

Rapport

# Skærmopkald i hjemme- og sygepleje

Videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde



Stinne Aaløkke Ballegaard, VIVE, og Annette Kamp, Roskilde Universitet



*Skærmopkald i hjemme- og sygepleje – Videosamtalers betydning for pleje- og omsorgsarbejde*

Publikationen er udarbejdet af VIVE og RUC, 2018

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse.

© Foto: Viborg Kommune

e-ISBN: 978-87-93626-62-1

Projekt: 10783/301089

#### **VIVE – Viden til Velfærd**

##### **Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

**Center for Arbejdslivsforskning** ved Roskilde Universitet er etableret i 2011. Centeret er Danmarks største forskningsmiljø på området og samarbejder med internationale forskere og en række eksterne organisationer. Centeret bedriver tværvideenskabelig forskning og formidling om arbejdsmiljø, arbejdsliv og læring. <https://ruc.dk/center-arbejdslivsforskning>.

# Forord

Kommunerne har gennem de sidste mange år arbejdet med udvikling og introduktion af nye typer velfærdsteknologi i forventning om at kunne levere velfærdsydelser af høj kvalitet på nye og mere effektive måder. Som del af denne udvikling anvendes videosamtaler i stigende grad til at understøtte kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere.

Hensigten med indeværende rapport er at bidrage med viden om, hvad det betyder for pleje- og omsorgsarbejdet, når kommunerne introducerer ny teknologi i form af videosamtaler i hjemme- og sygeplejen.

Rapporten bygger på en undersøgelse, som er gennemført i samarbejde med Viborg Kommune. Viborg Kommune har gennem en årrække arbejdet med udvikling af konceptet "Virtuel hjemme- og sygepleje", hvor nogle af ydelserne til borgeren leveres via videosamtaler i stedet for et besøg i hjemmet.

Vi vil gerne sige mange tak til Viborg Kommunes strategiske ledelse for hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt projektteamet for at invitere os til at udforske Virtuel hjemme- og sygepleje. En særlig tak skal lyde til alle de medarbejdere, som har ladet os komme med dem på arbejde for at dele deres erfaringer med os.

VIVE har udarbejdet denne rapport i samarbejde med RUC på baggrund af bevilling fra Arbejds miljøforskningsfonden. En stort tak skal derfor også lyde til Arbejds miljøforskningsfonden for finansiering af forskningsprojektet "Velfærdsteknologi i pleje og omsorgsarbejde".

Endelig skylder vi tak til Helle Holt og Grete Brorholt for sparring undervejs i processen med udarbejdelse af rapporten.

*Forfatterne*  
2018

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Baggrund og formål .....	8
1.1 Virtuel hjemme- og sygepleje i Viborg Kommune .....	8
1.2 Formål med rapporten .....	9
1.3 Rapportens opbygning .....	10
2 Undersøgelser- og analysedesign .....	11
2.1 Undersøgelserdesign og metoder .....	11
2.2 Analysestrategi .....	14
2.3 Anonymitet og etik .....	15
3 Målsætning og strategi for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje .....	16
3.1 Udvikling af Virtuel hjemme- og sygepleje .....	16
3.2 Argumenter for udbredelse .....	16
3.3 Implementering .....	20
3.4 Opsummering og diskussion .....	23
4 Inklusion af borgere .....	24
4.1 Identificering af borgere .....	24
4.2 Motivation af borgerne .....	27
4.3 Opsummering og diskussion .....	30
5 Skærmopkald .....	32
5.1 At kende sin borger .....	32
5.2 Når det er svært at "se gennem skærmen" .....	36
5.3 Opsummering og diskussion .....	39
6 Diskussion og opmærksomhedspunkter .....	41
Litteratur .....	44
Bilag 1 Interviewguides .....	45
Bilag 2 Viborg Kommunes idékatalog .....	52

# Sammenfatning

Viborg Kommune har udviklet konceptet "Virtuel hjemme- og sygepleje", hvor ydelser til borgeren leveres via videosamtaler, såkaldte skærmopkald, som erstatning for nogle af de fysiske besøg i hjemmet. Hensigten er, at Virtuel hjemme- og sygepleje vil støtte og øge borgernes egenomsorg og bidrage positivt til medarbejdernes oplevelse af arbejdet, samtidig med at ydelserne leveres mere effektivt.

Rapporten har til formål at belyse, hvilken betydning Virtuel hjemme- og sygepleje har for personalets oplevelse og håndtering af pleje og omsorgsarbejdet, samt at identificere faktorer med betydning herfor. Derudover er formålet at formidle viden om Virtuel hjemme- og sygepleje og pege på opmærksomhedspunkter, således at Viborg Kommune, og andre kommuner med lignende tilbud, kan finde inspiration og aspekter til refleksion i deres videre arbejde.

Undersøgelsen viser, at Virtuel hjemme- og sygepleje kan bidrage positivt til at udvikle faglighed og mening i arbejdet. Her spiller en organisering med vægt på medarbejderdeltagelse, både i udviklingen af, hvad skærmopkald kan bruges til, og i udvælgelsen af til hvilke borgere, en vigtig rolle. Den viser imidlertid også, at der kan være udfordringer og uhensigtsmæssigheder knyttet til skærmopkaldene.

## *Målsætning og strategi for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje*

Virtuel hjemme- og sygepleje er baseret på et økonomisk rationale, som er med til at forme rammesætningen af udbredelse af konceptet, og som har stor betydning for personalets oplevelse og håndtering af skærmopkald.

Konceptets business case sandsynliggør, at gennemførelsen af ydelser effektiviseres på grund af reduceret vejtid og kortere tidsforbrug ved skærmopkald end et fysisk besøg. Business casen forudsætter en vis volumen, og projektledelsen har derfor en ambition om, at potentialet skal udforskes i forhold til, hvilke borgere og typer af ydelser der kan overgå til skærmopkald. Samtidigt forsøger projektledelsen at øge volumen ved at få flest mulige borgere med, bl.a. ved at forsøge at inkludere borgere, som i første omgang har været afvisende. Endvidere opfordrer projektteamet medarbejdere og distriktsledere til at undersøge muligheden for at omorganisere opgaver hos borgeren, så nogle af besøgene kan konverteres til skærmopkald. Langt de fleste borgere modtager således en kombination af fysiske besøg og skærmopkald.

Det er den enkelte medarbejder, som med støtte fra skærmansvarlig og ledelse skal udvælge ydelser og borgere til skærmopkald. Tanken er, at medarbejderen kender borgeren bedst og dermed bedst kan vurdere, hvilke ydelser der kan gennemføres via skærmopkald. Endvidere vil det i udgangspunktet også være den pågældende medarbejder, som gennemfører skærmopkaldene og dermed har mulighed for løbende at følge op på, om skærmopkaldene fungerer efter hensigten.

Hensigten bag udbredelsen er endvidere, at medarbejderne vil drage fordel af Virtuel hjemme- og sygepleje, samt at det vil støtte borgernes egen mestringsevne.

## *Inklusion af borgere*

Undersøgelsen viser, at rollen med at inkludere borgerne og udvælge ydelser til at foregå via skærm betyder, at personalet opererer i et krydsfelt mellem økonomiske rationaler, styringsmæssige krav, kreativ problemløsning samt faglige og etiske standarder. Inkludering er en kompleks opgave, hvor der dels ligger en række overvejelser i forhold til at finde borgere, hvor medarbejderne vurderer at

skærmopkaldene vil være meningsfulde, og dels ligger der et større eller mindre motivationsarbejde, hvor medarbejderen skal overbevise borgeren om fordelene ved skærmopkald.

Undersøgelsen viser, at inklusionsopgaven på den ene side kan bidrage positivt til personalets arbejde. Noget af personalet oplever således, at de kan bruge deres faglighed til kreativ problemløsning, hvor de kan imødekomme borgerens specifikke behov på nye måder ved at omlægge besøg til skærmopkald og derved bidrage til kvalitet i plejen. På den anden side kan inklusionsarbejdet være forbundet med en række overvejelser om potentielle risici, fx hvis borgeren ikke kan se fordelene ved skærmopkaldene og ikke er motiveret for at indgå i denne type pleje. Medarbejderne beskriver, at de oplever en stor bekymring samt et moralsk og etisk pres, hvis en borger ikke besvarer et opkald, idet de ikke ved, om borgeren er faldet, har fået det akut dårligt eller blot har glemt eller ignoreret opkaldet. Denne problemstilling skærpes, hvis medarbejderne har oplevelsen af, at der bliver udvalgt og inkluderet borgere, som ligger i grænsefeltet for, hvad der vurderes til at være forsvarligt for at leve op til forventningerne om at få inkluderet flest mulige borgere og konverteret flest mulige besøg. Problemstillingen forstærkes af den strukturelle rolle- og ansvarsfordeling, som i høj grad placerer ansvaret hos den enkelte medarbejder.

### *Skærmopkald*

Undersøgelsen viser, at et solidt borgerkendskab fremmer en positiv oplevelse af at kunne gennemføre skærmopkald af høj kvalitet. Medarbejderne anvender således denne viden til at identificere afvigelser fra rutiner, kropsholdning og stemmeføring, som kan være tegn på forandringer i borgers helbred og trivsel. Desuden viser undersøgelsen, at samarbejdet med borgeren er vigtigt ved skærmopkald, for at medarbejderen kan få den relevante og nødvendige information fra borgeren. Dette stiller krav til borgerens kompetencer, idet borgeren skal kunne reflektere over egen tilstand og evne og have vilje til at formidle helbredstilstand til medarbejderen. Omvendt indeholder skærmopkaldene også nogle begrænsninger, som kan gøre det vanskeligt at "se gennem skærmen". Her oplever medarbejderne, at skærmen som medie reducerer tegn fra hjemmet sammenholdt med, at rammesætningen af skærmopkaldene afgrænser emner og minimerer tid til samtalen, hvilket kan gøre det vanskeligt for medarbejderen at vurdere borgerens generelle tilstand og eventuelle ændringer.

Analysen peger på et indbygget dilemma eller paradoks i den Virtuelle hjemme- og sygepleje, idet den organisatoriske rammesætning handler om at effektivisere arbejdet ved at spare tid og skærpe fokus i skærmopkaldene, mens personalet peger på tid som en vigtig faktor for relationsarbejdet og opbygning af borgerkendskab hos nye borgere. Imidlertid støttes borgerkendskabet ved, at det ofte er kendte borgere, som inkluderes, og ofte vil der være tale om en kombination af skærmopkald og fysiske besøg.

### *Diskussion og opmærksomhedspunkter*

Samlet set peger analysen således på, at *skærmen som medie* samt den *organisatoriske rammesætning* har stor betydning for udfaldet af personalets oplevelse og håndtering af pleje- og omsorgsarbejdet, hvor følgende faktorer – og samspillet mellem dem – er centrale:

- Konceptets business case
- Varighed af skærmopkald
- Borgerkendskab
- Individuelt medarbejderansvar for inklusion
- Kombination af skærmopkald og fysiske besøg.

Når kommuner arbejder med at udvikle og implementere koncepter, der ligner Virtuel hjemme- og sygepleje, anbefales det at sikre, at ledelse og opstillede organisatoriske rammevilkår bidrager til at opnå et positivt udfald for anvendelse af teknologien og have opmærksomhed på utilsigtede konsekvenser af den nye måde at arbejde på.

Undersøgelsen peger på vigtigheden i at få den organisatoriske og økonomiske rammesætning til at spille fornuftigt sammen med faglige vurderinger og bidrage til at opnå en balance mellem forskellige typer udfaldsrum for medarbejdere og borgere. I forhold til medarbejderne bør det tilstræbes, at de oplever at kunne bruge deres faglighed til kreativ problemløsning og bidrage til kvalitetsudvikling og undgår at stå i forskellige krydspres, hvor ansvaret for borgerne bliver til en byrde og bekymring. I forhold til borgerne bør det sikres, at bestræbelser på at opnå empowerment og privatliv til borgerne tager udgangspunkt i borgernes ressourcer og ikke resulterer i en situation med manglende omsorg, eller hvor krav til borgernes egenomsorg overstiger deres kompetencer.

Ved udvikling og organisering af koncepter, der ligner Virtuel hjemme- og sygepleje, bør kommuner derfor være opmærksomme på følgende:

- At den økonomiske og organisatoriske rammesætning spiller sammen med en faglig forankring, herunder at:
  - business casen balancerer med faglige vurderinger i forhold til inklusion af borgere
  - de organisatoriske rammer understøtter medarbejdernes relationsarbejde med borgerne samt deres borgerkendskab
  - løbende faglige diskussioner tilskyndes for at sikre, at skærmopkald bruges hensigtsmæssigt, set i forhold til borgernes tilstand, kompetencer og motivation samt i henhold til personalets vurdering af kvalitet af pleje og eventuelle risici.
- At sikre balance mellem medarbejdernes mulighed for kreative problemløsning og innovative bidrag til udvikling af kvalitet i plejen på den ene side, og på den anden side undgå risikoen for, at medarbejderne kommer til at stå med et ansvar under begrænsende rammer, som de ikke selv har indflydelse på.
- At inklusion af borgere baseres på en faglig vurdering af "at det giver mening for borgeren", dvs.:
  - at borgeren er motiveret (princip om frivillighed) og kan se fordelene med skærmopkaldene
  - at borgeren har de nødvendige kompetencer til at deltage aktivt i samarbejdet
  - at personalet vurderer, det bidrager til opgaveløsningen på forsvarlig vis.

#### *Metode*

Analyserne er baseret på etnografiske feltstudier i to områder i Viborg Kommune. Studiet omfatter 17 dages observationer og 32 interview med medarbejdere og ledelse i efteråret 2015 og foråret 2016. Derudover er der foretaget dokumentanalyse af kommunale policy-papirer. Kombinationen af de to typer dataindsamling giver dels viden om kommunale politikker og strategier, dels viden om praksisser og erfaringer med Virtuel hjemme- og sygepleje.

# 1 Baggrund og formål

Der har gennem de seneste år været stort politisk fokus på udvikling og introduktion af velfærdsteknologi i kommunerne. Introduktionen af ny velfærdsteknologi bygger på en antagelse om, at teknologien kan hjælpe til at løse velfærdsopgaver på nye og smartere måder, som er billigere og mere effektive, samtidigt med at kvaliteten i opgaveløsningen bevares og borgerens livskvalitet forbedres (KL Center for Velfærdsteknologi 2016). Introduktion af velfærdsteknologi handler således om at skabe nye måder at afvikle ydelser på og skabe nye hensigtsmæssige organisatoriske rammer for arbejdet.

## 1.1 Virtuel hjemme- og sygepleje i Viborg Kommune

I tråd med denne generelle udvikling med nytænkning af ydelser har Viborg Kommune udviklet konceptet "Virtuel hjemme- og sygepleje". Virtuel hjemme- og sygepleje handler om at levere ydelser til borgeren via videosamtaler i stedet for nogle af de fysiske besøg i hjemmet: *"Med Virtuel Hjemme- og Sygepleje kan du modtage hjælp via et skærmopkald fra sygeplejersken eller hjemmehjælperen. Du aftaler med din kontaktperson, om den hjælp, du får, kan gives over skærm. Du vil få opsat en skærm i hjemmet, og sygeplejersken kan kontakte dig på den via et videoopkald"* (Viborg Kommune 2016b). Videosamtalerne har forskellige betegnelser blandt ledelse og medarbejdere i kommunen, hvor det både kaldes 'virtuelle besøg', 'skærmbesøg', 'skærmopkald' og 'Viewcare opkald'<sup>1</sup>. Vi har valgt at benytte betegnelsen 'skærmopkald' i rapporten for at skabe en sproglig ensartethed og øge læsevenligheden<sup>2</sup>.

Projektledelsen forklarer, at det er den samme ydelse, som leveres til borgerne, men at måden, hvorpå ydelsen leveres, kan variere: *"Hvordan kan vi levere den her ydelse til denne borger? Kan vi give den via en skærm, kan vi gøre det via telefon, eller kan vi gøre det ved et fysisk besøg? Så skærmen tænkes ind som et værktøj i at levere ydelsen"* (Interview, projektledelse).

### Skærmopkald kort fortalt

Helt konkret foregår den Virtuelle hjemme- og sygepleje således, at den enkelte medarbejder udvælger borgere og ydelser, hvor det vil være meningsfuldt at erstatte det fysiske besøg med et skærmopkald.

Der installeres en skærm med indbygget kamera i borgerens hjem. Det er enten en medarbejder fra hjemme- og sygeplejen eller en af leverandørens medarbejdere, som installerer skærmen og viser borgeren, hvordan den virker.

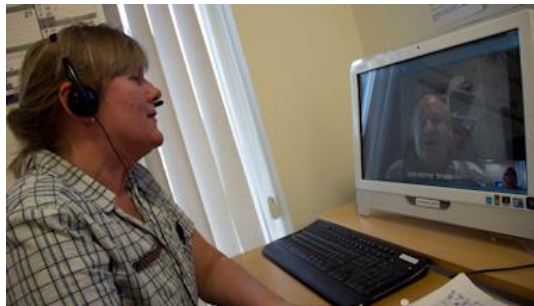
Via en sikker forbindelse kan personalet ringe borgeren op på skærmen og anmode om en videosamtale. Borgeren kan vælge enten at besvare opkaldet ved at trykke på en grøn knap på den trykfølsomme skærm eller afvise opkaldet ved at trykke på en rød knap. Personalet kan også ringe op og lave videoopkald fra en tablet i bilen.

I enkelte tilfælde kan borgeren også kontakte personalet via en knap på skærmen. Borgerens skærm etablerer forbindelse til medarbejderens telefon, hvor medarbejderen kan besvare samtalen telefonisk og efterfølgende lave et skærmopkald med video.

<sup>1</sup> Firmaet Viewcare A/S er leverandør af den teknologiske løsning.

<sup>2</sup> Betegnelsen 'skærmopkald' er valgt, da der i det empiriske materiale ofte henvises til "skærmen". Med valget signaleres også en opmærksomhed på forskellen mellem et videoopkald og et besøg, hvilket udfoldes yderligere i kapitel 5.





Fotos: Viborg Kommune

## 1.2 Formål med rapporten

Med introduktionen af ny teknologi og nye måder at levere ydelser til borgeren på bliver det relevant at belyse, hvordan de nye praksisser udvikler sig, og hvilken betydning det har for organisering af arbejdet, udførelse af arbejdsopgaver og samarbejdet med borgerne.

Denne rapport afdækker, hvordan Virtuel hjemme- og sygepleje bringes i spil i Viborg Kommune, og belyser, hvilken betydning Virtuel hjemme- og sygepleje har for personalet. Formålet med rapporten er at:

1. belyse, hvilken betydning Virtuel hjemme- og sygepleje har for personalets oplevelse og håndtering af pleje og omsorgsarbejdet
2. identificere faktorer med betydning herfor, som fx den organisatoriske rammesætning og skærmen som medie
3. formidle viden om Virtuel hjemme- og sygepleje og pege på opmærksomhedspunkter, således at Viborg Kommune og andre kommuner med lignende tilbud kan finde inspiration og aspekter til refleksion i deres videre arbejde.

### Afgrænsning

Rapporten har fokus på personalets erfaringer og oplevelse af Virtuel hjemme- og sygepleje, hvilket belyses gennem etnografiske feltstudier med brug af interview og observationer af arbejdet. Der er gennemført observationer af omsorgsarbejdet i borgernes hjem, men der er ikke afholdt interview med borgere og pårørende i forbindelse med denne undersøgelse.

### Forskningsprojektet 'Velfærdsteknologi i pleje og omsorgsarbejde'

Undersøgelsen, som ligger til grund for rapporten, er en del af et større forskningsprojekt hos Roskilde Universitet og VIVE, som er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden. Forskningsprojektet har til formål at skabe viden om, hvordan brug af velfærdsteknologier forandrer omsorgsrelationer og påvirker ansattes mening i arbejdet, faglige identitet og opfattelse af omsorgs- og plejearbejde.

Desuden er formålet med forskningsprojektet at skabe viden om, hvordan man kan organisere brugen af velfærdsteknologier, så det skaber både gode velfærdsløsninger og et godt psykisk arbejdsmiljø. Specifikt ses på skærmteknologier samt teknologier, der træder ind i det kropslige plejearbejde. Betydningen af disse to typer teknologier belyses gennem følgende empiriske cases:

## Forskningsprojektet 'Velfærdsteknologi i pleje og omsorgsarbejde'

- Virtuel hjemme- og sygepleje
- Telemedicinsk sårvurdering
- Skulle-tørre toiletter
- Højteknologisk plejehjem.

Indeværende rapport relaterer sig specifikt til analyse af Virtuel hjemme- og sygepleje i Viborg Kommune. Øvrige resultater fra forskningsprojektet formidles løbende gennem videnskabelige artikler.

### 1.3 Rapportens opbygning

I kapitel 2 præsenteres studiets undersøgelses- og analysedesign. Kapitlet har til formål at skabe transparens i forhold til valg af metodisk tilgange og den analytiske proces. Samtidigt begrundes også rapportens udformning, som udspringer dels af det empiriske felt og af den analytiske proces.

I kapitel 3 præsenteres Viborg Kommunes ambitioner med og strategier for implementering af Virtuel hjemme- og sygepleje. Kapitlet belyser den organisatoriske rammesætning af arbejdet, som har stor betydning for personalets oplevelse og håndtering af pleje og omsorgsarbejdet i relation til Virtuel hjemme- og sygepleje.

Kapitel 4 fokuserer på arbejdet relateret til inkludering af borgere, dvs. de opgaver og overvejelser, som personalet gør sig, når de skal finde borgere, hvor nogle af ydelserne kan gennemføres via skærmopkald i stedet for fysiske besøg.

Kapitel 5 belyser udførelsen af de konkrete skærmopkald, hvor der er fokus på betydningen af skærmen som medie ved gennemførelse af pleje og omsorgsarbejdet, fx samarbejde med borgeren og mulighederne for at identificere tegn på borgerens velbefindende samt på betydningen af den organisatoriske rammesætning.

I kapitel 6 afsluttes rapporten med diskussion af de oplevede fordele og udfordringer ved Virtuel hjemme- og sygepleje. Endelig udledes der en række opmærksomhedspunkter til inspiration for kommuner, som arbejder med lignende services.

## 2 Undersøgelles- og analysedesign

I dette kapitel beskrives først undersøgelsesdesign og metoder, der er anvendt til at belyse anvendelsen og erfaringer med Virtuel hjemme- og sygepleje. Dernæst beskriver vi, hvordan datamaterialet er analyseret, og vi redegør for vores valg omkring anonymisering af kilder.

### 2.1 Undersøgelsesdesign og metoder

For at undersøge, hvilken betydning Virtuel hjemme- og sygepleje har for personalets oplevelse og håndtering af omsorgsarbejde, har vi gennemført et etnografisk feltarbejde bestående af observation og interview med medarbejdere, ledere og projektledelse i Viborg Kommune. Derudover har vi foretaget dokumentanalyse af kommunale policy-papirer, som vedrører velfærdsteknologi generelt i kommunen samt specifikke dokumenter om baggrund og implementering af Virtuel hjemme- og sygepleje. Kombinationen af de to typer dataindsamling giver dels viden om kommunale politikker og strategier, og dels viden om praksisser og erfaringer med Virtuel hjemme- og sygepleje. Se Tabel 2.1 for det samlede overblik over dataindsamlingen.

**Tabel 2.1** Dataindsamling

	Tværgående kommunalt regi	Område 1*	Område 2*
Observation	Netværksmøde	9 dages observationer af dag- og aftenvagter, herunder observation af skærmøde og nedtagning af skærm hos borger	8 dages observationer af dag- og aftenvagter, herunder observation af installation af skærm hos borger
Interview	Tillidsrepræsentant Projektleder for Virtuel hjemme- og sygepleje Velfærdsteknologisk konsulent	12 interview, heraf 9 som del af observation af vagter	10 interview, heraf 8 som del af observation af vagter
Fokusgruppe-interview	Strategisk ledelse (2 pers.) Distriktsledere i hjemmesygeplejen (2 pers.) Skærmansvarlige (4 pers.) SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen (4 pers.) Hjemmesygeplejersker (3 pers.)		
Dokumenter fra Viborg Kommune	Projektbeskrivelse for Virtuel hjemme- og sygepleje, 2014 Procesplan, 2014 Roller og ansvar, 2017 Idekatalog til Virtuel hjemme- og sygepleje, 2015 Informationsfolder, 2015 PowerPoint præsentationer af status for Virtuel hjemme- og sygepleje fra netværksmøde, 2016 Viborg Kommunes hjemmeside, 2016		

\* Område 1: Landområde, deltog i pilotprojekt. Område 2: Byområde

Kilde: VIVE

### 2.1.1 Valg af felt

#### *Steder*

Vi har i samarbejde med den strategiske ledelse og projektteamet for Virtuel hjemme- og sygepleje udvalgt to geografiske områder, hvor feltarbejdet skulle finde sted.

I valget af områder lagde vi vægt på, at Virtuel hjemme- og sygepleje allerede var i drift, både hos hjemme- og sygeplejen i området. Den strategiske ledelse og projektteamet udpegede to områder, hvor det blev vurderet, at både hjemmeplejen og hjemmesygeplejen allerede anvendte Virtuel hjemme- og sygepleje på daglig basis. De to områder adskilte sig fra hinanden, idet det ene område også havde været med til at udvikle og afprøve konceptet Virtuel hjemme- og sygepleje. Medarbejderne i dette område havde således anvendt Virtuel hjemme- og sygepleje og skærmopkald i længere tid end deres kolleger i det andet område.

Derudover blev feltstudierne centreret omkring to forskellige geografiske områder i kommunen, i henholdsvis et land- og et byområde. Denne variation blev valgt for herved at belyse, hvorvidt geografi, transportmidler og transporttid mellem besøg har betydning for erfaringer og oplevelse af Virtuel hjemme- og sygepleje. Afstande er relevante i denne sammenhæng, da Viborg Kommune med sit areal på 1.409 km<sup>2</sup> er Danmarks næststørste kommune målt på geografi (Viborg Kommune 2017b), og der er, ifølge den strategiske ledelse, derfor meget transporttid i landområderne.

Det har ikke i analysen været muligt at identificere en eventuel betydning af forskel mellem land- og byområder, da der også har været en række andre forskelle mellem de to områder. Ud over at personalet i det ene område havde deltaget i udvikling af konceptet, så var der også stor variation i antal af skærmopkald hos henholdsvis hjemmesygeplejen og hos hjemmeplejen, som vanskeliggør en direkte sammenligning på tværs af områder.

#### *Deltagere*

Feltstudierne omfatter samtlige faggrupper, som aktivt anvender Virtuel hjemme- og sygepleje, og inkluderer således social- og sundhedshjælpere (herefter "SOSU-hjælpere"), social- og sundhedsassistenter (herefter "SOSU-assistenter") samt hjemmesygeplejersker. Deltagerne er udvalgt ud fra et anvendelseskriterium, dvs. de har alle erfaring med at gennemføre skærmopkald. Desuden er der lagt vægt på at inddrage skærmansvarlige medarbejdere, da de spiller en central rolle for udbredelsen af Virtuel hjemme- og sygepleje og har stor viden herom.

Derudover har vi interviewet tillidsrepræsentanter, personaleansvarlige ledere og den strategiske ledelse, samt medarbejdere i projektorganisationen omkring Virtuel hjemme- og sygepleje, for på den måde at få indblik i de ledelsesmæssige overvejelser og organisatoriske rationaler.

Vi har ikke interviewet borgere i denne undersøgelse, som udelukkende fokuserer på personalets erfaringer og oplevelse.

#### *Forskerbesøg*

Feltstudierne er tilrettelagt, således at Stinne Aaløkke Ballegaard, VIVE, har været ansvarlig for dataindsamlingen i ét område, mens Annette Kamp, RUC, har været ansvarlig for dataindsamlingen i et andet. Vi har kontinuerligt drøftet vores feltbesøg, delt materiale og diskuteret foreløbige analyser for at sikre vidensdeling og udvikling af en fælles analyse på tværs af områder. Vi har begge deltaget i de interview, der rakte på tværs af områder, i form af interview med den strategiske ledelse, projektledelse, og tillidsrepræsentant samt i fokusgruppeinterview med bl.a. skærmansvarlige.

Analyserne i denne rapport trækker på det samlede empiriske materiale og dataindsamling fra begge områder.

### 2.1.2 Feltstudiets metoder og dataindsamling

Feltstudierne fandt sted fra september 2015 til foråret 2016 på et tidspunkt, hvor Virtuel hjemme- og sygepleje var blevet udbredt og implementeret i hele kommunen og skulle til at overgå til drift<sup>3</sup>.

I feltstudierne blev der både benyttet observationer og interview for på den måde at kunne få indblik i eksisterende praksisser og medarbejdernes refleksioner og erfaringer med Virtuel hjemme- og sygepleje.

#### *Observation*

Der blev gennemført 17 observationsdage tilsammen i de to områder. På observationsdagene har forskerne i udgangspunktet fulgt personale, som var planlagt til at have skærmopkald på deres vagt. Der blev gennemført observationer af hele arbejdsdage i både dag- og aftenvagter for at få et samlet billede af betydning af Virtuel hjemme- og sygepleje i de ansattes pleje og omsorgsarbejde.

Derudover fokuserede observationerne særligt på praksisser relateret til Virtuel hjemme- og sygepleje: Organisering af Virtuel hjemme- og sygepleje i den daglige planlægning, gennemførelse af skærmopkald, udvælgelse af borgere til skærmopkald samt opfølgning på borgernes deltagelse, tilknyttet administrativt arbejde, oplæring af personale og borgere samt installation, vedligehold og support.

Endelig blev der gennemført observationer i forbindelse med centrale aktiviteter i form af et skærm-møde samt et netværksmøde med deltagelse af skærmansvarlige, projektledelse og leverandøren.

#### *Interview*

I forbindelse med observationerne er der gennemført enten uformelle eller mere formelle interview med den pågældende medarbejder. Kombinationen af observationer og interview har gjort det muligt at spørge ind til specifikke situationer og få viden om medarbejderens overvejelser og refleksioner herom.

Der er desuden gennemført en blanding af individuelle og gruppeinterview med skærmansvarlige, distriktsledere<sup>4</sup> for hjemmeplejen, distriktsledere for hjemmesygeplejen, den strategiske ledelse for hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, projektledelse og fællestillidsrepræsentant for FOA. I alt har vi snakket med 32 personer enten i forbindelse med observationer eller formelle interview.

Interviewene har været semistrukturerede, dvs. forskeren har benyttet en interviewguide og samtidigt været åben for temaer og problemstillinger, som interviewpersonerne har fundet vigtige i relation til Virtuel hjemme- og sygepleje. Interviewguiderne (se Bilag 1) har haft fokus på at få indblik i deltagernes erfaringer og oplevelser med Virtuel hjemme- og sygepleje, med udgangspunkt i deltagerens organisatoriske position og berøring med Virtuel hjemme- og sygepleje. Samlet set har følgende temaer været berørt i interviewene:

---

<sup>3</sup> Analyserne fokuserer udelukkende på dette tidsinterval. Efterfølgende er der gennemført en række forandringer af Virtuel hjemme- og sygepleje, som ikke indgår i undersøgelsen. Blandt andet kan skærmopkaldene gennemføres på alle medarbejdernes tablets. Det understreges også nu på Viborgs hjemmeside, at det er frivilligt for borgerne, om de vil deltage i Virtuel hjemme- og sygepleje (Viborg Kommune 2017a).

<sup>4</sup> Under feltstudierne blev der foretaget en omorganisering i af mellemliderniveauet i hjemmeplejen, som bl.a. indebærer, at stillingsbetegnelsen "gruppeleder" blev erstattet af "distriktsleder". I rapporten henvises kun til stillingsbetegnelsen "distriktsleder", som ud over hjemmeplejen også er gældende for hjemmesygeplejens mellemliderniveau.

- Interviewpersonens baggrund
- Brug af Virtuel hjemme- og sygepleje
- Udvælgelse af borgere
- Uddannelse af personale
- Organisering af Virtuel hjemme- og sygepleje samt skærmopkald
- Udvikling og introduktion af Virtuel hjemme- og sygepleje
- Pleje og omsorgsarbejde i relation til Virtuel hjemme- og sygepleje
- Ældreplejens udvikling i Viborg Kommune.

## 2.2 Analysestrategi

Alle interview er blevet transskriberet og er sammen med feltnoter blevet kodet og analyseret. Kodningen er baseret på forudgående analytiske temaer samt ud fra empirisk funderede temaer (se Tabel 2.2).

**Tabel 2.2** Analysetræ

Analytiske temaer	Empirisk funderede temaer	Rapportens kapitler
Organisatorisk ramme	Historik og business case Organisering Ansvars- og rollefordeling Skærmansvar: opsætning mv. Ledelsesmæssig opfølgning på Virtuel hjemme- og sygepleje samt skærmopkald Dagsprogram og arbejdsopgaver Skærmopkalds placering i dagsprogram Tidsnorm for skærmopkald	Kapitel 3. Målsætning og strategi for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje
Pleje og omsorgsarbejde	Ydelser/valg af borgere Motivation af borgere Revurdering af forløb Hjemmet som setting Skærmen som medie Gennemførelse af skærmopkald	Kapitel 4 Inklusion af borgere Kapitel 5 Skærmopkald

Kilde: VIVE

Kodning af materialet tydeliggør en "tæthed" i det empiriske materiale, hvor medarbejdernes oplevelser i forhold til Virtuel hjemme- og sygepleje særligt knytter sig til de to følgende arbejdsopgaver: a) Inklusion af borgere, som behandles i kapitel 4 og b) Gennemførelse af skærmopkald, som behandles i kapitel 5.

I analysen er der på baggrund af det kodede materiale desuden identificeret en sammenhæng mellem den organisatoriske rammesætning og medarbejdernes oplevelse af Virtuel hjemme- og sygepleje. Centrale elementer af den organisatoriske rammesætning belyses i kapitel 3.

### *Brug af fortællinger i analysen*

Rapporten udfolder medarbejdernes oplevelser af Virtuel hjemme- og sygepleje gennem en række specifikke historier, som illustrerer medarbejdernes oplevelser og overvejelser, som optræder i da-

tamaterialet. Dette format er valgt, da historierne er hyppigt optrædende i feltarbejdet, hvor medarbejderne benytter fortællinger om specifikke situationer og bestemte borgere til at beskrive egne overvejelser og erfaringer med Virtuel hjemme- og sygepleje.

## 2.3 Anonymitet og etik

Den strategiske ledelse og projektledelsen for Virtuel hjemme- og sygepleje har ikke ønsket, at kommunen anonymiseres i rapporten. Det fremgår derfor tydeligt, at feltstudierne har fundet sted i Viborg Kommune.

De specifikke steder, hvor feltstudierne har fundet sted, nævnes ikke ved navn, ligesom deltagerne og borgere anonymiseres. Ved brug af citater angives det, om der er tale om en strategisk leder, distriktsleder, medlem af projektteamet, skærmansvarlig eller medarbejder inkl. faggruppe. Hensigten er på den ene side at skabe gennemsigtighed for læseren i forhold til typen af kilde, uden at det på den anden side bliver muligt at identificere den specifikke medarbejder.

Alle informationer er behandlet jævnfør datasikkerhedsloven om personhenførbare oplysninger, samt inden for de gældende videnskabetiske retningslinjer, når et studie omhandler mennesker med sygdom og død tæt inde på livet. Billeder i afsnit 1.1 er lånt fra Viborg Kommunes hjemmeside med tilsagn fra projektteam og den pågældende medarbejder.

## 3 Målsætning og strategi for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje

Dette kapitel analyserer argumenter og strategier for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje og redegør for de overordnede organisatoriske strukturer omkring implementering. Disse to elementer er relevante at belyse, da de er rammesættende for de nye vilkår og måder at arbejde på og dermed indeholder faktorer, som har særlig betydning for medarbejdernes håndtering og oplevelse af Virtuel hjemme- og sygepleje.

### 3.1 Udvikling af Virtuel hjemme- og sygepleje

Af dokumenter fra Viborg Kommune fremgår det, at kommunen har arbejdet med udvikling af Virtuel hjemme- og sygepleje siden 2013. I første omgang var der tale om et pilotprojekt, som led i kommunes strategiske arbejde med at *"anvende velfærdsteknologiske løsninger til at understøtte borgerne i et aktivt og uafhængigt liv"* (Viborg Kommune 2014c). Kommunen konkluderer, at pilotprojektet gav positive resultater for både borgere, medarbejdere og økonomien, bl.a. i form af øget egenmestring for borgerne, mere nærvær i mødet mellem borger og medarbejder samt mindre transporttid (Viborg Kommune 2014c)<sup>5</sup>.

På baggrund af disse erfaringer fra pilotstudiet og en positiv business case besluttede kommunen i 2014 at udbrede Virtuel hjemme- og sygepleje i alle distrikter i såvel hjemmeplejen og hjemmesygeplejen gennem et fireårigt forsknings- og udviklingsprojekt. Formålet var bl.a. at sikre, at fordelene kunne komme alle distrikter i Viborg Kommune til gavn, samt at udvikle nye måder at øge potentialet på, så flest mulige borgere får glæde af Virtuel hjemme- og sygepleje (Viborg Kommune 2014c).

I 2015 er Virtuel hjemme- og sygepleje ved at overgå til almindelig drift i hele kommunen. Tal fra Viborg Kommune viser, at skærmbesøgene når ud til mange borgere og anvendes til en bred vifte af opgaver. En pressemeddelelse fra november 2017 fra Viborg Kommune oplyser således, at der i alt har været 500 opsatte skærme siden projektopstart i 2014 (Viborg Kommune 2017a). På kommunens hjemmeside angives det endvidere, at der *"I 2016 er mellem 115-120 samtidige borgere, der modtager skærmbesøg. Der laves ca. 30.000 opkald om året af gennemsnitlig 2 minutters varighed"* (Viborg Kommune 2016b). En opgørelse fra Viborg Kommune over ydelserne i 2015 (Viborg Kommune 2016a) viser, at hovedparten af ydelserne er rettet mod medicinadministration. Derudover viser opgørelsen en varieret anvendelse, hvor der gives psykisk støtte samt støtte fx til strukturering af dagligdagen, ernæring og forløbskoordination.

### 3.2 Argumenter for udbredelse

Der ligger et tredobbelt rationale bag udbredelsen af Virtuel hjemme- og sygepleje, som forventes at medføre positive resultater i forhold til 1) borgere, 2) medarbejdere og 3) økonomi (Viborg Kommune 2014c), hvilket udfoldes i det følgende.

---

<sup>5</sup> Se evt. også (Petersen, Christensen 2015)



### 3.2.1 Borgerperspektiv: Empowerment og rehabilitering

Virtuel hjemme- og sygepleje forventes at resultere i en række fordele for borgeren. Analysen af dokumenter og interview viser, at der særligt er forhåbninger til, at Virtuel hjemme- og sygepleje kan bidrage positivt til empowerment og rehabilitering af borgeren.

Af projektbeskrivelsen fremgår det, at målet er, at borgeren ”i større grad oplever:

- *at besøg fra hjemme- og sygeplejen [via skærm, red.] leveres til aftalt tid og dermed opnår frihed i forhold til planlægning af deres dag*
- *øget egenmestring af deres hverdagsliv*
- *større ansvar for egen sygdom*
- *tilfredshed og tryghed i det virtuelle besøg*
- *faglig kvalitet i det virtuelle besøg, som er kortere end det fysiske besøg” (Viborg Kommune 2014c).*

I tråd hermed forklares det på kommunens hjemmeside, at: ”*Skærmbesøg giver dig en større frihed, tryghed og ro i mødet. Samtidigt bliver borgere bedre til at klare sig selv og tage styring i eget liv” (Viborg Kommune 2016b).*

Virtuel hjemme- og sygepleje handler således i høj grad om at hjælpe borgeren til en større selvstændighed, frihed og selvhjulpnehed. Den virtuelle pleje beskrives i interview som en måde at yde en strukturerende og støttende hjælp til borgeren, således at borgeren kan udføre opgaverne selv. For eksempel at borgeren selv tager insulinen, mens der gives hjælp til udregning af insulinen, at der gives støtte til at huske medicinen, men det er borgeren selv, der laver det forberedende arbejde med at finde medicinen frem og hælde et glas vand op.

Desuden handler det om at hjælpe i en afgrænset periode: oplæring i at udføre opgaverne selv, afvænnning fra pleje i takt med, at borgeren bliver mere selvhjulpne fx i overgang fra hospitalsindlæggelse til at kunne klare sig uden hjælp. En distriktsleder forklarer:

*I hjemmeplejen har vi forsøgt mere systematisk at tænke Virtuel hjemme- og sygepleje ind i rehabiliteringsforløb, så borgerne ender med at blive selvhjulpne. ”Johanne” er et eksempel herpå. Hun faldt, fordi hun var svimmel og blev indlagt. Hun er nu blevet genoptrænet, så hun i det store hele kan klare sig selv. Men nu har hun vænnet sig til, at de kommer [fra hjemmeplejen, red.], det er hyggeligt, og det er trygt. Lederen forklarer, at skærmen kan bruges som en slags overgang, afvænnning, fra denne kontakt. (Uddrag fra feltnoter)*

Der argumenteres dermed for, at Virtuel hjemme- og sygepleje indeholder et potentiale for, at borgerne bliver uafhængige og så at sige ’rehabiliteres ud af pleje’. Det ses som en metode til at udfase pleje, således at borgeren lidt efter lidt modtager mindre hjælp og genfinder sine kompetencer til at mestre sit eget liv igen, fx efter en hospitalsindlæggelse.

Erfaringer fra pilotstudiet viste samtidigt, at mange af borgerne synes, det er rart at undgå mange fysiske besøg i hjemmet (Viborg Kommune 2014c). En af de medarbejdere, der i Viborg Kommune er ansvarlig for udvikling og implementering af Virtuel hjemme- og sygepleje forklarer således:

*Jeg var selv skeptisk, da vi startede. Men så så jeg borgerne, og hvor glade de var, når de ikke behøvede at modtage besøg fra hjemmeplejen. Jeg er tidligere hjemmesygeplejerske, så jeg opfattede os [professionelle, red.] som en gave til borgerne. Men sagen er,*

*det er vi ikke... nogle [borgere, red.] oplever det faktisk som en kæmpe gevinst, at vi ikke kommer i deres hjem. (Interview, medlem af projektteam)*

Empowerment af borgerne er således et centralt argument for brugen af Virtuel hjemme- og sygepleje og ses i tæt samspil med rehabilitering af borgeren, som muliggør en større eller mindre grad af tilbagetrækning af pleje.

### 3.2.2 Medarbejderperspektiv: Faglig udvikling og interaktion med borger

Det er desuden et succeskriterium, at Virtuel hjemme- og sygepleje også er en gevinst for medarbejderne. Det forventes således: *"At medarbejderne efter implementering af projektet oplever at:*

- *de har fået et kompetenceløft i form af, at de fagligt udfordres i de virtuelle besøg*
- *de har opnået øget arbejdsglæde ved at bruge telesundhedsløsninger*
- *de har tilfredshed ved at kunne levere en ydelse på aftalt tid*
- *de oplever mere direkte borgertid, efter at transporttiden er nedsat på grund af virtuelle besøg*
- *de forsat ser mulighed for udvikling af telesundhedsløsninger i deres fagområde". (Viborg Kommune 2014c)*

De forventede fordele for medarbejderne kan opdeles i tre kategorier. Først og fremmest handler det om en faglig udvikling relateret til brug af teknologi i levering af ydelser, derudover om rammerne for interaktionen med borgeren og endelig om arbejdsglæde.

#### *Faglig udvikling*

På et indledende møde med projektteamet og den strategiske ledelse fremgår det, at erfaringen fra pilotprojektet er, at der sker en udvikling af medarbejdernes kompetencer og udvikling af området:

*De kan se, at det gør noget ved medarbejderkompetencer – medarbejderne får nye måder at se deres opgaveløsning på. (...) Nogle af medarbejderne sprudler og ser skærmen som en ny måde at udfolde deres faglighed på. (Noter fra opstartsmøde)*

De fortæller, at erfaringen er, at skærmopkaldene falder nogle af medarbejderne mere naturligt end andre, men at det er noget, alle kan lære. Dette uddybes i et senere interview med den strategiske ledelse:

*Det er ikke alle, der har flair for at sidde der. Så det betyder noget, at man tænker over, hvordan man agerer, når man sidder ved skærmen. At man ikke sidder og flagrer med blikket alle mulige andre steder, men at man har kontakten. At man kigger på borgeren. Men det lærer de faktisk ret hurtigt. (...) (Interview, strategisk leder)*

*Der er da nogle, der synes, at skærmen er unaturlig for dem, men efterhånden som de kommer i gang og finder ud af, at de egentlig har en god kontakt med borgeren på den måde, så er det faktisk ikke [svært, red.]. (Interview, strategisk leder)*

Samtidigt er der opmærksomhed på flere ledelsesniveauer på, at der ikke kun er tale om nye kompetencer, men at der også er tale om en ny måde at opfatte sit arbejde på. En distriktsleder forklarer:

*Enhver kan finde ud af at bruge Viewcare, så det er ikke et spørgsmål om kompetencer. Det er et spørgsmål om at få nye rutiner snarere end uddannelse. Det er en del af en forandring, og det handler om at se mulighederne i det. (...) Skærmopkaldene er en del*

*af en udvikling inden for hjemmeplejen. Og der er da nogle, som føler, "Jamen, nu skal de ikke engang komme hos borgeren mere". De tænker, at det er ikke derfor, de blev uddannet, og de tænker, at borgeren jo ikke kan klare sig uden dem. Men man er nødt til at følge med. (Feltnoter, interview med distriktsleder)*

Dermed argumenterer distriktslederen for, at den nye måde at levere ydelser på hænger tæt sammen med den generelle udvikling inden for ældreplejen, som handler om at styrke borgerens egenomsorg. Med denne udvikling følger et behov for, at medarbejderne ser deres arbejde og egen rolle på nye måder.

#### *Interaktion med borgeren*

Ud over kompetencer og udvikling af området er forventningen til medarbejdernes udbytte også, at skærmopkaldene kan skabe bedre rammer for interaktion med borgeren i form af mere direkte borgertid samt punktlighed i forhold til at kunne levere ydelsen til aftalt tid.

På det indledende møde med projektteam og strategisk ledelse forklares det således, at erfaringen fra pilotprojektet var, at skærmopkaldene bidrager positivt til medarbejdernes interaktion med borgerne:

*Personalet tog godt imod skærmopkaldene. Det gav mening. Der er en intens kontakt på kort tid. Der er direkte i kontakt til den hjemmesygeplejerske eller SOSU-medarbejder, som borgeren kender. Samtidigt er skærmopkaldene mere fokuserede. Der er fokus på den visiterede ydelse og "alt det andet" fjernes. (Udpluk af noter fra opstartsmøde)*

Citatet illustrerer, at der både er fokus på kvaliteten af interaktionen, hvor det fremhæves, at der er en intens kontakt mellem borger og medarbejder og på indholdet, som koncentrerer om den relevante ydelse.

#### *Arbejdsglæde*

Endelig fremgår det af projektbeskrivelsen, at Virtuel hjemme- og sygepleje vil bidrage til medarbejdernes arbejdsglæde (Viborg Kommune 2014c).

Ifølge projektbeskrivelsen viste erfaringerne fra pilotstudiet at: *"Medarbejderne oplevede øget kvalitet i ydelserne, krav om større faglighed og en oplevelse af nærhed i det koncentrerede møde. Og ikke mindst oplevede de fordele ved, at transporttiden var reduceret"* (Viborg Kommune 2014c).

Der henvises således til, at en række forskellige elementer bidrager til en samlet positiv oplevelse med Virtuel hjemme- og sygepleje.

I kapitel 4 og 5 retter vi fokus mod medarbejderperspektivet og belyser, hvordan personalet oplever at anvende den nye teknologi, samt hvilken betydning skærmopkaldene har for personalets samarbejde med borgerne.

### 3.2.3 Økonomi: Effektiviseringsgevinst

Økonomien udgør det tredje centrale argument for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje. I projektbeskrivelsen angives det således, at udbredelsen af Virtuel hjemme- og sygepleje er baseret på en positiv business case, og at det bl.a. forventes, at skærmopkaldene vil resultere i en reduktion af kørsel i kommunen, samt i mere effektiv levering af ydelser, da skærmopkald er af kortere varighed end de fysiske besøg (Viborg Kommune 2014c). På opstartsmødet med den strategiske ledelse

og projektteamet argumenteres det endvidere, at: "Tid på vejene får borgerne ikke glæde af – kan vi levere servicen på en ny måde?"

På den anden side sætter business casen også organisationen under pres. Business casen forudsætter en vis volumen i forhold til antallet af aktive skærme og antal gennemførte skærmopkald, for at opnå den forventede effektiviseringsgevinst. Da feltarbejdet fandt sted, havde man ikke det forventede antal skærme i drift. Ledelsesniveauerne giver udtryk for bekymring for, om hjemme- og sygeplejen kan leve op til de målsætninger, der er en del af grundlaget for business casen.

*Vi skulle have [x antal, red.] aktive skærme. Det er jo et mål, vi ikke når. Det kan vi jo se. Det troede vi jo, fordi det er jo det, der også har stået i planen om implementeringen (...). Men det kan vi jo se nu, vi når simpelthen ikke derop. (Interview, strategisk leder)*

Den forudsatte målsætning om volumen har stor betydning, idet de kalkulerede besparelser indregnes på forhånd i budgetterne for hjemme- og hjemmesygeplejen. Distriktsledere og strategiske ledere er således sat under pres for at leve op til business casens målsætninger for ikke at overskride deres budgetter.

Ledelsesniveauerne forholder sig til dette pres på forskellig vis. Helt grundlæggende anfægtes business casens gyldighed og grundlag. En leder forklarer:

*Der blev lavet en business case for tre år siden, men verden løber stærkt. Business casen sagde, at vi kunne spare så mange millioner. Og det kan vi ikke. Fordi nu visitationen holder borgerne væk, fordi de har jo en pose penge – og ikke mere – som de ikke må overskride. Så de holder jo borgerne væk så langt tid, som de overhovedet kan. Kriterierne bliver lidt strammere, og når de så kommer ind i vores system, så er mange af dem så komplekse, at vi kan ikke lave besøget virtuelt. De lette besøg er der ikke mere. (Interview, strategisk leder)*

Desuden stilles der i interviewene spørgsmålstejn ved, om beregningsgrundlaget fra pilotprojektet kan skaleres op, idet der argumenteres for, at der er forskel på befolkningssammensætning og geografi.

Alligevel er ledelsesniveauerne nødt til at forholde sig til, at deres økonomi påvirkes af antallet af skærmbesøg. Både projektteam og ledelsesniveauerne var derfor meget opmærksomme på at øge antallet af borgere og ydelser via skærm samt på at udvikle anvendelsesområderne for skærmopkaldene.

Det økonomiske rationale og forventning om effektivitet udgør et centralt argument for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje og er samtidigt rammesættende for implementering og organisering af skærmopkaldene, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 4.

### 3.3 Implementering

På baggrund af dokumentgennemgang, interview og observationer beskrives i det følgende den kommunale strategi og de centrale greb, som er anvendt på forskellige niveauer for at understøtte implementeringen af Virtuel hjemme- og sygepleje.

### 3.3.1 Roller, ansvar og samarbejde

Implementeringen er rammesat i en overordnet procesplan, hvor Virtuel hjemme- og sygepleje introduceres i trin for de fire distrikter i kommunen (Viborg Kommune 2014b). I den forbindelse er der planlagt en række aktiviteter, fx uddannelse af personale, samt defineret roller og ansvarsområder for de involverede parter. Implementeringsplanen er udarbejdet af et projektteam, som er forankret i Viborg Kommunes Innovationscenter. *Projektteamet* består af en projektleder og en projektmedarbejder, der skal støtte og facilitere implementeringsprocessen, og som har til opgave at sikre, at procesplaner holdes og tilpasses. Projektteamet skal samtidigt fungere som tovholder, koordinator og sparringspartner for distriktsledere, og skærmansvarlige (Viborg Kommune 2014b). Viborg Kommune har lagt stor vægt på at inddrage medarbejderne i udviklingen af skærmbesøg og har organiseret skærmbesøgene, så de er en del af det normale arbejde, som derfor både omfatter fysiske og virtuelle besøg hos borgere. I alle distrikter er der udpeget særlige *skærmansvarlige* blandt hjemmesygeplejerskerne, SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen. De skærmansvarlige skal bidrage til processen på et overordnet niveau ved at fungere som sparringspartner for projektleder og distriktsleder og bidrage til erfaringsindsamling på tværs af distrikter. Samtidigt skal de have rollen som superbrugere i deres egen gruppe. Her skal de dels hjælpe med tekniske aspekter, som fx installation af udstyr hos borgerne, og undervise kolleger i at bruge udstyret, og dels inspirere kolleger til anvendelse af Virtuel hjemme- og sygepleje og fx hjælpe med at identificere relevante borgere (Viborg Kommune 2014b).

*Medarbejderne forventes at "tage aktiv del i projektet og bidrage til arbejdskraft, viden og ideer"* (Viborg Kommune 2014b). Samtidigt er der i høj grad lagt op til, at den enkelte medarbejder skal identificere relevante borgere. I idekataloget lægges der op til, at medarbejderne skal støttes i at identificere og inkludere borgere ved at hjælpe medarbejderne med at se på, hvilke borgere der kan modtage skærmopkald og i givet fald, hvilke besøg der kan overgå til skærmopkald (Viborg Kommune 2014a). Hvis der er behov for det, kan den skærmansvarlige i distriktet hjælpe med at inkludere og motivere borgeren til at modtage skærmopkald (Viborg Kommune 2014a). Af interview fremgår det, at projektteamet desuden har søgt at støtte processen med at inkludere borgere og afsøge anvendelsesmuligheder ved bl.a. at afholde møder i hvert distrikt, hvor samtlige borgerbesøg gennemgås med henblik på at identificere relevante ydelser, der kan overgå til skærmopkald hos borgeren. Projektteamet har endvidere holdt netværksmøder hvert halve år for de skærmansvarlige, hvor deltagerne bl.a. delte erfaringer med relevante anvendelsesområder, og hvor nye målgrupper og formål med skærmopkald blev drøftet.

### 3.3.2 Arbejdsfordeling mellem faggrupper

Skærmopkaldene varetages af de tre faggrupper: SOSU-hjælperen, SOSU-assistenten og hjemmesygeplejersker. Fordelingen af, hvem der varetager hvilke typer af ydelser via skærmopkald, er baseret på den traditionelle arbejdsdeling mellem faggrupperne. Det vil sige i tilfælde, hvor besøg, der normalt gennemføres af en hjemmesygeplejerske, bliver erstattet af et skærmopkald, vil det være samme hjemmesygeplejerske eller gruppe af hjemmesygeplejersker, som varetager skærmopkaldet.

Rammerne for skærmopkaldene varierer faggrupperne imellem. Hjemmesygeplejerskerne vurderer selv, hvor lang tid der bør sættes af på deres køreplan til afholdelse af et skærmopkald, hvorimod der på køreplanerne for SOSU-hjælperne og SOSU-assistenten er afsat et fast tidsinterval. I perioden, hvor feltarbejdet fandt sted, var der afsat to minutter på hjemmeplejens køreplan. De estimerede to minutter er baseret på tal fra leverandøren, som viser, hvor lang tid et skærmopkald i hjemmeplejen varer i gennemsnit.

Tilsvarende har hjemmesygeplejerskerne ofte mere luft i deres daglige køreplan, set i forhold til SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen, for at kunne imødekomme uforudsete hændelser hos borgerne, idet hjemmesygeplejerskerne varetager plejen af borgere med komplekse problemstillinger. Denne forskel mellem typer af køreplaner og plads til fleksibilitet har betydning for medarbejdernes mulighed for at reagere på tvivlsspørgsmål i forbindelse med skærmopkald, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 4 og 5.

### 3.3.3 Fremdrift og arbejdsplanlægning

Projektteamet og den strategiske ledelse har iværksat forskellige initiativer for at understøtte fremdrift i udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje.

Distriktsledere har til opgave at sikre fremdrift i implementeringen og følge op på aktivitetsniveauet (Viborg Kommune 2014b). Af interview med ledere og projektteam fremgår det, at der hver måned bliver genereret et aktivitetsoverblik, som viser antallet af borgere, der modtager Virtuel hjemme- og sygepleje, samt antallet og varighed af opkald. På den måde kan hele ledelsesniveauet følge udviklingen i udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje og identificere anvendelsesmønstre. Aktivitetsoverblikket gør det muligt for ledelsesniveauerne at følge med i sammenhæng mellem den estimerede aktivitet fra business casen og den afholdte aktivitet i kommunens distrikter. Samtidigt bruges disse opgørelser af hjemmeplejens "disponatorer"<sup>6</sup> til at beregne og afsætte tid i personalets køreplaner til at afholde skærmopkald.

Omlægning af besøg til skærmopkald er central for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje, hvilket også hænger tæt sammen med planlægning af arbejdsopgaver. En distriktsleder forklarer, at Virtuel hjemme- og sygepleje ikke er et spørgsmål om enten at aflægge fysiske besøg eller skærmopkald, men at den enkelte borger kan modtage en kombination af besøgstyper. Distriktslederen forklarer, at man med nytænkning og omlægning af opgaver ved eksisterende hjemmebesøg, kan erstatte *nogle* af de fysiske besøg hos den enkelte borger med skærmopkald. For eksempel kan et besøg til middag konverteres til et skærmopkald, hvis frokosten allerede forberedes som del af morgenbesøget, hvor borgeren også bliver hjulpet med personlig hygiejne, i stedet for at køre ud og tilberede maden for borgeren ved middagstid.

Den samlede interviewundersøgelse viser, at der kun er ganske få borgere, som udelukkende modtager skærmopkald. Ofte modtager borgerne en kombination af fysiske besøg og skærmopkaldet, hvor borgeren fx modtager skærmopkald som støtte til at huske medicinindtag samt fysiske besøg i forbindelse med, at medarbejdere hælder medicin op hos borgeren, varetager sårpleje, eller yder støtte til personlig pleje. Skærmopkaldene indgår dermed som en del af det samlede tilbud til den enkelte borger. En skærmansvarlig beskriver således skærmopkaldene som et "ekstra redskab" i værktøjskassen.

For at understøtte forankring af skærmopkaldene i det daglige arbejde har projektteamet udarbejdet en række gode råd og ideer til, hvordan skærmopkaldene kan planlægges (Viborg Kommune 2014a)<sup>7</sup>. I tråd med disse råd og ideer viser observationsstudierne, at skærmopkaldene ofte bliver gennemført på faste tidspunkter fra kontoret, fx om morgenen, inden personalet kører ud på sin rute, eller når personalet er kommet tilbage på kontoret om eftermiddagen. Skærmopkaldene foregår som regel på kontoret og foretages fra en stationær computer enten i grupperummet eller i klinikken. Skærmopkald foretages også fra en tablet i bilen, mens personalet er ude på sin rute. Denne mobilitet giver mulighed for en fleksibilitet i arbejdet, idet personalet ikke behøver tage ind på kontoret for

<sup>6</sup> En disponator har til opgave at udarbejde hjemmeplejens køreplaner. Køreplanerne indeholder en tidsplan og oversigt over ydelser til borgerne og udleveres til den enkelte SOSU-assistent og -hjælper ved påbegyndelse af hver vagt.

<sup>7</sup> Se Bilag 2 for Viborg Kommunes "Idekatalog for virtuel hjemme- og sygepleje", hvor deres gode råd fremgår.

at gennemføre opkald, hvis der skulle dukke noget uforudset op. Observationsstudierne viser, at videosamtalerne kun fylder lidt i medarbejderens samlede arbejdsdag og arbejdsopgaver.

### 3.4 Opsumming og diskussion

I dette kapitel har vi belyst argumenter og strategier for udbredelse af Virtuel hjemme- og sygepleje i Viborg Kommune. Der er sat en organisatorisk ramme op til at sikre implementering, hvor medarbejderne, med støtte fra skærmansvarlige og ledelse, udvælger ydelser og borgere til skærmopkald. Der er lagt op til et ledelsesmæssigt fokus med opfølgning på udvikling i antallet og varighed af skærmopkaldene, for på den måde at kunne monitorere, om implementeringen forløber som forventet i forhold til at opnå det estimerede omfang. På baggrund af en positiv business case er forventningen, at man kan effektivisere gennemførelsen af ydelser. Ofte vil der være tale om at omorganisere opgaver hos borgeren, så nogle af besøgene kan konverteres til skærmopkald. Langt de fleste borgere modtager således en kombination af fysiske besøg og skærmopkald. Samtidigt er forventningen, at Virtuel hjemme- og sygepleje bidrager til, at borgeren styrkes i sin egenomsorg og egenmestring, og at borgeren oplever kvalitet i skærmopkaldene. Det er relevant at hæfte sig særligt ved to elementer i den strukturelle, organisatoriske rammesætning af Virtuel hjemme- og sygepleje: Business casen samt rolle- og ansvarsfordelingen, der gør den enkelte medarbejder ansvarlig for udvælgelse af nye borgere og ydelser, som kan overgå til skærmopkald i stedet for fysiske besøg.

Logikken bag rolle- og ansvarsfordelingen, hvor medarbejderen har til opgave at identificere relevante borgere, er, at det er medarbejderen, som kender borgeren bedst og derfor bedst kan vurdere, om nogle af ydelserne til borgeren kan gennemføres via skærmopkald. Den daglige tilrettelæggelse af ruter støtter op om kontakten mellem borger og medarbejder, idet det i udgangspunktet vil være den pågældende medarbejder, som også gennemfører skærmopkaldene og dermed har mulighed for løbende at følge op på, om skærmopkaldene fungerer efter hensigten. Samtidigt kan de frie rammer til at finde egnede borgere og relevante ydelser opleves som frisættende og som en positiv mulighed for at udnytte sin faglighed kreativt.

Omvendt betyder denne rolle- og ansvarsfordeling også, at den enkelte ansatte kan være bekymret for at bære ansvaret alene, hvis noget går galt. Dette er en særlig relevant problemstilling set i lyset af business casen, der presser agendaen om at konvertere flest mulige besøg ud i organisationen og til den enkelte medarbejder, kombineret med en oplevelse af, at det kan være vanskeligt at finde tilstrækkelig mange borgere og ydelser, hvor skærmopkald er relevant. Det er værd at hæfte sig ved, at faggrupperne har forskellige vilkår for at følge op på tvivlsspørgsmål, da hjemmesygeplejerskerne har en større fleksibilitet i deres køreplaner i forhold til SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere til at køre ud og afklare tvivl. Samtidigt betyder den organisatoriske rammesætning, at SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere har afsat to minutter i deres køreplan til at afholde skærmopkald, hvorimod hjemmesygeplejerskernes opkald er af lidt længere varighed.

Betydningen af den organisatoriske rammesætning udfoldes yderligere i de følgende to kapitler.

## 4 Inklusion af borgere

Dette kapitel belyser praksisser relateret til inklusion af borgere, hvor medarbejdernes arbejde med udvælgelse og motivation af borgere spiller en central rolle. Der er særligt fokus på personalets faglige overvejelser og på betydningen af den organisatoriske rammesætning i forbindelse hermed.

Kapitlet tager tråden fra kapitel 3 op og fokuserer på betydningen af business casen og rolle- og ansvarsfordelingen. Analysen peger på, at denne organisatoriske rammesætning er en central faktor for medarbejdernes praksisser samt for deres faglige og etiske overvejelser. På den ene side kan den organisatoriske stræben efter at udvide anvendelsesmulighederne og omfanget af skærmopkald bidrage til en kreativ problemløsning til gavn for borgerne, men på den anden side kan der være bekymring for, at der bliver inkluderet borgere, som ikke er egnede til at deltage i skærmopkald.

### 4.1 Identificering af borgere

Som beskrevet i kapitel 3 er medarbejderne blevet stillet opgaven med at identificere og inkludere borgere samt at konvertere flest mulige fysiske besøg til skærmopkald. Opgaven er dels baseret på et økonomisk incitament som er indlejret i business casen, og dels på en forventning om, at Virtuel hjemme- og sygepleje bidrager til kvalitet i plejen og derfor bør komme flest mulige borgere til gode. Af projektbeskrivelsen fremgår det, at der kigges på *"borgerens funktionsniveau og ikke diagnoser"*, for at *"en større del af borgere med visiterede ydelser kan få glæde af telesundhedsløsningen"* (Viborg Kommune 2014c).

Når vi spørger personalet om deres oplevelse af Virtuel hjemme- og sygepleje, giver mange udtryk for, at *"det er godt med Virtuel hjemme- og sygepleje, for de borgere, hvor det giver mening"*. I personalets forklaringer om, hvilke borgere der modtager skærmopkald og hvorfor, udfoldes en række forskellige fortællinger om specifikke borgere og forløb, hvor det er gået godt, og om forløb, der ikke har udviklet sig som forventet. Personalets fortællinger peger på vigtigheden af at finde *"den rigtige borger"* og konvertere besøg på en måde, så det *"giver mening"*.

#### 4.1.1 Når det giver mening

Medarbejdernes fortællinger handler overordnet set om at udvide feltet for opgaver, der kan foretages gennem skærmopkald på en meningsfuld måde.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller fx om en borger, som modtager skærmopkald for at få psykisk støtte. Borgeren har en psykiatrisk diagnose og har perioder med angst, depression og udadreagerende adfærd. En hjemmesygeplejerske forklarer, at skærmopkaldene passer rigtig godt til denne borger: I nogle perioder har han ikke behov for at snakke, og der sparer man en masse tid ved at ringe op på skærm frem for at køre ud til ham, hvis han alligevel ikke har lyst til at snakke. Omvendt gør skærmen det også lettere at følge mere hyppigt op, når han har det dårligt. Én aften ringer hun ham således op flere gange for at berolige ham og følge med i, hvordan han har det.

Det fremgår af fortællingen, at skærmopkaldene giver fleksibilitet, hvor det på den ene side sparer tid for medarbejderen i borgerens gode perioder, og på den anden side er det lettere at skrue op for besøgene, når der er opstået et øget behov for støtte. Skærmopkaldene kan således tilpasses borgeren og dennes behov over tid. I en periode havde borgeren det i henhold til hjemmesygeplejerskerne så godt, at skærmopkaldene helt bortfaldt, og skærmen blev fjernet. Da borgeren senere fik



det dårligt igen, blev skærmopkaldene genoptaget. Denne gang via en tablet, idet borgeren helst ville undgå en stor skærm i hjemmet, da han ikke var interesseret i, at hans gæster skulle se skærmen og stille spørgsmål om den. Der ligger således også en fleksibilitet i valg af type skærm, som kan tilpasses efter borgerens behov.

Skærmen bruges i flere tilfælde til at balancere behovet for støtte, samtidig med at borgernes ønske om privatliv respekteres. Flere fortæller, at mange borgere ikke ønsker at have hjemmeplejens bil holdende i indkørslen, da de ikke ønsker, at naboer får viden om deres tilstand og dermed være mulig genstand for sladder. En hjemmesygeplejerske fortæller endvidere om en borger, som fik konstateret kræft. Borgeren og hans kone ønskede ikke hjemmeplejens tilstedeværelse i hjemmet, og fik derfor en skærm installeret for at yde støtte. Det gav også tryghed for hustruen og støtte til at håndtere krisen uden at komme fysisk i hjemmet:

*Altså han kunne ikke bruge det. Han var ovre det der stadie der. Altså lå i sengen. Men hun kunne bruge det som tryghedsknap. Også fordi hun... altså hun var overbevist om, at han havde mange smerter, og vi kørte jo faktisk derud hver tredje time fast. Vi lavede næsten ikke andet end at køre ud og give smertestillende og prøve at berolige hende. Men hvis hun havde behov i mellemtiden, så måtte hun ringe jo. Det gjorde hun også i starten af fasen. Så til slut, så fik hun jo andet at have fokus på. Så sad hun ved hans side i stedet for. Men det er klart, hun var jo i krise. Så der er den også godt at have som tryghed. (Interview, hjemmesygeplejerske)*

Fortællingen viser, at Virtuel hjemme- og sygepleje også kan rettes mod pårørende, hvor der ydes støtte til familien, og hvor der er opmærksomhed på det samlede behov for hjælp i hjemmet. Et andet eksempel, der illustrerer denne pointe, er en borger, der af og til får akut åndenød. Ægtefællen tør derfor ikke lade sin mand være alene, da han ikke vil have luft nok til at opgive navn og adresse til alarmcentralen, hvis han får det dårligt. Hjemmesygeplejen installerede en skærm, således at manden kunne kontakte hjemmesygeplejen direkte og ringe med en lille klokke som alarmsignal til personalet, hvis han fik akut åndenød, mens ægtefællen var væk.

Ovenstående fortællinger er eksempler på, hvordan medarbejdere anvender Virtuel hjemme- og sygepleje til at skabe kvalitet i plejen. Medarbejderne tager udgangspunkt borgerens og de pårørendes behov, hvor teknologien er en del af medarbejdernes værktøjskasse til problemløsningen. Der er således tale om, at personalet nytænker måder at levere ydelserne på, og en kreativ tilgang til at finde løsninger på borgerens specifikke problemstillinger. Dette ligger i tråd med ledelsens forventning om, at medarbejdernes kendskab til borgernes behov kan bidrage til at finde mange typer af ydelser, der kan leveres via skærmopkald.

Endvidere ligger en del af skærmopkaldene i forlængelse af kommunens målsætning om fastholdelse af borgerens funktionsniveau. En SOSU-assistent fortæller:

*Vi havde en borger, som simpelthen gerne selv vil tage sin insulin. Men hun kunne ikke altid huske det og ikke altid var sikker på, om den nu var trukket rigtigt op. Så kunne vi bruge skærmen at se: nu trak hun medicinen op, og nu gav hun insulinen til sig selv. Borgeren var tryk, og vi behøvede ikke at komme og invadere hendes hjem, og vi behøvede ikke at komme og tage funktionen fra hende. (Interview, SOSU-assistent)*

#### 4.1.2 Modvilje

Af interview fremgår det, at samspillet med borgeren er centralt for kvaliteten af plejen over skærm. Det er derfor væsentligt, at borgeren også kan se en mening med plejen og skærmopkaldene, da

det er medarbejdernes erfaring, at borgernes eventuelle modvilje mod skærmopkaldene udfordrer pleje- og omsorgsarbejdet.

En SOSU-assistent fortæller om en ældre mand, der har brug for støtte til struktur i sin hverdag: Borgeren vender om på dag og nat, glemmer at spise og drikke og har brug for hjælp til at huske at tage sin medicin. Hans nærmeste pårørende har derfor søgt om støtte på hans vegne. Selv ønsker han ikke hjælp og vil ikke have hjemmeplejen ind i sit hjem. SOSU-assistenten forklarer, at han ofte ikke åbner døren, når de kommer forbi, eller kun åbner den på klem. Hjemmeplejepersonalet har derfor foreslået, at han får skærmopkald for at kunne give den relevante støtte og samtidigt respektere hans ønske om, at de ikke kommer i hjemmet. Imidlertid svarer han som regel kun hver anden gang, hjemmeplejen ringer op på skærmen. Det skaber usikkerhed i forhold til, om han 'bare ikke gider', eller om der er 'sket ham noget'.

Når besøg hos en borger erstattes af skærmopkald, skal der udarbejdes en plan for, hvordan medarbejderen skal reagere, hvis en borger ikke svarer. I dette tilfælde prøver de igen lidt senere på samme vagt, hvis han ikke svarer. Hvis han stadig ikke besvarer opkaldet, kigger de forbi hans lejlighed, som ligger lige i nærheden, for at sikre sig, at alt er som det skal være. Hos andre borgere vil medarbejderen typisk også forsøge at ringe op telefonisk, mens det er mere tidskrævende at følge op med et fysisk besøg, hvis borgeren bor langt væk. De gange, hvor han besvarer skærmopkaldet, siger han typisk, at 'det går fint'. Imidlertid ringer den nærmeste pårørende til hjemmeplejepersonalet en dag og fortæller, at 'det hele sejler': Han har ikke spist og har tabt sig.

For SOSU-assistenten er denne historie et eksempel på, hvornår Virtuel hjemme- og sygepleje ikke giver mening. Ved at fortælle denne historie peger SOSU-assistenten på, at man som medarbejder er nødt til at vurdere, om skærmopkaldene giver mening for borgeren, og om borgeren ønsker at indgå i denne type samarbejdsrelation. Hvis borgeren har modvilje mod skærmopkaldene, bliver det vanskeligt for medarbejderne at vurdere borgerens tilstand i form af en eventuel akut krise eller uheldig udvikling over længere tid. Medarbejderen udtrykker stor bekymring for, at inklusion af borgere, som ikke ønsker skærmopkald, skaber unødige risici.

Flere andre medarbejdere giver udtryk for tilsvarende bekymring, særligt i de situationer, hvor en borger ikke besvarer skærmopkaldet. Selvom der er lagt en handleplan for, hvordan medarbejderen skal reagere, så knytter der sig en frygt til uvisheden om, hvorvidt der er sket noget med borgeren. Ventetiden, indtil medarbejderen får fat på borgeren eller får mulighed for at køre ud til borgeren, opleves som en stor belastning af medarbejderne. Der kan også være tilfælde, hvor en borger ikke åbner døren som aftalt ved et fysisk besøg, men her har personalet større mulighed for at identificere og vurdere tegn fra hjemmet, der kan indikere, om borgeren blot ikke er hjemme og har glemt at give besked, eller om der er noget galt.

Samlet set er udvælgelsen af borgere en kompleks opgave, hvor medarbejderne drager nytte af deres kendskab til borgerne i forhold til at vurdere, om Virtuel hjemme- og sygepleje kan give mening i levering af specifikke ydelser. For medarbejderne er det et væsentligt kriterium, at borgerne selv ønsker at deltage i skærmopkald, samt at fagligheden og kvaliteten af plejen bevares og sker på forsvarlig vis. Det er i den forbindelse afgørende, at borgeren har de nødvendige kompetencer, der skal til for at være i stand til at samarbejde om skærmopkald, nemlig: at sidde klar, at besvare opkaldet på det aftalte tidspunkt, at kunne føre en samtale via skærmen, at have et passende kognitivt og fysisk funktionsniveau, således at borgeren kan reflektere over sin tilstand eller handlinger, at kunne fortælle ærligt og realistisk om sin tilstand, og endelig skal borgeren kunne forstå vejledning eller instruktioner fra medarbejderen og varetage de opgaver, som medarbejderen uddelegerer.

## 4.2 Motivation af borgerne

Efter identifikation af relevante borgere skal personalet introducere tilbuddet for borgeren. Personalet fortæller, at nogle borgere umiddelbart kan se fordelene ved et skærmopkald, mens det for andre borgere af forskellige grunde kan være sværere at se det meningsfulde ved Virtuel hjemme- sygepleje. Personalet har derfor en større eller mindre opgave med at motivere borgerne til at modtage skærmopkald. En skærmansvarlig fortæller:

*Motivationen, det er jo i mange tilfælde, at de får noget ud af det. (...) De skal kunne se en pointe. Det er nogle gange sværere at få skærmen ind end andre gange. Nogle, de er bange for elektronik og vil meget gerne slippe for at have overhovedet elektronik i deres hjem, mens nogle synes: "endelig! Mere, mere, mere". Vi har en, som får skærm-besøg, og hun har også sin egen computer, og nu har hun også sin egen smartphone. Alt nyt, bare kom med det! (Interview, skærmansvarlig)*

Motivationsarbejdet skal ses i sammenhæng med udmeldinger fra ledelse om at forsøge at øge antallet af borgere, der modtager Virtuel hjemme- sygepleje. I de tilfælde, hvor borgeren i første omgang er forbeholden over for Virtuel hjemme- sygepleje opfordres personalet således til at forsøge igen:

*Vi har jo fået lidt mere pres på, da vi skulle prøve at se, om ikke vi kunne få flere med. Dem, som havde sagt nej i første omgang, at vi så skal forsøge at prøve at overtale dem alligevel. (Interview, skærmansvarlig)*

### 4.2.1 Strategier og argumenter

Projektteamet fortæller, at de har drøftet motivation af borgere på netværksmøderne. Her har de skærmansvarlige udvekslet og diskuteret erfaringer med at få borgernes tilsagn til at modtage skærmopkald. Derudover har projektteamet udarbejdet et idekatalog, som bl.a. indeholder nogle tips til at hjælpe personalet i arbejdet med at inkludere borgere. Idekataloget indeholder en række sætninger, som illustrerer forskellige typer af argumenter til at motivere borgerne (Viborg Kommune 2014a):

- *"Vi vil gerne have, at du hjælper os med at afprøve det i en periode, og hvis ikke det virker, så piller vi det bare ned igen";*
- *"Når du får besøg over skærmen, kan vi bedre give dig besøg til: (aftalt tid, uforstyrret opmærksomhed, uddannet personale, diskretion i besøget osv.)";*
- *"Vi erstatter jo ikke alle besøg."*

De skærmansvarliges beskrivelser af motivationsarbejdet inkluderer forskellige versioner af ovenstående typer af argumenter, afhængigt af, hvad de vurderer vil hjælpe borgeren til at kunne se en fordel ved skærmopkaldene. Ofte vil medarbejderne eller skærmansvarlige forsøge at appellere til borgeren om at hjælpe eller love forbedret service. Andre gange er de nødt til at forklare, at skærmopkaldene ikke er et valg. I et fokusgruppinterview fortæller de skærmansvarlige følgende:

*SOSU-hjælper: Vores borgere har da også godtaget den, hvis vi har sagt til dem, prøv lige at høre, vi skal være smartere. Hjemmesygeplejerske: Men jeg sætter den også på spidsen nogle gange og siger, det er det, vi kan tilbyde. Vi kan ikke tilbyde et fysisk besøg til dig. Det skal være over en skærm, hvis det er. (...)*

Hjemmesygeplejerske: *Jeg ved godt, at det hedder sig, at de ikke rigtig skal have valgmulighederne – at det er sådan, det er i Viborg Kommune. Men man kan jo godt sige til dem, at hvis det ikke virker, så er det jo ikke værre end at hive stikket ud og tage skærmen med igen. Det er jo ikke noget stort, og det skal ikke hænges op på væggene. Det er nemt at gå til. Men "Hans Christian" er jo også en, der er meget på computer i forvejen og synes, det er vældig spændende. Der er lige "Ejner", men han er både blind og døv. Han syntes, det var i hvert fald ikke for hans skyld. Men så dengang, at vi ligesom fik forklaret lidt med, at det var lidt mere præcise tidspunkter, vi kom på frem for, når vi skulle køre ned til ham. Så det var den måde, man solgte det til ham.* (Fokusgruppeinterview, skærmansvarlige)

*Borgerne reagerer meget forskelligt [når de skal have skærmen, red.]. Men det kan tit være sådan, at de lidt ængstelige, det kan hun [SOSU-hjælperen, red.] sagtens forstå. De er lidt forvirrede og bliver nervøse for at gøre noget forkert. Og så kan de ikke lide forandring. Men man skal ikke diskutere med dem. Bare fastholde, at sådan er det! Og så give dem tid og forsikre dem om, at det går nok.* (Feltnoter, SOSU-hjælper, skærmansvarlig)

Samtidigt understreger flere skærmansvarlige, at motivationsarbejdet bygger på faglige vurderinger, som danner grundlag for at kunne tilpasse argumenterne til den enkelte borger. Det er en faglig overvejelse, hvordan man bedst motiverer borgeren. Personalet forklarer endvidere, at motivation af borgerne bygger på kendskab til borgerne og spiller sammen med en løbende vurdering af, hvordan borgerens behov opfyldes mest hensigtsmæssigt:

SOSU-hjælper: *Vi har sagt til nogle, at det skal afprøves. De skal prøve det i en uge, og så kan vi vurdere derefter, om skærmen skal af igen.* SOSU-hjælper B: *Det er derfor, det skal være os, fordi du kan ikke lave en manual på, hvordan du sælger en skærm. Det er kendskab. Det er det. Og det er faglighed.* Hjemmesygeplejerske: *Og tillid.* (Fokusgruppeinterview, skærmansvarlige)

Det bliver i den forbindelse påpeget af en skærmansvarlig, at det er nemmere at gå ind i motivationsarbejdet, hvis man selv vurderer, at Virtuel hjemme- og sygepleje bidrager positivt til pleje og omsorgsarbejdet og er til fordel for borgerne:

*Altså det er jo sjovt at komme ud til folk, men nu er det bare sådan, og det gør vi jo. Vi har fået installeret det her, og vi skal have de her skærme, og vi har opdaget, at man sparer penge. Man gør nogle borgere mere selvhjulpne og alt sådan noget, så mange af os vi har slugt den. Så vi synes, det er en god ting, og så er det også lettere for os at sælge den til borgeren. Men det er jo ikke engang noget, jeg skal sætte mig op til og sige, det er godt det her. Jeg synes, det er det. Jeg synes virkelig, at det er godt.* (Skærmansvarlig, fokusgruppe)

Personalet trækker også på hinandens kompetencer og vurderinger i forsøget på at motivere borgeren. Flere fortæller om situationer, hvor medarbejdere oplever det som værende en vanskelig opgave, og spørger en skærmansvarlig om hjælp. De forklarer, at nogle skærmansvarlige har stor erfaring med og er gode til at motivere borgere, og samtidigt kan den skærmansvarlig sikre en kort reaktionstid og hurtigt få sat skærmen op hos borgeren.

#### 4.2.2 Udfordringer i motivationsarbejdet

Motivationsarbejdet kan i nogle tilfælde strække sig over en længere periode, hvor personalet forsøger at overbevise borgeren om, at det er en god idé for vedkommende at modtage skærmopkald.

Nogle hjemmesygeplejersker fortæller om en ung kvinde, der lider af angst og får psykisk støtte om aftenen, hvor hun får talt dagen igennem med personalet. Hjemmesygeplejerskerne fortæller, at hun har brug for at kunne komme i kontakt med dem, hvis hun får angstanfald. Men borgeren kan være i tvivl om, hvem hun skal ringe til, og hvordan hun skal komme i kontakt med personalet, når hun får det dårligt, særligt fordi hun har flere adresser, som er placeret i forskellige distrikter i kommunen.

Personalet i de to distrikter fortæller i et interview, at de længe har forsøgt at overbevise hende om, at det kunne være en god idé med skærmopkald som erstatning for nogle af de fysiske besøg. De har fremhævet, at hun kan få en "behandlernesknop", så hun selv kan ringe dem op fra skærmen ved behov. Personalet fortæller, at efter lang tids indsats i begge distrikter med at forklare fordelene, er borgeren blevet overbevist om, at det var en god ide med skærmopkaldene og gav udtryk for, at hun var glad for udsigten til at få en behandlernesknop. Det betød, at hun følte sig tættere på personalet og var mere tryk. Samtidigt har borgerens kontaktperson i bostøtten bakket op om tilbuddet og været med til at støtte motivationsarbejdet.

Personalet forklarer endvidere, at den første installationen mislykkedes på grund af et teknisk problem. På interviewtidspunktet har de lavet en ny aftale om at forsøge igen. De fortæller, at det således kan være en langvarig proces at få borgeren inkluderet og få påbegyndt skærmopkaldene:

*Hjemmesygeplejerske A: Så det er faktisk et ret stort stykke arbejde at få kørt borgeren ind. Hjemmesygeplejerske B: Ja, det er det virkelig. Det er ikke bare sådan lige... Og det er jo ikke sådan en, man lige siger "du skal have en skærm". (Fokusgruppeinterview, hjemmesygeplejersker)*

Samtidigt er de alle enige om, at det er meningsfyldt for borgeren, idet vedkommende selv har et stort ønske om på sigt at blive uafhængig af hjemmeplejen, og personalet ser skærmopkaldene som et trin i denne retning.

Af interview og observationer fremgår det endvidere, at personalets motivationsarbejde også fortsætter efter installation af skærm eller tablet. Ofte kan der være tale om en kompleks situation, som kræver en række forskellige løsninger for at få skærmopkaldene til at fungere.

*En borger var udvalgt til Virtuel hjemme- og sygepleje og har fået installeret en skærm. Imidlertid er borgeren hørehæmmet og har svært ved at høre, hvad personalet siger via skærmen. En yderligere udfordring er, at borgeren ofte har Tv'et tændt i baggrunden med høj volumen, så SOSU-assistenten/hjælperen ikke kan høre, hvad borgeren siger. Det betyder, at der pågår en løbende dialog om, at hun skal slukket for sit tv, når hun bliver kaldt op, samt løbende motivationsarbejde for at fastholde hende i tilbuddet. (Uddrag fra feltnoter)*

I nogle tilfælde kan der være udfordringer med lyd eller forbindelse. En skærmansvarlig beskriver, at der ligger nogle arbejdsopgaver i dels at få løst det tekniske problem i samarbejde med enten en skærmansvarlig eller leverandøren, dels i at fastholde borgerens lyst til at bruge skærmen og bibeholde deres tillid til teknologien. Flere peger på, at det særligt var i starten, at der kunne være tekniske udfordringer, og roser leverandøren for at handle hurtigt for at løse eventuelle problemer.

Motivationsarbejdet er ikke kun rettet mod borgeren selv, men også mod dennes pårørende i form af en eventuel partner eller voksne børn. En skærmansvarlig forklarer, at der i pilotperioden var eksempler på, at pårørende var bekymrede for, at deres ældre modtog skærmopkald i stedet for fysiske besøg. Projektteamet har derfor udarbejdet en informationsfolder som er rettet mod pårørende, som personalet kan bruge til at kommunikere og samarbejde med de pårørende:

*Nu har vi så de der pjecer, som vi har fået lavet, som vi lægger ud til borgerne og siger, det kan de snakke med de pårørende om. Det er ikke sådan, at jeg tager kontakt til de pårørende, men jeg informerer dem om, at de pårørende er velkommen til at ringe og spørge om, hvad det her går ud på. (Interview, skærmansvarlig)*

En skærmansvarlig peger på, at det er tilsvarende vigtigt, at andre kolleger også er positivt indstillet over for skærmopkaldene og kan se, at det er meningsfuldt:

*Den skærmansvarlige fortæller borgerne, at der er ikke nogen, som SKAL bruge det, men at de ikke kan sige nej til at prøve – fx i 14 dage. Men hvis personalet så ikke får det brugt, fordi de synes, det er rarere lige at smutte ind, når de alligevel er på vejen, så kan man jo ikke bebrejde borgeren, hvis vedkommende ikke vil have skærmen og hellere vil fortsætte med de fysiske besøg. (Uddrag fra feltnoter, samtale med skærmansvarlig)*

Ovenstående fortællinger viser, at motivationsarbejdet kan være en langstrakt proces, som pågår både før, under og efter installation af skærmen. Problemløsning er en vigtig del af indsatsen, da eksempelvis tekniske udfordringer kan virke demotiverende på borgere, som er forbeholdne over for skærmopkaldene. Personalet tilstræber at introducere teknologien på netop det rette tidspunkt, hvor både det teknologiske setup og borger er parat. Motivationsarbejdet handler derfor om hele tiden at sikre samklang og samspil mellem en række aktører og teknologier og involverer således en løbende koordinering, problemløsning og opfølgning, hvor timing er en vigtig faktor.

Samlet set er motivationsarbejdet rammesat af en målsætning om at få transformeret flest mulige fysiske besøg til skærmopkald, hvorfor medarbejderne har en oplevelse af ikke blot at skulle inkludere borgere, som umiddelbart ser en fordel i at modtage skærmopkald, men også at skulle lykkes med at motivere borgere, der er mere eller mindre forbeholdne. Medarbejderne inddrager nogle gange de skærmansvarlige i vanskelige tilfælde, idet der er erfaring for, at de skærmansvarlige er gode til at overbevise borgerne om fordelene ved skærmopkald, bl.a. ved at trække på en palette af argumenter, som er tilpasset den enkelte borger.

### 4.3 Opsummering og diskussion

Personalet har fået til opgave at konvertere flest mulige fysiske besøg til skærmopkald. På tidspunktet for undersøgelsen blev personalet opfordret til at udforske og udvide anvendelsesmulighederne.

Kapitlet viser, at skærmopkaldene i nogle tilfælde giver rigtig god mening for både personale og borgeren. Der er en oplevelse hos begge parter af, at skærmopkaldene bidrager til kvalitet i plejen, og er en god måde at imødekomme borgerens specifikke behov på. Skærmopkaldene er således et redskab, som anvendes som en kreativ problemløsning af personalet til yde den bedst mulige pleje på nye måder som giver en ekstra dimension i arbejdet end de traditionelle fysiske besøg.

I nogle tilfælde er inklusionsarbejdet forbundet med en række overvejelser om potentielle risici, fx hvis borgeren ikke selv oplever skærmopkaldene som meningsfulde og ikke er motiveret for at indgå

i denne type pleje. Personalet gør sig i disse tilfælde løbende faglige overvejelser, om skærmopkaldene er hensigtsmæssige kombineret med et opfølgende koordinerings- og motivationsarbejde for at sikre borgerens engagement og løse eventuelle udfordringer.

Analysen peger på to særlige opmærksomhedspunkter i den forbindelse: Først og fremmest ligger der et opmærksomhedspunkt for personalet i at vurdere, om indsatsen i form af koordinerings- og motivationsarbejdet overstiger det forventede udbytte i form af sparet tid eller øget kvalitet. Undersøgelsen viser, at det kræver en løbende opfølgning, evaluering og vedvarende motivationsarbejde: Går det som det skal, hvordan har borgerens behov og kognitive funktion udviklet sig? Samtidigt indebærer iværksættelse og fastholdelse af skærmopkaldene ofte et omfattende koordinationsarbejde og samtale med borgeren, kolleger, andre fagpersoner, ekstra opgaver i form af fysiske besøg, hvis udstyret, fx lyd, skal justeres, eller hvis borgeren ikke svarer. Denne indsats har karakter af usynligt arbejde, som ikke indgår i business casens regnestykke. Derudover kan der være ekstra arbejde forbundet med skærmopkaldene, idet medarbejderen alligevel aflægger borgeren et fysisk besøg, hvis en borger ikke besvarer et opkald, for at kontrollere, at alt er, som det skal være.

Dernæst peger analysen på, at inkluderingsopgaven er en udfordrende opgave, hvor personalet opererer i et krydsfelt mellem økonomisk rationaler, styringsmæssige krav, kreativ problemløsning, samt faglige og etiske standarder. Medarbejderne beskriver, at de oplever en stor bekymring samt et moralsk og etisk pres, hvis en borger ikke besvarer et opkald, idet de ikke ved, om borgeren er faldet, har fået det akut dårligt eller blot har glemt eller ignoreret opkaldet. Bekymringen forstærkes, hvis de heller ikke kan få fat på borgeren telefonisk og er nødt til at udskyde det opfølgende besøg på grund af andre arbejdsopgaver.

Denne problemstilling er særlig aktuel, hvis medarbejderne har oplevelsen af, at der bliver udvalgt og inkluderet borgere, som ligger i grænsefeltet for, hvad der vurderes til at være forsvarligt, for at leve op til forventningerne om at få inkluderet flest mulige borgere og konverteret flest mulige besøg. Problemstillingen forstærkes af den strukturelle rolle- og ansvarsfordeling, som i høj grad placerer ansvaret hos den enkelte medarbejder.

## 5 Skærmopkald

Dette kapitel belyser, hvordan personalet oplever at gennemføre skærmopkald, og hvilken betydning vilkår for skærmopkaldene har for pleje- og omsorgsarbejdet.

Analysen peger på, at forudsætningerne og de organisatoriske rammer for pleje og omsorgsarbejdet ændres, når ydelsen leveres via skærmopkald, idet tegn fra hjemmet begrænses og skærmopkaldene er af kortere varighed end fysiske besøg. Der er stor forskel på, hvordan personalet oplever at udføre pleje- og omsorgsarbejde under disse nye rammer: Nogle medarbejdere vurderer, at de sagtens kan yde en god pleje gennem skærmopkaldene og oplever det som helt uproblematisk. Andre medarbejdere giver derimod udtryk for bekymring og oplever, at det kan være svært at "se gennem skærmen".

Nedenfor udfoldes de faktorer, der har betydning for oplevelsen af at lave skærmopkald, dels faktorer som bidrager positivt til at gennemføre skærmopkald (i afsnit 5.1), og dels de udfordringer, personalet også oplever (i afsnit 5.2).

### 5.1 At kende sin borger

Personalet peger på relationsarbejde, oparbejdelse af tillid og borgerkendskab som helt centralt for deres oplevelse af kvalitet i skærmopkaldene. Disse elementer gør det muligt at identificere afvigelser fra borgerens normale tilstand og rutiner via skærmopkaldene. En væsentlig pointe er, at relationsarbejdet er en proces, som kan tage tid, og som indebærer et gensidigt engagement fra såvel borger som medarbejder.

#### 5.1.1 Relationsarbejde

Den organisatoriske rammesætning i Viborg Kommune betyder, at personalet ofte kender borgeren i forvejen, inden skærmopkaldene påbegyndes. Dels fordi det kun er nogle af besøgene, som erstattes hos borgere, som i forvejen modtager ydelser fra hjemme- og sygeplejen, dels fordi det tilstræbes, at det samme personale, som kommer i hjemmet, også gennemfører skærmopkaldene. Det vil sige, medarbejderne, som varetager skærmopkaldene, allerede kommer eller tidligere er kommet i borgerens hjem. Samtidigt er borgerens historie og vaner ofte kendt af medarbejdergruppen samlet set. Det er således ofte et solidt borgerkendskab, som danner baggrundsviden for samtalerne i skærmopkaldene. Derudover bygger skærmopkaldene videre på den eksisterende viden, idet medarbejderne sørger for at holde sig ajour med borgerens overordnede situation, funktions- evne, generelle helbred og specifikke udfordringer samt hverdagsliv og rutiner.

Observationsstudierne viser dog også, at personalet bytter opgaver, herunder skærmopkald, hvis der er behov for justering af køreplanerne eller forsinkelser på grund af uforudsete hændelser på ruten. I de tilfælde kan der være medarbejdere med et mindre borgerkendskab, som overtager skærmopkaldet i overensstemmelse med opgavebeskrivelsen på køreplanen. Samtidigt vil der også være tilfælde, hvor der kommer nye medarbejdere eller nye borgere, som personalet ikke kender i forvejen. Her giver en del af personalet udtryk for, at man godt kan lære nye borgere at kende over skærmen. En hjemmesygeplejerske fortæller om en borger, som hun ikke kendte i forud for skærmopkaldene:

*En af dem, vi ringede til i morges, har ikke villet tale sønderligt med mig. Men fra i går begyndte hun faktisk at spørge ind til mit liv lige så stille, med børn og sådan nogle ting,*



*så det skal nok komme. Man kan sagtens lave relationsarbejde [...] med dem. Men det er hundrede procent på deres præmisser. Fordi hvis de ikke vil, så kan vi ikke. (Interview, hjemmesygeplejerske)*

I fortællingen om den nye borger ligger der tre forskellige elementer, som bidrager til at opnå et godt borgerkendskab: relationsarbejde, borgerens aktive deltagelse og tid.

Pointen med historien er først og fremmest, at der foregår et relationsarbejde, hvor borgeren bliver mere fortrolig med medarbejderen, og der etableres et tillidsforhold mellem parterne. Hjemmesygeplejersken i historien ser således borgerens interesse for medarbejderen som et første skridt på vejen til at åbne mere op over for medarbejderen og dermed et skridt på vejen til at lære borgeren bedre at kende. En skærmansvarlig hjemmesygeplejerske forklarer, at det er vigtigt, at borgeren får tillid til medarbejderen, da borgeren fortæller mere om, hvordan de har det til en medarbejder, de kender og genkender, end til én, de ikke er fortrolige med. Hun understreger, at en fordel ved skærmopkaldene frem for en telefonsamtale er, at borgerne hurtigt kan se og genkende, hvem de taler med.

Samtidigt har en del af personalet en oplevelse af, at der er et stort nærvær i skærmopkaldene og god kontakt til borgerne, hvilket drøftes af de skærmansvarlige:

*Hjemmesygeplejerske B: Det er sådan mere koncentreret, når man ringer op. (...) Når man ringer op på en skærm, så har vi begge to et mål her. Vi skal snakke om dét her og ikke alt det der. Altså, når man kommer ind i et hjem, så er der altid tusind ting.*

*SOSU-hjælper A: Jeg synes godt, der kan være tusind ting alligevel, der er bare mere tid til det [i skærmopkaldene, red.].*

*SOSU-hjælper B: Der er også noget æstetik i det. Især hvis man kører aftenvagte. I lang tid havde jeg vest på, for så skulle man ikke af og på med jakken. Vesten kunne man mere strategisk beholde på, hvis man bare skulle give to tabeletter, så man ikke virker forjaget. Der er det som om, at to minutter på skærmen virker betydeligt bedre end to minutter i virkeligheden. Vi har da mere.*

*SOSU-hjælper A: Det er fordi, der går jo noget tid med at tage jakke af. Og hvis det er en [medarbejder, red.], der cykler, så skal man også have regnbukserne af, fordi man synes heller ikke, at man kan tillade sig at stå i regnbukser derinde og stå og dryppe. Så jeg tror bare, de oplever, at vi er tilstede på en anden måde.*

*Hjemmesygeplejerske A: Man kan jo mærke på en person, der træder ind i rummet, om de har travlt eller ikke har.*

*Hjemmesygeplejerske B: Vi ser også helt anderledes ud, når vi sidder der – klar og med headset på og det hele.*

*SOSU-hjælper B: Især hvis vi sidder med en kop kaffe også, så siger de, "Hvor ser det hyggeligt ud"."*

(Fokusgruppeinterview, skærmansvarlige)

Skærmopkaldene er for nogle medarbejdere således med til at give en oplevelse af nærvær og fokus set i forhold til fysiske besøg. Ved de fysiske besøg er man gæst i borgerens hjem, hvor det er høfligt at tage jakken og regnbukserne af, når man kommer ind. Ved skærmopkaldene fjernes de praktiske opgaver med at komme ind og ud ad hjemmet på en god måde, og medarbejderne oplever at de nye rammer giver bedre vilkår til at kunne signalere ro og nærvær over for borgeren. For de

skærmansvarlige giver skærmopkaldene en positiv oplevelse af nærvær set i forhold til en tidspresset arbejdsdag, hvor en del af deres overvejelser går på at finde måder, hvorpå de kan være tidseffektive i hjemmet uden at virke uhøflige. De skærmansvarlige fremhæver således de positive aspekter ved skærmopkaldene, men der er omvendt også nogle ulemper, som vi vender tilbage til i afsnit 5.2.

Den sekundære pointe med historien om den nye borger er, at et solidt borgerkendskab indebærer et engagement fra borgeren, som skal være villig til at indgå i relationsarbejdet og ønske at indvie medarbejderen i sit liv. Observationer af skærmopkald viser tydeligt, at nogle borgere er yderst aktive i samtalen, hvorimod andre borgere kun modstræbende deltager i samtalen og svarer så kort som muligt på medarbejderens spørgsmål og forsøg på at etablere en samtale.

Den tredje pointe med historien om den nye borger er, at det kan tage længere tid at opnå et solidt borgerkendskab, når der udelukkende benyttes skærmopkald, idet borgeren kun langsomt viser interesse for medarbejderen. Som ovenstående transskription viser, forhandles relationen i den enkelte samtale og kan forløbe over mange samtaler mellem medarbejder og borger.

### 5.1.2 Observationer og samtalen som redskab

Mange medarbejdere har en oplevelse af at yde kvalificeret pleje og omsorg via skærmopkald. Kendskabet til borgeren er et centralt element i disse historier: Medarbejderne kender borgerne, deres historik, rutiner, kropsholdning og stemmeføring. De bruger denne viden til at identificere afvigelser og forandringer hos borgerne.

*En SOSU-hjælper fortæller om en borger, "Hr. Hansen", som hun ringer op på skærmen hver morgen for at høre, hvordan det går, og om han har taget sin antabus. En morgen får hun fornemmelsen af, at der er noget galt, men hun er ikke sikker. Hun forklarer, at det er svært præcist at sætte ord på, hvad hun opfangede eller hvordan – borgeren taler måske lidt mere mekanisk, end han plejer. Hun kører derfor ud til borgerens bopæl for at følge op på, om alt er, som det skal være. Da hun kommer ud til borgeren ti minutter senere, viser det sig, at han ikke har taget sin antabus, men er i stedet påvirket af alkohol. Hun forklarer, at borgeren på den måde fandt ud af, at man ikke kan snyde over skærmen og var efterfølgende ærlig over for hende. (Uddrag fra feltnoter)*

SOSU-hjælperens pointe med fortællingen er, at Virtuel hjemme- og sygepleje "virker". Hun konkluderer først og fremmest, at man godt via skærmen kan opdage, når noget ikke er, som det skal være. Samtidigt lægger hun vægt på, at hun selv kan følge op på skærmopkaldet og køre ud til borgeren, hvis hun er i tvivl, for at få afklaring på situationen og hjælpe borgeren, hvis der skulle være behov for det. Det centrale her er, at medarbejderen oplever tryghed i den organisatoriske rammesætning, som indebærer, at det samme personale både udfører skærmopkald og varetager fysiske besøg hos borgerne<sup>8</sup>.

Flere af hjemmesygeplejerskerne forklarer tilsvarende i forlængelse af ovenstående historie, at de også kender den specifikke borger og udmærket er i stand til at lave en faglig vurdering af borgerens tilstand og identificere en eventuel uhensigtsmæssig udvikling på baggrund af skærmopkaldene. En hjemmesygeplejerske beskriver, at de "kan høre på ham, når han er deprimeret", fordi han begynder at snakke om bestemte emner. De kender hans rutiner og ved, hvornår bestemte afvigelser fra

---

<sup>8</sup> Som beskrevet tidligere i kapitel 4, kan der dog gå kortere eller længere tid, inden det er muligt at få lagt det ekstra besøg ind i dagens køreplan, og nogle gange vil det involvere koordinering og overdragelse af andre opgaver til en kollega. Det kan medføre bekymring hos medarbejderen, hvis det ikke er muligt at køre ud til borgeren med det samme og tjekke op på borgerens tilstand.

rutinerne er udtryk for, at han er ved at få det dårligere, fx når han ringer telefonisk til hjemmesygeplejen forud for det aftalte skærmopkald eller tager bussen til byen i stedet for bilen.

Den følgende fortælling tager sit afsæt i observation af et skærmopkald hos borger med diabetes, der får hjælp fra hjemmesygeplejen til sine insulinindsprøjtninger.

Hjemmesygeplejersken er i gang med sine morgen-skærmopkald og ringer en borger op på skærmen, som svarer med det samme. Hjemmesygeplejersken indleder med at spørge, hvordan det går, og om borgeren har sovet godt. Han svarer, at han næsten ikke har sovet, fordi han har ondt i ryggen. Hun spørger, om han har tænkt over at få en plejeseng, som de har snakket om tidligere. Det vil han ikke have. Derefter fører hun samtalen videre og beder ham om at måle sit blodsukker. Han måler selv sit blodsukker og viser tallet til hjemmesygeplejersken. Hun beregner og fortæller, hvor meget insulin der er behov for, og han indstiller antallet af klik på insulinpenen og viser den frem til hjemmesygeplejersken. Hun bekræfter, at den er indstillet korrekt, og han injicerer derefter insulinen. Ved afslutningen af samtalen opfordrer hjemmesygeplejersken ham til at tage noget smertestillende: *"Du må tage en morfin, og så må vi lige snakke om det, når jeg kommer til middag"*. Senere forklarer hjemmesygeplejersken: *"I dag talte vi med en, der havde meget ondt. Det behøvede han ikke at fortælle, han havde. Det kan man jo se ret hurtigt."* Hun forklarer videre, at hun også får information om borgerens tilstand ved at lytte til stemmelejet og stemningslejet. Hun tilføjer: *"Man kan ret hurtigt mærke, om folk er triste eller glade"*.

For hjemmesygeplejersken er pointen med historien, at det fuldt ud er muligt at foretage faglige vurderinger via skærmopkaldene og yde en kvalificeret pleje: Hun *observerer* borgeren, *spørger* ind til hans symptomer og laver en *faglig vurdering* af, hvilken handling som vil være relevant:

*Du skal jo vide, hvad du skal handle på, hvis ikke tingene er i orden. Fordi så længe det går godt, så kan enhver nærmest foretage det opkald. Du skal kunne observere. Hvad skal du gøre, hvis deres blodsukker er lavt fx. Det er sådan ren sygepleje med det. Og det samme hvis... Hvis du ringer til en, og han siger, at han fx har ondt i brystet. Du skal jo kunne spørge ind til nogle ting. Deres smerter fx, hvor har du smerter henne, og sveder du, og har du svært ved at få vejret. Så du skal vide alle de her observationer, du skal lave, hvis der er problemer. Så længe der ikke er problemer, så er det fint. Og det er jo det, der er i sygepleje, du skal jo kunne handle på det, der ikke er rigtigt. (Interview, hjemmesygeplejerske)*

Hun beskriver endvidere skærmopkaldene som "samtale-sygepleje": *"Du kan jo ikke gøre noget håndværksmæssigt, når du sidder foran skærmen"*. Det håndværksmæssige element af plejen er med andre ord uddelegeret til borgeren i forbindelse med skærmopkaldene. En anden hjemmesygeplejerske uddyber og forklarer, at man kan instruere borgerne i hjemmet og lære dem op i fx insulinindsprøjtninger. Derefter kan man fortsætte besøgene over skærm, hvor hjemmesygeplejerskens rolle er mere vejledende i forhold til at hjælpe borgeren til at forstå, hvordan vedkommende kan leve bedst muligt med diabetes i sin dagligdag: Hvordan påvirker bestemte madvarer hendes blodsukker, og hvilke alternativer findes der i stedet?

Samlet set viser dette afsnit, at et godt borgerkendskab bidrager positivt til at kunne yde kvalificeret pleje via skærmopkaldene, idet borgerkendskabet dels gør det muligt at identificere, hvad problemstillingen er, og hvordan problemet bedst muligt kan håndteres for præcis denne borger, og dels gør viden om borgeren det muligt at opdage ændringer i adfærd og helbredstilstand, som der skal handles på. Samtidigt er det en pointe, at det er nødvendigt, at borgeren deltager aktivt i samarbejdet, og bidrager med relevant information, som medarbejderen har brug for for at kunne sammensætte et billede af borgerens behov og udvikling.

Analysen peger på, at gode relationer og et solidt borgerkendskab forud for iværksættelse af skærmopkaldene øger meningsfuldhed og kvalitet i arbejdet. I de tilfælde, hvor relationen skal opbygges gennem skærmopkald alene, er det erfaringen, at det tager længere tid, særligt hvis borgeren i udgangspunktet ikke er motiveret for at deltage i skærmopkaldene. Her indebærer oparbejdelsen af et godt borgerkendskab en langstrakt proces, hvor der gennem mange samtaler opbygges tillid hos borgeren til medarbejderen.

## 5.2 Når det er svært at "se gennem skærmen"

Personalet peger på særligt to faktorer, som kan gøre det vanskeligt at gennemføre skærmopkaldene på tilfredsstillende vis. Først og fremmest indebærer skærmen som medie, at tegn fra hjemmet begrænses markant. Dernæst betyder den organisatoriske stræben efter effektivisering, at skærmopkaldene i udgangspunktet bliver korte og fokuseret på specifikke, afgrænsede ydelser.

### 5.2.1 Fravær af tegn fra hjemmet

Vilkårene for at yde pleje og omsorg gennem skærmopkald i forhold til fysiske besøg adskiller sig fra hinanden, idet medarbejderen ikke får "tegn fra hjemmet" ved et skærmopkald, hvilket ellers giver input til medarbejderens vurdering af borgerens tilstand ved et fysisk besøg. Dette har implikationer for oplevelsen af pleje- og omsorgsarbejdet og for samarbejdet med borgeren.

En SOSU-assistent fortæller, at en ældre mandlig borger skal have hjælp til at tage sin medicin, men er i øvrigt selvhjulpne. Hjemmeplejen kommer således ikke i hjemmet, men kan opfylde hans behov om hjælp via skærmopkaldene. SOSU-assistenten forklarer, at borgeren altid svarer på videoopkaldene, altid er klar og altid tager sin medicin. Vurderingen er derfor, at alting er i den skønneste orden. En dag får hjemmeplejen imidlertid en opringning fra lokalcenteret, hvor borgeren plejer at komme. De fortæller at borgeren ikke har været der i en måned. Det viser sig, han i løbet af den sidste måned er gået tilbage til sin seng, "helt grå i hovedet", efter at have haft besøg via skærmen.

SOSU-assistentens pointe med denne fortælling er, at det i nogle tilfælde kan være vanskeligt at vurdere borgerens almene tilstand gennem skærmen. SOSU-assistenten forklarer videre:

*Det jo kun et billede, skærmen viser, ude hos borgeren. Det er svært at se mere end skærmen. Ved et fysisk besøg bruger medarbejderen sine øjne, ører, næse og mund til at se, om det sejler i hjemmet, om der er urinvejsinfektion. (Uddrag fra feltnoter, SOSU-assistent)*

Denne problemstilling berøres også af andre medarbejdere, som forklarer, at skærmopkaldene ikke giver de samme tegn som indikation på borgerens almene tilstand eller sygdom, som et fysisk besøg i hjemmet kan give. Personalet forklarer, at de altid lægger mærke til hjemmets fremtoning og forandringer. Hvordan lugter hjemmet, er der madvarer i køleskabet og rester i skraldespanden, mv. En hjemmesygeplejerske beskriver det således:

*Hvis jeg kommer ud til en borger, som har bipolar lidelse, så lægger jeg jo hurtigt mærke til, om der roder meget, om der er høj musik, om der er tændt for alle verdens ting og sager. Hun forklarer videre: Så man gør sig mange observationer, når man kommer ude i selve hjemmet. Hvor man også kan bruge sine sanser, altså syn selvfølgelig og duft. Særligt duft. Det giver mange informationer, om der dufter frisk af skyllemiddel, eller om det stinker af røg eller af urin for den sags skyld. Afføring og sådan nogle ting kan der*

*også lugte af, hvor man kan få et sygdomsbillede ud fra den duft, der må være. (Interview, hjemmesygeplejerske)*

Ved et skærmopkald bliver sanserne begrænset, og personalet får ikke længere samme type tegn fra hjemmet, der giver indikation af borgerens tilstand. En SOSU-assistent forklarer:

*Når man skal være sikker på, at de har fået noget at spise, så kan hun på skærmen kun spørge, om de har fået noget at spise, og hvis de siger ja, så er der jo ikke mere at gøre. Når hun kommer i hjemmet, vil hun jo lige kigge efter, om der er beskidt bestik, noget i skraldespanden – hvis ikke, så har borgeren jo nok ikke fået noget at spise. (Interview, SOSU-assistent)*

*Da hun kom i hjemmet, fik hun lov til at komme ind og kunne bedre spørge ind til, hvad han så i fjernsynet, om ting i hjemmet og på den måde få en samtale i gang. På skærmen siger han bare, at han ikke gider snakke, for han er ved at se en krimi. Nå, så er den jo ikke længere. Hun får ikke samme hints over skærmen. (Uddrag fra feltnoter, SOSU-assistent)*

Personalet forklarer, at indsnævringen af tegn fra hjemmet betyder, at man i stedet fokuserer på borgerens fremtoning og på samtalen med borgeren, som det også fremgår af afsnit 5.1.

SOSU-assistenten, som opdagede, at borgeren lå i sengen det meste af dagen, selvom borgeren svarede, at alt gik fint, påpeger, at der kan ligge en risiko ved at mangle tegnene fra hjemmet, hvis borgeren ikke deltager aktivt i samtalen:

*Ved Viewcare [skærmopkald, red.] kan medarbejderen spørge, hvordan det går, men får kun et "fint" som svar. Eller hvis man spørger, "Har du taget dine tabletter og din aftensmad?" og kun får et "Ja" som svar. Så er man nødt til at stole på, at det passer. Det kræver stor tillid til borgeren. Men på landet er de ældre borgere stolte og autoritetstro. Så det er ikke sikkert, at det passer, at de har det fint, men de vil ikke fortælle det, fordi de ikke vil ulejlige personalet. For eksempel kan en borger svare, at alt er fint, men det kan alligevel godt betyde, at han ligger i sengen dagen lang, og alt sejler. Det er ikke let at vurdere, om borgeren faktisk fortæller, hvordan vedkommende har det, når man ikke kender folk i forvejen. (Uddrag fra feltnoter, SOSU-assistent)*

SOSU-assistenten og andre medarbejdere er bekymrede over at lave skærmopkald, hvor der er risiko for, at borgeren ikke formidler et reelt billede af sin helbredstilstand, og hvor medarbejderen ikke får tegn fra hjemmet til at understøtte den faglige vurdering af borgerens tilstand. Dette opleves som særlig problematisk, hvis man som medarbejder ikke kender borgeren og dermed har vanskelig ved at vurdere, om borgeren er i stand til eller har lyst til at fortælle, hvordan det faktisk går, eller hvis borgeren udelukkende modtager skærmopkald. Bekymringen er dobbelt i den forstand, at medarbejderne føler et stort fagligt og etisk ansvar over for borgeren og dennes velbefindende, men at medarbejderne kan være i tvivl om, hvorvidt de kan udføre arbejdet på forsvarlig vis ved hjælp af det nye medie, som skærmopkaldene udgør.

## 5.2.2 Det fokuserede skærmopkald

Hvor det tidligere afsnit beskæftigede sig med skærmen som medie, belyses her den organisatoriske rammesætnings betydning for, hvordan medarbejderne gennemfører skærmopkaldene.

Én af målsætningerne med Virtuel hjemme- og sygepleje er at opnå en mere effektiv udnyttelse af personalets tid. Her spiller besparelser på transporttid en rolle. En skærmansvarlig hjemmesygeplejerske forklarer:

*Vi har så meget vejtid. Så hvis jeg skulle køre ud til en borger, der bor 15 kilometer væk for bare at se, om han lige havde det godt og sige hej og så køre hjem igen. Så havde jeg brugt mere tid på vejen end på ham. Så er det egentlig nok nemmere, at jeg enten kan gøre det i bilen, som er en mulighed, eller jeg kunne gøre det på sygeplejeklinikken, hvor vi sidder. Så kunne ringe til ham der, så sparer jeg jo 20 minutter. Så det er jo alligevel lidt penge i kassen hver dag. (Interview, hjemmesygeplejerske)*

Derudover tilstræbes det at opnå en effektivisering af arbejdet dels gennem relativt korte videosamtaler, og dels ved at fokus for samtalerne er skærpet. En distriktsleder i hjemmeplejen forklarer:

*Det handler jo om effektivitet. Når man besøger borgeren, så skal man lige af med jakken, ind og ud ad bilerne. Opkaldene er kortere og mere direkte i forhold til et fysisk besøg. (...) Skærmopkaldene er altid kortere i forhold til fysiske besøg – hjælperen bliver ikke bedt om at bære skraldeposen ud og skal ikke bruge tid på at komme ind og ud. (Interview, distriktsleder)*

Lederen peger således på, at skærmopkaldene giver en fokuseret ydelse inden for en kort tidsramme, hvor opgørelser viser, at et opkald i hjemmeplejen varer omkring to minutter, i hjemmesygeplejen lidt længere. Ifølge lederen giver skærmopkaldene mulighed for en kort, fokuseret levering af ydelsen, idet tid brugt på at komme ind og ud ad bilen, tage jakken af og på bortfalder, ligesom ekstra opgaver, som fx at bære skrald ud, minimeres.

De skærmansvarlige i fokusgruppeinterviewet, som er beskrevet tidligere, forklarer tilsvarende, at disse typer af praktiske opgaver bortfalder. De forklarer desuden, at skærmopkaldene er mere koncentrerede, forstået på den måde, at begge parter har fokus på et specifikt, afgrænset formål med opkaldet. Selvom de skærmansvarlige oplever, at skærmopkaldene giver ro og fokus som positivt, som beskrevet i afsnit 5.1, så betyder det også, at der potentielt er ting, medarbejderen ikke ser og ikke får talt om i en bredere kontekst. I historien med borgeren, som går i seng efter skærmopkaldene, kan denne rammesætning af videosamtalerne muligvis virke som en begrænsende faktor for både borger og medarbejder, som afholder dem fra at italesætte borgerens situation i en bredere kontekst.

Et medlem af den strategiske ledelse pointerer, at det ikke kun er via skærmopkaldene, at der ydes en fokuseret pleje, men at det samme gør sig gældende ved de fysiske besøg i hjemmet, i modsætning til en forestilling om den holistiske pleje, hvor personalet hele tiden har et samlet billede af borgerens generelle tilstand for øje. Dermed lægger skærmopkaldene sig i forlængelse af en generel udvikling i hjemme- og sygeplejen, hvor fokus på levering af specifikke ydelser i overensstemmelse med handleplaner skærpes.

Problemstillingen vedrørende den korte, fokuserede ydelse bliver dog skærpet i de enkelte tilfælde, hvor borgeren udelukkende modtager ydelser via skærmopkald, idet medarbejderen ikke får tegn fra hjemmet, der kan indikere, at borgerens tilstand ændres, uden at borgeren selv er opmærksom på det eller selv kan formidle det til medarbejderen.

Samlet set kan de manglende tegn fra hjemmet og den fokuserede ydelse vanskeliggøre pleje- og omsorgsarbejdet via skærmopkald, hvor det kan være en udfordring for medarbejderen at se gennem skærmen og ud over den snævre rammesætning af formålet med opkaldet. Medarbejderen

bliver i højere grad afhængig af samarbejdet med borgeren og dennes evne til at indgå i samarbejdet og evne til at beskrive sin helbredstilstand for personalet.

Analysen af skærmopkaldene viser således, at vilkår, praksisser og samarbejdsrelationer forandres set i forhold til traditionelle fysiske besøg. Så selvom ledelsen understreger, at der er tale om samme ydelse, der blot leveres på en ny måde, så er det vigtigt at være opmærksom på forskellene i vilkår og praksisser for at kunne udnytte de nye muligheder bedst muligt og sikre kvaliteten af pleje- og omsorgsarbejdet.

I den forbindelse kan det overvejes at præcisere sprogbrugen vedrørende den nye måde at levere ydelserne på. Som tidligere nævnt, anvender medarbejdere og ledelse en lang række forskellige betegnelser i form af 'skærmbesøg', 'virtuelle besøg', 'Viewcare opkald' og 'skærmopkald'. Man bør overveje, om det er hensigtsmæssigt at bruge betegnelser, der indeholder ordet "besøg", da det udvisker og usynliggør forskellene mellem de to måder at levere ydelser på og giver opfattelsen af, at medarbejderen faktisk kan besøge borgeren gennem skærmen ligesom ved et fysisk besøg i hjemmet. Derimod bevarer betegnelser som 'skærmopkald' en åbenhed for mediets egne præmisser, som gør det lettere at italesætte anderledes vilkår og andre måder at bringe faglighed i spil på, ændrede krav til, hvordan medarbejderen kan spørge ind til borgeren, hvordan man kan udnytte det visuelle element af skærmopkaldene bedst muligt, mv.

### 5.3 Opsummering og diskussion

Dette kapitel viser to sider af skærmopkaldene. På den ene side opleves skærmopkaldene som en ny måde at yde pleje af høj kvalitet på. Her spiller borgerkendskabet en vigtig rolle, idet medarbejderne anvender denne viden til at identificere afvigelser fra rutiner, kropsholdning og stemmeføring, som kan være tegn på forandringer i borgerens helbred og trivsel. På den anden side indeholder skærmopkaldene også nogle begrænsninger, som kan gøre det vanskeligt at "se gennem skærmen". Her oplever medarbejderne, at skærmen som medie reducerer tegn fra hjemmet sammenholdt med, at rammesætningen af skærmopkaldene afgrænser emner og minimerer tid til samtalen, hvilket kan gøre det vanskeligt for medarbejderen at vurdere borgerens generelle tilstand og eventuelle ændringer.

De to sider af skærmopkaldene er ikke gensidigt ekskluderende, forstået på den måde, at en medarbejder kun oplever skærmopkaldene på én måde. En medarbejder kan sagtens opleve at være i stand til at udføre skærmopkald hos én borger, mens oplevelsen hos en anden borger er præget af usikkerhed og bekymring over begrænsninger ved skærmopkaldene. Medarbejdernes oplevelser er således knyttet til erfaringer og refleksioner over specifikke forløb, situationer og omstændigheder. Fortællingerne i kapitlet er udtryk for, at medarbejderne løbende overvejer og diskuterer fordele og ulemper ved skærmopkaldene set i forhold til potentielle risici og udvikling i borgerens situation og evne til at deltage i skærmopkaldene. Denne løbende diskussion og overvejelser skal ikke ses som et udtryk for, at medarbejderen enten er *for* eller *imod* skærmopkaldene, men som et udtryk for en kontinuerlig faglig sparring og vurdering af, hvad der er den bedste løsning for borgeren i den givne situation.

Det er endvidere væsentligt at fremhæve, at der ikke er noget mønster i forhold til, hvilke faggrupper der oplever den ene eller anden side af skærmopkaldene som mest dominerende. Det vil sige, blandt alle tre faggrupper er der medarbejdere, der ser skærmopkaldene som et godt redskab i deres arbejde, ligesom der i alle tre faggrupper er medarbejdere, som synes, det er en udfordring at lave skærmopkald. Samtidigt er det dog også væsentligt at pointere, at de tre faggrupper har forskellige vilkår for at gennemføre skærmopkaldene, idet SOSU-assistenterne og SOSU-hjælperne

har fået afsat to minutter i køreplanen af deres disponator, hvorimod hjemmesygeplejerskerne har en større autonomi i tilrettelæggelsen af deres køreplan og i deres vurdering af, hvor lang tid skærmopkaldet bør vare. Denne forskel reflekterer forskellen i borgere og typer af ydelser, som varetages af henholdsvis hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, idet hjemmesygeplejen har borgerne med komplekse problemstillinger og forløb.

Analysen peger på et indbygget dilemma eller paradoks i den Virtuelle hjemme- og sygepleje, idet den organisatoriske rammesætning handler om at effektivisere arbejdet ved at spare tid og skærpe fokus i skærmopkaldene, mens personalet peger på tid som en vigtig faktor i indsatsen for at kende sin borger. Samtidigt peger analysen på, at borgerkendskabet er særlig vigtigt ved skærmopkald, da forudsætningerne for pleje og omsorgsarbejdet er anderledes end ved fysiske besøg, idet tegn fra hjemmet, som ellers kan give medarbejderen vigtig viden om borgerens tilstand, begrænses ved skærmopkaldene.



## 6 Diskussion og opmærksomhedspunkter

Viborg Kommune har introduceret Virtuel hjemme- og sygepleje som en ny måde at levere ydelser til borgerne, hvor nogle af de fysiske besøg hos borgerne erstattes af skærmopkald. Ambitionen er at Virtuel hjemme- og sygepleje vil give positive resultater for borgere, medarbejdere og økonomi.

Personalet vurderer overordnet set, at Virtuel hjemme- og sygepleje er en god idé, forudsat at det giver mening i forhold til den enkelte borger. Denne formulering henviser til en central pointe, nemlig at Virtuel hjemme- og sygepleje indeholder et dobbelt udfaldsrum: Virtuel hjemme- og sygepleje kan bidrage positivt til arbejdet i nogle situationer, men der kan også være udfordringer og uhensigtsmæssigheder knyttet til skærmopkaldene, samt til deres organisering og rammevilkår, som har betydning for medarbejdernes praksisser, oplevelser og erfaringer.

### *Når det giver mening*

Undersøgelsen peger på, at skærmopkald kan være et hensigtsmæssigt redskab, hvis det giver mening i forhold til borgeren, forstået således, at borgeren kan se fordelene ved et skærmopkald og medarbejderne finder det fagligt og etisk forsvarligt. Endvidere har noget af personalet en oplevelse af, at skærmopkaldene kan give en ro og nærvær i samtalen med borgeren, som kan være svært at opretholde i de fysiske besøg, som er tidspressede.

For medarbejderne kan Virtuel hjemme- og sygepleje give en oplevelse af at kunne afhjælpe specifikke problemstillinger hos borgeren, og medarbejderne kan bruge det nye redskab kreativt i denne proces. Her spiller deres inddragelse og indflydelse på brugen af skærmopkald en vigtig rolle. Medarbejdere peger på, at de godt kan yde en god pleje via skærmopkaldene. Her peger undersøgelsen på, at borgerkendskab er en vigtig parameter for personalets oplevelse af at kunne yde en god pleje via skærm. Et solidt borgerkendskab hjælper medarbejderen til at kunne identificere forandringer i borgerens helbreds-mæssige tilstand, bl.a. på baggrund af afvigelser i rutiner, ændret kropsholdning, stemmeføring eller indhold af samtalerne. Organiseringen i Viborg Kommune har sat en ramme, der på visse områder understøtter borgerkendskab, idet modtagere af skærmopkald ofte er borgere, som personalet kender i forvejen, der er ofte tale om en kombination af fysiske besøg og skærmopkald, og det vil ofte være det samme personale, som kommer i hjemmet, og som udfører skærmopkaldene.

### *At finde "den rigtige" borger*

Omvendt kan der være situationer eller borgere, hvor det ikke er hensigtsmæssigt at anvende skærmopkald. Hvor borgeren fx ikke er motiveret, ikke kan se fordelene ved det eller ikke har de nødvendige kompetencer. Hvor personalet ikke kender borgeren og har svært ved at vurdere borgerens tilstand samt dennes evner til at indgå i samarbejdet. Dette er særlig vigtigt, idet undersøgelsen peger på, at den nye måde at levere ydelser på stiller krav til borgerens evner til at deltage i samarbejdet, idet borgeren dels skal kunne udføre specifikke opgaver, og dels reflektere over og formidle sin tilstand til personalet. Undersøgelsen peger på, at inkludering af borgere således er en kompleks opgave, som er baseret på faglige vurderinger af borgerens behov, kompetencer, kognitive funktionsniveau og motivation.

For medarbejderne vækker det bekymring, hvis borgerne kun modstræbende deltager, eller hvis der er tvivl om, hvorvidt borgerne er i stand til at løfte deres del af ansvaret og fx ikke fortæller, hvis vedkommende har fået det dårligt eller slet ikke besvarer opkaldet: Er der sket noget, er borgeren faldet; har borgeren ikke selv opdaget at vedkommende har mistet appetitten eller glemmer at drikke tilstrækkeligt, vil borgeren ikke ulejlige personalet eller har borgeren bare ikke lyst til at tale med

personalet? Denne type tvivl er forbundet med stor utryghed og bekymring for personalet, som står med ansvaret for kvalitet af plejen og for at drage omsorg om borgeren. Diskussioner blandt personalet om borgerens tilstand samt evner og motivation for at modtage skærmopkald er udtryk for en kontinuerlig faglig vurdering af, om det er hensigtsmæssigt samt etisk og fagligt forsvarligt at levere pleje- og omsorgsydelser via skærmopkald, eller om borgerens situation har ændret sig, og der er behov for andre typer af løsninger.

#### *Rammevilkår og samspil mellem faktorer*

Undersøgelsen har identificeret nogle udfordringer relateret til rammevilkår for Virtuel hjemme- og sygepleje, som er knyttet til skærmopkaldenes organisering og til skærmen som medie. Medarbejderne kan blive udsat for et krydspres, idet medarbejderne har ansvar for at gennemføre skærmopkaldene, men omvendt kan opleve, at rammerne for at gennemføre opgaven er utilstrækkelige: De mangler tegn fra hjemmet, som ved fysiske besøg kan give indikation af borgerens tilstand og uhenigtsmæssige forandringer, og kan derfor have en oplevelse af, at det er svært at "se gennem skærmen" og være vanskeligt at opdage, hvis noget er galt. Desuden skal skærmopkaldene gennemføres på relativt kort tid. For SOSU-medarbejderne er et skærmopkald således disponeret til at vare to minutter, mens hjemmesygeplejens opkald varer lidt længere. Det afgrænsede tidsinterval kan sætte begrænsninger for relationsarbejdet, som personalet indgår i for at få opbygget borgerkendskab til nye borgere.

Krydspreset mellem ansvar og begrænsninger ved præmisser for skærmopkaldene er en særlig udfordring, hvis der samtidigt er et økonomisk og organisatorisk pres for at maksimere volumen af skærmopkald. Et sådant pres kan betyde, at medarbejderne føler sig nødsaget til at inkludere borgere, der ikke er motiveret for at modtage skærmopkald, eller borgeren, som medarbejderen er i tvivl om, har kompetencer til at deltage. For medarbejderne kan det give en oplevelse af blive holdt ansvarlig for borgernes ve og vel, selvom opgaven er forbundet med usikkerheder og risici.

Implementeringen af Virtuel hjemme- og sygepleje er baseret på en positiv business case, og der er en forventning om, at ydelserne kan leveres mere effektivt, fx ved at spare tid i bil på vej ud til borgere, der bor langt væk. Det er dog vigtigt at have øje for, at business casen kan blive udfordret af det 'usynlige' arbejde, som er knyttet til Virtuel hjemme- og sygepleje. Det kan dreje sig om ekstra tid på at motivere borgere, der ikke ønsker at modtage skærmopkald, koordinering mellem faggrupper, diverse problemløsning samt ekstra skærm- og telefonopkald og ekstra ture til borgere, der ikke besvarer opkaldet, eller efter skærmopkald, hvor personalet får en fornemmelse af, at noget ikke er, som det skal være.

#### *Bestræbelser på et positivt udfald*

Forskningslitteraturen slår fast, at teknologi er tæt sammenvævet med organisering og praksis (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007, Huniche, Olesen 2014). Flere telemedicinske studier har vist, at introduktion af ny teknologi transformerer praksisser, samarbejdsrelationer mellem borger og sundhedsprofessionel samt den faglige opgaveløsning (Pols 2012, Oudshoorn 2009, Oudshoorn 2008). Teknologien er hverken "god" eller "dårlig" i sig selv men vil medvirke til at skabe forandringer. Disse forandringer kan være positive eller vise sig at være uhenigtsmæssige i forhold til de mål, man ønsker at opnå, ligesom der kan være relationer eller forhold, som forandrer sig utilsigtet. Indeværende undersøgelse peger, i overensstemmelse med forskningslitteraturen, på, at Virtuel hjemme- og sygepleje indeholder dobbelt udfaldsrum. En væsentlig pointe i udvikling og implementering af denne type koncepter er derfor at sikre, at ledelse og opstillede organisatoriske rammevilkår bidrager til at opnå et positivt udfald for anvendelse af teknologien og have opmærksomhed på utilsigtede konsekvenser af den nye måde at arbejde på.

Undersøgelsen peger på, at vigtigheden i at få den organisatoriske- og økonomisk rammesætning til at spille fornuftigt sammen med faglige vurderinger og bidrage til at opnå en balance mellem forskellige typer udfaldsrum for medarbejdere og borgere, således at:

1) medarbejderne oplever at kunne bruge deres faglighed til kreativ problemløsning og bidrage til kvalitetsudvikling og undgår at stå i forskellige krydspres, hvor ansvaret for borgerne bliver til en byrde og bekymring

2) bestræbelser på at opnå empowerment og privatliv til borgerne tager udgangspunkt i borgernes ressourcer og ikke resulterer i en situation med manglende omsorg, eller hvor krav til borgernes egenomsorg overstiger deres kompetencer.

#### *Opmærksomhedspunkter*

Ved udvikling og organisering af koncepter, der ligner Virtuel hjemme- og sygepleje, bør kommuner derfor være opmærksomme på følgende:

- At den økonomiske og organisatoriske rammesætning spiller sammen med en faglig forankring, herunder at:
  - business casen balancerer med faglige vurderinger i forhold til inklusion af borgere
  - de organisatoriske rammer understøtter medarbejderens relationsarbejde med borgernes samt deres borgerkendskab
  - løbende faglige diskussioner tilskyndes for at sikre, at skærmopkald bruges hensigtsmæssigt set i forhold til borgernes tilstand, kompetencer og motivation samt i henhold til personalets vurdering af kvalitet af pleje og eventuelle risici
  - der tages højde for de nye arbejdsopgaver, som indgår, fx med at inkludere og motivere borgerne.
- At sikre balance mellem medarbejdernes mulighed for kreative problemløsning og innovative bidrag til udvikling af kvalitet i plejen på den ene side og på den anden side undgå risikoen for, at medarbejderne kommer til at stå med et ansvar under begrænsende rammer, som de ikke selv har indflydelse på.
- At inklusion af borgere baseres på en faglig vurdering af "at det giver mening i forhold til borgeren", dvs.:
  - at borgeren er motiveret (princip om frivillighed) og kan se fordelene med skærmopkaldene
  - at borgeren har de nødvendige kompetencer til at deltage aktivt i samarbejdet
  - at personalet vurderer, det bidrager til opgaveløsningen på forsvarlig vis.

# Litteratur

- Bruun Jensen, C., Lauritsen, P. & Olesen, F. (eds) 2007, *Introduktion til STS: Science, Technology, Society*, Hans Reitzel, København.
- Hunich, L. & Olesen, F. (eds) 2014, *Teknologi i sundhedspraksis*, Munksgaard, København.
- KL Center for Velfærdsteknologi 2016, *Program for Velfærdsteknologi 2017-2020*.
- Oudshoorn, N. 2009, "Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients", *Sociology of Health & Illness*, vol. 31, no. 3, pp. 390-405.
- Oudshoorn, N. 2008, "Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology", *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, no. 2, pp. 272-288.
- Petersen, I.M. & Christensen, T.S. 2015, *Evaluering og dokumentation af telesundhed i kommunal hjemmepleje/-sygepleje*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Pols, J. 2012, *Care at a Distance. On the Closeness of Technology*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Viborg Kommune 2017a, 15.11.2017-last update, *500 hjemmeplejeskærme sat op i Viborg Kommune*. Available: <https://kommune.viborg.dk/Nyheder/2017/November/500-hjemmeplejeskaerme-sat-op-i-Viborg-Kommune> [2018, 7.2.2018].
- Viborg Kommune 2017b, *Fakta og tal*. Available: <http://kommune.viborg.dk/Om-kommunen/Fakta-og-tal> [2017, 2. oktober].
- Viborg Kommune 2016a, *Præsentation på fælles netværksmøde d. 26.1.2016*.
- Viborg Kommune 2016b, 1. december-last update, *Virtuel Hjemme og Sygepleje*. Available: <http://teknologi.viborg.dk/Projekter/Virtuelle-teknologier/Virtuel-hjemme-og-sygepleje> [2. oktober, 2017].
- Viborg Kommune 2014a, *Idekatalog. Virtuel hjemme og sygepleje*.
- Viborg Kommune 2014b, *Procesplan. Virtuel hjemme og sygepleje*.
- Viborg Kommune 2014c, *Projektbeskrivelse. Virtuel hjemme og sygepleje. 2014-2017*.

# Bilag 1 Interviewguides

## Observationsguide, personale

- Dagsrytme
- Interaktion med borgere med og uden teknologi, udførelse af pleje og omsorgsarbejde
- Instruktion af personale og borgere i anvendelse af teknologi
- Installation, support og vedligeholdelse af udstyr
- Udvælgelse af borgere samt revidering/evaluering af borgeres deltagelse
- Tilknyttet administrativt arbejde
- Varetagelse af akutte opkald initieret af borgeren, hvis muligt
- Samtaler med kollegaer, relateret til faggrænser og faglighed

## Interviewguide, personale

### Baggrund

- Hvor længe har du arbejdet som SPL/ass/hjælper?
- Kan du beskrive dit arbejde som SPL/ass/hjælper?
- Hvad er dine vigtigste/kerne arbejdsopgaver?
- Hvad er dine øvrige arbejdsopgaver?
- Hvad er dine vigtigste kompetencer eller egenskaber som SPL/ass/hjælper?
- Hvor adskiller dit arbejde sig fra spl/ass/hjælperes arbejde?

### Brug af teknologien

- Hvordan er virtuel hjemmepleje blevet en del af dit arbejde?
- Kan du fortælle om det sidste skærmbesøg i dag?
- Er det et typisk/atypisk skærmbesøg, på hvilke måder?
- Har du prøvet at modtage et akut opkald? – prøv at beskriv hvordan det forløb?
- Er der forskel mellem et fysisk besøg og et virtuelt besøg – på hvilke måder?
- Hvordan oplever du samarbejdet og relationen til din borger i de virtuelle besøg?
  - evt. ansvarsfordeling, oplevelse af nærhed, ...

### Udvælgelse af borgere

- Hvordan er borgeren ved det sidste skærmbesøg blevet udvalgt til at få virtuelle besøg?
- Hvilke overvejelser gør du dig i forbindelse med udvælgelse af borgere til virtuel hjemmepleje?
  - Hvilke ydelser, problemstillinger, personkarakteristika, mv. gør sig gældende?
- Diskussioner i medarbejdergruppen vedr. udvælgelse af borgere.
- Har der været borgere hvor virtuel hjemmepleje er blevet trukket tilbage?
- Har I rutiner for at evaluere på brugen af virtuel hjemmepleje hos specifikke borgere?

## Uddannelse

- Hvordan har du lært at bruge teknologien?
- Hvordan og hos hvem får du svar på dine spørgsmål om virtuel hjemmepleje?
- Hvilke kompetencer er vigtige for at kunne lave virtuel hjemmepleje?

## Organisering

- Fysisk: i bilen, på kontoret.
- Hvad betyder antallet af skærmbesøg og den tidsmæssige organisering for arbejdsrytmen og for følelse af sammenhæng og mening i arbejdet.
- Specialisering og arbejdsdeling: som en del af klinikerarbejdet og 'egne borgere' i forhold til call center
- Prøv at fortæl om den skærmansvarliges rolle i din gruppe?
- Opbakning fra ledelse: frivillighed, skal-opgave?

## Omsorgsarbejde og virtuel hjemmepleje

- Hvad tænker du det primære formål med virtuel hjemmepleje er? Hvilke problemer skal det løse? (økonomi, kvalitet, ...)
  - Hvad oplever du af fordele og ulemper ved virtuel hjemmepleje?
  - Hvordan ser du sammenhængen mellem virtuel hjemmepleje og det at være en god spl/ass/hjælper?
- 

# Interviewguide til fokusgruppe med skærmansvarlige

## Baggrund

- Hvad er jeres faglige baggrunde og hvilken gruppe kommer I fra?
- Anciennitet?
- Hvordan er I blevet skærmansvarlige? Udvalgt/meldt sig selv – hvad er deres motivation til at tage opgaven?
- Beskriv jeres opgaver som skærmansvarlig?
- Hvordan er I blevet "udlært" som skærmansvarlige?
- Hvad er jeres vigtigste kompetencer som skærmansvarlige?
- Hvor meget fylder rollen som skærmansvarlig i jeres arbejde? Svarer det overens med afsatte ressourcer?

## Om virtuel hjemmepleje i grupperne (både egne og andre grupper)

- Har I været involveret i udviklingen af virtuel hjemme- og sygepleje?
- Kan I fortælle om hvordan virtuel hjemmepleje er blevet til – hvordan er det blevet introduceret i grupperne?
- Hvad har jeres rolle være i forbindelse med implementeringen?
- Er der forskelle mellem hvordan virtuel hjemmepleje er blevet taget i brug i de forskellige grupper?
- Hvordan oplever I at grupperne har taget imod virtuel hjemmepleje?
  - Har der været diskussioner i grupperne om det – formål, målgruppe, måden det er blevet introduceret på,
  - afvisning/imødekommenhed? ...

### **Uddannelse af kollegaer**

- Hvordan underviser I jeres kollegaer i at bruge teknologien? – karakteristika for kurser/sidemandsoplæring, hvad lægges der vægt på?
- Hvad er det vigtigt at kunne for at lave virtuel hjemmepleje?
- Hvad bliver der typisk spurgt om hjælp til?
- Hvad fylder for jeres kollegaer i brugen af virtuel hjemmepleje?

### **Udvælgelse af borgere**

- Hvilke overvejelser gør I jer i forbindelse med udvælgelse af borgere til virtuel hjemmepleje?
  - Hvilke ydelser, problemstillinger, målgruppe, personkarakteristika, mv. gør sig gældende?
  - Hvilket udbytte forventes der?
- Har der været borgere, hvor virtuel hjemmepleje er blevet trukket tilbage?
- Har I rutiner for at evaluere på brugen af virtuel hjemmepleje hos specifikke borgere?

### **Organisering**

- Prøv at fortælle om jeres netværk for skærmansvarlige
- Opbakning fra ledelse: frivillighed, skal-opgave?
- Hvordan samarbejder I med leverandøren?

### **Omsorgsarbejde og virtuel hjemmepleje**

- Hvad tænker du det primære formål med virtuel hjemmepleje er? Hvilke problemer skal det løse? (økonomi, kvalitet, ...)
- På hvilke måder har virtuel hjemme- og sygepleje ændret arbejdet som SPL/ass/hjælper?
  - Er der forskel på hvad de forskellige faggrupper bruger virtuel hjemmepleje til?
- Hvad oplever du af fordele og ulemper ved virtuel hjemmepleje?
- Hvordan ser du sammenhængen mellem virtuel hjemmepleje og det at være en god spl/ass/hjælper?

---

## **Interviewguide, gruppe- og distriktsledere**

### **Baggrund**

- Gruppe/distrikt
- Uddannelsesmæssig baggrund
- Ansættelsesvarighed i Viborg Kommune
- Anciennitet

### **Beboer- og personalesammensætning**

- Hvad karakteriserer de forskellige distrikter og grupper i Viborg kommune?
- Er der forskel på beboernes socio-demografiske baggrund?
- Hvordan er fordelingen af personale?
  - SPL, ass, hjælpere, uuddannet
  - Uddannelsespolitik – opkvalificering, kursusaktiviteter, ...
  - Rekruttering og fastholdelse/anciennitet af medarbejdere

### **Om virtuel hjemmepleje i grupperne**

- Kan I fortælle om hvordan virtuel hjemmepleje er blevet til – hvordan er det blevet introduceret i kommunen?
  - Udvikling – Har I været med i strategi- og udviklingsarbejdet?
  - Implementering – Har I været inddraget i udvikling af strategi for implementering? Beskriv hvordan det er implementeret - fra valgfrit til skal-opgave.
- Er der forskelle mellem hvordan virtuel hjemmepleje er blevet taget i brug i de forskellige grupper og distrikter?
  - Måder at organisere det på i hverdagen
  - Målgrupper
  - Formål/problemstillinger
  - Personalegrupper der anvender det
- Hvilken betydning oplever I at virtuel hjemmepleje har for arbejdsmiljøet?

### **Organisatoriske/strukturelle vilkår**

- Hvordan er arbejdet i ældreplejen organiseret?
  - Teams
  - Disponering
  - ...
- Har virtuel hjemmepleje medført ændringer for jeres arbejde?
- Har virtuel hjemmepleje betydning for organisering af ydelser til borgerne
  - Udvikling i typer ydelser
  - Distrikterne/gruppernes økonomi

### **Kompetencer**

- Hvad skal personalet kunne for at lave virtuel hjemmepleje?
- Hvordan sørger I for, at personalet har de rette kompetencer?
- Hvordan er de skærmansvarlige valgt?
  - Headhunte, bred opfordring, skal-opgave,...?
  - Hvad er deres opgave?
  - Hvilke kompetencer eller egenskaber skal de have?

### **Perspektivering**

- Hvad ser I som ældreplejens/hjemme- og sygeplejens vigtigste opgaver/rolle?
  - Hvordan passer virtuel hjemmepleje ind i denne udvikling?
  - Viborg Kommune: velfærdsteknologi fra vugge til grav. Hvordan håndterer I det i grupperne/distrikterne?
-



# Interviewguide, strategisk ledelse for hjemme- og sygeplejen

## Baggrund

- Anciennitet

## Ældreplejens historiske udvikling i kommunen

- Hvad ser I som ældreplejens/hjemme- og sygeplejens vigtigste opgaver/rolle?
  - Hvad er det for centrale faktorer, som støtter eller udfordrer ældreplejens vigtigste opgaver/rolle?
- Kan I prøve at beskrive hvilken udvikling, der har været på ældreområdet i kommunen, i den tid I har været her? (tegn evt. på en tidslinje – hvad karakteriserer de forskellige perioder?)
  - Reforme, rammeaftaler, styringsværktøjer, (New public management, BUM, ...), andre skarpe hjørner, ...
  - Udvikling i hvordan visiteres ydelser til borgerne? Typer af ydelser, tidsestimater, ...
  - Organisering af ældreplejen – distrikter, normering, ...
- Hvad har denne udvikling betydet for ældre/hjemme- og sygeplejen?

## Ældreplejens udvikling set i forhold til virtuel hjemmepleje

- Hvordan passer virtuel hjemmepleje ind i denne udvikling?
- Hvad er formålet med virtuel hjemmepleje
- Hvordan er virtuel hjemmeplejes udviklingshistorie? – har I været med i den udvikling af strategi, samt teknisk og organisatorisk løsning?
- Hvordan har I som ledelse søgt at implementere virtuel hjemmepleje?
- Hvad gør I som ledelse for at støtte op om virtuel hjemmepleje?
- Hvordan er vilkårene for virtuel hjemmepleje i kommunen?
  - Sammenhæng mellem kommunale visioner (Viborgs strategi: velfærdsteknologi fra vugge til grav), økonomiske og andre strukturelle rammer, fx ydelseskatalog, vilkår for kurser/uddannelse, ...
  - Kvalitet vs. effektivitet, besparelser
- Hvordan forholder Viborg Kommune sig til velfærdsteknologiske tendenser i et nationalt perspektiv?

## Fagligheder

- Er der forskel på hvordan hjemme- og sygeplejen har taget imod virtuel hjemmepleje?
  - Hvordan ser I som ledelse virtuel hjemmepleje i forhold til fagligheder?
    - Er der forskelle på fagligheder?
    - Hvem skal gøre hvad?
  - Er der noget, personalet ikke skal lave?
  - Er der opstået nye typer stillinger, fagligheder, organisatoriske enheder, ...?
    - Organisering af support?
    - Samarbejde med hjælpemiddeldepotet
    - Erfa-grupper
  - Samarbejde med leverandør
-

## Interview med projektteam

### Mål

- Hvad er målene med indførelse af VC
- Hvordan er implementeringen planlagt.
- Hvordan er mål og monitorering udviklet,
- Er de forandret undervejs
- Hvordan er businesscasen udviklet

### Samspil med leverandøren

- hvilket slags forarbejde har I gjort i valg af teknologi og leverandør
- hvad er vigtigt i valg af leverandør

### Teknikaliteter

- Hvilke tekniske udfordringer er I stødt på
- Hvilke valg har I truffet med konsekvenser for arbejdet
- Hvad har de tekniske udfordringer betydet

### Samspil med ledelsen centralt

#### Styring af VC indsatsen

- aktivitetsmonitorering
- Monitorering af det lokale arbejde

### Samspil med personalet

- Hvor tæt er dit kendskab til personalets brug af teknologien
- Uddannelse, hvad er vigtigt, teknisk literacy, motivation
- Netværksseminarer, hvad ser du som formålet, hvordan har de udviklet sig

### Samspil med den lokale ledelse

- Implementeringsstøtte til lederne
- 

## Interviewguide, tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter

### Baggrund

- Hvilken uddannelsesmæssig baggrund har I/hvem repræsenterer I?
- Anciennitet
- Hvordan er jeres arbejde som tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter organiseret og hvem samarbejder I med?
  - Møder m øvrige TR'ere, fællestillidsrepræsentant, MED udvalg, ...
  - Samarbejde med fagforening
  - Opsøgende arbejde blandt kollegaer
  - Samtaler med skærmansvarlige
  - Drøftelser med ledelse (på hvilket niveau?)

### Om arbejdet som tillids- og arbejdsmiljørepræsentant

- Hvilke problemstillinger beskæftiger I jer med i øjeblikket/hvad fylder for jer?
  - Strategiarbejde?

- Hvordan beslutter/finder I ud af, hvad der er vigtigt?
- Har der været en udvikling i de emner og problemstillinger, I beskæftiger jer med?
- Er der forskel på de henvendelser I får fra de forskellige faggrupper?
- Har I drøftet introduktion af velfærdsteknologi ifht. nationale initiativer fx KLs indsatsområder?
- Hvad tænker I om Viborg kommunes indsatser på velfærdsteknologiområdet – fra vugge til grav?
- Har I drøftet virtuel hjemmepleje specifikt?

### **Om virtuel hjemmepleje i grupperne**

- Kan I fortælle om hvordan virtuel hjemmepleje er blevet til – hvordan er det blevet introduceret i kommunen?
- Har I som TR'ere været inddraget i ide-, udviklings- og implementeringsprocessen?
- Er der forskelle mellem hvordan virtuel hjemmepleje er blevet taget i brug i de forskellige grupper?
- Hvad skal man kunne, for at lave virtuel hjemme og sygepleje? Er det anderledes end tidligere?
- Har virtuel hjemmepleje ændret:
  - Opgaver
  - Omsorgsarbejde
  - Relation til borgeren
  - Relation til kollegaer
  - Organisering af arbejdet
- Hvilken betydning har virtuel hjemmepleje ifht opgaver og arbejdsvilkår –
  - kvalitet i omsorgsarbejde, nærhed i relation til borgerne, uddannelse af medarbejdere,
  - stemmer opgavens art og omfang overens med redskaber/metoder og ressourcer til rådighed?
- Hvordan er personalet "klædt på" til at løfte opgaven?
- Hvordan oplever I at jeres kollegaer har taget imod virtuel hjemmepleje? – forskelle på holdninger, reaktioner, ...
- Hvilken betydning oplever I at virtuel hjemmepleje har for arbejdsmiljøet?

### **Omsorgsarbejde og virtuel hjemmepleje**

- Hvad tænker I det primære formål med virtuel hjemmepleje er? Hvilke problemer skal det løse? (økonomi, kvalitet, ...)
- Hvad er god faglighed?
- Har virtuel hjemme- og sygepleje påvirket fagidentiteten blandt spl/ass/hjælpere?
- Har virtuel hjemme- og sygepleje påvirket relationer mellem faggrupper?
- Hvad oplever I af fordele og ulemper ved virtuel hjemmepleje?

## Bilag 2 Viborg Kommunes idékatalog

### Idékatalog virtuel hjemme og sygepleje

#### Hvilke forudsætninger skal der til, for at skærmopkald bliver en succes

- Ledelses opbakning.  
Ledelsen sætter virtuel hjemme og sygepleje på dagsordenen.  
Ledelsen sørger for at virtuel hjemme og sygepleje italesættes til teammøder.  
Ledelsen er med til at finde ud af, hvordan skærmopkald kan give mening for personalet.
- Disponator opbakning.  
Disponatoren er opmærksom på, hvornår det giver mening at besøgene ligger på kørelisten, - Det er smart at skærmopkald ligger om morgenen inden personalet kører ud.  
Over middag når de kommer ind. Til aften inden de skal spise. Og sen aften, inden de skal dokumentere.
- Alle kolleger har prøvet et skærmopkald.
- Alle kolleger er loyale overfor skærmopkaldende.-  
Hvis der står "skærmopkald" på kørelisten, foretages besøgene over skærmen, der køres ikke forbi fordi man synes det er nemmere.
- Vigtigt at der er klare aftaler omkring skærmopkaldende; hvis ikke borger besvarer opkaldet forsøges igen ellers besøges borger. Hvis borger giver udtryk for utilpashed, besøges borger, er der behov for hjælp til teknik besøges borger, osv.

#### Gode råd:

- Kørelister ses igennem over en 14 dages periode, hvor der kigges på, om enkelte besøg kan erstattes med skærmopkald.
- Forsøg at erstatte 1 -3 besøg, - går det, er det godt. Hvis ikke, kan skærmen bare pilles ned.
- Besøg kan med fordel disponeres så de er samlet –evt. på en liste.
- Kolleger støttes i at se på "deres" borgere, hvem kan overgå til skærmopkald?  
Hvor kan det give mening, at enkelte besøg erstattes?
- Kolleger støttes i at motivere borgerne til at få skærmbesøg.
- Måske en idé at lade kontaktpersonen, der kender borgeren bedst og ved hvordan borgeren skal motiveres, være den der tager ud til borger. Dog er der flere steder aftalt at det er den skærmansvarlige der tager det motiverende besøg, da de foreløbig er dem der ved mest om skærme etc.
- Motivationsindgange til borgeren:
  - "Du vil være en del af udviklingen"
  - "Vi erstatter jo ikke alle besøg."
  - "Vi kommer jo stadig hos dig."
  - "Du er fri for at rydde op inden vi kommer."
  - "Jeg stoler på at du kan håndtere skærmopkald."
  - "Det er gratis, og du får oprettet internet, som du jo også selv kan bruge."
- "Det er en politisk beslutning at hjemmeplejen skal afprøve virtuel hjemme og sygepleje.  
Derfor har vi brug for din hjælp"

- "Vi har udvalgt dig til at være en del af det her projekt, da vi tænker du kan hjælpe os med afprøvningen"
- "Vi vurderer det vil være godt for dig at afprøve en skærm"..
- "Når du får besøg over skærmen kan vi bedre give dig besøg til: (aftalt tid, uforstyrret opmærksomhed, uddannet personale, diskretion i besøget osv.)"
- "Vi vurderer det er godt for dig at få besøg over skærmen."
- "Vi vil gerne have at du hjælper os med at afprøve det i en periode, og hvis ikke det virker, så piller vi det bare ned igen
- Skærmopkald er diskrete, har I borgere som vil sætte pris på diskretion?
- Vær modig og tænk ud af boksen. Prøv at sætte skærmen op – den kan sagtens pilles ned igen.
- Tag evt. skærmen med "under armen" når I skal motivere. Det kræver selvfølgelig at I har en "Krabbe"

#### **Ydelser hvor skærmopkald kan tænkes ind:**

- Medicin:
  - Insulingivning.
  - Antabus.
  - Dosisdispenseret medicin.
  - Minde borgere om medicin, - kan fungere ved hukommelsessvækkede
  - Hos borgere der er kedede af at medicinen er låst ned, kan det ses som en tillidserklæring at enkelte fysiske besøg erstattes af skærmbesøg. Hvis borger misbruger tillid, kan skærmen hurtigt pilles ned igen
- Blodsukker måling
- Guidning og vejledning over skærmen. Borgeren kan holde bls. apparatet op til kameraet.
- Struktur,
  - En borger har blandt andet fået skærmen sat op i køkkenet, borger "viser rundt", og det er muligt at se køleskab, køkkenbord osv.
  - minde borger om at stå op/gå i seng
  - minde om at tage mad
- Psykisk hjælp og støtte
  - Psykiatriske borgere der er svære at få lov at komme ind til, har vist sig at de godt vil have besøg via skærm.
- Kompressions strømper, - her kan skærmen med fordel stilles, så borgeren kan sidde med siden til, så du kan se når borger anvender butler.
- Bad, opkald til borger efter bad fremfor et besøg
- Ernæring, - guide borger til selv at finde mad, varme mad, huske at få noget at spise.
- Borgere vi ringer til, kan opleve øget serviceniveau, hvis telefonopkald erstattes af skærmbesøg. Besøget tager ikke længere tid end et telefonopkald, og det vil være muligt at øge kvaliteten af observationer.
- Udviklende pakker, - er det muligt at gøre borger hurtigere selvhjulpne hvis enkelte besøg erstattes af skærmbesøg?
- Borgere vi ofte kører forgæves til, - kan det være en ydelse der kan erstattes af et skærmbesøg? Evt. med opkaldsknap?
- Borgere med KOL- kan det være en ide at give disse borgere en skærm med opkaldsknap, for at øge trygheden og minimere angst? Skærm kan med fordel sættes op til at

kunne måle SAT (iltmætning i blodet). Når borger kan se, at iltmætningen i blodet stiger/eller ikke er kritisk lav, vil indlæggelse til tider kunne undgås. Ligesom hjælper kan vurdere, at borger skal tilses af sygeplejerske.

- Terminale borgere kan tilbydes skærm. Både borger og pårørende finder tryghed i dette.
- Ved hurtige udskrivelser op til weekend kan man sætte skærm op og tilbyde flere besøg i afklaringen af behov – eller som service og kvalitet for at undgå genindlæggelse
- Borgere hvor medarbejdere er usikre eller ikke kan lide at komme i hjemmet enten p.g.a trussel, røg, husdyr etc.-kan det afhjælpes ved et virtuelt besøg?

Aflastning

Ernæring

Guidning

Måling

Medicin

Støtte

Struktur

Terminal

Tryghed

Udskrivning

Væske

Vejledning

