bruger flere af vores sanser og italesætte det vi ser – du ser virkelig godt ud i dag, har du gjort noget særligt? Nej, jeg har det faktisk rigtig dårligt. (Interview med jordemoder)

Forældrenes ressourcer, samspil og forældreevne. Derudover var partneren afskåret fra at deltage under nedlukningen og kunne kun være med telefonisk, hvilket havde en række negative konsekvenser. Partneren og parrets netværk og relationer spiller en vigtig rolle, når kvinden er sårbar. Som del af den samlede vurdering inddrages viden fra observation af adfærd, som giver indikation på kvindens og parrets tilknytning til barnet, motivation og ressourcer. Denne vurdering er afgørende for, om jordemoderen af hensyn til det kommende barns tarv indberetter den gravide kvinde til kommunen – en handling, som er særligt følsom for både den gravide og jordemoderen og for deres indbyrdes tillidsrelation.

Traditionelt får personalet viden om parret og partneren gennem samtale og ved at kigge på, hvordan parret agerer over for hinanden i venteværelset, hvordan dynamikken er til samtalen, og hvordan stemingen er hos parret. Både læge, sonograf og jordemødre er opmærksomme på tegn på tilknytning til barnet, fx om parret kigger på mobiltelefon, mens man scanner fosteret/barnet, hvordan kvindens egenomsorg er i forhold til, om hun tilsvarende forventes at kunne tage vare på barnet – har hun fx selv været i bad, tænker de frem og på barnets fremtid og stopper med at ryge – og er kvinden vant til at give kram og have fysisk kontakt? Desuden er der fokus på, om den gravide/parret kommer til aftalerne, om kvinden/parret gennemfører aftalte initiativer fra gang til gang – fx aftale med psykiatrien/lægen, om vægt og om rygning, og er der en positiv udvikling at spore? Desuden har teamet fokus i sine observationer på, om kvinden/parret er samstemmende, det vil sige, om er der en passende reaktion i forhold til situationen, hvilket var udfordret af den telefoniske kontakt.

Vi misser påklædning, lugt, i forhold til at få den her fornemmelse, hvad er det for en kvinde jeg sidder overfor. Kigger hun mig i øjnene, når hun svarer? Er hun samstemmende: græder hun, når hun siger hun er bange, eller sidder hun og smiler samtidig med? Altså, hvor er hun henne? Alle de der ting dem misser man. Man misser også den der fornemmelse af, smiler hun når vi lytter hjertelyd? Så man ikke helt har den her fornemmelse af hendes forhold til det her barn, hun venter. Kigger hun mig i øjnene, når hun fortæller, eller viger hun kontakten? (Interview med jordemoder)

I ét tilfælde giver observation af flakkende øjenkontakt anledning til at spørge mere ind til kvindens psykiske tilstand, og det viser sig, at hun hører stemmer.

Personalets vurdering af partnerens engagement og parrets samspil og behov for støtte vanskeliggøres, når partneren er udelukket fra at deltage i konsultationer, og ved at afholde fødselsforberedelse online.

Vi kan ikke se i telefonsamtalerne, hvor engageret far er – om han sidder og ser sur ud. Det er nemmere at få far med og være undersøgende på, hvad de er for nogle mennesker, når man sidder over for dem. Det er afgørende, om far trækker i den ene eller anden retning, når mor er skrøbelig. (Interview med jordemoder)

Samtidig fortæller personalet i interviewene, at fravær af partneren kunne forsinke dennes tilknytning til barnet og gjorde det vanskeligt for parret at være fælles om graviditeten.

Interviewdeltager 1: Det var tydeligt, at kvinderne mærkede det som et savn ikke at have far med, når man snakkede om fødselsplan, eller hvad betyder denne her beslutning for barnet. Og især ved scanningerne, særligt, hvis han aldrig har været med til en scanning. Så har han ikke en fornemmelse af, at man faktisk kan se barnet. Det giver faren stor tilknytning, at han kan se barnet, at det faktisk er et barn, selvom det kun er 6 cm.

Interviewdeltager 2: Han mærker ikke noget på sin egen krop, så han får for alvor aktier i det, når han ser barnet. Andre fædre kan godt forholde sig til barnet, selvom de ikke kan mærke det, men for de sårbare er det vigtigt for relationsdannelsen.

(Gruppeinterview med sonograf og fødselslæge)

Helt konkret betød fraværet af partneren også, at kvinden selv stod dermed alene med ansvaret for at forstå informationer i konsultationen, hvilket gør det vanskeligt at være fælles om graviditeten generelt set og samtidig kan være en udfordring for de sårbare kvinder, som har komplekse problemstillinger og brug for støtte. Det var særligt en udfordring for kvinder med kognitive udfordringer samt i situationer, hvor kvinden ikke talte dansk eller engelsk, og havde brug for, at manden fungerede som tolk, selvom man forsøgte at supplere med telefonisk kontakt.

Samlet set var erfaringen under nedlukningen, at viden om kvinden og parrets situation er vanskelig at opnå i en telefonisk kontakt. Overordnet set oplevede jordemødrene, at den telefoniske kontakt ikke giver et komplet billede af den gravide/parret og vanskeliggør vurderingen af situationen og behovet for støtte.

Vurderingen af forældreevne kan have store konsekvenser for den gravide/parret, hvis jordemoder eller læge laver en underretning til kommunen. En jordemoder fortæller om en underretning, som hun lavede på baggrund af en telefonisk samtale, hvor hendes samlede vurdering af den gravide ændrede sig efter det fysiske møde.

Det er rigtig svært at sidde med en kvinde i telefonen og lave en underretning, når jeg aldrig har set hende. Det er rigtig svært. Men jeg skulle lave underretningen pga. de ting, hun havde fortalt mig. Hun havde psykiatri med sig, hun var ung, hun var uden for jobmarkedet, og barnefar var nogenlunde det samme. Da så møder jeg hende til næste konsultation, tænkte jeg, at jeg nok var gået den anden vej, hvis jeg har mødt hende. Jeg kunne slet ikke genkende det, jeg havde på skrift med den kvinde, der sad over for mig, og det endte også med at underretningen blev lukket ret hurtigt i kommunen, og hun fik lidt ekstra sundhedsplejerske, som var det, jeg ville have tænkt, hvis jeg sad over for hende: Hun smiler de rigtige steder, hun glæder sig og hun mødte op og så soigneret ud, alle de her ting. Så den her selvomsorg den var bare fuldstændig i orden. Hun var kvik, og hun havde øjenkontakt. Det havde været et andet forløb, hvis jeg havde siddet over for hende til den samtale. (Interview med jordemoder)

Personalet fik på baggrund af dette forløb hurtigt en erkendelse af, at underretninger kræver, at personalet har mødt kvinden/parret fysisk og ikke kun har snakket i telefon, da man ellers mangler ovenstående observationer af fremtoning, adfærd og interaktion, som giver væsentlig viden til om kvinden/parret. Selvom der har været undtagelser, hvor en jordemoder laver en telefonisk anamnese hos en meget sårbar gravid med store traumer bag sig, som fortæller åbenhjertigt og betror sig til jordemoderen, så er den overordnede erfaring, at det er vanskeligt at få skabt en stærk tillidsfuld relation og få tilstrækkelig viden til at understøtte faglige vurderinger af fx forældreevne, og ledelsen af ambulatoriet valgte derfor allerede under den første nedlukning at gå tilbage til fysiske fremmøde ved første kontakt.

Tilpasning af kommunikationsstrategi og flow i konsultationen

Både jordemødre, læge og sonograf bruger redskaber i konsultationerne til at øge kvindens kropsforståelse og tilknytning til barnet. Personalet forklarer, at det kan blive klart under en konsultation, at kvinden mangler en grundlæggende fysiologisk forståelse og ikke ved, hvordan underlivet ser ud, eller hvordan barnet skal komme ud, fx hvis kvinden har meget lav IQ eller er kommet til Danmark som flygtning og ikke har modtaget seksualundervisning. Her inddrager læge eller jordemoder tegninger og brug af modeller af fx en livmoder til at forklare fysiologiske aspekter for kvinden.

Konsultationerne går meget hurtigt, så hvis kvinden har lav IQ, kan det være svært for hende at nå at følge med. Det er vigtigt at kunne skifte kommunikationsstrategi, hvis jeg kan se, at de ikke kan forstå, hvad jeg siger. Så skal jeg tegne, snakke langsommere, forklare tingene anderledes. (Interview med fødselslæge)

Jordemoder og sonograferne bruger forskellig teknologi, så kvinden/parret kan se barnet på scanningen eller høre barnets hjertelyd, som en måde at hjælpe parret til at skabe en tilknytning til barnet eller til at skabe tryghed ved at vise, at barnet har det godt.

Tilsvarende kan konsultationerne og redskaberne bruges til at styrke kvindens kropsforståelse:

Interviewdeltager 2: Vi har gravide kvinder, som er psykiatrisk udfordret, spiseværing, som har været udsat for overgreb, som kan have svært ved at mærke deres krop, også inden de blev gravide. Hvor det at have et barn i maven er noget, de kan sætte ved siden af sig. Det er svært at få dem til at forholde sig til det der, at man mærker liv. Vi kan bruge sonografens evner til at scanne 3D, til at det faktisk er et lille væsen derinde, ikke? Det kan vi bruge scanningen til. Det at behandle på at øge kropssensitivitet – det er det, jordemødrene sidder med. Vi har ikke så meget tid til den slags. Det er det at lære dem deres nye krop [som gravide] og nogle gange faktisk at lære dem deres gamle krop. Det er jo meget hos jordemødrene. De få vi har i center for spiseværing, der har vi nogle kropsterapeuter, som går ind og snakker med dem, når det er rigtig slemt.

Interviewdeltager 1: vedrørende scanning af fosteret: Det er også fint for hende at kunne se, at baby vokser derinde, og at det ikke er hende, der er blevet tyk. Det er baby, der vokser, så man fratager hende, at hun har taget på: Det er børnene der vokser.

(Gruppeinterview med sonograf og læge)

Til de traditionelle fysiske kontroller og undersøgelser justerer desuden jordemødrene flowet i konsultationen til at understøtte, hvad der er behov for i den specifikke situation:

Det er noget man øver sig i at bruge bevidst. Nogle gange kræver det et hurtigt sceneskift, fra samtale til briks, fordi det er for svært at snakke om noget, afbøde en konflikt, hvis vi går for tæt på, eller for fx at engagere far eller mor. De har ikke altid et så højt abstraktionsniveau, så de kan have brug for, at det bliver meget konkret: Det her er op og det her er ned [på babyen], er der tidspunkter, hvor den lille og mor kæmper om pladsen [i maven], for at de kan snakke om, hvilket liv de ønsker for den lille. (Interview med jordemoder)

Personalets erfaring er, at disse justeringer og tilpasninger i kommunikationsstrategi er vanskelige at foretage i en telefonsamtale:

Man ser ikke, om de bliver roligere gennem samtalen. Selve det om man er på rette vej ind på det sprog, hvor de slapper mere af, han klemmer ikke hendes hånd så hårdt, hun flakker ikke så meget med øjnene. Alle de her små ting, som man ikke kan skrive ned, men som man bare fornemmer. Det har vi jo ikke ved video eller bare over telefon. (Gruppeinterview med sonograf og fødselslæge)

5.3.2 Fast, tværfagligt team

Analysen peger på, at konceptet om at have få tætte kontakter i et tværfagligt team med jordemødre, læge og sonograf giver en kontinuitet og sammenhængende indsats, der bidrager til kvalitet i graviditet og efter fødslen.

Først og fremmest betyder det at have et fast team, at der er kontinuitet i forløbet, så kvinderne ikke møder en ny læge eller sonograf hver gang. Samtidig skaber teamstrukturen med fast mødedag et solidt grundlag for samarbejde og videndeling hos teamet. Personkontinuiteten og det tætte samarbejde og vidensdeling betyder, at kvinderne ikke behøver fortælle deres historie, hver gang de kommer på klinikken, eller gentage oplysninger. Dette er særligt vigtigt for de sårbare kvinder, da der kan være oplevelser eller forhold relateret til graviditeten, som kan være traumatiske og svære at fortælle. Sonografen forklarer, at man ved at holde det på et lille team kan nøjes med at spørge, om der er noget nyt, i stedet for at skulle spørge ind til fx voldtægt, incest eller PTSD hver gang. Teamets samarbejde og vidensdeling bidrager til at undgå at retraumatisere kvinden både undervejs i graviditeten og under fødslen. Jordemødrene udarbejder en fødselsplan for den gravide, som fødselslægen efterfølgende verificerer, således at fødselsplanen er kendt af alle, der er til stede under fødslen.

Fx vil en kvinde med lav IQ og en forhistorie med overgreb have svært ved at jordemoderen ridser op, hvad fødselsplanen går ud på og hvorfor. Og hun vil heller ikke have glæde af at fødselslægen repeterer fødselsplanen med hende og spørger, hvorfor kvinden vil undgå en sugekop. Det handler om at tilpasse fødselsplanen, så vi ikke retraumatiserer kvinden. Det handler om vi lige så stille får viden om kvinden, fx over tre samtaler, der kan omsættes til fødselsplanen, og så ved fødselslægen, at det har vi gjort, og at hun har tillid til at det har vi gjort grundigt. Og at kvinden ikke får en ny læge hver gang, som lige skal have en fornemmelse af, hvad har vi med at gøre. (Interview med jordemoder)

Derudover betyder dét at der er et lille fast team også, at der er stort kendskab til hinandens kompetencer og tillid til hinandens vurderinger. Samtidig forklarer personalet, at de løbende sparrer med hinanden og laver henvisninger til hinanden for at sikre det bedst mulige forløb for kvinderne, fx kan jordemoderen henvise til tilknytningsscanninger hos sonografen, hvis der er behov for, at kvinden kan knytte relation til fostret eller få en bedre forståelse af egen krop i relation til en spiseforstyrrelse, så kvinden kan se, at det er barnet, der vokser, og ikke hende, som bliver tyk. Desuden bruger teamet hinanden til at mobilisere eksterne parter. På observationsdagen fortalte én af kvinderne om forværring i sin psykiske tilstand til jordemoderen. Jordemoderen har tidligere efter aftale med kvinden henvist hende til psykiatrien, hvilket dog var blevet afvist af psykiatrisk

ambulatorium. På grund af den nyeste udvikling vil jordemoderen dog sende en ny henvisning og bede om revurdering. Under konsultationen med jordemoderen kigger fødselslægen ind og deltager i samtalen om kvindens situation, og de aftaler, at fødselslægen også vil sende en tilsvarende henvisning og anmodning om revurdering. Teamsamarbejdet understøtter således også tværfaglig kvalitet i vægtning af beslutninger for det øvrige samarbejde om patienten i sekundærsektoren.

Endelig strækker konceptet om et fast team ud over hospitalets rammer og omfatter et tæt samarbejde med Silkeborg Kommune. Formålet med samarbejdet er at sikre, at kvinden eller parret får den hjælp, de har brug for, så tidligt i forløbet som muligt, og samtidig sikre, at overgangen mellem graviditet, fødsel og efter fødsel er så sammenhængende som mulig.

Man skal være rigtig bevidst omkring, at de ikke kommer ind i mit system, men at jeg kommer ind i deres. Vi skal tænke i deres forløb: Vi er nogle perler på deres snor og ikke omvendt. Det der med at have forståelse for, at der er nogle andre, der kommer ind og tager over i minut 1 efter, at de er udskrevet. At der et skift, men at de helst ikke skal mærke det som et skift eller føle det som et brud. Det tror jeg er betydningsfuldt og kan styrke dem. (Interview med jordemoder)

Derfor afholdes der møde en gang i måneden med fast deltagelse af en jordemoder fra KJO samt en rådgiver fra familieafdelingen og sundhedsplejerske fra kommunen, hvor man vurderer, om nogle af kvinderne har behov for særlig støtte i kommunalt regi. Det kan være, at kvinden har behov for en støtteordning, hvor sundhedsplejersken hjælper allerede under graviditeten. Det kan være kvinder, som er kognitivt dårligt fungerende og derfor har svært ved at navigere i tid og sted og derfor at brug for hjælp til at komme til konsultationerne. Her fungerer sundhedsplejersken som tovholder på forløbet og er i tæt kontakt med parret både før og op til et år efter fødslen.

En af jordemødrene forklarer, at det tætte samarbejde og deraf kendskabet til de kommunale tilbud betyder, at hun bedre kan forberede kvinden på, hvilke tilbud kvinden eller parret sandsynligvis vil kunne få tilbudt og afstemme med kvindens/parrets ønsker. Hun fortæller desuden, at det er vanskeligt at være sikker på oprigtigheden i samtykket, hvis hun kun har en telefonsamtale og ikke kan se kvinden eller parrets reaktion.

Det er essentielt, at vi har samtykke til det – vi kan godt sidde og synes, at det her tilbud vil være godt, men hvis hun ikke har lyst eller sniger sig udenom, så går tiden [uden at hun får den rette hjælp]. (Interview med jordemoder)

Samtidig betyder det tætte samarbejde og kendskabet til hinanden, at jordemoderen kan introducere den specifikke sundhedsplejerske eller familierådgiver til kvinden/parret og fortælle om intentionen med mødet. For eksempel kan hun forklare, at hvis sundhedsplejersken foreslår, at der kommer en sagsbehandler med hende ud, så skal kvinden/parret vide, at der ikke er oprettet en sag – sagsbehandleren sidder bare med, da det er hende, som sidder på penge-kassen og skal give lov til, at sundhedsplejersken kan

hjælpe. Derved bidrager jordmoderen med at skabe grobund for en god relation mellem parret og medarbejderne fra kommunen. Jordmoderen forklarer det således:

Det er nemmere for os end for "hende nede fra kommunen" at skabe tillid, men vi kan sende tilliden med rådgiveren videre ud på besøget. Så rådgiveren bliver inviteret indenfor i stedet for at være hende fra kommunen, der skal se, om der er noget galt. Vi vil gerne være medspillere. Vi har kun kvinderne i kort tid, så skal de videre til en rådgiver og sundhedsplejerske, som de skal arbejde videre med i årevis. (Interview med jordemoder)

Under covid-19-nedlukningen har disse møder mellem jordemoder, sundhedsplejerske og familierådgiver været erstattet af videomøder. Her har de på samme måde som vanligt kunne gennemgå henvisninger og vurdere, hvilke tiltag der kunne være relevante for den enkelte kvinde. Enkelte interviewdeltagere peger på, at det kunne være relevant at afsøge om formatet med videomøder kunne være relevant og gøre det lettere at etablere et lignende samarbejde med andre kommuner. Samtidig peger enkelte på muligheden for at bruge video til at styrke samarbejdet med andre samarbejdspartnere, fx psykiatrien og pædiatrien.

5.4 Roadmap for videre arbejde

5.4.1 Mulige indsatser

Gennem interviews, observationer og workshopaktiviteter blev der identificeret tre indsatsområder, som vil være særligt relevante for ambulatoriet at forfølge i det videre arbejde med udvikling af ambulante aktiviteter:

Virtuel fødselsforberedelse. Afholdelse af online-møder i små grupper vedrørende udvalgte emner som fx smertelindring, bækkenløsning eller fødselsangst. Møderne kan være af ca. en times varighed og være målrettet problemstillinger, som parrene typisk gerne vil have information om, eller som jordemødrene ved, optager flere af parrene som p.t. er i ambulante forløb hos dem. Formålet med online-mødeaktivitet er at tilpasse og målrette fødselsforberedelsen til kvindernes behov for viden samt at gøre den mere fleksibel og passe ind i parrenes liv, fx i forhold til partnerens arbejdstider.

Netværksdannelse. Overvejelse af, hvordan man bedst muligt udnytter de digitale muligheder til at imødekomme kvindernes differentierede behov for netværk. Den traditionelle fødselsforberedelse indeholder et element vedr. netværksdannelse, så kvinderne har nogen at spejle sig i. Nogle af kvinderne vil muligvis også kunne have gavn af et digitalt tilbud, hvor kvinderne/parret fortsat kan mødes online efterfølgende. Imidlertid har nogle af kvinderne allerede et etableret netværk og ønsker ikke at blive sat i gruppe med andre, der ikke ligner dem. Nogle kvinder søger netværksdannelse via Facebook, hvor man kunne overveje, om det er muligt at bringe den professionelle viden i spil her. Facebook-grupperne kan være en mulighed for at nå mange kvinder, der hvor de er.

Indsatser rettet mod kvinder med anden etnisk baggrund. Udarbejdelse af informationsmateriale og samtalepunkter rettet mod kvinder med anden etnisk baggrund. Grøn

(2018) har gennemført et antropologisk studie af nytilkomne kvinders møde med det danske sundhedsvæsen (Grøn, 2018). Studiet viser, at mødet præges af manglende viden om det danske sundhedsvæsen. Dels handler noget om praktisk information, det vil sige manglende viden om, hvordan sundhedsvæsenet er struktureret, hvordan og hvornår kan de komme i kontakt med hvilke dele af sundhedsvæsenet, hvordan et graviditetsforløb ser ud i Danmark, og hvilke muligheder der er for tolkebistand under en fødsel. Dels mangler der en mere grundlæggende gensidig forståelse for, hvilken normalitet der eksisterer for graviditet og fødsel i Danmark i forhold til de lande i og uden for Europa, som kvinderne kommer fra (Grøn, 2018).

5.4.2 Ukendte, sårbare patienter

I drøftelser på workshoppen fremgår det, at disse udfordringer fortsat er relevante. Der er således fortsat behov for mere tilgængelig information om det danske sundhedsvæsen og graviditetsforløb. Der kan samtidig være behov for mere målrettet at forklare bevæggrunde for idealet om en naturlig fødsel og antallet af scanninger og hjælpe den gravide til at forstå, hvordan udfaldet kan være i forhold til smertelindring, indgreb i tilfælde af komplikationer mv. Et andet studie af fødselsoplevelser peger på, at netop anerkendelse og dialog om forventninger til fødslen har betydning for kvinden og parrets oplevelse af fødslen (Bertelsen & Gohr, 2006).

Digitaliseringsgruppen tilknyttet Kendt Jordemoderordningen fokuserer på sårbare gravide kvinder, der står uden for sundhedssystemet og mangler hjælp og viden. Kvinder med anden etnisk baggrund er her en særlig gruppe, fordi deres manglende kendskab til det danske sundhedsvæsen (som adskiller sig fra mange andre lande, hvad angår organisering af graviditet og fødselshjælp) gør dem sårbare og vanskelige for sundhedsvæsenet at sikre lige adgang til sundhedsydelse. Ekspertoplæg på den anden workshop om løsninger udvider kredsen af deltagere i digitaliseringsgruppen til en antropolog med speciale i oplevelsen af det danske sundhedsvæsen blandt nytilkomne gravide kvinder, en jordemoder fra Fødeafdelingen i Skejby, en leder af Jordemoderpraksis, Afdeling For Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital og en kvindelig flygtning fra Mellemøsten. En af jordmødrene i gruppen opsamler problematikken og giver et løsningsforslag: *"Da kvinderne med anden etnisk baggrund er så forskellige i forudsætninger, kulturel baggrund og behov, tror jeg det ville være en hjælp med en overordnet strategi/guide for fødesteder i regionen"*. Workshoppen resulterede desuden i en række konkrete forslag til støtte af kvinder med anden etnisk baggrund, som listet i boksen nedenfor-

Samtidig mangler nytilkomne et socialt netværk i Danmark, som har viden og kan hjælpe med øvrige spørgsmål. Jordemoderpraksis i Aarhus har i den anledning et tæt samarbejde med civilsamfundsorganisationer som fx Mødrehjælpen, som kan give kvinderne anden hjælp, som de måtte have behov for. Derudover udgør online-netværk en kilde til viden og netværksdannelse for mange kvinder. Begge kvinder, der deltog en workshop, er medlem af forskellige fora på Facebook, som er relevante for netop dem. På baggrund af workshopdrøftelserne kan man derfor overveje, hvordan sundhedsfaglig funderet viden og viden om det danske sundhedsvæsen kan spille ind i de onlinenetværk på Facebook, som mange kvinder opsøger.

Boks 5.2 Konkrete forslag fra workshops til støtte af kvinder med anden etnisk baggrund

Små videoer, hvor gravide kvinder på deres modersmål og/eller sundhedsfagligt personale fortæller om det danske sundhedsvæsen og om kontrolforløb i forbindelse med graviditet. Videoerne kan gøres tilgængelige på ambulatoriets eller regionens hjemmeside og kan fx forklare:

- Hvilke sundhedsfaglige personer møder parret undervejs i graviditeten? Hvad er en jordemoder, en 'egen læge', vagtlæge og sundhedsplejerske, og hvornår/hvordan kan man kontakte dem, og hvad gør man hvis der opstår noget akut (1-1-2)? Hvad er receptpligtig og håndkøbsmedicin, og hvor kan man få det?
- Hvordan ser et kontrolforløb ud? Hvornår er der scanninger, kontrolbesøg, mv; hvorfor er de tilrettelagt, som de er? Hvad sker der, hvis der opstår komplikationer?
- Hvordan foregår fødslen? Der er et ideal om en naturlig fødsel i Danmark, men der laves indgreb med fx kejsersnit, hvis barnets eller moderens helbred er i risiko. Man kan få smertelindring, hvis der er behov. Hvilke muligheder er der for tolkebistand under fødslen? Hvad skal man medbringe til fødslen? hvor længe er man på fødeafsnittet? Hvad er partnerens rolle? mv.
- Hvad sker der efter fødslen? Introduktion til sundhedsplejerskens rolle og mødregrupper, pasning. Hvad skal man være opmærksom på og reagere på (komplikationer, fødselsdepression), så man kan få hjælp?
- Borger i Danmark: introduktion til rettigheder i som borger i Danmark og mulighed for boligstøtte, børnepenge, mv. samt præsentation af frivillige organisationer der kan støtte parret.

Spørgeguide til personale om aspekter, der kan være relevante at kende eller spørge ind til, fx: Hvad er behovet for tolkning? Hvordan ser et fødselsforløb ud i kvindens hjemland? Hvilket kendskab har kvinden til fødsler i forvejen? hvor længe har kvinden/parret været i Danmark, og hvilket kendskab har de til danske forhold? Hvilket netværk har kvinden/parret i Danmark, som kender til danske forhold, og er der behov for at støtte netværksdannelse fx via frivillige organisationer og deres tilbud? Tjeklisten kan evt. indgå i EPJ for at sikre dokumentation og lette henvisninger.

Temaet vedr. kvinder med anden etnisk baggrund blev undervejs i projektperioden aktualiseret af krigen i Ukraine, hvor mange ukrainske fordrevne kvinder og børn søger mod Danmark. Her må flere formodes at få brug for at komme i kontakt med det danske sundhedsvæsen, også i forbindelse med graviditet og fødsler. Dette stiller krav til sundhedsvæsenet og til samspillet med civilsamfundsorganisationer, som er i kontakt med kvinderne og stiller spørgsmålet, hvordan man bedst muligt kan støtte denne gruppe, og hvordan denne støtte organiseres.

Dette blev adresseret i workshop 3, som fandt sted via videokonference mellem adskillige lokationer i regionen. På baggrund af workshop 3 blev der igangsat tre sideløbende aktiviteter:

- VIVE-litteratur-søgning på, hvilken viden der er til ukrainske kvinder i Danmark om sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet
- Overblik over relevante informationskanaler, herunder online-medier og andre sociale fora for ukrainske flygtninge via kontakt til en herboende ukrainsk kvinde

- Mini-feltstudie ved en jordemoder på Dok1 i Aarhus Kommune for at kortlægge, hvorledes kvinder bliver mødt, og hvilke kommunikationsmedier der gør informationer til dem mest tilgængelige.

Innovationsgruppen identificerede forskellige kilder og materialer med engelsksproget information om sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 2016a) og graviditetsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2016b; Sundhedsstyrelsen, 2017) målrettet kvinder med anden etnisk baggrund.

Samtidig udarbejdede medlemmer af gruppen målrettede materialer. For eksempel blev en informationspjece i de ukrainske nationalfarver gul og blå bliver udviklet, se Figur 5.2, med en solitär figur af en gravid kvinde. Pjecen er oversat til ukrainsk af kontaktpersonen og bliver udleveret på en modtagerskole for ukrainske flygtninge i Aarhus Kommune. Som skabelon kan den bruges af andre kommuners modtagercentre.

Figur 5.2 Udklip fra informationspjece til ukrainske flygtninge i Aarhus Kommune



mdt
regionmidtjylland

Questions about pregnancy

У вас є питання щодо вагітності?

Aarhus
Jordemoderpraksis

У вас є питання щодо вагітності?

У вас є питання щодо вагітності?
Ви можете зателефонувати акушеркам в Орхуську університетську лікарню / служби вагітності
Вівторок, середа та четвер
Номер телефону: 30 92 24 07 • 30 92 24 06

Ви можете прийти без попереднього запису:
Вівторок, середа та четвер
з 09.00 до 12.00

Адреса:
Aarhus Jordemoderpraksis i Mødrehjælpen
Aboulevarden 17. 2 поверх

Якщо ви турбуєтеся про своє здоров'я чи здоров'я свого майбутнього немовляти, зателефонуйте в нашу службу
Номер телефону: 30 59 51 94

Anm.: Pjecen er udviklet af Joke Haben, leder Aarhus Jordemoderpraksis i samarbejde med Aarhus Universitetshospital, Aarhus Kommune og digitaliseringsgruppen, den 11. april 2022.

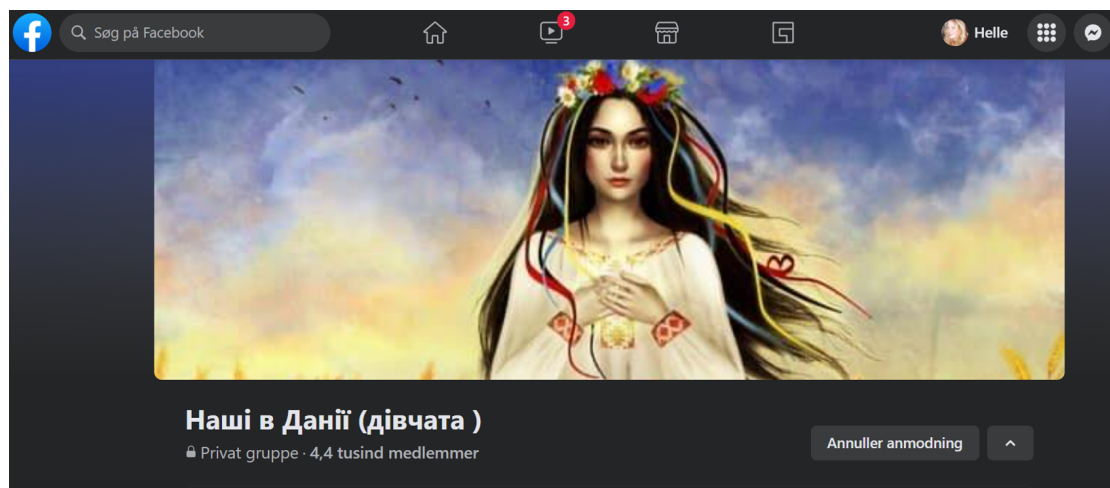
Note: Kristina Voievodina har oversat teksten til ukrainsk.

Kilde: Joke Haben.

Samtidig havde innovationsgruppen fokus på at identificere relevante kommunikationskanaler med henblik for formidling af viden til kvinderne. Her kan onlinegrupper og netværk mellem nyankomne og herboende ukrainske kvinder være central for distribution af information og introduktion til sundhedsvæsenet og forløb for gravide. Eksempelvis identificerer en søgning på Facebook en privat gruppe for ukrainske piger i Danmark, Наші в Данії (дівчата). Figur 5.3 viser Facebook-gruppen 'Piger i Danmark', som et sted, hvor ukrainske kvinder kommunikerer. En forespørgsel via den ukrainsksproget kontaktperson efter kvinder, der ville hjælpe med informationsdeling til gravide eller havde brug for hjælp, gav syv besvarelser fra ukrainske kvinder i Danmark, som enten havde brug

for hjælp, eller som tilbød at hjælpe. De ukrainske kvinder bruger mobil og særligt gruppetjenester på WhatsApp til at kommunikere med hinanden. Graviditet opfattes dog traditionelt som en privat sag i ukrainske kultur ifølge informanten, og det kan derfor være nyttigt med uformelle platforme for vidensdeling.

Figur 5.3 Piger i Danmark, Facebook-gruppe fra 2007 med 4.400 medlemmer

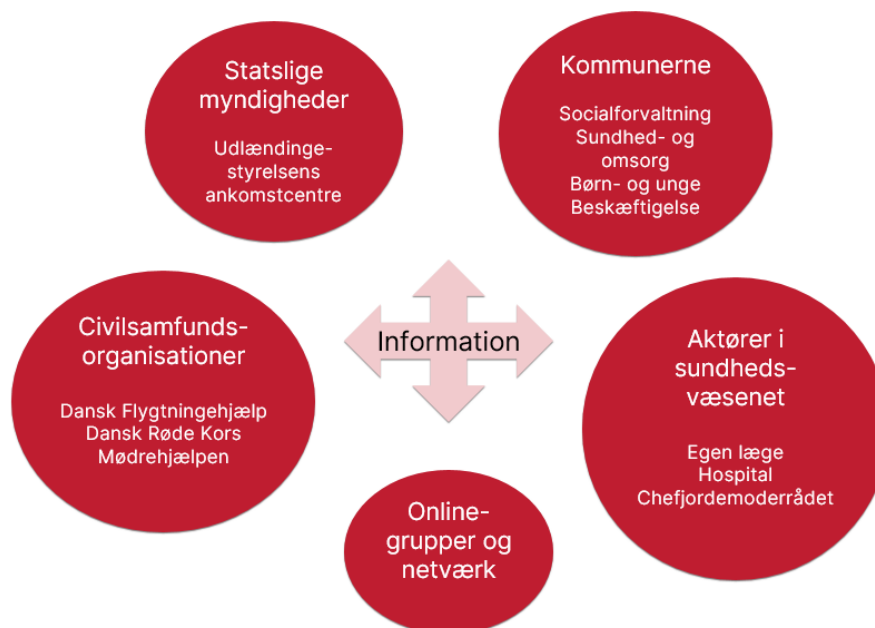


Anm.: Tilgået april 2022

Kilde: Facebook

Innovationsgruppen igangsatte i den forbindelse også en kortlægning af relevante aktører og samarbejdspartnere, som kan være relevante i forhold til at formidle viden og information videre ud til kvinder i målgruppen (se Figur 5.4).

Figur 5.4 Aktører til distribution af information til nyankomne kvinder



Kilde: VIVE

Det forventes, at der vil komme flere aktører med i Figur 5.4, i takt med at den pågående kortlægning skrider frem, og at det fortsat vil ændre sig, i takt med at situationen udvikler sig. Det er væsentligt, at aktørerne forbindes af samarbejdsrelationer, så medarbejdere på ankomstcentrene og i kommunerne kan være opmærksomme på at formidle information om civilsamfundsorganisationer og information om forløb til gravide til de relevante kvinder

Den akutte situation sætter lys på generelle problemstillinger om forløb og vejen ind i sundhedsvæsenet forstået i et bredere perspektiv: Hvordan finder nyankomne kvinder ud af, hvordan de kan komme i kontakt med sundhedsvæsenet? Hvordan får kvinderne viden om tilbud til gravide? Hvordan kan der etableres samarbejdsrelationer, så kvinderne kan få den relevante viden og støtte? Udarbejdelse af materialet og kortlægning af relevante aktører peger på behov for national koordinering, idet kommuner og hospitaler i hele landet må forventes at skulle forholde sig til at modtage kvinder fra Ukraine og andre lande. Der vil formodentlig være behov for lokal tilpasning, idet der kan være geografiske forskelle – fx viser en opgørelse, at der er særligt mange kvinder fra Ukraine i Jylland (Danmarks Radio, 2022), og der kan være lokale forhold og initiativer, som vil være relevante at informere om.

5.4.3 Organisatorisk rammesætning og samarbejde

Det videre arbejde med digitalisering og specifikke indsatser til kvinder med anden etnisk baggrund, som skitseret ovenfor, kræver en organisatorisk ramme og samarbejde på flere niveauer.

Ambulatoriet: prioritering og strategisk indsats. Overordnet set er der behov for strategiske overvejelser hos ledelsen af ambulatoriet vedrørende omlægning af den ambulante aktivitet i forhold til, hvordan ambulatoriet ønsker at prioritere i en presset hverdag, og i givet fald hvilke målgrupper og indsatser ambulatoriet ønsker at fokusere på. Interviewundersøgelse og viden fra de tre workshops peger på, at der er behov for en differentieret tilgang, idet almenområdet og ressourcestærke kvinder kan have stor gavn af en digital forløbsguide og af at deltage i fødselsforberedelse efter behov, mens kvinder/par i målgruppen for sårbare gravide kan have andre behov, og der dermed er behov for udvikling af forløb og information, som er målrettet dem. For eksempel kan der være behov for særligt informationsmateriale, som er målrettet nytilkomne kvinder, som kan gøres tilgængeligt på hjemmesider eller i den digitale forløbsguide. Som en mulighed for at opnå viden om, hvilke informationsbehov kvinderne og parrene har, kan der fx oprettes brugergrupper og involveres relevante fagpersoner og forskere med viden om emnet.

Samarbejde og ledelsesopbakning på hospitalet. Helt konkret forudsætter dette en fælles prioritering og samarbejde mellem ambulatoriet, patientkommunikation og it-afdelingen på hospitalet, hvor det nøje skal overvejes, hvem er relevante aktører, hvordan materialet udvikles, og hvem der sørger for, at materialet er opdateret. Samtidig kan der være behov for et strategisk arbejde forankret hos hospitalsledelsen med udvikling af vision for digitalisering og omlægning af ambulante aktiviteter.

Regionalt og nationalt samarbejde. Endelig kalder workshopdeltagerne på opmærksomhed mod snitfladen til regionen og øvrige hospitaler i regionen med henblik på erfaringsudveksling. Indsatserne til støtte af kvinder med anden etnisk baggrund er ikke kun relevant i et lokalt regi, men kan med fordel fortsat drøftes på et regionalt niveau i regi af Chefjordemoderrådet, med repræsentanter for de fem regionale fødesteder, samt i regi af Fødeplanen, hvor regionens fødesteder og kommuner samarbejder. Her vil digitaliseringstiltag også kunne drøftes, ligesom det vil også være relevant inddrage nationale erfaringer, idet der potentielt kan findes tilsvarende indsatser eller digitaliseringstiltag andre steder i landet, som man kan lade sig inspirere af.

5.5 Opsamling

Der har været ganske få ændringer i forløbet for sårbare gravide under covid-19-nedlukningen. Indledningsvis erstattede jordemødrene den første fysiske kontakt med en telefonisk samtale under nedlukningen, ligesom de erstattede fysisk rundvisning og fødselsforberedelse med videoer og information på hjemmesiden. Telefonkontakterne blev imidlertid hurtigt trukket tilbage igen, da jordemødrene og ledelsen vurderede, at det påvirkede kvaliteten negativt.

Erfaringsafdækningen viser, at det ikke var muligt for jordemødrene at opnå samme vidensgrundlag som ved et fysisk møde. Det fysiske møde støtter personalet i deres faglige arbejde og vurderinger af sårbare gravide, hvor relationsarbejde og observationer spiller en afgørende rolle. De faglige vurderinger er ofte baseret på små nuancer i kropssprog, der er afgørende for at tilpasse indsatsen og imødekomme den enkelte kvindes eller det enkelte pars situation. Det fysiske fremmøde understøtter desuden, at det sundhedsfaglige personale kan tilpasse deres kommunikation og flowet i konsultationen til den gravide og parrets behov.

Samtidig understreger interviewundersøgelsen vigtigheden af person- og informationskontinuitet for at sikre denne gruppe af sårbare kvinder et trygt forløb, så kvinderne ikke behøver at gentage og genopleve traumatiske oplevelser. Dette ligger på linje med patientinterviewene, hvor personkontinuitet også fremhæves som central for at få et trygt forløb.

Endelig peger erfaringsafdækningen på betydningen af et tværsektorielt samarbejde som en vigtig faktor i at skabe gode overgange for kvinderne og parrene, hvor der kan iværksættes en tidlig og forebyggende indsats i kommunalt regi allerede under graviditeten.

Samlet set peger digitaliseringsgruppen på et særligt behov for at støtte kvinder med anden etisk baggrund. Gruppen har fokus på at udvikle kommunikationsstrategier og produkter til at imødekomme patientgrupper, såsom ukrainske flygtninge, som har særligt vanskelige forudsætninger for at bruge og begå sig i det danske sundhedsvæsen. En digitale infrastruktur kan i den henseende bruges strategisk til at netværke samt til at kommunikere, udvikle og målrette informationsprodukter med henblik på at skabe større tilgængelig og inklusion.

6 Case 2: Diabetes

Boks 6.1 Diabetes type 1 – helt kort

Diabetes er en autoimmun, kronisk sygdom, hvor kroppen ikke producerer insulin af sig selv til regulering af blodsukkeret.

Patienter med diabetes 1 behandles med insulin og kommer livslangt i centeret til 'kontroller' og behandling af deres sygdom.

Den medicinske behandling omfatter blodglukose-, blodtryks- og lipid-sænkende behandling med det formål at forebygge akutte komplikationer, fx koma og diabetiske senkomplikationer, fx øjen- og nyreskader. Effekten vurderes primært ud fra patientens egne og kontinuerlige glukosemålinger.

Kilde: Type 1 Diabetes – Dansk Endokrinologisk Selskab (endocrinology.dk)

Steno Diabetes Center på Aarhus Universitetshospital (SDCA) behandler børn og voksne med diabetes,

Klinikens børneområde har omtrent 300 børn og unge i behandling. De kommer sammen med deres familier. Patientkontakten er organiseret i tværfaglige 'teams' med fast læge, sygeplejerske og diætist.

På voksenområdet behandlede klinikken i 2021 3.465 patienter med diabetes, heraf var 2.077 patienter med diabetes 1 og 1.388 patienter med diabetes 2³. Patienterne med diabetes 2 kommer kun i SDCA ved komplikationer eller i forbindelse med ny medicin, og de behandles ellers af egen læge.

Klinikken behandler også andre typer af patienter med diabetes, såsom patienter med cystisk fibrose, der har en høj sygdomsbelastning. Den behandler også patienter med diabetiske fodsår og prædiabetes. Klinikken har også et behandlingsprogram for sportsudøvere/elitesport og for sårbare patienter. Klinikken vurderer også patienter til gastrisk bypassoperation, ligesom disse patienter før og efter operation kan være tilknyttet diætister og diabetesbehandlere.

Klinikken har et forskningscenter tilknyttet med en uddannelsesenhed, som tilbyder kurser og seminarer om diabetes til kommuner og almen praksis. Diabetesforskningen er teknologisk i en rivende udvikling med nye medikamenter og nye injektionspenne, pumper, apps og måle- og registreringsformer. Videndeling med det primære sundhedsvæsen er således en vigtig opgave for SDCA. SDCA samarbejder også med de øvrige Steno Diabetes Centre i Danmark, Grønland og Færøerne.

³ Tallene er fra Dansk Voksen Diabetes Databasen (DVDD).

6.1 Princip for omlægning

SDCA har været nedlukket af tre omgange. Under den første nedlukning lukkede centeret først hårdt ned for fremmøde af både patienter og ansatte. Special læger og sygeplejersker blev og tog telefoner for at imødekomme akutte henvendelser. De kiggede alle patientbookingslister igennem for at identificere patienter med velregulerede og planmæssige forløb og aflyse den kommende aftale, men holde fast i den næste. Mange patienters fremmøde-konsultationer kunne godt aflyses eller udskydes ved at kontakte dem over telefonen og spørge til akutte og konkrete problemer. På den måde blev der undgået stor pukkelopbygning ved at pille enkelte besøg ud med tilbud om at ringe til dem, hvis der var noget, og evt. tilbyde et videopakald.

Klinikken anvendte også videokonsultationer til behandling af deres patienter under nedlukningerne. De var først til at tage video i brug på børneområdet. Centerets direktør indkøbte hurtigt Cisco-skærme til klinikken, som opleves teknisk brugervenlige, med henblik på at sikre en nem og hurtig implementering af video. Video spredte sig også til voksenafdelingen som konsultationsform hos både læger, sygeplejersker og diætister. Telefon var og er efter fremmøde dog den primære kontaktform også i de tilfælde, hvor videokontakten af forskellige grunde er vanskelig på både patientsiden og behandlerensiden. Klinikernes oplæring til brug af video skete ved sidemandsoplæring med fokus på de tekniske ting.

Det var en ny, uvant opgave for klinikerne (læger, sygeplejersker, diætister og psykologer) at screene alle bookinger og sortere i patienterne ud fra, hvem der kunne aflyses, hvem der skulle tilbydes telefon eller video, da det blev muligt eller skubbes til næste kontrol. De nydiagnosticerede patienter og dårligt reguleret patienter skulle møde frem, mens de velregulerede patienter, hvor det gik planmæssigt, kunne skubbes. Patienter med fx cystisk fibrose eller andre sygsomme med smitterisici blev tilbudt telefoniske eller videosamtaler. Klinikken oplevede også patienter, som aflyste deres kontrolbesøg, formodentlig af bekymring for smitte.

Klinikken var igennem forskellige faser i forhold til at vurdere øgede risici for patientgrupper med diabetes. Nogle medlemmer af personalet var også indledningsvis bekymret for at møde frem. Centeret anlagde en dobbelt strategi, om

- ikke at aflyse patienter og opretholde driften, så pukler og ventelister undgås
- udstyre alle konsultationsrum med funktionsstabile videoskærme (Cisco).

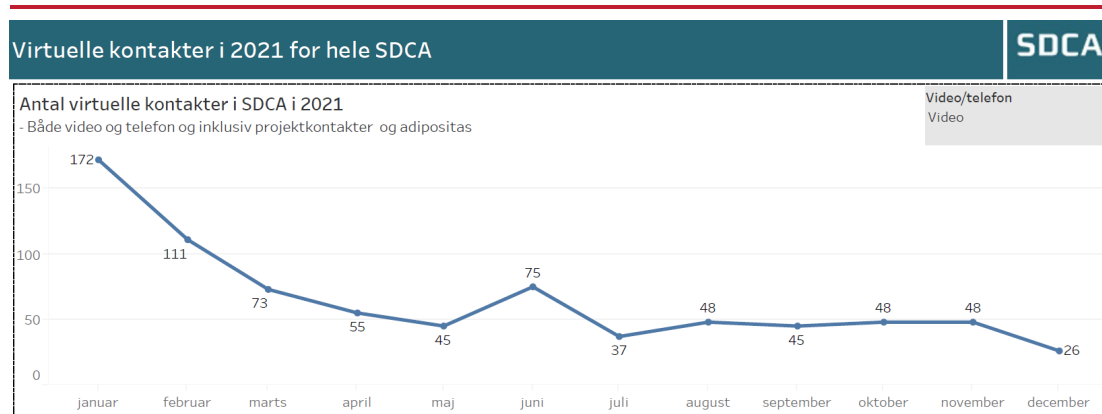
Screeningen af bookinglisterne til henholdsvis fremmøde, erstatningskonsultation og udskydelse foregik samlet under de tre nedlukninger ud fra følgende retningslinjer:

- Nydiagnosticerede og patienter med diabetisk fodsår opretholder deres fremmødekonsultation, men ikke med deltagelse af pårørende.
- Patienter under regulering opretholder deres konsultation, men via telefon eller video, hvis muligt.
- Dårligt regulerede patienter opretholder konsultation, men den afholdes via telefon, og når det er muligt via video.
- Velregulerede patienters konsultation udskydes.

- Sårbare patienter, fx patienter med cystisk fibrose, der har øgede smitterisici, tilbydes telefonkonsultation og siden også videokonsultation.

Klinikken oplevede således samlet, at covid-19-nedlukningerne ændrede deres konsultationstilbud. De oplevede, at meget kunne gøres via telefon, men også at det er et stort arbejde at selektere i patienterne, samt at god videofunktionalitet er vigtig for kunne tage video i brug til konsultationer. Figur 6.1 viser udviklingen i SDCA's virtuelle kontakter i 2021, der var et år, som startede med nedlukning og sluttede med gradvis ophør af restriktioner. Den blå graf viser, at klinikken i januar havde 172 virtuelle kontakter, som faldt til 26 ved årets udgang.

Figur 6.1 Udvikling i antallet af virtuelle kontakter i 2021



Kilde: Dataenheden, AUH.

I foråret 2022 er aktivitetsniveauet stadig på omkring 26. SDCA er lykkedes med at opretholdt driften under covid-19-restriktionerne, men ikke at fastholde de omlagte kontakter fra fremmøde-konsultationer til virtuelle efter genåbningen af samfundet. SDCA's overordnede strategi (og de politiske retningslinjer for transformation af sundhedsvæsenet og AUH som sådan) for omlægning til fleksible forløb med virtuelle kontaktformer er således ikke indfriet som en integreret del af klinisk praksis. Som en del af strategien har klinikkens patienter i 2021 fået mulighed for at tilmelde sig et brugerstyret behandlingsforløb 'DiabetesFlex' (Steno Diabetes Center Aarhus, 2022). En forudsætning for tilmelding er, at patienten har adgang til en computer og/eller mobiltelefon/iPad til SMS-beskeder og besvarelse af spørgeskema fra SDCA. Tilmeldte patienter svarer 1-2 uger forud for aftalt konsultation på et spørgeskema med Patient Rapporterede Oplysninger, PRO. På baggrund af patientens oplysninger i skemaet vurderer en sygeplejerske patientens behov og ønske til kontaktform og tildeler patienten en tid i ambulatoriet via telefon, video eller fremmøde.

De følgende underkapitler beskriver først, hvorledes klinikkens patientbehandlingsforløb under covid-19 blev omlagt til 'blandet forløb' med både fremmøde-konsultation, telefonkonsultation og videosamtale. Dernæst udfoldes fire faktorer, der har betydning for etablering af en klinisk praksis med miksede forløb. Faktorerne gælder særligt de lægefaglige og sygeplejefaglige behandleres oplevelse af omlægningen til virtuelle kontaktformer, organiseringen heraf og de tekniske rammer og muligheder for kvalitet i behand-

lingen med særligt videosamtaler. Kapitlet afsluttes med et roadmap for det videre arbejde med strategien. Roadmappen har afsæt i en status fra klinikken i 2022, Figur 6.5 på fordeling af de virtuelle kontaktformer på særligt telefon- eller videokonsultation. Den er udarbejdet på baggrund af et workshopforløb med en innovationsgruppe, der har særligt fokus på videosamtalers potentialer for kvalitet i fleksible forløb med forskellige kontaktformer.

6.2 Gentænkning af forløbsstruktur

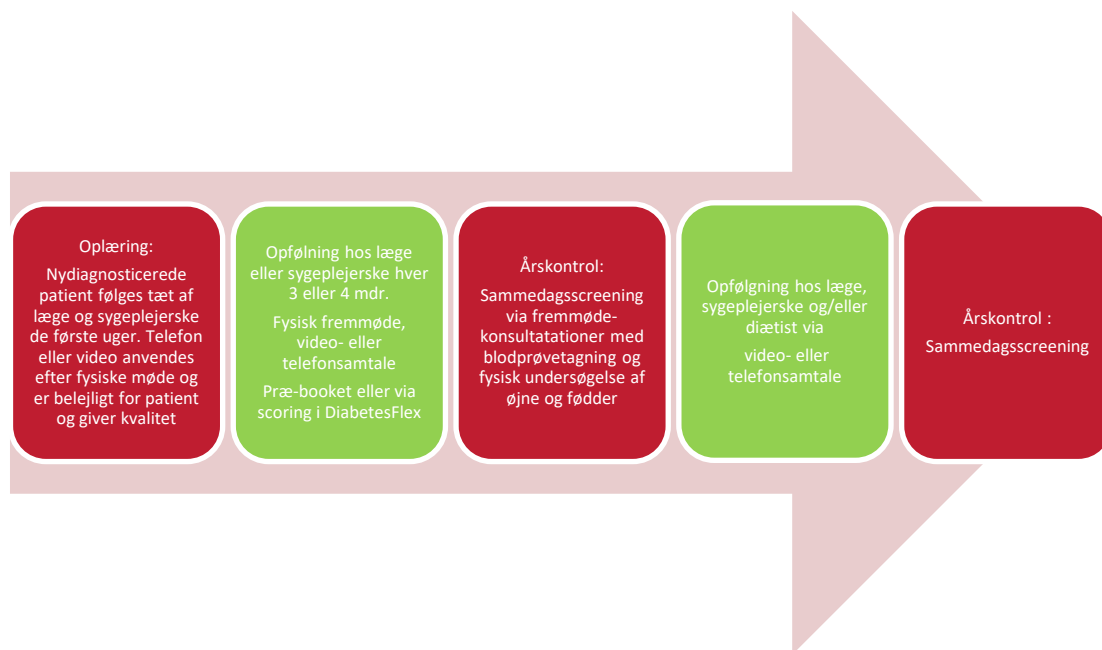
Patienter, der udvikler den autoimmune sygdom diabetes 1, forbliver i livslang behandling. Udviklingen i diabetesforskningen og -teknologier betyder dog, at diabetespatienter i dag har mulighed for at leve et liv ligesom alle andre. Afgørende er dog, at nydiagnosticerede patienter med diabetes bliver oplært i at behandle sig selv og at tage ansvar for deres sygdom:

En patient med type 1-diabetes skal måle sit blodsukker fem-otte gange dagligt, tage insulin fem til seks gange dagligt. De skal regne alting ind: hvordan de spiser, motionerer, og om de er syge. Det er der hele tiden. (Interview med diabeteslæge)

Patienten skal måle sig selv dagligt og være bevidst om samspil mellem kost og motion og sukkerniveauet i kroppen. Dette niveau skal af hensyn til langtidsfølgevirkninger helst holdes stabilt, udtrykt ved at patienter er 'velregulerede', modsat et blodsukkerniveau med gentagende udsving, der kaldes 'ustabil' blodsukker. Det stiller således krav til patientens egenomsorg at have diabetes, og klinikkerne beskriver i interviewene også diabetes som et dagligt 'diabetesarbejde', hvor patienten skal opretholde motivationen til vedvarende at monitorere og behandle sig selv for at skabe et videst muligt stabilt blodsukker. Det kan derfor også over tid udvikle 'diabetesstress' og 'teknologitræthed' hos patienten.

Klinikkens rolle er at oplære nydiagnosticerede patienter og tilbyde årlige kontrolundersøgelse for potentielle skadevirkninger af udsving i blodsukkeret og på baggrund heraf konsultationer til opfølgning frem til næste årskontrol. Diabetesbehandlingen følger traditionelt en fast konsultationsstruktur med 3-4 kontakter om året, hvor patienten kommer skiftevis hos den samme speciallæge og samme diabetessygeplejerske eller hos en diætist og psykolog, når det er relevant. Under nedlukningen blev det muligt at erstatte fremmøde-konsultationer med telefonkonsultationer og videokonsultationer. Det gav 'miksede forløb' med kontaktformerne fremmøde-konsultation, videosamtale og/eller telefonkonsultationer som illustreret i Figur 6.2.

Figur 6.2 Miksede forløb



Anm.: Den orange farve angiver fysisk fremmøde og grøn brug af video og telefon som fleksibel kontaktform.
Kilde: VIVE

Konsultationsstrukturen for diabetesbehandling i patientforløb under covid-19 gjorde således brug af virtuelle kontaktformer, hvor det gav mening, og bidrog til sikkerhed og tryghed frem for smitterisikoen ved fysisk fremmøde. De virtuelle kontaktformer blev reflekteret ind i behandlingsforløbene i henhold til, hvornår fysisk fremmøde var uundgåeligt, fx til årskontrollerne 'Sammedagsscreening'. De følgende tre afsnit giver indblik i overvejelserne bag brug af de tre kontaktformer relateret til konsultationsformålene oplæring, opfølgning og årskontrol.

Den nydiagnosticerede patient og fast opfølgning

Diagnosen er en livsforandrende begivenhed for patienten, og der er derfor hyppig kontakt i starten. Patienten bliver set af læge og sygeplejerske den første uge, og der bliver fulgt op igen inden for en uge, og patienten ringes op af sygeplejerske de første to-tre uger. Her lærer patienten om sin sygdom, og hvordan man skal monitorere og behandle sig selv.

Efter oplæring går patienten til opfølgning, fremdeles hos den samme læge og sygeplejersker, evt. også den diætist, som har oplært vedkommende. Patienten kommer gerne i faste intervaller hver 3. eller 4. måned efter aftale med lægen og sygeplejersken. Som en del af lægekonsultationen medbringer patienten sine målinger af sit blodsukker, 'korttidssukker'. Konsultationer er lagt an som en samtale mellem behandler og patient. I samtalerne med lægen præsenterer patienten sine blodsukkermålinger, enten indlæst digitalt eller ved, at man på papir og med pen vise sine målinger siden fx sidste konsultationen. Disse tal sammenligner lægen med patientens 'langtidssukker', der identificeres i en blodprøve og afslører, hvor stabilt blodsukkeret har været. Afhængigt af patientens pro-

blem eller udfordringer med at regulere sit blodsukker i dagligdagen, fx som sportsudøver, rådgiver lægen, men også sygeplejerske og diætist, patienten meget specifikt ned i deltaljen for at regulere insulin, motion, kalorieindtag og så videre.

Under perioder med restriktioner er det særligt disse vanlige opfølgningssamtaler, der er omlagt til video- eller telefonsamtale. Skærbilledet fra centerets hjemmeside i Figur 6.3 viser, hvorledes telefon og videokonsultationer er et tilbud på linje med fysiske samtaler.

Figur 6.3 Hjemmeside med introduktion til behandlingstilbud og -former

The screenshot shows the website for Steno Diabetes Center Aarhus, specifically the page for adult diabetes treatment. The main heading is 'Voksen med diabetes (fra 24 år)'. Below this is a video player with the text 'Velkommen til Klinik for Voksne' and 'Læs om vores tilbud til dig herunder.' To the right of the video is a sidebar with navigation links: 'Behandling', 'Kontakt din klinik', 'Pumpe og teknologi', 'Patientvejledning (auh.dk)', 'Kurser og events', 'Nyheder', 'Facebook', and 'Til fagfolk'. Below the video, there is a section titled 'Det tilbyder Steno Diabetes Center Aarhus' with sub-sections: 'Sådan foregår et besøg', 'Samtale i klinikken', 'Video/telefonsamtale', and 'Årssamtale'. Each sub-section contains a list of bullet points detailing the patient's experience. For example, under 'Sådan foregår et besøg', it lists: 'Du bedes møde i klinikken ca. 15 minutter før din aftale.', 'Når du møder i klinikken, skal du scanne dit sundhedskort og tage plads i venteværelset.', 'Ved nogle besøg bliver du herefter modtaget af en patienthjælper, som måler dit blodtryk, langtidssukker og udfylder et kort spørgeskema.', 'Hvis du ikke har gjort det hjemme fra, kan patienthjælperen også hjælpe dig med at uploade data fra din insulinpumpe, blodsukkerapparat, etc.', and 'Herefter bliver du kaldt ind til samtale med din behandler.'

Kilde: Steno Diabetes Center, <https://www.stenoaarhus.dk/behandling/voksen/>.

Årskontrol som sammedagsscreening

Patienterne tilbydes statuskontrol én gang årligt, kaldet 'sammedagsscreening', hvor alle væsentlige forhold og indikationer på gentagne udsving, 'røde tal' og risikomarkører for langtidsskader identificeres og gennemgås. Sammedagsscreeningen er en forholdsvis ny organisering af centerets behandlingstilbud. Som betegnelsen angiver, har tilbuddet sin styrke i, at det samler en række undersøgelser på AUH, så patienten ikke skal møde frem flere dage, men kan få afviklet sine undersøgelser og få svarerne på samme dag. Sammedagsscreeningen foregår på følgende måde:

- Patienten får lavet blodprøve (ved Blodprøvetagning på AUH).
- Patienten besvarer (siden maj 2021) et PRO-spørgeskema.
- Klinikens specialudlærte sygeplejersker drypper patientens øjne og tager øjenbaggrundsfoto, som de sender op til øjenafdelingen, hvor der sidder en læge klar og gennemgår fotos med det samme.
- Klinikken har oplært sine sygeplejersker til at vurdere patientens fødder, og fodspecialisten er standby.
- Til sidst gennemgår endokrinologen svarene (også for blodprøverne, som er klar) med patienten og laver en samlet vurdering. Konsultation afsluttes, ved at lægen aftaler næste konsultation med patient ud fra dennes behov for opfølgning.

Sammedagsscreeningen kunne ikke erstattes med video- eller telefonkonsultation på grund af de mange fysiske undersøgelser, og den fortsatte derfor som fysisk fremmøde.

Forløbsstruktur med præbookede eller fleksibel kontakt

Efter sammedagsscreeningen er der mulighed for traditionelle regelmæssige opfølgningskontroller hver tredje-fjerde måned. Booking foregår ved, at lægen skriver i journalen, hvornår patienten skal have en tid, hvorpå sekretæren sender patienten en tid. Nogle læger beslutter fra gang til gang sammen med deres patient, hvornår de ses igen. Da patientens helbredstilstand kan variere, er der behov for en vis fleksibilitet i forhold til frekvens, og hvilke fagligheder der bringes i spil i samarbejdet om patienten, men konsultationerne varer altid 20 minutter. Patienterne får et visitkort fra lægen med lægesekretærens telefonnummer, hvis de har brug for at kontakte lægen yderligere. De kan også skrive en mail til en funktionspostkasse, som lægen svarer på i systemet (har ikke egen mailboks at sende fra), eller hvor sekretæren booker en tid til, at patient og behandler kan tale sammen. Som alternativ tilbyder klinikken fra 2021 DiabetesFlex, hvor patienten i stedet for at aftale sin næste konsultation og opfølgingsbehov med lægen tilsendes et spørgeskema, PRO, til at vurdere sit behov for kontakt og valg af konsultationsform. Det skal bidrage til at give patienterne et mere fleksibelt forløb med en års-kontrol og ad hoc-besøg indimellem.

6.3 Faktorer med betydning for et trygt forløb med miksede kontaktformer

En række faktorer spiller en rolle for, at klinikerne oplever kontakten til patienterne med digitale kontaktformer som 'tryk' eller i klinisk forstand 'sikker' i betydningen, at klinikerne behandlingsansvar for patientsikkerheden (i henhold til sundhedsloven) er den samme som ved fremmøde-konsultation. I overensstemmelse med patienters ønske om en fast behandler er personkontinuitet også afgørende for klinikerne som udgangspunkt for en god kontakt til patienten og kvalitet i behandlingen. Med digitale løsninger ændrer rammerne sig dog for deres indbyrdes kontakt, og for hvorledes samtalen kan udfolde sig. For klinikerne har det fysiske møde afgørende betydning for deres samlede indtryk af den individuelle patient og for indgåelse i en relation til patienten, som de er sundhedsfagligt trykke ved. I det fysiske møde gør de brug af alle sanser i deres vurdering af

patienten. Konteksten for mødet er både konsultationsrummet og relevante undersøgelsesinstrumenter heri, men også mødet med patienten i venteværelset, der giver værdifulde kliniske input til behandleren om patientens almene tilstand. Sådanne input er vanskelige for klinikere at danne sig i virtuelle møder, da konteksten er en anden for begge parter. I telefonkonsultationen er patienten på mange måder reduceret til sin stemme og verbal sproglige ytringer, altså auditive informationer, eventuelt suppleret med information fra patientens journal. Via video kan patient og behandler se hinandens ansigter, hvormed klinikerens også har mulighed for at tage hensyn til eller eventuelt spørge ind til visuelle tegn. Samtidig lader samtalerne via telefon og video sig også lettere forstyrre af larm eller afbrydelser fra patientens kontekst, der er uden for klinikerens kontrol, og som derfor også kræver en udvidet opmærksomhed hos klinikerens på risikoen for misforståelser og rammerne for udveksling af personfølsomme informationer. I videosamtalen kan klinikerens også få en ny slags input om patientens kontekst for egenomsorg i hverdagen. Dette afsnit udfolder faktorer i dette møde mellem patient og kliniker, der har betydning for deres relation og personkontinuitet mellem dem, når den medieres med telefon og video.

6.3.1 Den lægefaglige faktor

Der er fire væsentlige pointer i lægernes erfaringer med omlægning til miksede kontaktformer under covid-19:

1. Det er ikke let at vurdere patienters konsultationsbehov ud fra bookinglister.
2. Læger prioriterer ikke deres patienters behov for konsultation ens, og de fortolker behandlingsansvaret med forskelle i forhold til, hvor de bedst bruger deres tid og kompetencer.
3. Det er forskelligt, hvad man kan med telefon og video, særligt også i forhold til kvalitet og motivation samt udvikling af et klinisk blik for relevansen af forskellige kontaktformer til kvalitet i behandlingstilbud.
4. Der er usikkerhed om antallet og betydningen af telefonkonsultationer og videosamtaler i den kliniske hverdag, herunder for motivation og arbejdsglæde.

Sidstnævnte pointe udfoldes også under kapitel 6.3.3 Den organisatoriske faktor.

Prioritering og vurdering af patientens behov

Omlægning af fremmøde kontakt til video eller telefonisk kontakt hviler på en faglig vurdering og prioritering af patientens konsultationsbehov. En væsentlig erfaring er, at det ikke er let at vurdere de enkelte patienters behov ud fra patientlister og patienternes respektive journaler, men med en slavisk gennemgang gav processen lægerne et indblik i muligheder for mere hensigtsmæssige brug af ressourcer hos både dem selv og hos patienterne. For hvorfor møde frem, hvis man ikke har et behov, eller hvis opfølgningen kan foregå via telefon eller video, og patienten (og familie) kan spares for unødige besvær?

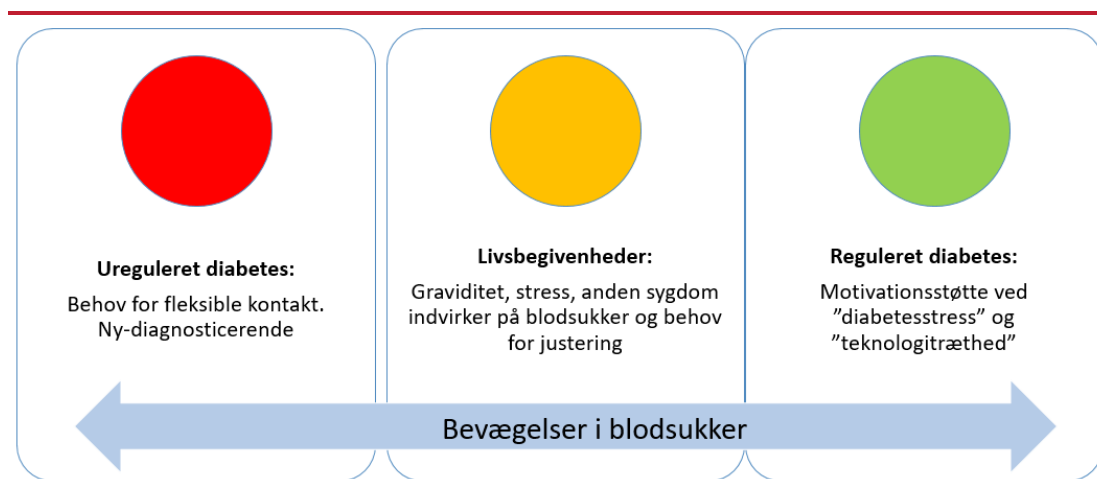
Men hvilke patienter er det, som er vigtige at se og følge op på, frem for andre patienter? En læge beskriver: *"Hvis du sætter ti læger til det [at vælge mellem patienter], vil de gøre*

det på ti forskellige måder. Alt efter hvem man er som læge, og hvordan man ser patient-læge-relationen”.

Et væsentligt forhold for prioritering er, hvordan man udlægger behandlingsansvaret. En læge understreger, at patienter ved en kronisk sygdom som diabetes 1 selv har ansvaret. For patienterne er oplært i at måle og regulere deres eget blodsukker, har teknologier og den fornødne viden stillet til rådighed med henblik på kontrol og justeringer, så de har selv ansvaret via deres egenomsorg, herunder for at følge de behandlingsråd, som de får tilbudt. Som speciallæge på hospitalet skal man i en periode tage mere ansvar for at støtte patienter med diabetes 2, men når patienternes blodsukker er reguleret igen, overgår de til deres egen læges behandlingsansvar. En anden læge understreger vigtigheden af at lindre, og at selv velregulerede patienter med høj egenomsorg har brug for konsultationer til motivation og støtte. Et afledt spørgsmål er derfor, hvor det stiller patienter med lav selvomsorg og dertilhørende dårligt reguleret blodsukker, og evt. også skam: Får de mere glæde af og bedre kontakter til deres behandlere ved muligheden for miksede kontaktformer? Og de velregulerede patienter med høj egenomsorg: Fravælger de fremmøde-konsultationer og 'nøjes' med telefon eller videosamtaler, og hvor får de i givet fald bedst kvalitet i deres egenomsorg? Hvilket samlet billede giver det af henholdsvis de resourcesvage og de resourcestærke patienters træk på klinikkens ressourcer?

Samtidig skal lægen have den enkelte patient for øje, idet dennes helbredstilstand og behandlingsbehov løbende kan ændre sig. Figur 6.4 demonstrerer, at patientens kontaktbehov, kan variere og som udgangspunkt aldrig er konstant på grund af det faktum, at blodsukkeret ændrer sig hele tiden ud fra forskellige parametre både i dagligdagen og i et livsforløbsperspektiv. For eksempel har patienter med 'røde tal' brug for regulering og hyppigere kontakt til opfølgning på behandlingen end patienter med 'grønne tal', der dog godt kan have brug for støtte alligevel, men formålet med kontakten ændrer sig.

Figur 6.4 Patienternes behov for kontrolbesøg og regulering svinger indbyrdes og over et livsforløb



Note: Farverne rød, gul og grøn indikerer, hvor velreguleret patientens blodsukker er, og behovet for kontakt til behandler.

Kilde: VIVE

Forskelle mellem konsultationsformerne

Lægerne var positive over for de muligheder og den fleksibilitet, som telefon- og video-samtaler gav dem i kontakten til deres patienter. En fællesnævner er den øjenåbnende erfaring, at digitale kontakter kan lade sig gøre og kan bidrage til kvalitet i forskellige sammenhænge.

Først og fremmest kan de digitale kontakter bidrage til patientsikkerhed for de patienter, som har andre sygdomme og er i særlig risiko for at blive smittet ved fysisk fremmøde. Derudover kan de digitale kontakter være forbundet med flere typer af bekvemmelighed for en række af patienter og deres familier, såsom fritagelse fra lang og dyr transporttid, hensynet til arbejdstid, deltagelse i uddannelsesaktiviteter og mindske af kalenderlogistik i familier. Endelig oplever mange unge, at det er mere tidssvarende at kunne få en videokonsultation.

De tre konsultationsformer har dog væsentlige forskelle og bidrager ikke til alle typer af kliniske opgaver i diabetesbehandling, og de skal derfor anvendes differentieret til konsultationens formål:

- Der er fysiske undersøgelser samt første håndstryk i mødet med patienten, som kræver fysisk fremmøde, herunder årskontrol/sammedagscreeninger og den nydiagnosticerede patient.
- Video kan bruges som erstatning for opfølgingskonsultationer, når det er hensigtsmæssigt for patienten.
- Telefon kan bruges til specifikke spørgsmål og ved hyppig opfølgning.

En læge uddyber relevansen af telefonkonsultationer til specifikke opgaver, hvor patienten har brug for hyppig opfølgning:

Dem, jeg taler i telefon med, det er dem, som har brug for hyppige opfølgninger, så der er en gruppe, hvor det vil give mening. Vi har nogle, hvor deres behov for behandling ændrer sig meget over kort tid. Du skal snakkes ved hver anden-tredje uge: De skal ikke herind hver gang. Det er meningsløst. Men det er en specifik ændring hos patienten, såsom: "Nu får jeg mindre binyrebarkhormon, hvor meget skal jeg specifikt ændre insulin?". Så telefoner til det meget specifikke, fremmøder til det mere generelle. Video, tror jeg, når de ikke skal køre så langt, altså rent convenience – lidt som fremmøde. Man taber en smule som behandler, men det er lidt mere effektivt for patienten. (Interview med diabeteslæge)

Meget kan som nævnt gøres over telefon, og telefonen er bekvem ved akut behov for kontakt, fx hvis en patient ringer ind fra sin ferierejse i udlandet og har fået feber og ikke ved, hvilke forholdsregler hun skal tage. Eller det kan være som erstatning ved afløsning af en fysisk fremmødekonsultation.

Telefonen har dog sine begrænsninger som erstatning for fremmødekonsultationen, både da patientens blodsukker ikke er tilgængelig, som når patienten medbringer tallene

til konsultationen på sin pen, usb-stik eller for dem indlæst i konsultationens venteværelse. Lægen har således ikke de samme informationer tilgængelig. Det gælder også for at vurdere patientens langtidsblodsukker. I konsultationen får lægen en grafisk fremvisning på sin pc-skærm, der viser udsving i patientens forløb over en længere periode, ved at man score målingerne som grønne, gule og røde. Denne triagering giver et hurtigt overblik over, hvor velreguleret patientens blodsukker er, og former indholdet af samtalen. Røde scorerer kan fx give anledning til at tale om specifikke peioder eller tidspunkter på dagen, som patientens har brug for lægens vejledning til at regulere bedre. De taler også om, hvorvidt der fremadrettet er særlige begivenheder eller aktiviteter, fx en sportsdag, hvor patienten skal tage nogle forholdsregler:

På sin pc visualiserer lægen patientens målinger, så det viser udsving i blodsukker over tid, fx tre måneder med farvekoder grøn, gul og rød. Samlet giver figuren et overblik over, hvor stabil og velreguleret patientens diabetes har været siden deres sidste konsultation. Mange grønne og gule målinger, men få røde peger på en velreguleret diabetes, mange røde og gule på en dårlig regulering. Lægen peger på skærmen, og patienten uddyber "hverdagen bag tallene". Figureringen af blodsukkeret over tid giver dem således et fælles udgangspunkt for at tale om hverdagen, og indkredse hvor reguleringen kan forbedres og evt. forhold patienten skal give mere opmærksomhed. (Observationsnoter fra fremmødekonsultation)

Videokonsultationen har nogle fordele frem for telefonkonsultationen, nemlig at lægen lettere kan 'genkende' sin patient, når der er billede på. Selv om lægen tilgår den pågældende patients elektroniske journal, så kan det være utilstrækkeligt at koble disse patientinformationer til den pågældende person. Ved telefonkonsultationerne gælder det ligeledes, at selv om man hører og taler med patienten, er det ikke altid, at man ud fra lyden af patientens stemme kan genkalde sig den konkrete patient, ligesom man kan tage fejl og tro, at man taler med en anden patient, end man regner med. Telefonmøder rummer derfor større risiko for misforståelser og fejl.

Kvalitet og motivation

Lægen beskriver også, at det er svært at bygge en relation op over telefon - at det er tæt på at være meningsløst:

Det er klart, at telefonkonsultationer gør det mere målrettet, men man mister også kontekst – relation, som man ikke opbygger på samme måde. Telefonkonsultationen er god til at løse en eller to konkrete problemstillinger, men hvis det handler om at bygge en relation op og over tid skal søge for, at du over tid lever godt med din sygdom og kan rumme din sygdom og kan leve i en god relation omkring det - til gavn for patienten - så er fremmøde i en konsultation langt bedre til at opnå det. Jeg hader telefoner vildt meget. Jeg er virkelig dårlig til at snakke i telefon med patienter. Jeg syntes det er næsten tæt på at være meningsløst. Nogle gange syntes også bare, det bliver ingenting. Man ringer bare lige... Det er nemt at booke en telefon, men hvis det ikke flytter nogen ting: Man fanger patienten nede i Bilka. Det er ofte det ikke giver en

meningsfuld relation, hvis det er noget, der kun handler om en blodprøve. (Interview med læge)

Telefonkonsultationer forudsætter nogle kompetencer, som denne læge ikke oplever at have, ligesom det ikke fagligt og kvalitativt opleves som en motiverende aktivitet af gennemføre (mange) telefonsamtaler.

Videoen har i den sammenhæng fordele for både relationsopbygningen til patienten og samtalens indhold og meningsfuldhed. De kan se hinanden. Lægerne oplevede også, at patienterne, der deltog i videomøder, var bedre forberedt, fx ved at have uploadet deres målinger på forhånd. Målingerne er uundværlige for lægens arbejde med at støtte og vejlede patienten til den bedste regulering af deres diabetes. Video har derfor på lægesiden nogle klare fordele, som måske ikke umiddelbart gør sig gældende for patientsiden af kontakten. Patienten kan nemlig godt huske sin faste læge uden visuel fremtoning. Ligesådan lægger videokontakten også op til, at patienten gør sine målinger digitalt tilgængelige for lægen, og dette kan derfor virke som ekstra arbejde. Telefonen opleves mere krævende i den lægefaglige behandling og vejledning, da det stiller krav til lægens hukommelse og forestillingsevne at 'genskabe', hvilken patient blandt mange forskellige patienter man taler med.

En læge kommenter også forskellene mellem videosamtalerne og fysisk fremmøde. Særligt fremhæver han, at samtalerne er rammesat forskelligt, således at videosamtaler starter og afslutter mere brat end ved fysisk fremmøde, hvor særligt det kliniske fænomen 'hånd på dørhåndtaget' er udtryk for, at patienter nævner deres største bekymringer ved afslutningen af konsultationen, altså bogstaveligt talt på vej ud af døren. I videosamtaler kan disse vigtige informationer gå tabt, hvis ikke klinikeren får skabt alternativ rammesætning for dialogen og patientens oplevelse af at kunne få italesat sine bekymringer.

Tabel 6.1 Karakteristika for mediering af patient-læge-samtale i tre konsultationsformer

Konsultationsform	Kontakt	Indhold	Sanser	Afslutning	Rammer	Support
Fremmøde	Er forbundet med rejsetid og udgifter for patienten	Samtale om hverdagslivets udfordringer fx med afsæt i visuel triage af målinger	Alle sanser, inklusive mulighed for fysiske undersøgelser	Flydende overgang til, når patienten forlader rummet og har fået sagt/spurgt om det vigtigste	Konsultationsrum It-arbejdsplads	Reception Medicinstuderende til indlæsning af blodsukker Venteværelse, let at informere ifm. med ventetid
Telefon	Nemt, billigt	Korte informationer Hyppige kontakter	Lyd, kognitivt begrænset input ift. at vurdere patientens samlede behov Risiko for at forveksle patienter	Når lægen har svaret på patientens initierende spørgsmål for henvendelse	Er fleksibelt i ift., hvor patienten opholder sig Kan være demotiverende for klinikeren, hvis den forringer	Sekretær for at stille patient igennem til læge

Konsultationsform	Kontakt	Indhold	Sanser	Afslutning	Rammer	Support
					den faglige kvalitet Forudsætter relation og er således ikke relationsopbyggende i sig selv	
Video	Kræver teknisk infrastruktur, pc/tablet/mobil, brugervenlighed og tilgængelighed	Samtale ud fra auditive og visuelle tegn, inklusive patientens ansigt, kontekst og informationsdeling via skærm	Lyd og syn, mulighed for ansigt-til-ansigt-samtale, dele skræm og søge informationer sammen Kognitivt anstrengende ift. lyd- og billedkvalitet	Når patient eller læge logger af	Er fleksibelt i forhold til hvor patienten opholder sig, men sikre at samtalen foregår i et fortroligt rum. Stabil internetforbindelse Kan bidrage til relationsopbygning mellem patient og kliniker	Peer-support Tekniske kompetencer til at logge på, evt. vejlede patient Risiko for at patient logger af ved blot lidt forsinkelse Vanskeligt at informere patient om forsinkelser

Anm.: Observationer og udsagn i tilknytning til diabeteskonsultationer.

Kilde: VIVE

Som Tabel 6.1 angiver, er der forskelle mellem de tre konsultationstyper, og de stiller også forskellige krav til rammer, support og kompetencer. Selv om lægerne har fået øje for, hvor det giver mening at bruge telefon og video i kontakten til patienten, så er kontaktformernes indvirkning på arbejdsgange og arbejdsbelastning ukendt. Det kræver noget forskelligt at opnå god kontakt til patienten og gennemføre og afslutte konsultationen i de tre former. For den samlede arbejdsdag er det ligeledes relevant at afbalancere antallet af og samspillet mellem de tre kontaktformer for at opnå en hensigtsmæssig brug af klinikerens opmærksomhed i en digitalt medieret klinik. De sygeplejefaglige erfaringer bekræfter og uddyber lægernes erfaringer, særligt i forhold til den tekniske og indholdsmæssige del af patientsamtalen og kompetencerne til at gennemføre denne.

6.3.2 Den sygeplejefaglige faktor

Sygeplejerskerne beskriver både tekniske og sundhedsfaglige kompetencer som forudsætninger for, at digitale kontakter kan bidrage til kvalitet i deres patientbehandling. En væsentlig præmis for sygepleje af ambulant patienter er, at sygeplejerskerne skal levere 'korttidssygepleje'. Modsat ved indlagte patienter har de kun kort tid sammen med patienten til at lære patienten at kende og målrette sundhedsinformationer til dennes specifikke behov. Denne 'korttidssygepleje' får nye vilkår ved digitale kontakter frem for fysiske og kræver ifølge en sygeplejerske med dybtgående erfaringer med digital patientkontakt en ny form for medmenneskelighed, der skal udfoldes gennem udvidet kommu-

nikative kompetencer til videokonsultationer. Hvad angår disse kompetencer, er den tekniske del kun en del, og den sundhedsfaglige del under udvikling i et forholdsvis tilfældig læringsmiljø. De følgende citater vidner om et usikkert læringsmiljø for at tilegne sig sundhedsfaglig funderet videokompetencer.

Jeg vil ikke være sprunget ud i det [videokonsultationer], hvis ikke det var en "skal-opgave" fra min chef, da nedlukningen kom. Og ganske rigtig: Jeg var gennem alle fejl-40'erne [menneskelige fejl]. Jeg har været til grin over det, og nu er jeg egentlig ret begejstreret over det. (Interview med sygeplejerske)

De gennemgribende erfaringer omhandler sygeplejerskens oplevelse af aldrig at have brugt video før nedlukningen, at være tvunget til at springe ud i det, ovenikøbet at lade sig vejlede af videoerfarende patienter og erkende, at de fleksible kontaktformer med fx video bidrager med kvalitet i patientrelationen og hermed også til korttidssygeplejen. Sygeplejersken beskriver, hvorledes det var muligt at oplære en nydiagnosticeret patient på en mere fleksibel måde, tættere på patientens hverdag og mindre indgribende i forhold til patientens tidsforbrug. Sidstnævnte betyder også, at patienten ikke i samme grad er tvunget til at afstemme, evt. aflyse konsultationer eller andet, når konsultationen via video kan afholdes mere fleksibelt. Hun giver et eksempel på en ung, nydiagnosticeret kvindelig patient, som har fået sine fysiske undersøgelser, men de første par uger fortsat skal støttes i at måle og behandle sig selv. Patienten gik samtidig til eksamen, hvorfor de aftalte korte videosamtaler som del af oplæringsperioden. Hermed kunne patienten passe sin uddannelse og samtidig få målrettet sit lærings- og informationsbehov tæt på sin konkrete dagligdag. Sygeplejersken reflekterer over sin faglige oplevelse af videosamtalen og dens ændring af rammerne for omsorg for patienten.

Det har været interessant, at jeg ser på mine patienter på en anden måde, fordi jeg lige pludselig ser dem på video. Det bliver så tæt. Jeg ser noget andet, måske i mimikken.

Og der er der nogle, der ikke kan lide det. Jeg har nogle, der har frabedt sig video, fordi de syntes, det er for tæt, men der er også nogle, hvor de ikke tænker over det. Jeg har tænkt over det, fordi jeg sidder og kigger på mine patienter, og lige pludselig ser jeg noget andet: Jamen hvis du så er allerbedst [som behandler], så spørger du om det, du ser, i stedet for at antage, at det er "sådan og sådan". Jeg siger: "Hvordan har du det med det, jeg sagde? Der var lige en trækning over dit ansigt".

Der er selvfølgelig også nogle ting, man går glip af, som man jo ikke fysisk kan se, sådan fysiologisk hvordan det ser ud det hul, hvor man stikker sig. Man skal måske også i hvert tilfælde tillære sig en anden form for medmenneskelighed, hvis der er behov for det, fx hvis de græder under fremmødet, så kan man nemmere stikke en arm frem, måske vise lidt medmenneskelighed i sine fysiske kropsbetoninger. Det skal man lære på video. (Interview med sygeplejerske)

Videokontakten kan således siges at give et nyt rum for samtale, et nyt rum, hvor sygeplejersken også skal lære at bygge relationen op til patienten på en ny måde og spørge ind til patientens situation og behov på anden vis. Det er ikke alle patienter, som kan lide den kontakt og 'tæthed' mellem ansigter som videobilledet kan give. Kontakten er nemlig ikke givet på samme måde, som til fremmøde-konsultation, hvor patient og sygeplejerske deler samme fysiske kontekst, en kontekst, som både organisatorisk og geografisk 'tilhører' sygeplejersken. I stedet afhænger og skabes deres relation af den virtuelle dialog, der bliver etableret, hvor klinikerne ikke er autoritet på samme måde, når patienten mere aktivt kan vælge kontakten til eller fra, fx som når patienten i ovenstående citat oplever det for intimt og tæt på med ansigt-til-ansigt-kontakten til sygeplejersken via videokameraet.

Sygeplejersken beskriver også, hvorledes de har anvendt video og telefon til patienter, som er sårbare, og hvorledes de digitale kontakter har givet mening til patienter, som ellers ikke har ressourcer i hverken fysisk, psykisk, økonomisk og tidsmæssig forstand til at møde frem. I det perspektiv har digitale konsultationsformer mulighed for at forebygge ulighed ved at gøre tilbud mere tilgængelige.

Sygeplejersken beskriver, hvorledes humor kan være en vigtig vej til at skabe relationen via video, fx også ved at afsløre, at man sidder på hjemmearbejdspladsen i joggingbukser. Grænserne er mere udflydende mellem privatperson og professionel, og klinikkerne kan åbne samtalen og spørge ind til patientens udsagn om sin hverdag på nye måder. Et eksempel er, at når patienten opfordres til at beskrive sin hverdag og svarer, at den består i at gå i skole, så kan sygeplejersken bruge sin intuition og iagttagelse over skærmen på ansigtstrækkene, den non-verbale kommunikation, til at spørge ind til og 'bagom' det sagte. Ved at gentage ordet 'skole' på en lidt ironiserende måde, der stiller spørgsmålstegn ved udsagnets rigtighed, åbner hun for en mere ærlig dialog, hvor patienten faktisk kan bekende over for hende, hvordan han egentlig har det. Det skamfyldte med at have svært ved at passe sin skole og hverdagen, inklusive regulering af sin diabetes, kan komme frem, og sygeplejersken kan støtte ham og evt. guide ham til at styrke sin selvomsorg. Vilkårene for korttidssygepleje kan i sådanne eksempler profitere fra den virtuelle kontekst for samtalen og skyde genvej til patientens egentlig problem.

Et dilemma for diabetesbehandling og for patientens ansvar for egenomsorg er, at det kan være skamfyldt at være dårligt reguleret, hvorfor de patienter, som har særlig gavn af behandlingen, udebliver. Særligt blodprøven med langtidssukker 'sladrer' om, hvorvidt patienten har været god til at regulere sig selv eller ej. Mange røde tal signalerer også dårlig regulering og kan opleves skamfuldt, modsat de grønne, som viser, at man er 'dygtig', at man 'har styr på sin sygdom', og at sygdommen ikke 'styrer én'. Disse spændinger og dilemmaer ved at skulle styre en sygdom, sit blodsukker, før det styrer én, beskriver sygeplejersken som et 'Tom og Jerry-forhold': Patienten skal lære at være Jerry, musen, der driller katten Tom, og være på forkant med den uregerlige 'kat' frem for omvendt: at patienten er katten, der halser efter et ureguleret blodsukker. Patienterne skal leve, så de styrer deres blodsukker og er på forkant med dets mulige udsving, fx i forbindelse med søvn, sport og måltider. Sygeplejersken oplever, at sådanne opbyggelige samtaler med metaforiske fortolkninger af sygdommen og dens betydning for den konkrete patient og dennes mestring har gode vilkår i fleksible videosamtaler. Hun beskriver dog også,

hvorledes disse samtaler, der både styrker relationen mellem patient og klinikker og behandlingseffekten, også kaldet 'patient-behandler-alliancen' - beror på at opøve kompetencer til videosamtaler og en reflektiv og fleksibel tilgang til patientkontakten.

Tabel 6.2 Kvaliteter i korttidssygepleje med videokonsultation

Terapeutisk relation	Fysiske kontekst	Det virtuelle rum	Den audio-visuelle samtale
Diabetessygeplejerske	Konsultationsrum i klinikken eller hjemmekontor	Autoritets-'tab' i forhold til beherskelse af teknikken Mindre kontrol over patientens adfærd Non-verbale tegn fra patientens ansigt Indblik i patientens kontekst og hverdag Anden ramme for omsorg, når man ikke kan lægge hånd eller arm om patienten	Åbenhed og nysgerrighed for patientens situation og 'livsverden' Humor, spørgsmål, aktiv lytning og refleksion Ny form for medmenneskelighed Brug af metaforer til at skabe relation og forbindelse mellem deres 'to verdener' og forståelser
Patient	Hjemmet eller i trygge, private omgivelser Videoløsning giver fleksibel kontakt til patienter, hvor fremmøde ressourcemæssigt er en forhindring	Anden ramme for at dele sin hverdag og evt. følelser af utilstrækkelighed, 'skam' i forbindelse med vanskeligheder med at regulere sit blodsukker.	Ansigtet 'forstørres' og kommer visuelt tættere på hinanden, hvormed intimitet og nærhed kan skabes, selvom man geografisk og kropsligt er placeret langt fra hinanden Fortrolighed til at dele tanker og følelser

Kilde: VIVE

Tabel 6.2 sammenstiller sygeplejerskens erfaringer med fokus på de forskellige kontekster, der medierer deres relation og samtale.

6.3.3 Den organisatoriske faktor

Organisatorisk er der flere faktorer, der spiller ind på en effektiv brug af digitale kontakter. Det gælder rammerne for samarbejde internt og eksternt, bookingpraksis, incitamenter, arbejdsgange og forsinkelser i dagsprogrammet.

Under nedlukningen har klinikerne erfaret, at hjemmearbejdspladsen vanskeliggør det interne samarbejde, herunder teamsamarbejdet om den enkelte patients behandling. Det er lettere at sparre og videndele med hinanden, når man deler fælles lokation i klinikken. Omvendt har klinikken gode erfaringer med digitalisering af sit eksterne samarbejde med kommuner og almen praksis. Frem for fysiske besøg har de udviklet e-læringsmoduler til at formidle den nyeste viden inden for diabetesbehandling og -teknologier til de eksterne parter.

Klinikkens bookingsystem og sekretærer spiller en stor rolle for organisering og afholdelse af konsultationer. Omlægning af forløbene til digitale kontakter har således skulle tilpasses bookingsystemet og klinikkernes arbejdsgange, som ikke har samme fleksibilitet indbygget, som de digitale kontaktformer lægger op til.

Bookingsystemet er lagt an på 20 minutters fysiske konsultationer, som patienten kaldes indtil en (eller to) måneder før indkaldelsesdatoen. Passer tidspunkt dårligt, risikerer patienten at få en tid en måned senere, hvis han eller hun vil til den samme behandler. I praksis ringer patienterne ind, når de har behov for akut rådgivning. Denne gives fx, når behandlerne har udeblivelser fra konsultationen. Der udvises således en grad af fleksibilitet i ambulatoriet i forhold til korte telefonopkald, men ikke i forhold til at konvertere fremmøde eller telefonkonsultationer over til video. I praksis er det sekretæren, som tager imod aflysninger, booker konsultationer i systemet og indkalder i e-Boks. De har dog ikke noget direkte mandat eller nogen supportstruktur til at ændre bookingpraksis, systemet og/eller patientinformationen i e-Boks med henblik på at forbedre informationskontinuiteten og infrastrukturen for denne.

Der er heller ikke incitamentsstrukturer for klinikkerne til at opfordre deres patienter til at gennemføre næste opfølgingskonsultation som videosamtale. En del af det økonomiske grundlag for klinikernes ansættelse er endvidere knyttet til registrering af fysiske kontakter.

Endelige så er det også som nævnt i afsnittene om den lægefaglige faktor og den sygeplejefaglige faktor uklart for klinikkerne, hvilken indvirkning digitale kontakter vil få for deres arbejdsgange og konsultationsrytmer. En læge udtrykker bekymring for at skulle lave videokonsultationer 'back-to-back', altså at størstedelen af de patienter, han ser på en normal konsultationsdag i klinikken, se. Tabel 6.3, i stedet bliver til en tæt række af skærmbesøg, uden at klinikerne får mulighed for at bevæge sig og strække benene, sådan som når patienten hentes i venteværelset ved fremmødekonsultationer.

Tabel 6.3 Læges konsultationsantal og -former på en dag i diabetesambulatoriet

Programsat for dagen i alt 14 patienter, heraf:

- 1 videokonsultation (forbindelse lykkes ikke, gennemført via telefon)
- 9 fysiske konsultationer (6 formiddag, 3 eftermiddag)
- 3 telefonkonsultationer, heraf 2 som udeblev og derfor blev ringet op.
- 1 patient udeblev helt.

Anm.: Feltnoter fra observation august 2021.

Kilde: VIVE

Ændre rammer for fleksibilitet i patientkontakten

Venteværelset får en ny betydning for klinikernes arbejdsgange og fleksibilitet i patientkontakten, når fremmøde-konsultationer erstattes af videomøder. I et presset dagsprogram kan patienter i venteværelset se, at der er travlhed, og klinikerne kan, samtidig med at man henter en patient i venteværelset, lade et ord falde til næste patient om, at der bliver et par minutters ventetid. Det fysiske rum giver derfor en vis fleksibilitet i kontakten mellem patient og kliniker. Dette gør sig ikke gældende for videokonsultationen, hvor to minutters forsinkelse kan opleves som lang tid for patienten, der venter i det digitale venteværelse uden feedback fra den analoge kontekst, der kan indikere, at behandleren kommer, så hurtigt han eller hun kan. Klinikkerne oplever det også særligt stressende at vide, at der sidder en videopatient og venter, som måske opgiver, hvis de ikke får besked om, at de ikke 'er glemt'. En sygeplejerske har udviklet en praksis om at

sende en SMS til patientens mobil, hvis hun har forsinkelser i sit program. Det forudsætter dog, at klinikerne har telefonnummeret og bruger tid på at skrive en besked. Videokonsultationerne giver således patienterne en fleksibilitet frem for fremmøde, men skaber mindre fleksibilitet i klinikkernes arbejdsdag. Ved selv små forsinkelser i klinikens dagsprogram kan det betyde, at videokonsultationen ikke gennemføres (patienten opgiver og kobler sig af forbindelsen), og at tidsforskydningen mellem, hvornår patient sidder klar i videokonsultationen, og klinikerne er til stede i det virtuelle rum, har en negativ indvirkning på patient-kliniker-relationen og den – for kvaliteten af samarbejdet mellem dem – vigtige personkontinuitet.

Fleksibilitet ved flere typer af konsultationsformer end fysisk fremmøde skaber i tilfældet videokonsultationer også en anden 'rigiditet' hos klinikerne i forhold til at afholde dagsprogrammet. Organisationen kan i forbindelse med fleksible konsultationsformer som video siges at mangle et alternativ til det fysiske venteværelse til at give feedback fra klinikken til patienter, der venter i det virtuelle rum.

6.3.4 Den tekniske faktor

Den tekniske faktor har både en praktisk dimension og en innovation dimension.

Den praktiske dimension omhandler teknisk knowhow til at få koblet sig på videoforbindelsen og bruge udstyret, særligt når der er tale om skærmudstyr, der kræver flere klik og omveje i arbejdsdagene for at få videoforbindelsen op at køre. Et særligt brugervenligt skærmprodukt, Citrix, blev indkøbt for at gøre det lettere for klinikerne at komme i gang med videokonsultationer. Produktet er dog en dyr løsning at indkøbe til klinikken i sammenligning med andre skærmprodukter. Tekniske problemer forbliver dog en udfordring, også hvor klinikerne ønsker, at det skal blive lettere at komme i kontakt med sårbare patienter via video-link som en fleksibel løsning:

Det skal være så nemt som overhovedet muligt for den, der sidder med det. Det vil være fantastisk! Jeg sad for eksempel med en patient den anden dag, som bor langt væk, og som netop har behov for en meget tættere kontakt, end det jeg kan tilbyde hende, fordi hun kan indimellem ikke køre til Aarhus, fordi hun har det for dårligt psykisk. Da vil jeg ønske, man kunne have sendt et link i nuet og prøvet det af med det samme. Prøv at se: Det er sådan her det fungerer, hvor jeg har hende i forvejen i røret. Hende har jeg nok prøvet at ringe til de første ti gange, så når jeg har hende i røret, så kan jeg også smede, mens jernet er varmt. (Interview med sygeplejerske)

Den digitale kontakt rummer også et innovativt perspektiv for at række ud til patienten på nye måder, jf. Figur 6.6. Videoens mulighed for fleksibel patientkontakt finder sygeplejersken, er motiverende og en kvalitetsskabende mulighed i korttidssygeplejen – særligt med henblik på at imødekomme sårbare patienters behov. Sårbarheden indbefatter også social ulighed i patienternes økonomiske ressourcer. Sygeplejersken drømmer om på linje med skærmpolitikken i folkeskolen at kunne stille skærmudstyr til rådighed for patienten som et nødvendigt hjælpemiddel i behandlingen af sårbare patienter i fremtiden:

Det er egentlig det begreb "fleksibel", som er motiverende for mig, men det er jo en sårbar gruppe. Nu er jeg bare ude i drømmeland: Tænk, hvis man kunne give dem en iPad, der ikke er ret dyr, og sige... At man gav dem den og viste, at det her fungerer, og at vi kunne holde konsultationer... Jeg kalder det altid samtaler, aldrig konsultationer, i det rigtige sprog. Tænk hvis man kunne! Så kunne man have samtaler over den [iPad'en]. Ligesom i skolerne, hvis det alligevel er de patienter, der bliver indlagt gang på gang og får sådan set mange følgesygdomme. Kunne man omkontere nogle af de mange penge, det koster at have dem indlagt? (Interview med sygeplejerske)

Informanten udfolder i citatet en forskningshypotese om at investering i iPads til sårbare patienter med ulighed i tilgangen til sundhed kan skabe en fleksibilitet i patientkontakten og hermed en kvalitet i patientbehandlingen, der øger selvomsorgen og hermed også forebygger følgesygdomme og nedbringer sundhedsvæsenets udgifter til patienten på den lange bane. Muligheden for mere fleksibilitet i patientkontakten ville desuden motivere sygeplejerskerne til at bruge video, selv når de, som informanten, ingen forudgående erfaringer har med videoteknologi. Sygeplejerskens refleksion og 'drøm' om, hvad fleksibel patientkontakt kan transformere af den i dag vanskelige patientkontakt og -behandling, særligt på området med type 2-diabetes, er interessant, også som fremtids-scenarier for udvikling af digitale kontakter. Patienter med diabetes 2 er den største patientgruppe og er endvidere kendetegnet ved social ulighed og er hastigst voksende.

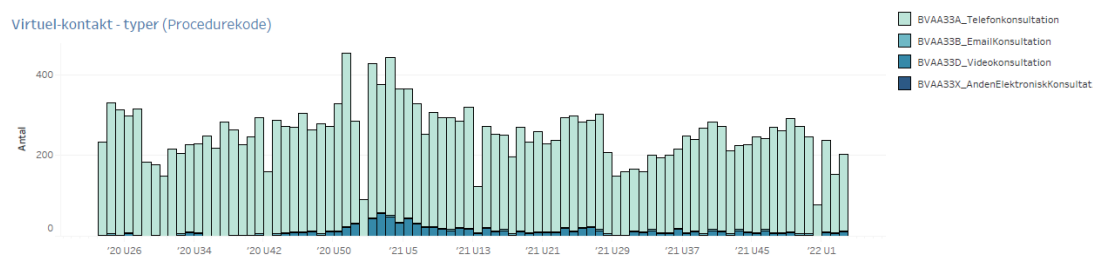
Ud over de ovennævnte aspekter af tekniske faktorer som brugervenlighed, potentialer for fleksibilitet og brugermotivation er muligheden for support et vigtigt aspekt. Supportfunktionen er meget vigtigt som en let tilgængelig del af klinikernes arbejdsgange. Den afsatte tid til en konsultation er så kort, at hvis ikke fx videoforbindelse virker med det samme, går video tabt som relevant kontaktløsning i en klinisk hverdag. Klinikere efterlyste derfor supportmedarbejdere, som de har hørt om fra det britiske sundhedsvæsen, som går rundt som en fast del af klinikken, og som kan hjælpe både klinikere og patienter. Udstyret skal virke her og nu, for at det er muligt at gennemføre konsultation som videokontakt. I praksis betyder vanskeligheder med opkobling, lyd og billede, at konsultationen flytter over til telefon, hvilket ikke har samme kvaliteter som videokontakten. Går der for lang tid mellem, at man bruger video, glemmer man endvidere både den praktiske tekniske del af det, ligesom man ikke udvikler de indholdsmæssige samtalekompetencer. Dette er en organisationstrategisk vigtig pointe for den fremadrettede planlægning og udbredelse af video: Antallet af videosamtaler i klinikken skal både afstemmes med, at der gennemføres nok til, at klinikere kan opøve erfaring og få kompetencen i praksis, og at der ikke er for mange i forhold til, at klinikeren får en meningsfuld og motiverende arbejdsdag med afvekslende konsultationsformer i klinikken. Hidtil har klinikere kun lært at bruge video fra peerlæring – og i nogle tilfælde fra patienterne selv. Denne læring er dog overvejende indskrænket til tekniske forhold og vedrører ikke den indholdsmæssige og sundhedsfaglige kvalitet og relevans, som indikeret i tabellerne 6.1 og 6.2 med de lægefaglige og sygeplejefaglige erfaringer med videosamtaler. Erfaringer, der netop er centreret på at styrke personkontinuiteten og relationen til patient for en forudsætning for kvalitet i videokonsultationer.

Samlet set stiller video som kontaktform nogle nye krav til udvikling af de sundhedsprofessionelles kompetencer med henblik på at skabe en fleksibel patientkontakt, opbygge en tillidsfuld relation samt at styre og gennemføre samtalen på en kvalificeret måde, der er tryk og meningsfuld for begge parter.

6.4 Roadmap for det videre arbejde

Klinikken har ikke fastholdt sin aktivitet efter genåbning af samfundet. Figur 6.1 viste i indledning til kapitlet, at antallet af virtuelle kontakter i 2021 svinder fra 172 til 26 i slutningen af året. Nedenstående Figur 6.5 viser, at de virtuelle kontakter overvejende er telefonkonsultationer (mintgrøn farve) og ikke videokontakter (mellem-blå farve).

Figur 6.5 Fordeling af virtuelle konsultationer på medietyper



Anm.: Udviklingen i brugen af virtuelle konsultationer fra uge 26 i 2020 til første uge i 2022.

Note: Steno Diabetes Center. Periode 1. juni 2020 to 29. maj 2022. A-Diagnose: Multiple values

Kilde: Dataenheden, AUH

I perioden fra midt i 2020 frem til starten af 2022 består de virtuelle kontakter fremdeles af telefonkonsultationer og i langt mindre grad video. Selvom videokonsultationer særligt under nedlukningen i julen og nytår 2020 stiger i brug, så udgør video i sammenligning med telefon kun en mindre andel. Som udfoldet i 5.3 Faktorer med betydning for et trygt forløb med miksede kontaktformer, så er der kvalitetsmæssige forskelle mellem video og telefon. Telefonkontakt er let tilgængelig og fleksibel i brug for patienten, men kvalitativt den ringere løsning i klinikkernes erfaring, både i forhold til at opretholde patient-sikkerhed og deres motivation. Videosamtaler har nye muligheder for at udvikle kvaliteten i patientbehandling og understøtte patientens egenomsorg i hverdag, herunder at videndele, fx via funktionaliteten skærmdeling og for målrette information til patientens kontekst. Øget brug af videosamtaler forudsætter dog, at organisationen understøtter med support og brugervenlig løsninger til den tekniske del. Til den sundhedsfaglige del har klinikkerne brug for kompetenceudvikling med henblik på at udøve omsorg og føre sundhedsfaglige samtaler via video. Følgende roadmap giver input til at styrke den tekniske og organisatoriske infrastruktur for at udbrede videosamtaler i miksede forløb. Indsatserne er udviklet i en iteration af tre workshops med en innovationsgruppe med deltagelse af patient, klinikere og eksperter, se kapitel 4 Undersøgelsesdesign.

Vision for video og integration

I workshop 1 udarbejdede innovationsgruppen en vision for centerets fremtidige forløb. Visionen handler i sin enkelthed om at fastholde videokonsultationer, både som erstatning for aflysninger og som tilbud på linje med fremmøde-konsultationer, samt udbrede og forankre DiabetesFlex, hvor patienten enten via PRO-skemaet i DiabetesFlex eller ved den afsluttende samtale med sin behandler kan vælge kontakttidspunkt og -form, herunder video, så flere patienter får et fleksibelt behandlingstilbud. Video bliver både anset som en kvalitetsforbedring i sammenligning med telefonsamtaler og som en kontaktform, der tillader en fleksibilitet, der kommer tættere på patientens hverdag. Visionen er i overensstemmelse med diabetescenterets overordnede ønske⁴ om at bidrage til, at patienterne 'kan leve et godt liv', hvor sygdommen fylder mindst muligt, dens konsekvenser bliver mindre, og patienten har de samme muligheder som alle andre. Videobru- gen er også i overensstemmelse med den øvrige samfundsudvikling og med de unge, nydiagnosticerede patienters forventninger om fleksibel tilgang til hjælp. Det overordnede formål er at støtte patienter i at leve et så normalt liv som muligt og nå patienterne på måder og tidspunkter, som imødekommer deres behov og ønsker.

I workshop 2 og 3 arbejdes der med en række initiativer, som skal støtte integrationen af videokonsultationer og DiabetesFlex i organisationens digitale infrastruktur og faglige kompetencer, så patienten oplever fleksibilitet i forhold til at få mødt sine behov og oplever personkontinuitet i forhold til sit faste team af klinikere.

6.4.1 Styrket infrastruktur og lettere adgang til videosamtaler

Lægesekretærene beskriver, at mange fysiske fremmødekonsultationer aflyses kort forud for aftalen af patienten, der ringer ind. De modtager opkald med aflysninger hver eneste dag. Et forslag er derfor at tilbyde patienter, der ringer for at aflyse, en telefon- eller videokonsultation. I de tilfælde, hvor patienten aflyser af praktiske grunde, er digitale løsninger belejlige. Gennem en periode på to uger tilbyder sekretærene patienter, der ringer for at aflyse, mulighed for video- eller telefonkonsultation i stedet. Ingen vælger video, men halvdelen vælger telefonsamtalen med deres behandler i stedet.

Dette afføder en refleksion i innovationsgruppen om brugernes oplevelse af 'den digitale klinik', adgangen hertil via klinikkens hjemmeside, oplysninger om brugen af video hos både klinikere og på patientsiden samt deres respektive kompetencer. Særligt informationskontinuiteten kan styrkes på en række punkter, så patienten møder en sammenhængende digital infrastruktur, der også understøtter valg af videosamtaler, herunder information på centerets og regionens hjemmesider, indkaldelsen via e-Boks og i forhold til DiabetesFlex. Centerets hjemmeside oplyser i samme sætning, at telefon og video-samtaler er muligt, men oplyser ikke om forskellene mellem dem: Hvad telefonsamtalerne er gode til, hvornår video er hensigtsmæssig, og hvad video praktisk indebærer. Innovationsgruppen arbejder derfor videre med udarbejdelse af skriftlig patientrettet information om de forskellige kontaktformer. Det er samtidig vigtigt at gøre videomuligheden synlig allerede i indkaldelsesbrevet til patienten i e-Boks, for at patienten oplever video-

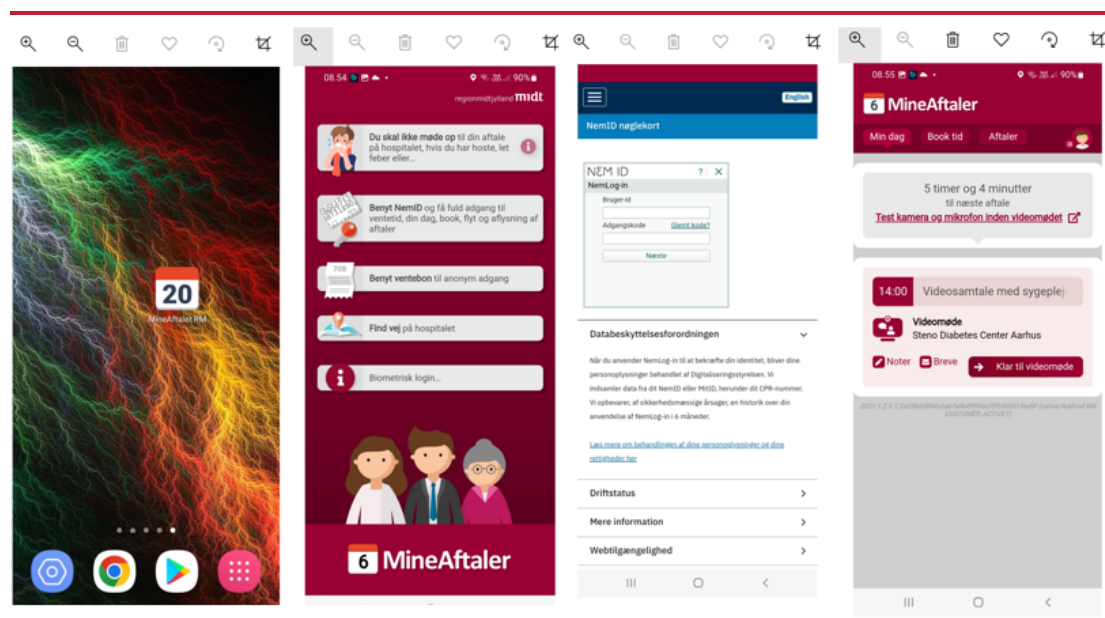
⁴ <https://www.stenoaarhus.dk/om-os/vision-og-strategi/>.

samtaler som en praktisk mulighed. Indkaldelsesbrevet skal således indeholde et videolink, som patienten kan gøre brug af, og/eller henvise til Regions Midts app MineAftaler⁵, som samler alle patientens kontakter med klinikken, og hvor patient under 'Min dag' kan finde sin kontakt med et på dagen aktivt videolink.

Dette forudsætter dog, at der ændres i eksisterende brevs-kabeloner, hvilket centeret ikke har direkte adgang til. Det vil derfor kræve et tæt ledelsessamarbejde på tværs af forskellige afdelinger og niveauer at afstemme de forskellige informationskilder, så patienten får en mere sømløs oplevelse.

Innovationsgruppen beslutter desuden at afprøve eksisterende muligheder for videokonsultationer via appen 'Mine aftaler', som patienter kan benytte til at få videokontakt, fremfor at aflyse af praktiske grunde. Udgangspunktet for afprøvningen af videosamtale mellem patient og behandler via appen MineAftaler er, at det skal opleves nemt og sammenhængende for brugerne at vælge video frem for fx fremmøde, aflysning eller telefonsamtale. Innovationsgruppen afprøvede løsningen ved, at patientdeltageren modtog en indkaldelse via appen fra den kliniske sygeplejespecialist med link til videokonsultation. Figur 6.6 demonstrerer afprøvning i innovationsgruppen, hvor patientdeltageren bookes til videomøde af en sygeplejerske i digitaliseringsgruppen.

Figur 6.6 Skærbilleder fra login og brug af App MineAftaler



Anm.: 1. skærbillede: app-ikon til MineAftaler, 2. skærbillede: siden efter aktivering af appen, 3. skærbillede: Indtastning af NemID-oplysninger, 4. skærbillede: Aktivering af 'Klar til videomøde' åbner videomødet på telefonen. Herefter åbnes skærm med eget videobillede, og mødelederen (kliniker) kan afventes eller omvendt, afhængigt af om patient eller kliniker åbner først.

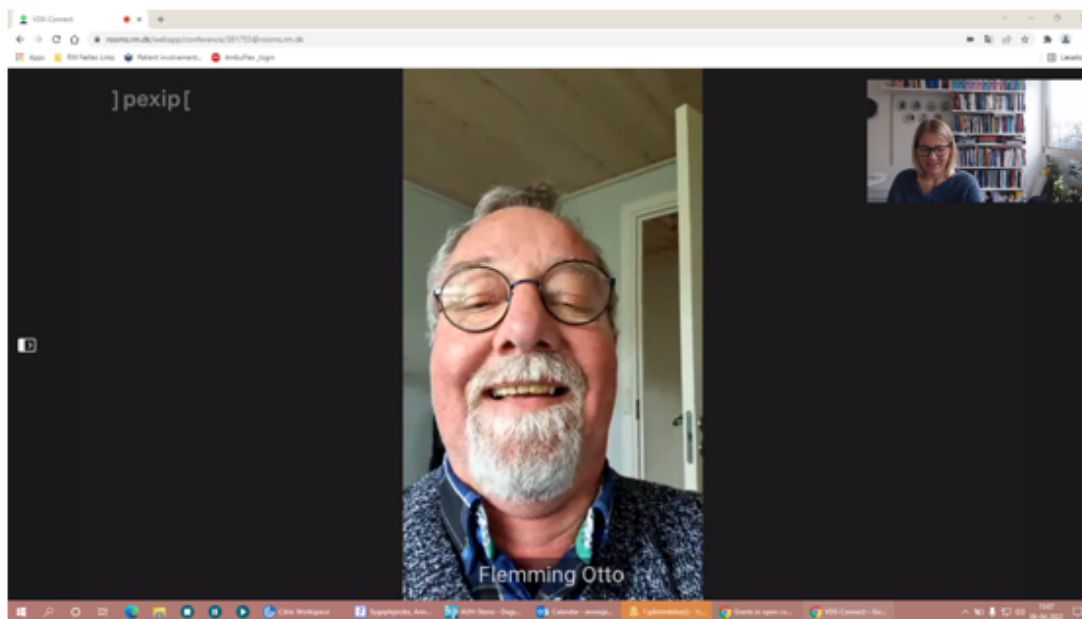
Note: Skærbillederne er fra afprøvning af appen MineAftaler til videokonsultation som del af workshop med Dialog Design.

Kilde: VIVE, 6. april 2022

Figuren viser de forskellige skærbilleder på patientens mobiltelefon, før samtalen kan etableres over video. Opkaldet lykkes som vist i Figur 6.7.

⁵ <https://www.booking.rm.dk/selvbooking/>.

Figur 6.7 Afprøvning af App MineAftaler til videosamtale



Anm.: Skærbillede fra diabetessygeplejerskens pc af videosamtale med patient, Flemming Otto på mobiltelefon.

Note: 6. april 2022. Deltagerne har givet tilsagn til brug af skærbilleder.

Kilde: VIVE på baggrund af workshop 3 og afprøvning af videoløsning via link i patientappen 'MineAftaler'.

Figur 6.7 viser skærbilledet af digitaliseringsgruppens to deltagere i samtale via video-linket i appen MineAftaler. Linket kan også bruges til PC eller tablet. Flemming Otto deltagere i gruppen som erfaren patient og beskriver efterfølgende sin brugeroplevelsen af videoløsningen i en e-mail:

Mine oplevelser af brug af appen MineAftaler er gode. Finder muligheden perfekt. Jeg kan have videokonsultation over alt på kloden uden at skulle til en tablet eller PC. Kvaliteten af videoen er helt OK. Det er let/simpelt/nemt at bruge. Og for mig langt bedre end telefonkonsultation, at kunne se hinandens mimik er bestemt ikke uvæsentligt. Jeg har også brugt video via min PC fra hjemmet problemfrit, blot jeg får et link dertil.

Jeg oplever, at jeg kan drøfte, hvad jeg har behov for. Også når det drejer sig om konsultation med klinikken. Jeg føler ikke, det virker hæmmende på nogen måder, ikke for mig i hvert fald. Jeg bruger i øvrigt også videokonsultation med min praktiserende læge.

Nej, for mig betyder det ikke noget, om vi kender hinanden. Du kan jo 'risikere' en anden rådgiver/vejleder til en konsultation, uanset om jeg møder op fysisk i SDCA eller mødes via video. Men videosamtaler er da mere åbne, føler jeg, når vi kender hinanden, hvilket et fysisk møde jo også er. (Mailudveksling med deltager i innovationsgruppen)

Udtalelsen bekræfter oplevelsen af, at videosamtaler er en nemt tilgængelig mulighed for kontakt både hjemmefra, eller hvis patienten er ude at rejse, og at den spiller sammen med hans øvrige brug af video, fx i kontakten til almen praksis. Appen MineAftaler bidrager med linket til videosamtale til Flemming Ottos oplevelse af let tilgængelighed og fleksibilitet og hermed også til kontinuiteten i hans patientforløb ved at skabe sammenhæng mellem information, personkontakt og hans muligheder i begge sektorer.

6.4.2 Patientens rolle

I forlængelse af afprøvningerne drøfter innovationsgruppen behovet for at skabe en ny fortælling, som formidler baggrunden for og ambitionerne med de nye kontaktformer og brugerrollen som patient. En vigtig pointe er, at fortællingen skal formidle det kliniske brugerperspektiv og patienternes perspektiv i en fælles ambition om at opretholde personkontinuiteten i deres relation, således at den kliniske kvalitet i patientbehandlingen målrettes den enkelte patients behov og hverdag.

DiabetesFlex spiller en central rolle i fortællingen som 'hjælper' for at understøtte patienten i at afklare sit konsultationsbehov. Et væsentligt fund er potentialet til at imødekomme både ressourcestærke og ressourcetsvage patienter på nye måder, hvilket samlet kan bidrage til mere lighed i sundhed ved at skabe mere fleksible og brugerstyrede tilbud på hverdagens præmisser. Digitale platforme og videosamtaler kan bidrage til bedre kommunikation og forståelse af egen sundhedstilstand hos nogle patienter. En del af grundlaget for patientens konsultation med lægen er indlæsning af dennes måling af blodsukker, således at lægen på sin skærm kan se udsving og 'røde tal', der tyder på ureguleret blodsukker. Sådanne sammenstillinger og triage af data til farvekoder kunne patienten godt selv tænke sig til at danne overblik og se mønstre over tid i sit eget 'diabetesarbejde'. Videokonsultationer giver også særligt gode rammer for dette, ved at man både kan samtale og dele data på skærmen, hvormed samarbejdet mellem patient og læge understøttes på en ny måde. Denne kan siges at styrke eller ligestille patient-læge relationen, da patienten også får feedback på sine målinger over tid.

6.4.3 Den videosamtale-kompetente kliniker

Klinikerne spiller en central rolle for brugen af videokonsultationer. Som en deltager i digitaliseringsgruppen siger, er der *"ingen digital patient uden en digital kliniker. De følges ad"*. Klinikerne i digitaliseringsgruppen og i interviewene gav dog udtryk for del usikkerheder om videokonsultationernes rolle i klinikkens hverdag, deres egne arbejdsgange og kompetencer, særligt grundlæggende bekymringer for at afholde videokonsultationer: Er jeg god nok? Får jeg tilstrækkeligt at vide (til at varetage mit patientansvar)?

En informant formulerede, at kontakten over video er forbundet med *"en anden form for medmenneskelighed"*, som ud fra hendes vidtgående erfaringer med video under nedlukningen forudsætter udvidet sensitivitet, samt udvidede refleksive og dialogiske kompetencer hos behandleren for at forstå og støtte patienten, fastholde alliancen mellem dem og hermed også fastholde kvaliteten af behandlingen. Samtidig var erfaringen også, at videosamtalerne åbner for en mere ligeværdig kommunikation, end man traditionelt forbinder med patient-behandler relationen, og at dette har kvalitetspotentialer. Et po-

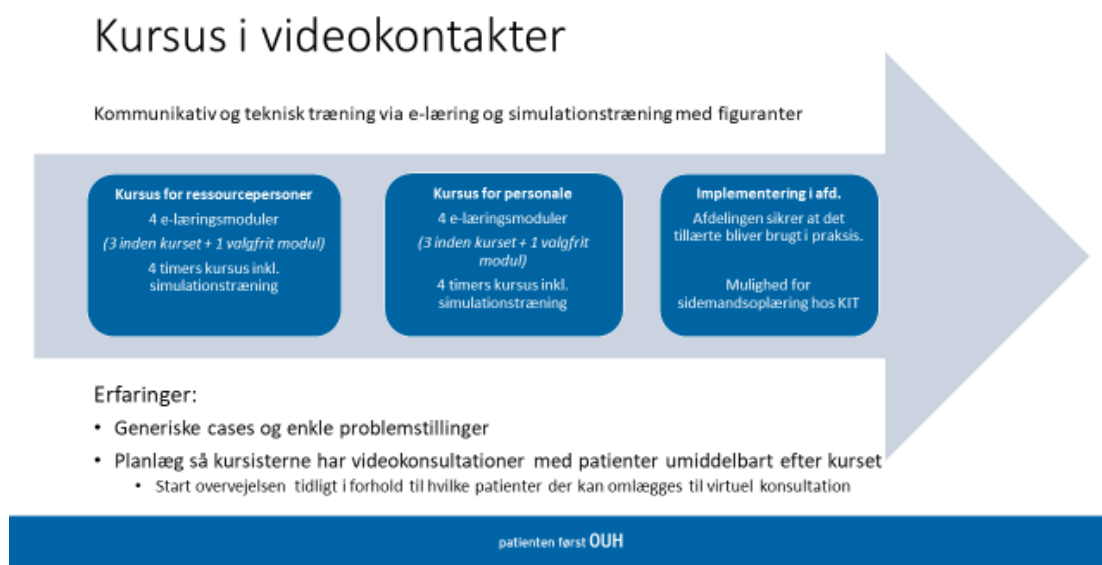
tientialet er, at samtalen kan blive mere på patientens præmisser i forhold til bekvemmelighed og kontekst for samtalen. Et andet er, at denne nye form for tilgængelighed er inkluderende for patienter, som af forskellige sårbarhedsgrunde, fx angst, skam eller manglende ressourcer, vanskeligere tager imod, aflyser eller udebliver fra det traditionelle tilbud om fremmøde-konsultationer. Hermed åbnes der potentielt set også for en anden patientgruppe end dem, der passer godt til patientrollen i den eksisterende struktur med fremmøde som dominerende kontaktform. En barriere for den digitale kliniker er dog, når behandlerne ikke føler sig klædt på til den ændrede ramme for interaktion og samtale med patienten.

Målettet kompetenceudvikling

Behovet for kompetenceudvikling til at kunne varetage digitale patientkontakter og -samtaler hos klinikerne forudsætter dog en organisatorisk indsats og investering i systematisk oplæring af personaler til videokonsultationer.

Oplæring i de sundhedskommunikative kompetencer er central med henblik på at få digitale klinikere, der også kan understøtte deres patienter i at vælge digitale kontakter frem for fremmøde. Digitaliseringsgruppen blev præsenteret for oplæringsstrategien fra Region Syddanmark med samarbejde på tværs af it-afdeling, patientkommunikationscenter og uddannelsesafdeling, jf. Figur 6.8.

Figur 6.8 Kursus i videokontakter fra Region Syddanmark



Anm.: Med tilladelse fra Karin Albjerg, Odense Universitetshospital.

Kilde: OUH.

Digitaliseringsgruppen fik også i workshop 3 forevist et tre-fire minutter langt e-læringsmodul til patientkommunikation via video. En deltager med klinisk baggrund kommenterede efter fremvisning af filmen:

Jeg kunne genkende, hvordan det er [videosamtaler], mens jeg så den. Men jeg tænkte også: "hvor tarveligt", at jeg skulle gøre mig alle de erfaringer selv.
(Deltager i innovationsgruppen)

Kommentaren understreger vilkårligheden i det lærte under covid-19-nedlukningen og behovet for, at organisationerne fremadrettet skaber formelle læringsrammer for udvikling af videokompetencer til patientkommunikation.

6.4.4 Organisatoriske rammer for videosamtaler i en klinisk hverdag

Interviews og workshopaktiviteter afslørede også behov for konkretisering af, hvorledes videosamtaler kan og skal indgå i deres kliniske hverdag. Forventninger svingede i interviewene med de kliniske informanter fra negative forestillinger om, at lægens konsultationstid vil gå med videosamtaler 'back-to-back', altså at video i vid udstrækning skulle erstatte fremmøde-konsultationerne – til oplevelsen af, at der er så få, at den enkelte kliniker ikke vil kunne opbygge tilstrækkelig erfaring til at blive kompetent til videosamtaler. Erfaringerne fra ungdomspsykiatrien, AUH og fra OUH peger på, at det er vigtigt, at kompetenceudvikling følges hurtigt op med en vis volumen af rigtige og gerne 'lette' patienter for sikre, at klinikerne får praktisk erfaringer og bliver fortrolige med videosamtalerne. En vej hertil er, at organisationen sætter nogle mål for antallet af videosamtaler i klinikken, således at klinikerne sikres erfaringsopbygning, at videosamtaler bliver en afmålt del af arbejdsgangene, herunder både som erstatning for fremmødekonsultationer, for aflysninger, men også for telefonsamtaler.

Spørgsmål til afklaring i organisationen er derfor:

- Hvad er den gode balance for digitale kontakter i klinikken, særligt også for videosamtaler i den enkelte klinikers hverdag og arbejds gange?
- Hvis målet er nærhedsfinansieringsmodellens 30 %, hvad vil det så sige i praksis, og hvordan skal de indføres: Får klinikerne et til tre videomøder om dagen, om ugen eller om måneden? I hvilken grad skal og kan de erstatte fremmødekonsultationer, aflysninger og/eller telefonkonsultationer?

Endelig peger innovationsgruppen på behov for organisatoriske rammer, som sikrer tilgængelig support, så det ikke er tekniske forhindringer, der blokerer for videosamtaler. Innovationsgruppen mener, at både patienter og klinikere ideelt set bør blive mødt af 'support-ninjaer'. Support-ninjaer hjælper patienter med at få appen, fx MineAftale, afprøve videolink og evt. blive tilmeldt DiabetesFlex på linje med patienter, der møder fysisk, som får hjælp til at uploade deres målinger/data. Support-på-gulvet efterlyses også af klinikerne til at sikre, at videoen fungerer og et ordentlig 'fit' mellem skærme, hardware og software, mikrofon og lyd til deres øvrige digitale arbejdsplads.

6.5 Opsamling

Diabetescenteret har omlagt ambulant aktivitet under covid-19-pandemien med øget brug af telefon- og videokonsultationer frem for fysisk fremmøde. Ud fra kriterier om at opretholde produktivitet og undgå punkter og ventelister har de mest erfarne klinikere

brugt patientbooking-lister til at sortere, hvilke patienter der kan udskydes eller tilbydes video- eller telefonkonsultation i stedet for fysisk fremmøde. Herigennem har de opretholdt produktivitet, undgået ventelister og fået erfaring med digitale konsultationsformer i klinisk praksis. Klinikken har særligt gjort brug af video på børneområdet og i mindre grad til voksne patienter. Her har telefon været brugt i stor udstrækning.

Parallelt til genoplukning af samfundet har de genoptaget fysisk fremmøde-konsultationer og neddrolet videokontakter til nogle få. Centeret vil dog gerne fastholde brug af videokonsultationer som et tidssvarende og fast tilbud i klinikken og udbrede deres fleksible patientforløb, DiabetesFlex, hvor patienter kan bestemme kontaktformen patientforløb efter behov.

Deres erfaringer med digitale kontaktformer lægger op til en differentieret brug af henholdsvis fremmøde-konsultation, videokonsultationer og telefonkonsultationer, der er fleksibelt relateret til patientens forløb. Mens der vil være fysisk fremmøde for nydiagnosticerede patienter og ved konsultationer med fysiske undersøgelser, vil videokonsultationer kunne være en fordel for patienter, som lægen vurderer, er velregulerede eller har brug for hyppigere instruktion, fx fortsat oplæring i brug af pumpe og vejledning hos en diætist eller sygeplejerske. Video kan også bruges til opfølgingskonsultationer, når det er en fordel for patienten. Videokonsultationer gør det lettere for patienter at mødes med klinikerne, spare transporttid og -udgifter og passe konsultationerne ind i en hverdag med arbejde eller skole. Erfaringerne viser desuden, at telefonkonsultationer er nyttige, når videokonsultationen ikke lykkes, samt ved hyppige kontakter og konkrete, afgrænsede opgaver.

Analysen viser, at der er kvalitativ forskel på de forskellige kontaktformer. Blandt andet kan klinikerne bedre styrke personkontinuitet og relationen til patienten ved videokontakt frem for telefonkontakt, fordi klinikerne har lettere ved visuelt at genkende patienten. Der er endvidere en oplevelse af, at patienter tendentielt er bedre forberedt til videosamtaler end ved fremmøde og telefon ved at have uploadede data, deres blodsukker målinger forud for mødet.

Udvikling af den digitale klinik og kompetente videokliniker

Det kræver imidlertid udvikling af nye både tekniske og indholdsmæssige kompetencer at føre videosamtaler, herunder indsigt i 'non-verbale cues' og det at indlede og afslutte videosamtalen. Klinikerne er ikke formelt oplært i brug af video til klinisk samtale og behandling, og var afhængige af videoløsningens brugervenlighed, peer-learning og opbygning af egen erfaring. Fastholdelse af videokonsultationer som et tilbud forudsætter kompetenceudvikling med henblik på at skabe den digitalt kompetente kliniker, der kan skelne mellem kontaktformer og understøtte sin digitale patient og personkontinuiteten i deres kontakt.

Nogle klinikere frygter for arbejdsglæden ved forestillinger om en hverdag, der udelukkende er fyldt med videokonsultationer. De miksede forløb og kontaktformer forandrer klinikernes hverdag, deres arbejdsgange og interaktionen med patienterne. Balancen i arbejdsgange, der veksler mellem de tre kontaktformer er udfordrende at implementere. Analysen peger på behov for udvikling af kliniske arbejdsgange med en afmålt kombina-

tion af de forskellige kontaktformer særligt med henblik på at sikre klinikere kompetenceudvikling i praksis og en afstemt meningsfuld variation af kontaktformerne for patient-samtaler i den kliniske hverdag.

Organisatorisk er der barrierer for brugen af særligt video som digital kontaktform, idet der mangler let tilgængelig support, ligesom den digitale infrastruktur og informationen om de digitale muligheder endnu ikke er fuldt forankret. Samtidig kan patientkontakten/personkontinuiteten via video kan være udfordret, når der er forsinkelser i klinikken. Her kunne det fx være en fordel med en feedback-løsning til patienter, der venter i det virtuelle rum til videokonsultation, når klinikeren er forsinket (information om, at samtalen ikke glemte eller aflyst).

Et trygt møde mellem patient og kliniker med digitale kontaktformer forudsætter således organisatorisk tiltag og samarbejder mellem it-support, kompetenceudvikling af kliniker til ændrede former for patientkommunikation, måltal for antallet og fordeling af kontaktformerne, så de er afstemt med oplæring og motivationsbevarende arbejdsgange i den kliniske hverdag.

Forandringerne kalder på en styrket patientfortælling, som formidler baggrunden for og ambitionerne med de nye kontaktformer, brugerrollerne som både digital patient og digital kliniker og en styrket personkontinuitet i et hverdagsliv-perspektiv. Videreudvikling af den digitale diabetesklinik forudsætter organisatorisk samarbejde om udviklingen af en digital infrastruktur, der opleves mere tilgængelig og sømløs af både patient og kliniker.

7 Case 3: Psykiatrisk klinik for unge

Boks 7.1 Om Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling modtager patienter fra 19 kommuner i Region Midtjylland. Patienterne henvises til diagnostisk udredning fra almen praksis og Pædagogisk, psykologisk rådgivning, PPR, i kommunerne. Afdelingen har samlet set omkring 600 personer ansat.

Psykiatrisk klinik for unge, der deltager i projektet, har 80 ansatte. Disse fordeler sig på 6 speciallæger i psykiatri, 37-38 psykologer og omtrent 19 sygeplejersker. Klinik for Ungdomspsykiatri, herefter forkortet Ungdomspsykiatrien, udreder og behandler unge 14-17/20-årige med alvorlige psykiske forstyrrelser og sygdomme. Klinikken har mange erfaringer med om-lægning af deres patientkontakter med brug af digitale løsninger i bred forstand. Det drejer sig både om brug af videokonsultationer, telefon og apps i patientkontakter til virtuelt organi-sering af samarbejdet i klinikken via mails, telefon og videomøder.

Klinikken og dens ambulante aktiviteter fordeler sig på tre forskellige matrikler i Skejby, Vi-borg og Herning. Matriklen i Herning er flyttet til Gødstrup i slutningen af 2021.

Ungdomspsykiatrien har oplevet et stort pres under covid-19. Nedlukningen har dels vanskeliggjort kontakten mellem de unge, deres behandlere og de unges familier, når alle har skullet undgå fysisk fremmøde. Man har planlagt med færrest mulige personaler i fremmøde og omlagt så meget aktivitet som muligt uden fysisk fremmøde. Kun nødberedskabet af personaler har skullet møde frem fysisk i klinikken til de patienter, hvis pa-tientsikkerhed i behandlingen ikke har kunnet sikres digitalt. Ungdomspsykiatriens le-delse beskriver tiden selv som svært udfordrende og usikker i starten af covid-19 for både medarbejdere og patienterne. I den sammenhæng har digitale kontaktformer, sær-ligt video, bidraget til tryghed. Endvidere er presset på ungdomspsykiatrien steget under den lange nedlukning, hvor ændrede struktur i de unges dagligdag og isolation og for-sinkelser i henvisninger fra kommunerne på grund af skolenedlukninger har øget børn og unges psykiske mistrivsel.

Generelt har nedlukningen øget presset på klinikkens produktivitet også i antallet af hen-visninger fra fx almen praksis, men også fra organisatorisk sammenlægninger og flytning-er, der samlet har kaldt på nye løsninger i organisering af de kliniske tilbud og i samar-bejdet både internt i klinikken, der fysisk er fordelt på flere matrikler i Region Midtjylland, samt med deres samarbejdspartnere i primærsektoren.

Ungdomspsykiatrien har fastholdt sine erfaringer med digitale løsninger under nedluk-ningen og integreret dem i deres samlede ambulante aktivitet til et nyt patientforløbsde-sign med miksede kontaktformer. De miksede kontaktformer betyder, at der i klinikkens behandlingstilbud både indgår fysisk fremmøde-konsultationer og virtuelle kontakter med video og/eller telefon i en organisation med en digital infrastruktur for patientforløb.

Da klinikken allerede har integreret erfaring fra covid-19-nedlukningerne i deres forløb, indgår de ikke i projektets workshops. I stedet udfolder vi deres læringsproces og præ-senterer baggrunden for udformning af deres nye forløb med miksede kontaktformer.

7.1 Ungdomspsykiatriens hovedaktiviteter

Ungdomspsykiatriens hovedaktivitet er udredning af unge mellem 14 og 18 år, der henvises fra almen praksis og kommuner. Der afholdes første vurderende samtale for 40 patienter om ugen. Diagnosen og kompleksiteten afgør, om den unge tilbydes behandling i klinikken eller henvises til kommunale behandlingstilbud hos PPR eller andre specielle indsatser. Unge, der er i udredning, inden de fylder 18 år, kan indgå i forløb, frem til de er 21 år.

Klinikken dækker alle psykiatriske diagnoser bortset fra misbrug og spiseforstyrrelser som primær diagnose (de kan indgå i deres patienters forløb som sekundær diagnose). Deres to store patientgrupper er:

- Patienter med autisme
- Patienter med ADHD.

Patientgruppen med autisme gennemgår et udredningsforløb, som følges op med endags holdundervisning med de unge og deres forældre. Deres forløb er typisk slut efter halvanden måned. De får ikke et egentligt behandlingsforløb. I stedet gives der anbefalinger til den unges netværk og til det professionelle netværk. De får noget psykoedukation til behandling af deres tilstand, nogle anbefalinger, men ikke et forløb.

Unge med ADHD får en udredning på omkring et måneds varighed. Hvis de skal behandles med medicin, opstartes denne, og de går til 'medicinkontrol' hos sygeplejersker til regulering af medicinen. Det varer typisk et år at stabilisere det, eller klinikken følger det i et år. Unge med ADHD tilbydes også psykoedukation. Denne er spredt ud over året med de medicinske kontroller og foregår som en del af kontakten med sygeplejersken. På mødet måles blodtryk og vitale værdier, og sygeplejersken snakker med patienten om, hvordan medicinen virker. Unge patienter med skizofreni er en mindre patientgruppe, som går i et fast toårigt program.

7.2 Princip for omlægning

Da Danmark nedlukkes 13. marts, får klinikken ledelse at vide, at aktiviteten skal oprettholdes og udredningsgarantien holdes. Ledende overlæge og afdelingssygeplejerske og afsnitsleder gennemgår alle klinikken aktiviteter med henblik på at beslutte, hvor ambulante kontakter kan gennemføres uden fysisk kontakt og erstattes med anden løsning.

De kommer frem til en model, hvor digitale løsninger skal erstatte:

- Alle kontakter, hvor det vurderes, at kontakten kan udføres fagligt ansvarligt uden fremmøde.

Et minimum fremmøde af de forskellige faggrupper på seks-otte klinikere udgør vagtpersonalet i klinikken, resten skal arbejde virtuelt hjemmefra.

På baggrund af sundhedsstyrelse og regeringens anbefalinger bliver psykoedukationen med heldagsgruppekurser til de unge med autisme og deres familier aflyst. De bliver

erstattet af et generelt videomateriale. Videomaterialer om ADHD og autisme er tilbudt af Region Hovedstaden på baggrund af en erfaringsudveksling omkring psykoedukationsmateriale med de øvrige regioner. Endvidere er det generelle materiale fulgt op af den enkelte behandler i de konkrete kontakter med patienterne og deres familier.

Anden nedlukning

Over sommeren 2020 øgedes det fysiske fremmøde, men allerede fra august og frem til september lukkede Aarhus-området ned igen på grund af høje smittetal. Anden nedlukning var således initieret i efteråret frem til den nationale nedlukning i december 2020. Den anden nedlukning bød på justeringen af omlægninger under den første nedlukning. Videomaterialerne om autisme og ADHD blev erstattet af Region Midtjyllands i mellemtiden færdigudviklede program. Ligeledes gav klinikernes erfaringer med brug af videokonsultationer til deres første samtaler med henviste børn og unge, kaldet den Opklarende samtale (som er det samme som Opstartssamtalen), anledning til justeringer af princippet.

Klinkerne oplevede, at værdifuld information kunne gå tabt i den digitale kommunikation. Et eksempel var en ung med selvskadende adfærd, som ikke blev opdaget under videokonsultationen med sygeplejersken, men først da blodtryksmålingen under den fysiske konsultation med sygeplejersken afslørende snitsår på underarmene. Det førte til gentænkning og justering af forløbsstrukturen med henblik på at sikre den kliniske kvalitet og patientsikkerhed i miksede kontaktforløb. Video vurderes således bedst til patienter, som behandleren/klinikerne kender og har dannet sig et førstehåndsindtryk af fra et fysisk møde. Video er også bedst til kendte og stabile patienter. Modellen modificeres derfor til:

- Alle kontakter, der ikke er akutte
- Kontakter, hvor udredning og behandling ikke kræver fysisk fremmøde
- Kontakter, hvor patienten er kendt i klinikken.

Det er underforstået, at alle nye patienter i klinikken skal fremmøde fysisk, og det samme gælder akutte, fx selvmordstruende patienter og patienter, der skal deltage i en fysisk undersøgelse, fx blodtryk eller test.

Disse indsigter om vigtigheden af at have mødt patienten første gang som fysisk person for at kunne lave en samlet klinisk vurdering fik klinikken til at opjustere antallet af klinikere i vagtpersonale, der skulle møde frem.

Video har haft en afgørende betydning for, at klinikken har opretholdt sin aktivitet under hele covid-19-pandemien og ikke har aflyst konsultationer. Klinikken har gjort brug af videoløsninger både som film med informationsmateriale til at erstatte informationsmøder, fx til nydiagnosticerede patienter med autisme og deres familier, og som virtuelt møderum for samtaler. De aflysninger, der har fundet sted, har været fra patienter og deres familier.

Samlet set betyder det, at ungdomspsykiatrien har kunnet opretholde sin produktivitet under pandemien via brug af særlige videokontaktformer, og også efter ophør af samfundsrestriktionerne. Klinikens ledelse vurderer selv, at de opfylder nærhedsfinansieringsmodellens opfordring til 30 % af kontakterne som værende digitale⁶.

7.3 Gentænkning af forløbsstruktur

Forløbsstrukturen for unge, der henvises til udredning og evt. behandling i klinikken, gentænkes i henhold til ovennævnte princip for omlægning. De følgende to afsnit præsenterer først, hvorledes et standardforløb med fysisk fremmøde så ud før covid-19-nedlunkningen, og dernæst hvordan det ser ud som blandet forløb med brug af video, når fysisk kontakt ikke er nødvendig af hensyn til behandlingens kvalitet.

Et forløb består typisk af to elementer: *den første kontakt* mellem den unge og klinikken, hvor det vurderes, om det er relevant at tilbyde patienten at få udredt sine problematik i psykiatrien, og i så fald *et udredningspakkeforløb* med yderligere fire kontakter inden for en måned. I alt er der fem fysiske kontakter med følgende formål:

- Den afklarende samtale og udredningspakkeforløb.

Psykologerne laver den allerførste kontakt til de unge i det, de kalder 'den afklarende samtale'. Den unge er helt ukendt, hvorfor psykologen under deres første samtale laver en meget bred diagnostisk screening for at afgøre, om det er en patient, der skal blive i psykiatrien, eller en patient, der ikke kan gøre noget for. Bliver patienten, indgår denne i et diagnostisk pakkeforløb på fire kontakter. Udredningspakken muliggør diagnose og behandling.

I pakkeforløbet indgår samlet:

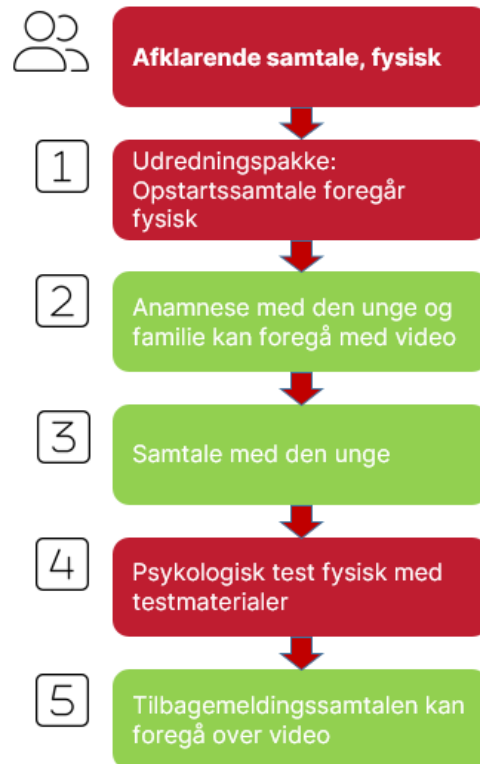
1. Opstartssamtale
2. Anamnese med den unge og familien
3. Samtale med den unge
4. Eventuel psykologisk test
5. Tilbage meldingssamtale, fx diagnose og behandlingstilbud.

7.3.1 Det nye forløb med blandet kontakt via fysisk fremmøde og video

På baggrund af princippet for virtuel patientkontakt kom klinikken frem til det miksede kontaktforløb, der er vist i Figur 7.1.

⁶ Målsætningen om ambulante kontakter skal være virtuelle fremgår af Psykiatrien årsplan 2020-2024 (Region Midtjylland, 2020).

Figur 7.1 Miksede kontaktformer i udredningspakkeforløb



Note: Rød: fremmøde-kontakt. Grøn: videomøde.

Kilde: VIVE på baggrund af interviews med ledelse af ungdomspsykiatrien, Region Midtjylland.

Som vist i Figur 7.1 foregår den afklarende samtale altid fysisk for at opnå solidt første-håndssindtryk og vidensgrundlag (jf. den nyudviklede guideline), og det samme gælder første og eventuelt fjerde kontakt i udredningspakkeforløbet. Video kan indgå i tre af kontakterne - i forbindelse med anamnesen med den unge og familien, ved ungesamtalen samt ved tilbagemeldingen på udredningsforløbet.

7.4 Faktorer med betydning for et trygt forløb

En ledetråd for klinikkens omlægning af ambulante forløb til digitale kontakter er patientsikkerhed og kvalitet. De betinges og udvikles af en lang række faktorer, lige fra tekniske aspekter, nemlig at teknologien virker og er tryk at bruge for begge parter, patient og klinik, til de organisatoriske rammer for at være kliniker og patient i en ny kontekst, som også indvirker på selve samtalen og patientsikkerheden og kvaliteten heri.

7.4.1 Ledelsesmæssigt fokus på udvikling af den digitale klinik under nedlukningen

Ambulatoriet har haft stort ledelsesmæssigt fokus på omlægningen og rammesætning af udviklingen af den digitale klinik. Gennem læringsloops har de afdækket udfordringer, igangsat initiativer til at løse udfordringerne og løbende fulgt op på, om det virker efter hensigten. Der blev nedsat en taskforce med deltagere fra forskellige afdelinger, som

kortlagde og prioriterede centrale udfordringer, som deres kolleger fra afdelingerne stod med.

Klinikkens ledelse beskriver organisationens transformation under nedlukningen som en vedvarende opgave med at rammesætte og kontekstualisere mediering af det kliniske samarbejde både internt i klinikken og eksternt til samarbejdspartnere på nye måder. Internt beskriver de, hvorledes sammenhængskraften i organisationen ændres, når medarbejdere ikke går fysisk sammen og sparrer og hjælper hinanden. Ledelsesmæssigt betyder det, at de selv skal være mere tilstedeværende for den individuelle medarbejder i forhold til behovet for at løse problemer og for at vende den kliniske hverdag og dens øgede berøringsflade til klinikernes hjem og privatliv med dem. De to ledere fordelt på forskellige matrikler har også indbyrdes holdt daglige telefon- og videomøder for at afstemme ledelsesopgaverne. Boks 4.2 giver en oversigt nye organisatoriske tiltag i klinikken til ledelse af organisationen under nedlukningen.

Boks 7.2 Organisatoriske nyskabelser til forandringsledelse

- **Akut-ledelse:** Ledende overlæge og ledende sygeplejerske rammesætter og afstemmer alle ugens dage klinikens opgaver og drift under nedlukningen
- **Coronaforce** til brugersupport af klinikernes it-arbejdsplads
- **Covid-Nyt**, mail med daglige opdateringer
- **Afprøvning af modeller** for virtuelle medarbejdermøder
- **Digitalt forum for videndeling**
- **Chat-bestyrelser** i online undervisning
- **Intern og eksternt it-support**
- **Arbejdsgruppe** om virtuelle kontakter
- Udvikling af **Booster/Ninja-kursus** til klinikere om videokontakt.

Etableringen af en covid-19-taskforce med deltagelse af forskellige ledere og kvalitetsudviklere var en central løsning for at prioritere i opgaver og skabe løsninger på de problemer, som medarbejdere oplevede i praksis med oplægning af deres praksis med digitale løsninger. Taskforce-gruppens opgave er at spørge i de forskellige afdelinger: *Hvad er jeres største udfordring?* Tilbagemeldingerne samles i en bruttoliste af udfordringer samt planer og prioritering for, hvad der skal tages op. Noget var nemt: for eksempel hvis man manglede udstyr. Andet var svært: for eksempel ændring i standartbreve, hvor det var svært at få tilføjet en guide til video i indkaldelsesbrevet og ændret til et korrekt nummer til support, se resultatet i bilag 1. Derudover samlede taskforcen op på klinikernes overvejelser om, hvad der giver mening for hvem og hvornår, samt hvilke forbehold der evt. skal tages. Der er således et fokus på målgruppe, faggruppe og formål.

Den daglige mail, 'Covid-Nyt' sendes ud til alle som et vigtigt element i at opdatere medarbejdere om de seneste ændringer og informationer. Modeller for virtuelle personalemøder afprøves, herunder hybridmøder, der fungerer dårligt i forhold til ligelig fordeling af opmærksomhed og taletid mellem klinikens matrikler. Den foretrukne form er, at lederne/mødelederen kun er til stede virtuelt. Det giver en mere ligeværdig relation mellem

ledere og medarbejderne såvel som mindre grad af støjforstyrrelser. Endvidere indfører de et 'forum for videndeling', en 'chat-bestyrer' af forbindelse med virtuel undervisning, da underviseren ikke kan overskue alle 'hænder' og skriftlige kommentar, mens vedkommende underviser.

De har to forskellige slags it-support, en til internt i klinikken og en til patienter og samarbejdspartnere. De etablerer en 'arbejdsgruppe om virtuelle kontakter', der udelukkende består af en leder og to medarbejdere fra forskellige børne- og ungeafsnit i psykiatrien – samt en kvalitetskoordinator også fra Børne- og ungdomspsykiatrien.

Gruppen har tre formål og arbejdsopgaver:

1. At sikre, at alle i klinikken kender videoudstyret: hvad man har med at gøre, ved, hvordan man betjener det, ved, hvordan man afhjælper de hyppigst forekommende fejl
2. At afholde møder med it-afdeling om de mest forekommende fejl
3. At indsamle erfaringer og sætte handlinger i værk i forhold til at løse de væsentligste problemer.

Gruppen har fx gennem sine tre aktiviteter identificeret modstridende og utydelige oplysninger i patientbreve, som gør, *"at vores patienter ikke gider og ikke kan find ud af det"*. Og - hvis løsninger og udbedring af kommunikationen til patienten kræver det - samarbejde om løsninger. Udvikling af 'ninja-kurset' til klinikernes brug af videoløsning, kaldet 'Rooms', der er en patientdatasikker løsning, som anvendes i alle regioner, og som bliver leveret af MedCom.

Ambulatoriets ledelse har dermed haft løbende fokus på en række af organisatoriske, it-, og kompetencemæssige forudsætninger samt bevidsthed om kontekstuelle forhold for støtte og sikkerhed/tryghed for begge parter - behandler og patient.

7.4.2 Udvikling af digitale kompetencer og rammer

Covid-19-taskforcen identificerede manglende digitale kompetencer som en central udfordring og ledelsen etablerede derfor et såkaldt 'ninja-kursus'. Ninja-kurset er udviklet af to psykologer med 'flair for it'. Kurset er en central løsning for både at gøre klinikerne trygge ved at behandle deres patienter via video (de har stadig behandlingsansvaret efter sundhedsloven) og for at sikre kvaliteten af konsultationen teknisk og indholdsmæssigt:

- Teknisk: så klinkeren får oprettet forbindelse til det virtuelle møderum over sin pc
- Indholdsmæssigt: så klinikken får viden om, hvorledes den kliniske samtale kan udfolde sig under de ændrede betingelser for patient-behandler-relationen.

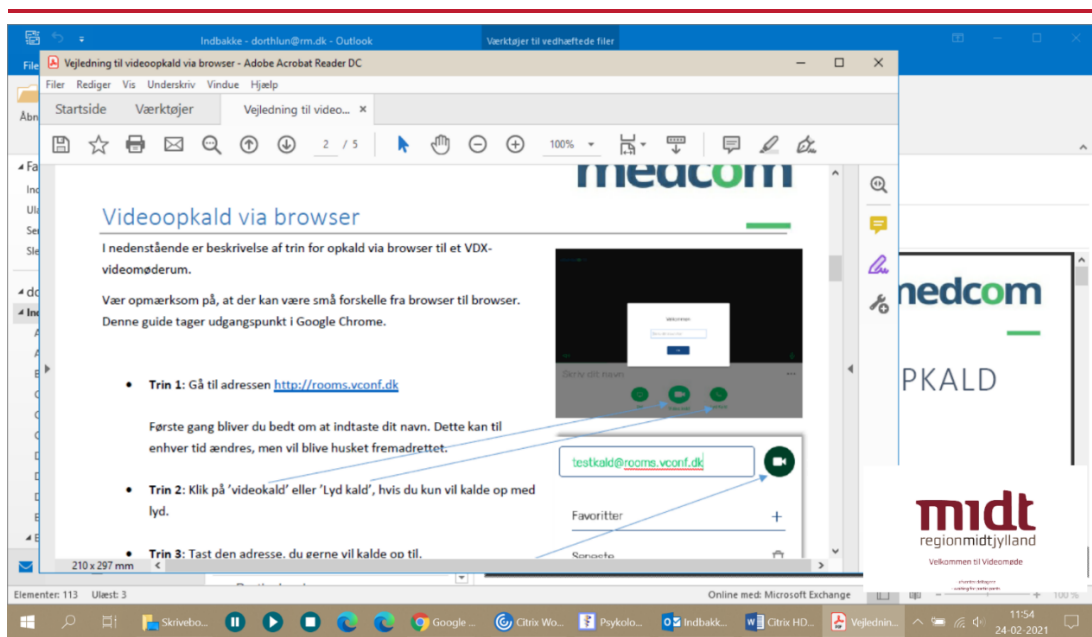
Kurset skal grundlæggende klæde klinikker på til at afholde videomøder og ikke mindst kunne svare på tre essentielle grundspørgsmål, som melder sig hos klinikerne⁷:

⁷ Oplæg fra sygeplejefaglig leder og afsnitsleder 6. januar 2022, Steno Diabetes Center, AUH, Aarhus.

- Kan jeg finde ud af det?
- Får jeg samme indtryk og viden som faglig medarbejder?
- Hvad betyder det for min kliniske dagligdag? (for eksempel mængde af kontakter/'back-to-back')
- Hvordan skabes en mere nuanceret forståelse af miksede kontaktformer i den kliniske hverdag (frem for sort/hvid forståelse)

Til den tekniske del indeholder kurset en guideline med anvisning til, hvordan klinikerer finder ind i det virtuelle møderum, 'Rooms' som er booket til patientsamtalen, se Figur 7.2.

Figur 7.2 Første skærmbillede ud af i alt otte skærmbilleder med brugerinstruktioner til videokontakt



Anm.: Instruktion til opkobling til videoforbindelse, skærmbillede 1 af 8. Instruktionen til første skærmbillede lyder: 1. Opkald til MedCom Connect: rooms.rm.dk uden for Citrix via Google Chrome eller Microsoft Edge. Husk at skrive dit navn fra start, så andre kan se dig på deltagerlisten og i chatten.

Kilde: Skærmbillede fra Børne- og ungdomspsykiatrien.

Guidelinen har i alt ni slides. De andre otte slides viser med skærmdumps, hvordan man navigerer rundt i skærmbilledet, dets sidepanel, brug af chatten, låsning af mødet (for uvedkommende), layout for at få oversigt over deltagere, hvis der er flere eller andre end patienten, samt hvordan klinikerer kan dele skærmen, og 'læse' skærmen, hvis han eller hun både bruger skærmbilledet til at holde oplæg på med slides og som skærmdeling.

Den mundtlige del af kurset introducerer klinikerer til den indholdsmæssige del, nemlig hvordan man holder et godt møde i følgende roller:

- Ordstyrer – hvordan man styrer mødet
- Oplægsholder – hvordan man kan holde et oplæg digitalt, være opmærksom på støjgener og sikre ligestilling i deltagelse mellem forskellige lokaliteter
- Peer-læring og -support.

De afprøver også den tekniske del som del af det mundtlige kursus og opfordres til at bruge det lærte i praksis hurtigst muligt.

Alle kursusedtagerne opfordres også til at gå ud og lære det videre på deres afdeling. Peer-læring og fælles kollegasupport i den daglige brug er således en del af den faglige 'organisatoriske kvalitetssikring' i klinikken.

It-infrastruktur

Videokonsultationen stiller også nye krav til den digitale infrastruktur. Et eksempel er de skemaer, fx til registrering af søvnmønster, som patienten får med efter en fysisk konsultation. I forbindelse med en videokonsultation skal skemaet i stedet sendes med digital sikker post. Det stiller nye krav til teknik og kompetencer at videregive skemaerne og efterfølgende data heri på en patientsikker måde. I interviewene med klinikkerne afslører sig så også en række andre digitale forhold, eller virtuelle barrierer, for videokonsultationer. Klinikerne er særligt afhængige af en velfungerende EPJ og medicinmodulet heri for at få adgang til patientens informationer. Nedbrud i it-systemerne vanskeliggør således afholdelsen af en professionel og patientsikker videokonsultation. Ligeså er adgang til ledige virtuelle møderum og ledige mødelokaler en nødvendighed. Klinikerne oplever manglen på begge typer af rum. I forbindelse med booking af fysiske lokaler til videomøder afsætter systemet ikke tid til at løse/omgå it-problemer, hvorved den reelle tid til klinisk fagligt indhold forkortes, hvilket indebærer risici for forringelse af den faglige kvalitet. Der er brug for, at der er afsat tid til opkobling med mere i forbindelse med videomøder. Videndeling blandt brugerne er også vanskeliggjort af forskellige supportløsninger til interne videomøder og eksterne videomøder med fx kommunen og patienter. Forskellige videoløsninger i region og i kommunerne giver tekniske problemer, samtidig med at det inter-organisatorisk eller tværsektorielt er uklart, hvem der skal og kan løse dem. Kommune og region har også ulig brugerrettigheder i booking og afholdelse af videomøder, hvilket kan give en forstyrrelse i patienternes oplevelse af sammenhæng. Boks 7.3 oplister nogle af de barrierer som forstyrrer brugerens oplevelse af sammenhæng organisatorisk og i forhold til udveksling af informationer.

Boks 7.3 Virtuelle barrierer

- Nedbrud af it-systemer med patientoplysninger
- Mangel på virtuelle møderum
- Mangel på mødelokaler til videomøder
- Mangle på afsat tid til it-opkobling ved booking af lokaler til videomøder, således at den kliniske tid de facto forkortes
- Forskellige supportløsninger til interne og eksterne vanskeliggør videndelign mellem brugere
- Forskellige videoløsninger i region og i kommunerne giver tekniske problemer. Uklart af hvem og hvor de løses
- Ulige brugerrettigheder mellem ligeværdige samarbejdspartnere giver forstyrrelser i kommunikation og den borgeroplevet sammenhæng.

Samspil mellem digitale og fysiske rammer

Videokonsultationer er således betinget af den digitale arbejdsplads, herunder pc med velfungerede videoløsning, netværksdækning, sikker adgang til kliniske journalsystemer samt support. I forbindelse med nedlukningerne er den digitale arbejdsplads flyttet ind i klinikkernes private hjem og stiller dermed nye krav til hjemmet for at skabe et professionelt og fortroligt rum for videosamtalerne uden forstyrrelser fra eller medlytning hos hjemmets øvrige beboere.

I takt med genåbningen af samfundet og klinikkens fastholdelse af videokontakterne afholdes disse parallelt med de fysiske konsultationer på klinikkens tre matrikler. Det giver pres på klinikkens møderum, da også de virtuelle samtaler skal afholdes i et fortroligt rum. Udvidelsen af organisationen med videokonsultationer stiller ikke kun krav om et velfungerede booking system med tilstrækkelig virtuelle rum, men også til de fysiske lokaler, som klinikkerne kan sætte sig i, når de afholder digitale konsultationer, se Figur 7.3.

Figur 7.3 'Telefonboks' til digitale konsultationer med video og mobiltelefon i klinikken



Anm.: Bag den røde dør med iPhone-logo er et mindre lokale med stol og bord til afholdelse af virtuelle konsultationer uforstyrret.

Kilde: VIVE på baggrund af observationer i klinikken.

7.4.3 Kvaliteter og opmærksomhedspunkter i videosamtaler og udvikling af digital faglighed

Klinikerne fortæller, at en videokonsultation kan give nyt indblik i rammerne for den unges hverdag, når man kan se den unges værelse og kontekstuelle forhold, som har betydning for den unge. Omvendt kan hjemmet som kontekst også udfordre klinikerne, hvis den unge har sine venner med på værelset, idet det bryder med samtalefortroligheden. Klinikerne skal her eksplicitere rammerne for samtalen, fx at venner skal forlade rummet. Deltager forældrene også i samtalen, kan det også give en ny dynamik i mellem parterne og klinikerens rammer for at observere denne og styre samtalen. Klinikerne har mere ejerskab til den fysiske konsultation ved fx at bede forældre vente udenfor, mens samtalen forsætter med den unge, eller omvendt. Det kræver således nye kompetencer til at rammesætte samtalen over for både patienten, familien og eventuelle venner, der 'sidder med', når klinikerne ikke i samme grad 'ejer' eller kan kontrollere rummet som patienten befinder sig i.

De unge og deres familie vurderes også i interviewene med klinikerne at have fordele af videokontakter, ved at de dels giver fleksibilitet i tilgængelighed og dels tager kortere tid end fysisk fremmøde. For den unge kan det være mindre stigmatiserede at have en videokonsultation, fordi vedkommende ikke behøver at tage en dag fri fra sin ungdomsuddannelse og i øvrigt ikke skal forklare sig til sine venner. Det kan også modvirke social ulighed hos de familier, som ellers skal tage en arbejdsdag fri, og som har rejseudgifter, fordi der geografisk er langt mellem klinikken og deres bopæl. I familier, hvor forældrene ikke er samboende, kan det også gøre det lettere at have begge parter med. Unge kan også opleve det mere trygt at sidde i hjemmelige rammer end i klinikkens konsultationsrum.

Den digitale klinikers faglighed

En væsentlig erfaring under nedlukningen og i forbindelse med refleksionerne over konstruktiv anvendelse af videokonsultationer er, at både sygeplejersker og psykologer kan have kontakt til deres patienter via video. Psykologerne laver anamnesen, og det kan i en del tilfælde foregå virtuelt, mens der derimod ikke er mange andre af psykologernes øvrige kontakter, der kan foregå virtuelt, fx foregår tests med genstande, der kræver fysisk fremmøde af patienten. Sygeplejerskernes kontakter kan ofte i højere grad foregå virtuelt. Til visse fysiske undersøgelser kunne kontakten også konverteres til video, hvis patienten fx selv har en blodtryksmåler. Dette forudsætter, at patienten eller en forælder selv kan måle blodtrykket, eller at behandleren kan oplære i det og guide patienten.

Boks 7.4 Klinisk vurdering via video

'Objekt psykisk vurdering' er en central klinisk kompetence, hvor klinikerne vurderer den formelle og emotionelle kontakt til patient: Er patienten vågen, klar og orienteret? Hvordan er stemningslejet: Er hun neutral eller opstemt, sænket stemme eller nedsat opmærksomhed? Er patienten psykotisk, eller har psykotiske symptomer, også selvmordstruet. Psykotiske symptomer kan være, at pt. oplever stemmer. En eller flere stemmer, som diskuterer inde i den unges hoved.

Disse ting er med i en objektiv psykisk vurdering, hvor man kommer omkring det hele.

Vurderingen kan foregå via video, fx med unge på bosteder som har kontaktpersoner hos sig.

Video som sygeplejefaglig kvalitetsudvikling

Sygeplejerskerne bruger deres faglige udviklingsgruppe til systematisk at opsamle erfaringerne med videokonsultationer, herunder at udvikle en vejledende manual til understøttelse af kvaliteten, se bilag 2 med sygeplejefaglige evaluering af forskelle og ligheder mellem telefonisk kontakt og via video.

Videokonsultationerne giver sygeplejerskerne mere indblik i den unges hjem og kontekst for hverdagen, hvilket kan være tryghedsskabende for patienten. Det stiller også nye krav med henblik på at sikre og instruere patient og familien i de ændrede rammer for en uforstyrret og fortrolig samtale. Klinikerne skal også have blik for at spørge ind til forhold på en ny måde, når hun ikke ser patientens fysiske fremtoning i samme grad. Videomøder kan dog være u hensigtsmæssig for behandling af patienter, som skal øve sig i at komme ud i samfundet og være blandt andre mennesker i nye omgivelser.

Patientansvaret og -sikkerhed

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i psykiatrien er selvmordstruede patienter. En sygeplejer vurderer her, at *"video er bedst til dem, der har det stabilt godt"*, særligt også hvis man arbejder hjemmefra, hvilket størstedelen af behandlerne gjorde under nedlukningen. En psykolog oplever det mere trygt at være i klinikken for det tilfælde, at hun *"står med en patient, som lige pludselig gør alvor af det"*. En sygeplejerske uddyber, at det også hænger sammen med, at *"det er mere bøvlet at finde en speciallæge, man kan drøfte det med, end hvis man havde været inde på hospitalet"*. Det virtuelt distribuerede samarbejde om patienter og patientsikkerheden kan derfor også være udfordret, når kollegaer arbejder på distancen og ikke har samme kontekst - et forhold, som ledelsen også beskriver som ændring i organisationens sammenhængskraft, da meget af 'kittet' kommer af, at klinikkerne støtter og bruger hinanden i det daglige arbejde med patienterne. Sygeplejersken beskriver dog også, at video kan skabe 'kit' og sammenhængskraft for patienten på nye måder ved at inddrage ressourcepersoner i den unges hverdag. Det kan være moderen til en depressiv selvmordstruet ung, som sygeplejersken efter det fysiske opstartsmøde godt kan fortsætte behandlingen af via samtaler over video, for moderen er der også. Det gælder også unge på bosteder langt fra klinikken. *"Så er det også muligt via video at lave opfølgning med kontaktpersoner, således at den unge ikke lades i stikken med deres symptomer"*. En væsentlig pointe for begge parter, patient og kliniker, er, at de begge har et fysisk netværk til stede, som kan træde til med viden og støtte.

7.5 Opsamling

Børne- og ungdomspsykiatrien har vidtgående erfaringer med omlægning af ambulansaktivitet under covid-19. De har udvidet deres kontaktformer med patienter og pårørende til også at indbefatte videokonsultationer. Ambulatoriet har udviklet kriterier for, hvornår video kvalitets- og sikkerhedsmæssigt er anvendelig som konsultationsform. De har udviklet et nyt forløbsdesign med miksede konsultationer med både brug af fysisk og virtuel fremmøde som del af deres pakkeudredningsforløb. Klinikerne får kort oplæring i form af en guideline og it-ninja-kursus. De forventes at bruge video ugentligt og supportere hinanden i brugen. Faggrupper kvalitetsudvikler systematisk på deres erfaring og specificerer guidelines for klinisk videobrug. De finder, at der er kvalitet i videokonsultationer i form af at gøre kontakten nemmere og mere tilgængelig for skolebørn og for familier med tids- og transportudfordringer. Video giver også et indblik i den unges hverdagskontekst. Klinisk objektiv vurdering med video forudsætter øget bevidsthed om kontekstuelle forhold, fx støttepersoner for patienten i kritiske situationer og adgang for klinikerne til faglig hjælp.

Digital transformation

Organisationen og ledelsen understøtter video som mødeform både internt i organisationen og eksternt i forhold til samarbejdet med fx kommuner og skoler. Internt i organisationen spreder klinikken den sig på flere lokationer, hvorfor videomøder er et nødvendigt redskab til daglig kommunikation mellem medarbejdere og til ledelsen. Medarbejderne har derfor også opbygget en fortrolighed med at logge på og føre samtaler over video, der er kommet dem til gode i forbindelse med video som kontaktform til patienten.

Fysisk er organisationen også indrettet med både store og små møderum ('telefon-bokse') til videomøder/-konsultationer. Udviklingen af den digitale organisation i kontakten til patienter og deres familier, samt til og mellem medarbejdere og eksternt til samarbejdspartnere, er forankret i klinikken som en både lægefaglig og sygeplejefaglig ledelsesopgave.

Ledelsen har ligeledes udviklet organisatorisk setup og support, der har muliggjort kompetenceudvikling og rammesætning for digitale former for behandling og samarbejde. Ledelsen oplever også flere personalemæssige ledelsesopgaver, fordi 'sammenhængskraften' i organisationen og særligt mellem medarbejdere ændrer sig, når de som under hjemsendelsen har mindre indbyrdes kontakt til hinanden. Ledelsesopgaverne har primært gået ud på at rammesætte opgaver, afstemme med hinanden, sparre med de enkelte medarbejdere, prioritere og stratificere brugerproblemstillinger samt udvikle løsninger. Tekniske problemstillinger er en del heraf, både internt - fx at tilpasse patientbrevene i e-Boks til de ændrede, digitale kontaktformer - og eksternt, fx at varetage indkaldelser til videomøder for kommuner, der grundet tekniske barrierer ikke kan være mødeledere/oprette et videomøde. Samlet opfylder klinikken de strategiske målsætninger for brug af digitale løsninger. Ledelsen vurderer selv, at de har haft en fordel i, at de kendte til og brugte video til personaleledelse forud for covid-19-nedlukningen.

8 Patienternes perspektiv på et trygt forløb

I dette kapitel undersøger vi, hvad patienterne oplever, medvirker positivt til et trygt forløb. I mangel af en bedre samlende betegnelse anvendes omtales brugerne af sundhedsydelse som 'patienter' i rapporten.

Der er umiddelbart stor forskel på patienterne og på de forløb, som patienterne indgår i. Alligevel er der nogle elementer, der er gennemgående på tværs af alle patienter i undersøgelsen, som vi stiller skarpt på i dette kapitel. Patienterne peger på særligt to aspekter, som har betydning for tryghed og kvalitet i deres forløb: 1) relationskontinuitet og 2) tilgængelighed og støtte, hvilket udfoldes nedenfor.

8.1 Relationel kontinuitet giver tryghed

Patienter fra både Steno Diabetes Center Aarhus og Kendt Jordmoderordningen, Hospitalsenheden Midt fortæller, at det giver stor tryghed at have en fast behandler eller et fast behandlingsteam. I forlængelse heraf konstaterer flere interviewdeltagere på tværs af alle tre patientgrupper, at det giver store udfordringer, hvis kontinuiteten mangler. Deres oplevelser knytter an til tre typer af sammenhæng, der har betydning for trygheden hos patienter, og som (Topholm, Martin, & Bech, 2021) definerer således:

- Relationel kontinuitet: tillidsfuld terapeutisk relation mellem patienten og en eller flere sundhedsprofessionelle
- Informationskontinuitet: tilstrækkelig udveksling af information om patientens forløb, sundhedsmæssig status, medicin samt patientens øvrige personlige forhold
- Organisatorisk kontinuitet (kaldes 'management continuity' i litteraturen): koordination af sundhedsydelser mellem forskellige sundhedsudbydere over tid.

I materialet fra (Topholm et al., 2021) understreges vigtigheden af sammenhæng i behandlingen, bl.a. i kraft af det, de betegner som relationel kontinuitet, dvs. at der er kontinuitet i, hvilke behandlere patienterne møder i deres forløb. Patienterne i vores undersøgelse oplever, at den faste tilknytning til en person eller et lille team betyder, at personalet ved, hvem de er. Kontinuiteten betyder overordnet set, at patienterne føler sig kigget på og set som mennesker og ikke bare som tal eller diagnoser. De er klar over, at den fagprofessionelle skal hjælpe med en specifik sundhedsmæssig problemstilling, men oplever, at den fagprofessionelle bedre kan hjælpe, fordi de kender én, ens baggrund og ens situation. Kontinuiteten betyder ifølge nogle af patienterne, at man får opbygget en relation, og at dette giver tryghed.

Det gør noget specielt ved én at blive hørt som menneske og ikke bare blive set som en patient. (Interview med kvinde, der har været fulgt i KJO)

De gravide kvinder understreger, at dette ikke bare gælder for dem selv, men også i forhold til inddragelse af deres partner. De oplever, at deres partner i høj grad er blevet inddraget i forløbet og i tankerne om at blive en familie og om selve fødslen.

De var gode til at komme rundt om hele vores familie under jordemodersamtalerne: Hvad tænker man om at blive far og mor, og hvordan så min mand lige det i forhold til mig, og om der var noget, han var i tvivl om og sådan noget. Så det var meget os som forældre og ikke bare mig som mor, fordi jeg bærer barnet. Og der ved jeg jo ikke, hvordan det er i normalt regi, men jeg følte, at de vil virkelig gerne lære os at kende, så de kan tage hånd om hele os. Om det var noget, de skulle være opmærksomme på, og hjælpe ham, hvis nu det blev et maraton under fødslen. På den måde synes jeg, det var rart, at de observerede og spurgte: "Kan vi gøre noget for dig som partner, for at du kan støtte din kone bedst muligt?" (Interview med kvinde, der har været fulgt i KJO)

Samtidig hænger den relationelle kontinuitet sammen med informationskontinuitet. Relationskontinuiteten bidrager til, at patienterne ikke behøver gentage informationer og fortælle om sit forløb igen og igen og opleve at skulle forklare, forsvare sig eller argumentere for, hvorfor man har brug for hjælp, men at de i stedet kan tage direkte fat på den aktuelle problemstilling.

Jeg vil gerne gå hos en fast læge og en fast sygeplejerske. Så skal jeg ikke gentage alt og starte forfra hver gang. Min diabetes er meget påvirkelig af hormoner, så jeg kommer aldrig til at få et flot, lavt blodsukkertal. Og det ved nye læger ikke, så der skal jeg altid starte med at forsvare, hvorfor det ikke kører bedre. Når det er en fast læge, spørger de lige: "Hvad var det nu, vi prøvede sidst?", men de kan bedre huske det. Når det er en ny læge, så sidder de og skal læse hele journalen igennem. Når det er en fast læge, som kender mig, får jeg en bedre samtale og bedre forslag til, hvad jeg kan prøve. (Interview med kvinde med diabetes)

Omvendt betyder et fravær af kontinuitet og kendskab til hinanden, at patienterne oplever ikke at blive hørt eller forstået, hvilket nedenstående citat er et eksempel på.

De [unge med psykisk sygdom] har kun vagtlægen, de kan ringe til, og der skal man virkelig forklare sig meget. Så siger vagtlægen alligevel bare: "Har du ikke noget sovemedicin?", eller "ring til din egen læge i morgen". De her unge mennesker er ret dygtige til at mærke deres symptomer, men de bliver ikke taget alvorligt. (Interview med patientrepræsentant)

En af kvinderne sammenligner det almindelige svangreforløb og KJO, hvor hun i et tidligere, almindeligt forløb havde oplevelsen af frustration ved kun at have fødegangen at ringe til. Her var der mange forskellige jordemødre, som besvarede telefonen, og som derfor ikke kendte hende. Hun havde fornemmelsen af ikke at blive lyttet ordenligt til, og at jordemødrene ikke havde tid til at læse journalen: *"Man havde følelsen af: "Tag nu lige to Panodil, læg dig ned og slap af, tag et varmt bad", at det er sådan noget, som altid bare lige bliver slynget ud. Så undgår man bare kontakt, fordi man jo alligevel bare bliver spist af med et eller andet."*

Kontinuiteten har også betydning for selve fødslen, hvor kvinderne oplever det som en stor trykthed og lettelse at have en kendt jordemoder til stede, som kender dem og ved,

hvilke ønsker de har for deres fødsel, og det gør, at de ikke behøver bekymre sig om, hvorvidt jordemoderen har nået at læse journalen, men kan koncentrere sig om at være til stede i deres fødsel. Kvinderne oplever, at den kendte jordemoder hjælper dem med at håndtere præcis de udfordringer og den bagage, de har med sig, og at jordemoderen giver dem styrke under fødslen og troen på, at de kan gennemføre den.

Den organisatoriske kontinuitet påtales også af patienterne. Patienterne lægger vægt på personalets kendskab til patienten og dennes situation, når de bevæger sig uden for det kendte team/den kendte person – fx ved komplikationer eller behov for at inddrage andre fagligheder. En af kvinderne konstaterer: *”Det giver en tryghed, at de ved, hvem jeg er, og hvorfor jeg er her, selvom det er en anden afdeling”*. Omvendt opleves det som utrygt eller ekstra krævende, hvis patienten kommer i kontakt med nogen uden for det faste team, hvor begge parter skal gøre en ekstra indsats, idet personalet skal læse i journalen, og patienten skal være sikker på, at personalet har forstået situationen og fået alle vigtige oplysninger med. Hvis det er mindre komplekse problemstillinger, betyder det dog mindre, om det er kendt personale, man kommer i kontakt med.

Vigtigheden af personkontinuitet i forløb understreges også i andre undersøgelser. Mangel på sammenhæng betyder, at borgere i sårbare situationer står med et stort ansvar for overlevering af information, gentagne beskrivelser af eget forløb og behov, som man – særligt i sårbare situationer – kan have svært at ved at løfte som patient (Martin & Ballegaard, 2021; Wentzer, 2020a). Det er derfor en vigtig pointe, hvorvidt kontinuiteten er indlagt og understøttet af de organisatoriske strukturer eller rammer som fx i KJO, eller om ansvaret for at sikre personkontinuitet er uklart og ikke er tænkt ind i bookingstrukturen og derfor ender hos patienten selv, hvilket nogle af patienterne med diabetes oplever. Tryghedsskabende omlægning af patienters kontakt til ambulatorier handler derfor både om personkontinuitet, kontinuitet i informationsudveksling og om, at den organisatoriske infrastruktur understøtter en sammenhængende interaktion og kommunikation mellem patienten og dennes behandlere.

8.2 Tilgængelighed og støtte bidrager til patientoplevelt kvalitet

Patienterne oplever, at det giver tryghed at kunne få hjælp, når man har brug for den, og at man kan få hjælp i sin hverdag uden for de planlagte konsultationer. Fælles for præmissen om at være i et ambulans forløb er, at patienterne primært er hjemme og er ansvarlige for deres egen behandling, monitorering af egen tilstand og egenomsorg i deres daglige liv. Det vil sige, at der er tale om en slags 'kronisk hjemmearbejde', hvor patienterne skal håndtere deres situation bedst muligt, og hvor de får opgaver og instrueres af personalet i fx at tage deres medicin eller holde øje med symptomer (Coulter, 2012; Grøn, Mattingly, & Meinert, 2008). Dette kroniske hjemmearbejde kan være vanskeligt og til tider utrygt for patienterne.

Her er tilgængelighed og støtte fra personalet vigtige elementer i at øge patientoplevelt kvalitet i forløbet. Patienterne og personale samarbejder om fortolkning af symptomer og data i bestræbelserne på at forstå patientens helbredstilstand og foretage eventuelle justeringer af indsats eller forløb. Hos de gravide kvinder og par er der fokus på kvindens

kropslige symptomer/oplevelse og mentale tilstand, hvor kvinderne aktivt bruger jordemødrene til at hjælpe med at fortolke og vurdere deres egen og barnets tilstand. I observationer og interview er der eksempler på sådant fortolkningsarbejde som fx, hvor meget blod er lidt blod, hvis kvinden oplever en blødning i graviditeten i forhold til, hvornår hun skal blive bekymret og kontakte ambulatoriet; hvor lidt bevægelse hos barnet skal der til, før det er bekymrende mv. Der kan være stor usikkerhed knyttet til dette, og konsekvenserne kan være store, hvis kvinden fejltolker situationen. Samtidig kan der være en overflod af information fra andre kilder som fx Facebook og offentlige sider, som kan være kilde til viden, men også kan skabe frygt og bekymring, hvor man kan have brug for hjælp til fortolkning af den viden – er der grund til bekymring, eller er alt som det skal være?

Hos patienter med diabetes lægges der stor vægt på data i form af særligt langtidsblodsukker og mønsteret i de daglige blodsuktermålinger i drøftelse af behandling, når patienten er til konsultation på ambulatoriet. Observationer og interviews peger på, at der er stor variation i, hvor tæt patienterne forsøger at fortolke og finde mønstre i deres blodsukker i det daglige. Nogle patienter bruger udelukkende daglige blodsukkertal til at reagere i forhold til, hvor meget insulin de skal tage, mens andre løbende bruger tallene i telefonsamtaler med sygeplejersken til at drøfte justering af behandling/insulin. I observationer og i interviews fremgår det, at nogle patienter oplever såkaldt 'diabetesstress' eller 'diabetestræthed', som er udtryk for den kontinuerlige belastning, det er at håndtere diabetes i dagligdagen, den konstante vurdering og spekulation over, hvordan tallene kan komme til at ligge pænt og hænge sammen med ens arbejdsliv og den hverdag, man har.

Der er således en række forskellige typer af problemstillinger, som de to grupper har i deres daglige, kroniske hjemmearbejde med at monitorere deres tilstand, og hvor der kan være forskelligt behov for støtte. Interview med patienterne viser, at miks af kontaktformer bidrager til en tilgængelighed og til at blive mødt, når de har behov for det.

Ambulante forløb på Steno og KJO tager udgangspunkt i en fast plan for konsultationer/kontroller, der ligger med et bestemt interval. Ud over de faste kontakter med fysisk fremmøde fortæller flere patienter på både Steno og KJO om tryghed ved at kunne komme i telefonisk kontakt med kendt personale, når der opstår noget uventet: komplikationer, bekymringer, vanskeligheder med justering af behandling mv.

Vi har haft adgang til et nummer, vi kunne ringe til, hvis der er noget, vi var bekymrede for, og så kan man finde ud af, om der skal tjekkes op på det, eller kan det klares telefonisk, så jeg var tryk i det. (Interview med kvinde, der har været fulgt i KJO)

Kvinden fortæller, at de fleste gange kunne de afklare tvivlsspørgsmålene telefonisk, og et par gange vurderede jordemoderen, at der var behov for et fysisk tjek, hvor parret derefter kørte ind til en ekstra kontrol for at finde en årsag til smerter eller udelukke begyndende komplikationer.

Telefonisk kontakt muliggør således en fælles vurdering, hvor patient og personale i fællesskab tager stilling til en problemstilling og gør det muligt for personalet at støtte og

vejlede patienten, så patienten enten kan finde ro og tryghed i situationen eller tage initiativ til ændringer i behandlingen og dermed bidrage til behandlingskvaliteten, hvad enten det er patienten selv eller sundhedsfagligt personale, som er udførende.

Jeg er gået fast hos en sygeplejerske i mange år, og det er også hende, der hjalp med pumpen og den nye sensor. Da jeg fik pumpen, snakkede jeg ofte med sygeplejersken via telefonen. Det var jeg godt tilfreds med. Når vi havde snakket sammen, aftalte vi det næste tidspunkt for samtalen – en dato og et tidsinterval, som jeg så lagde i min kalender, så jeg kunne holde det tidsrum fri for aftaler, så jeg har tid til at snakke, når sygeplejersken ringer. Det var rart at have et touchpoint, hvor man lige kunne følge op [fordi sensoren ikke virkede ordentligt], og samtidig sparede telefonsamtalerne mig for at skulle tage en halv fridag fra arbejde hver gang. (Interview med patient med diabetes)

En anden patient med diabetes fortæller, at hun en overgang havde brug for at blive fulgt ekstra tæt, men at samtalerne kunne klares telefonisk. Hun oplevede, at telefonkonsultationerne fulgte samme struktur som ved fysiske konsultationer, og at hun fik den hjælp, hun havde behov for til at justere sin insulin, men at det var nemmere at få telefonsamtalerne til at passe ind i arbejdslivet. Hvis hun har brug for en ekstra samtale nu, er det også lettere at få en telefontid hurtigere end en fysisk konsultation.

På den måde giver muligheden for telefonisk kontakt mulighed for at få støtten til behandling integreret i hverdagen og patienternes arbejde på det tidspunkt, hvor de har særligt behov for hjælp. Patienterne på både Steno og KJO oplever det som en fordel at kunne veksle mellem kontaktformer, hvor den telefoniske kontakt kan fungere som et supplement til fysisk fremmøde, hvis der er behov for sparring eller opfølgning på en konkret problemstilling.

I forhold til balance mellem behandling og arbejdsliv er patienterne med diabetes glade for konceptet 'sammedagsscreening'. Sammedagsscreening samler en række undersøgelser af bl.a. øjne og fødder, som tidligere lå spredt, så de bliver gennemført på samme dag, og det betyder mindre indgriben i patienternes arbejdsliv. Omvendt peger nogle af patienterne på en konkret udfordring med at få arbejdsliv og det ambulante forløb til at hænge sammen: Indkaldelse til kontrol sker via e-Boks med kun en måneds varsel, hvor den dag allerede kan være booket i arbejdskalenderen. Der er derfor ofte behov for at finde et andet tidspunkt, men det opleves imidlertid som omstændeligt at skulle ringe ind til sekretæren og få flyttet tiden, og at de risikerer at det først er muligt at få en ny aftale langt senere.

Tilpasning af mødeform er i høj grad også relevant for de unge og deres familier i psykiatrien, hvor fysisk fremmøde kræver en høj grad af koordinering og en stor logistisk indsats, hvor begge forældre og den unge skal have fri fra arbejde og skole og transportere sig langt. Samtidig kan de unge blive voldsomt udfordret af transporten, hvis de fx oplever angst ved at bevæge sig uden for kendte rammer.

Det er en kæmpe ting, der skal stables op og sættes i gang for sådan en familie [hvor den unge har en psykisk sygdom] at møde op fysisk. Så vil vi hellere

have den her samtale på video, fremfor at vente tre uger for at få hele logistikken i gang, så de kan transportere sig ind til hospitalet. Der er mange ting i spil her. Og har man angst, er der mange ting, der gør, at man ikke kan komme ud ad døren. (Patientforeningsrepræsentant)

Tilgængelighed handler samlet set om at kunne støtte patienterne på de tidspunkter, hvor de har brug for hjælp, på en måde, som er tilpasset situationen. For patienterne betyder det at blive mødt, når behovet opstår, og her er det fordelagtigt for patienten at kunne benytte forskellige typer af kontaktformer, både fysisk og telefonisk.

8.3 Opsamling

Samlet set viser interviewene, at sammenhæng og personkontinuitet bidrager positivt til patienternes tryghed. I interviewene bliver der også lagt vægt på, at tilgængelighed og mulighed for at få sparring i det daglige, når bekymringer og behovet opstår, har betydning for den patientoplevede kvalitet.

De patienter, vi har talt med, har ikke erfaring med brug af video, men andre undersøgelser viser, at video har potentiale til at kunne indgå i et samlet behandlingsforløb (Ballegaard, Thorsen, Bro, & Wentzer, 2012; Lee, 2018; Moeller, Christensen, Hansen, & Andersen, 2022). Et systematisk review inden for mental health services peger på, at patienternes tilfredshed med videokonsultationer har som forudsætning, at der er barrierer for adgang til en fysisk konsultation, og der kun opleves mindre tekniske udfordringer, som let kan løses (Moeller et al., 2022). Samtidig forudsættes det, at der i forvejen eksisterer en tillidsfuld relation mellem patient og behandler, samt at indholdet af samtalen eller problemstillingen er mindre kompleks (Moeller et al., 2022). Et studie af patienttilfredshed med telefonkonsultationer blandt danske patienter i urologien under covid-19-nedlukningen viser, at hovedparten var tilfredse med telefonkonsultationer, og kun en lille andel af patienterne ville have foretrukket en videosamtale (Heeno et al., 2021).

Der er således ikke et entydigt svar på, hvornår telefonisk kontakt foretrækkes frem for video, da der er en række forudsætninger, som skal være til stede i forhold til tilgængelighed og digital kompetence (Moeller et al., 2022), ligesom der kan være forskel på patienternes holdning relateret til organisering, og hvilke specialer de modtager behandling inden for (Lee, 2018). Alligevel tegner der sig et billede af, at både telefon- og videokonsultationer åbner muligheder for en mere fleksibel adgang og kontakt til sundhedsvæsenet under de rette forudsætninger. Det er i den forbindelse værd at pege på, at der i Danmark er forskel på, hvem der tilbydes digital kontakt, idet patienter med længerevarende uddannelse i højere grad tilbydes og er i digital kontakt med sundhedsvæsenet end kortere uddannede (Bertelsen, Petersen, & Nøhr, 2020). Forskellen taler ind i en sundhedspolitisk og -organisatorisk problematik med at reducere social ulighed i sundhed og sikre, at denne ulighed ikke repliceres i de digitale tilbud. Det er vigtigt at støtte patienter i at opnå tilstrækkelige digitale kompetencer og samtidig sikre, at kontaktformen tilpasses patientens behov og situation (Ballegaard et al., 2015).

9 Litteratur

- Ballegaard, S. A., Thorsen, M. K., Bro, L. L., & Wentzer, H. S. (2012). *Hjemmeteknologi til patienter med KOL: Patient, professionelle og organisatoriske perspektiver*. København: KORA.
- Ballegaard, S. A., Thorsen, M. K., & Wentzer, H. S. (2015). TeleMatchmodellen kan være en hjælp ved valg af den rigtige telemedicinske løsning. *Ugeskrift for Læger*, 177(26), 2512-2515.
- Bertelsen, A. M. H., & Gohr, C. (2006). *Den gode fødsel: En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. Charlottenlund: Museum Tusculanum.
- Bertelsen, P., Petersen, L. S., & Nøhr, C. (2020). Does health-IT improve people centered care? In L. B. Pape-Haugaard, C. Lovis, I. C. Madsen, P. Weber, P. H. Nielsen & P. Scott (Eds.), *Digital personalized health and medicine - proceedings of MIE 2020* (pp. 956-960). Amsterdam: IOS Press.
- Cole, M., & Engeström, E. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. In G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Coulter, A. (2012). Patient engagement - what works? *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35(2), 80-89.
- Danmarks Radio. (2022). Se, hvor mange ukrainere, der er flygtet til din kommune: Lemvig har snart ikke boliger til flere. Retrieved from <https://www.dr.dk/nyheder/indland/se-hvor-mange-ukrainere-der-er-flygtet-til-din-kommune-lemvig-har-snart-ikke-boliger>
- Danske Patienter, & Lunding, K. (2020). Patienter: Digital kontakt bør erstatte fysiske møder i sundhedsvæsenet. Retrieved from <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/patientforening-e-konsultationer-boer-erstatte-flere-fysiske-moeder>
- Danske Regioner. (2019). *Regionernes principper for udmøntning af nærhedsfinansiering*. København: Danske Regioner.
- Elbæk, M. (2021). *Sundhed.dk's storm gennem corona*. København: sundhed.dk. Retrieved from <https://2021.e-sundhedsobservatoriet.dk/wp-content/uploads/sites/23/2021/10/P2-Morten-Elbaek-Petersen-Slides.pdf>
- Engeström, Y. (1986). The zone of proximal development as the basic category of educational psychology. *Quarterly Newsletter of the Laboratory of Comparative Human Cognition*, 8, 23-42.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.

- Grøn, L., Mattingly, C., & Meinert, L. (2008). Kronisk hjemmearbejde: Social håb, dilemmaer og konflikter i hjemmearbejdsnarrativer i uganda, danmark og USA. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 5(9), 71-95.
- Grøn, R. (2018). *Med bind for øjnene: Om nytilkomne kvinders oplevelse af at være gravid i danmark*. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Heeno, E., Biesenbach, I., Englund, C., Lund, M., Toft, A., & Lund, L. (2021). Patient perspective on telemedicine replacing physical consultations in urology during the COVID-19 lockdown in Denmark. *Scandinavian Journal of Urology*, 55(3), 177-183.
- Hospitalsenhed Midt. (a). Fødselsforberedelse, vaccinationer og andre tilbud. Retrieved from <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/kvindesygdomme-og-foedsler/graviditet-fodsel-og-barsel/graviditet/fodelsforberedelse-og-andre-tilbud/>
- Hospitalsenhed Midt. (b). Graviditetskontroller. Retrieved from <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/kvindesygdomme-og-foedsler/graviditet-fodsel-og-barsel/graviditet/svangrekontroller/>
- Hospitalsenhed Midt. (c). Jordemødreklivkerne i Viborg, Silkeborg, Skive, Bjerringbro og Møldrup. Retrieved from <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/kvindesygdomme-og-foedsler/klinikker/jordemoderklinikken/>
- Hospitalsenhed Midt. (d). Virtuel fødselsforberedelse. Retrieved from <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/kvindesygdomme-og-foedsler/graviditet-fodsel-og-barsel/graviditet/fodelsforberedelse-og-andre-tilbud/midlertidig-fodelsforberedelse/>
- Hospitalsenhed Midt. (2016). *Kendt-jordemoder-ordning "silkeborg onsdag"*. Viborg: Hospitalsenhed Midt.
- Hospitalsenhed Midt. (2021). Visitationsguide til kvindeklinikken, gravide. Retrieved from <https://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&open-link=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X22C1DCF6BBAE3681C125751600438FCC&level=HOMINONE&dbpath=/edok/editor/RM.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Kaltoft, A. (2020). Hjerteforeningen: Konsulenter glemmer farerne ved digitalisering af sundhedsvæsenet. Retrieved from <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/hjerteforeningen-konsulenter-glemmer-farerne-ved-digitalisering-af-sundhedsvaesenet>
- Kidholm, K. (2020). Webinar om patientsikkerhed og telemedicin. Retrieved from <https://patientsikkerhed.dk/webinar-patientsikkerhed-telemedicin/>
- Kidholm, K. (2022). Innovationsprofessor: Her er tre bud på, hvor sundhedsvæsenet kan skære fra. Retrieved from <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/innovationsprofessor-her-er-tre-bud-paa-hvor-sundhedsvaesenet-kan-skaere-fra>

- KPMG, & VIVE. (2022). *Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktions og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner: Analyserapport udarbejdet på vegne af danish life science cluster*. København: KPMG & VIVE.
- Kuutti, K. (1996). Activity theory as a potential framework for human computer interaction. In B. Nardi (Ed.), *Context and consciousness: Activity theory and human-computer interaction* (pp. 17-44). Cambridge, MA: MIT Press.
- Lau, C. (2022). *virtualKIDS – a virtual care service delivering family-centred and integrated paediatric care at scale: Paper number 202*. Odense: ICIC22 – 22nd International Conference on Integrated Care.
- Lee, A. (2018). *Evaluering af det virtuelle ambulatorium på Odense universitetshospital, afdeling M*. Odense: OUH.
- Lindemann, B. (2021). Trods tredje bølge sover Lars Østergaard godt om natten. Retrieved from <https://dagensmedicin.dk/trods-tredje-boelge-sover-lars-oestergaard-godt-om-natten/>
- Martin, H. M., & Ballegaard, S. B. (2021). *Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp: En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre*. København: VIVE.
- Moeller, A. M., Christensen, L. F., Hansen, J. P., & Andersen, P. T. (2022). Patients' acceptance of video consultations in the mental health services: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Digital Health*, 8, 1-16.
- Nielsen, J., Dirckinck-Holmfeld, L., & Danielsen, O. (2003). Dialogue design: With mutual learning as guiding principle. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 15(1), 21-40.
- Rasmussen, S. R., Bech, C. F., & Wentzer, H. S. (2017). *Digitale tilbud til behandling af angst og depression - forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark*. København: KORA.
- Regeringen. (2020). Pressemøde om coronavirus 11.03.20: Statsministeren: Der bliver brug for, at vi hjælper hinanden. Retrieved from <https://www.regeringen.dk/nyheder/2020/pressemoede-11-marts-i-spejlsalen/>
- Region Midtjylland. (2020). *Psykiatriens strategiske indsatsområder frem mod 2024 - årsplan 2020: Fastholdelse af kontinuitet og fremdrift*. PowerPoint. Viborg: Region Midtjylland.
- Rosen, R., Wieringa, S., Greenhalgh, T., Leone, C., Rybczynska-Bunt, S., Hughes, G., . . . Byng, R. (2022). Clinical risk in remote consultations in general practice: Findings from in-covid-19 pandemic qualitative research. *BJGP Open*, 2021.0204
- Rothmann, M. J., Mouritsen, J. D., Ladefoged, N. S., Jeppesen, M. N., Lillevang, A. S., & Lastrup, Helle, Ellingsen, Torkell. (2022). The use of telehealth for psychological



- counselling of vulnerable patients with rheumatic diseases or diabetes: Explorative study inspired by participatory design. *JMIR Human Factors*, 9(1), e30829.
- Social- og Ældreministeriet. (2022). Orientering om ophør af kategorisering af covid-19 som en samfundskritisk sygdom og ophævelse af regler om coronarestriktioner på social- og ældreområdet. SKR nr. 9069 af 27/01/202. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2022/9069>
- Steno Diabetes Center Aarhus. (2022). DiabetesFlex - dit fleksible behandlingsforløb. Retrieved from <https://www.stenoaarhus.dk/behandling/voksen/diabetesflex/>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2016a). *The danish healthcare system: Det danske sundhedsvæsen*. København: Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse.
- Sundhedsstyrelsen. (2016b). *New in denmark - pregnancy and birth* (English ed.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Pregnancy: Fetal testing* (Engelsk ed.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021a). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021b). *COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet: Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemien - 10. rapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tænketanken Europa. (2022). Tidslinje over corona-krisen: Hvad skete der og hvornår? Retrieved from <http://thinkeuropa.dk/politik/tidslinje-over-coronakrisen-hvad-skete-der-og-hvornaar>
- Topholm, E. H., Martin, H. M. & Bech, M. (2021). Sammenhængende patientforløb. Retrieved from <https://rise.articulate.com/share/D-05-wjdMOcBMViCx-SU-SPTVRIU0IUov#/>
- Udsen, L. M. W., Wermuth, A. K., & Thrane, S. A. (2020). *Evaluering af den digitale forløbsguide på AUH*. Aarhus: Defactum.
- Wentzer, H. S. (2004). Technology development and implementation in the public health institutions: A strategic and pedagogical task for the learning organization. In A. Hasman, B. Blobel, J. Dudeck, R. Engelbrecht, G. Gell & H. Prokosch (Eds.), *Medical infobahn for europe* (pp. 264-270). Amsterdam: IOS Press.
- Wentzer, H. S. (2015). Koordinering af teamsamarbejde i opfølgende hjemmebesøg med video: Et eksperiment til innovation af tværsektorielle patientforløb. In S. Friemann, M. Sørensen & H. S. Wentzer (Eds.), *Sammenhænge i sundhedskommunikation* (pp. 83-129). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.


- Wentzer, H. S. (2019). Technology in context - exploring vulnerability in surgery. In N. Meier, & S. Dobson (Eds.), *Context in action and how to study it: Illustrations from health care* (pp. 138-154). Oxford: Oxford University Press.
- Wentzer, H. S. (2020a). *Fra hospital til hjem - skrøbeligheder i ældres forløb i en landkommune*. København: VIVE.
- Wentzer, H. S. (2020b). Videokonsultationer: Genistreg eller åbning af pandoras æske? debatartikel. Retrieved from <https://dagensmedicin.dk/videokonsultationer-med-laegen-under-coronakrisen-genistreg-eller-aabning-af-pandoras-aeske/>
- Wentzer, H. S., & Meier, N. (2014). *At skabe sikkerhed, effektivitet og tryghed: Operationsassisterende arbejde på hospitaler*. København: KORA.

Bilag 1 Skabelon for patientindkaldelsesbrev til videokonsultation

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling
Palle Juul-Jensens Boulevard 175, 8200 Aarhus N

Psykiatrien i Region Midtjylland
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling



Kære 

Vi kan tilbyde dig en tid til videosamtale med Klinik for Unge, Aarhus.

onsdag den 19. maj 2021 kl. 10:00.

For at deltage på video kan du bruge dette link:
m.vconf.dk/9870dfc0fb17
NB: Du tilgår mødet ved at kopiere linket og åbne det i Chrome, Firefox eller en Safari-Browser.

**Hvis du er forældre eller patient kan du bruge appen MineAftaler Region Midtjylland eller www.booking.rm.dk.
Log ind med NemID.**

Læs mere om videokonsultationer på www.vm.rm.dk.

Forbered dig inden aftalen
Læs eventuelt mere om afdelingen på www.bua.rm.dk.

Giv besked, hvis du ikke kan deltage
Hvis du ikke kan deltage, så ring til os så hurtigt som muligt på telefon: 7847 3210. Hvis du ikke deltager og ikke har meldt afbud, tager du tiden fra en anden.
www.booking.rm.dk og appen MineAftaler indeholder en oversigt over kommende og tidligere aftaler. Det fremgår tydeligt på www.booking.rm.dk, hvis man selv kan flytte en tid.

Ring til os, hvis du har spørgsmål
Du er altid velkommen til at ringe til os på telefon: 7847 3210, hvis du har spørgsmål. Telefonen er åben kl. 08.00-10.00 og igen kl. 12.30-15.00, dog fredag til kl. 14.00.

Andre muligheder
Se alle hospitalernes ventetider på www.mitsygehusvalg.dk

19. maj 2021
K

Med venlig hilsen

Personalet
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

Bilag 2 Sygeplejefaglig manual til beslutningsstøtte om digital kontaktform: fordele og ulemper ved henholdsvis telefon eller video via Pexip- eller Rooms.dk-forbindelse

	Telefon	Rooms.dk	Pexip
Fordele	<p><u>Teknisk</u> Ingen instruktion i brugen til patienten Pålideligt system – altid forbindelse Let, hurtigt og god lyd</p> <p><u>Organisatorisk</u> Kræver ikke udstyr Kræver ikke booking Kræver mindre forberedelse Hurtig ekspedition Mindre tidsforbrug Kan foregå hjemmefra uafhængig af ledige rum, ingen hygiejniske udfordringer</p> <p>Tidsbesparende for patienter pga. ingen transport</p> <p><u>Klinisk</u> Let og hurtigt ved kendt patient Mere konkrete og handlings-orienterede samtaler Samtalen afsluttes ofte indenfor 30 min Aflappet i hjemlige omgivelser</p>	<p><u>Teknisk</u> Der kan deltage flere i samtalen fra forskellige skærme</p> <p><u>Organisatorisk</u> Kan etableres med kort varsel, eks. hvis patient har glemt samtalen og kan kontaktes ved telefon Færre afbud ift. fremmøde</p> <p>Tidsbesparende pga. ingen transport, specielt for patienter fra andre regioner</p> <p><u>Klinisk</u> Mere handlingsorienterede og konkrete samtaler Man kan se ind i pat hjem – giver informationer, man ikke får ved fremmøde Nogle fremstår mere afslappet i kontakten, måske fordi de er i trygge rammer Mulighed for at udøve psykoedukation Patient og skilte forældre kan være med på hver sit link Patient der har de svært ved at komme til AUH pga. psyken, belastes mindre</p>	<p><u>Teknisk</u> Jeg kan finde ud af det! Nemt at finde ud af det, fordi man kan låse mødet Nemt med login for de unge og andre deltagere Bedre med link direkte til patienten end til bostedet Sikkert, fordi der kun er booket til denne samtale Rummet er ledigt i 24 timer, derfor mere fleksibelt ift. at ændre samtale tidspunktet, hvis nødvendigt</p> <p><u>Organisatorisk</u> Patienten behøver ikke at møde op – tidsbesparende Hjælp for dem der bor langt væk Færre afbud ift. fremmøde Kan etableres med kort varsel, f.eks. hvis patienten har glemt samtalen og kan kontaktes pr telefon</p> <p><u>Klinisk</u> Godt at bruge til angst og autisme, når de sidder hjemme i stuen eller i deres senge Man kan se ind i patientens hjem – observationer man ikke får ved fremmøde Mulighed for virtuelt hjemmebesøg Nogle patienter fremtræder mere afslappet i kontakten, fordi de er i trygge rammer</p>

	Telefon	Rooms.dk	Pexip
	<p>Nedsat fravær fra skole/ uddannelse</p> <p>Involvering af patient/ pårørende sker pr automatik – ved måling af vægt og højde</p>		<p>Oplever samtalerne mere konkrete og handlingsorienterede</p> <p>Mulighed for at udøve psykoedukation</p> <p>Bostedet har nemmere ved at deltage, og flere fra temaet kan deltage</p> <p>De unge virker mere tilpas</p>
Ulemper	<p><u>Teknisk</u> Svært at have samtale med mere end én person</p> <p><u>Organisatorisk</u></p> <p><u>Klinisk</u> Ved ikke hvem der lytter med Ingen objektiv psykisk vurdering Ikke egnet til nye patienter Svært at vurdere patientens konkrete tilstand, fordi man ikke kan se ham Svært at udfolde psykoedukation Ikke muligt at vurdere objektiv psykisk, særligt ved halvårige kontrol Kræver kompetencer, fremstår mere overfladisk i kontakten, mangler det klinisk indtryk Man kan misse elementer, der ikke spørges direkte ind til Patienten kan opleves ekskluderet fra samtalen, hvis pårørende tager for meget over</p>	<p><u>Teknisk</u> Ikke gennemført pga. tekniske problemer Tekniske med at logge på Dårlig lyd eller pixeleret billede Let latenstid mellem lyd og billede Frosset billede pga. dårligt netværk på AUH, efterfølgende god forbindelse med kabel Oplever, at flere logger ind før tid – obs patientsikkerhed Svært for patienten at forstå login via rooms.dk Rummet er kun booket i 45-60 min, men ofte går de første 5 min til instruktion</p> <p><u>Organisatorisk</u> Ikke muligt, hvis patienten ikke har adgang til e-boks</p> <p><u>Klinisk</u> Svært at styre samtalen, hvis flere deltager Virker mere distanceret ift. fremmøde Svært at bruge skema i psykoedukations-delen Oftest bryder man ind i samtaler, hvis man kobler op før tid Objektiv psykisk kan være svært at vurdere</p>	<p><u>Teknisk</u> Tekniske udfordringer med login Dårlig lyd eller pixelering af billede Frosset billede grundet dårligt net fra AUH Latenstid – i systemet Ikke muligt uden adgang itl. e-boks Alle former for virtuel kontakt, kan lyd og billedkvaliteten svinge alt afhængig af computerens og nettes kvalitet</p> <p><u>Organisatorisk</u> Flere har ikke adgang til e-boks Ikke set brev i e-boks om ændring fra fremmøde til virtuelt møde</p> <p><u>Klinisk</u> Tror at objektiv psykisk snyder Tror ikke de selvmordstruede er sværere over video, kun når de overhovedet ikke kan indgå i en sikkerhedsaftale Svær at styre samtalen, hvis flere deltager</p>

Telefon	Rooms.dk	Pexip
<p>Patienten kan opleve at blive degraderet i forhold til fremmøde i klinikken – er jeg så rask, at min behandler ikke behøver at se mig?</p> <p>Interaktion ift jokes, humor gestik mistes</p> <p>Helhedsbillede og alt det der foregår i rummet jokes humor gestik</p> <p>Kan miste overblik ift at få taletid med patienten og ikke kun pårørende</p> <p>Udfordringer ift det faglige skøn</p>	<p>Mangler info, når man ikke sidder over for patienten.</p>	<p>Virker mere distanceret ift. fremmøde</p> <p>Svært at bruge skemaer i psykoedukationsdelen</p> <p>Værdier kan være mindre valide (hjemmemålinger)</p>

VIVE