

Bilagsrapport til KIH Slutrapport

Indholdsfortegnelse

Bilag 1: Patientvolumen-skema (Projektledelsesværktøj)	3
Bilag 2: KIH Organisationsdiagram og projektorganisering.....	6
Bilag 3: Overordnet arkitektur vedrørende OpenTele og KIH databaseløsning.....	9
Bilag 4: Evalueringsskemaer til registrering af kommunalt tidsforbrug i Diabetes og NetKOL.....	10
Bilag 5: Beskrivelse af instrumenter anvendt i spørgeskemaer til patienter	27
Bilag 6: Eksempel på spørgeskema vedr. patienttilfredshed	35
Bilag 7: Spørgeguides til kvalitative interviews omkring kommunale aspekter af NetKOL og Diabetes.....	49
Bilag 8: Spørgeskema til involveret hospitalspersonale og delprojektlederen	53
Bilag 9: Beregning af det arbejdskraftsbesparende potentiale for KIH ansøgningen	59
Bilag 10: Diabetes projektet. Erfaringer vedr. patientgruppe 3 a og b.	60
Bilag 11: Gravide med komplikationer. Gravides erfaring med hjemmemonitorering i forbindelse med kompliserede graviditetsforløb	63
Bilag 12: Model til beregning af resurseforbrug i NetKOL.....	71

Bilag 1: Patientvolumen-skema (Projektledelsesværktøj)

Patientvolumen KIH-projektet

KIH-projektet er udvalgt som et af de projekter, der skal følges af Porteføljestyregruppen, som er nedsat i regi af Den nationale bestyrelse for sundheds-it. Derudover følger KIH-styregruppen også KIH-projektet og de deltagende delprojekter tæt.

Som monitoreringsværktøj er der enighed om, at nedenstående skema kan opfylde kravene i forhold til at overvåge fremdriften i KIH-projektet i forhold til Porteføljestyregruppen og KIH-styregruppen:

Patientvolumen KIH-projektet	Region Midtjylland								Region Hovedstaden											
	Diabetes				Gravide/Kompl.				NetKOL				Min eGraviditet				eGatro			
Inkluderede patienter																				
Planlagte måltal	183				158				280				299				250			
Reelt inkluderet	166				159				279				300				222			
	Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.		Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.		Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.		Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.		Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.	
Frem til 31. december 2103	35	20	35	0	89	20	89	21	70	70	53	54	149	120	149	87	30	30	28	31
Frem til 31. januar 2104	42	20	35	1	89	28	89	27	90	90	81	81	149	120	149	115	60	60	62	63
Frem til 28. februar 2014	55	35	35	13	89	35	89	34	115	115	114	114	149	120	149	115	85	85	81	92
Frem til 31. marts 2014	55	50	35	45	89	42	89	40	140	140	140	139	149	120	149	130	125	125	103	119
Frem til 30. april 2014	55	65	65	57	89	49	89	46	140	140	140	139	149	120	149	136	125	125	103	119
Frem til 31. maj 2014	55	80	65	75	89	56	89	48	140	140	140	139	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 30. juni 2014	55	100	65	80	89	63	89	52	140	140	140	139	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 31. juli 2014	55	115	65	88	89	54	89	55	140	140	140	139	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 31. august 2014	55	128	65	90	89	60	89	61	140	140	140	139	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 30. september 2014	55	128	65	101	89	66	89	70	140	140	140	139	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 31. oktober 2014	55	128	65	101	89	69	89	70	#	#	#	#	149	150	149	151	125	125	103	119
Frem til 30. november 2014	55	128	65	101	89	69	89	70	#	#	#	#	149	150	149	151	#	#	#	#

Akkumulerede tal indsættes

angiver at den sidste KIH-patient er afsluttet i delprojektet. Dette betyder dog ikke, at man ikke fortsætter med patienterne i drift men at patienterne i et evalueringsøjemed er afsluttet.

I skemaet er de overordnede planlagte måltal for hvert delprojekt indsat. Under hvert delprojekt findes der 2 overordnede kolonner: Forventede Måltal og Inkluderede Patienter. Disse er yderligere opdelt med kolonnerne: K.G. (Kontrolgruppe) og I.G. (Interventionsgruppe). Således bør de forventede måltal – det forud-planlagte antal af patienter, der skal inkluderes – samt antallet af reelt inkluderede patienter anføres i skemaet, både i forhold til kontrolgruppen og interventionsgruppen.

Tallene bør anføres akkumuleret, således at antallet af forventede eller inkluderede patienter lægges oveni forrige oplyste tal (fx hvis der er inkluderet 5 patienter i november og efterfølgende inkluderes 10 i december, vil det samlede akkumulerede tal frem til 31. december være 15).

Skemaet bedes udfyldes på månedlig basis til rapportering i Porteføljestyregruppen og KIH-styregruppen. Måltallet og antallet af faktisk inkluderede patienter oplyses altid akkumuleret frem til sidst i måneden: fx frem til 31. december, frem til 31. januar, frem til 28. februar osv. Tallene for perioderne sendes først i den efterfølgende måned til MedCom (Jan Petersen & Kirsten Ravn Christiansen). Det vil sige, at tallene frem til 31. december indsættes akkumuleret i ovenstående skema, og sendes til MedCom først i januar måned.

Nedenstående skema viser de samlede tal for delprojekterne og udfyldes af Programledelse ved MedCom.

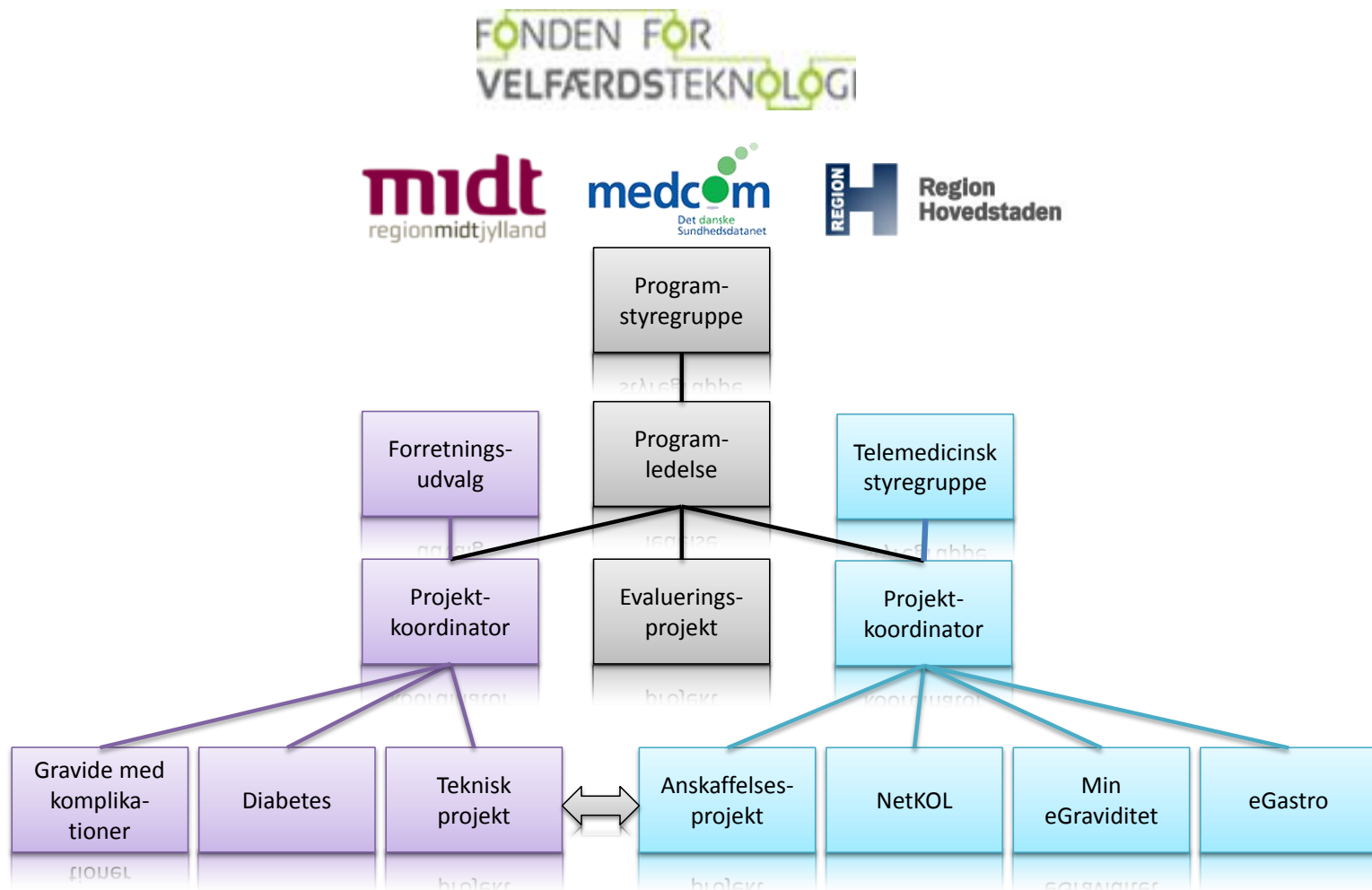
Patientvolumen KIH-projektet				
Inkluderede patienter	Totalt			
Planlagte måltal	1170			
Reelt inkluderet	1126			
	Forventede Måltal K.G. I.G.		Inkluderede Patienter K.G. I.G.	
Frem til 31. december 2103	373	260	354	193
Frem til 31. januar 2104	430	318	416	287
Frem til 28. februar 2014	493	390	468	368
Frem til 31. marts 2014	558	477	516	473
Frem til 30. april 2014	558	499	546	497
Frem til 31. maj 2014	558	551	546	532
Frem til 30. juni 2014	558	578	546	541
Frem til 31. juli 2014	558	584	546	552
Frem til 31. august 2014	558	603	546	560
Frem til 30. september 2014	558	609	546	580
Frem til 31. oktober 2014	558	612	546	580

Frem til 30. november 2014	558	612	546	580
----------------------------	-----	-----	-----	-----

Akkumulerede tal indsættes

Det er vigtigt at understrege, at patientvolumen-skemaet er brugt som et projektledelsesværktøj til monitorering af fremdrift i KIH-projektet. Tallene i patientvolumen-skemaet kan derfor afvige fra tallene i evalueringen, da patienter muligvis er droppet ud efter inklusion fx grundet forværring i sygdommen. Dette kan ikke ses i ovenstående skema. Tallene oplyst i evalueringen er derfor at betragte som endelige, da tallene i patientvolumen-skemaet i højere grad illustrerer fremdriften måned for måned og ikke tager højde for eventuelle frafald.

Bilag 2: KIH Organisationsdiagram og projektorganisering



Projektorganisering og ansvarsfordeling

Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH)

Styregruppe	Claus Thomsen, cheflæge, Aarhus Universitetshospital (formand) Børge Knudsen, Region Midtjylland Ivan Kjær Lauridsen, Aarhus Kommune Jette Kolding Kristensen, Almen praksis Claus Balslev, IMT Region Hovedstaden Lars Hulbæk, MedCom Kurt Pedersen, Herlev Hospital Torben Mogensen, Hvidovre Hospital Susanne Duus, Fonden for Velfærdsteknologi Gitte Duelund Jensen, Kommunal repræsentant Katrine Wilms Andersen, Socialstyrelsen (Observatør) Anne Lee, CAST SDU (Observatør)	claus.thomsen@rm.dk boerge.knudsen@stab.rm.dk ijk@aarhus.dk jkk@alm.au.dk claus.balslev@regionh.dk lhf@medcom.dk kupe@regionh.dk torben.mogensen@hvh.regionh.dk sud@abtfonden.dk GDJ@kl.dk kwan@socialstyrelsen.dk ale@cast.sdu.dk
Programledelse	Jan Petersen, MedCom Kirsten Ravn Christiansen	jap@medcom.dk krc@medcom.dk
Projektkoordinatorer	Torben Lage Frandsen, IMT Region H Britta Ravn, Region M	torben.lage.frandsen@regionh.dk britta.ravn@stab.rm.dk
Delprojektledere		
Evaluering	Anne Lee, CAST SDU Marianne Sandvei, CAST SDU Tina Hosbond, Socialstyrelsen Liv Forsberg, Socialstyrelsen	ale@cast.sdu.dk masa@cast.sdu.dk tho@servicestyrelsen.dk lifo@socialstyrelsen.dk
Teknik	Jan Petersen, MedCom	jap@medcom.dk
Diabetes	Troels Krarup Hansen, AUH	troels.krarup.hansen@ki.au.dk
Min eGraviditet	Karina Fischer Blom, Herlev Hospital	karina.fischer.blom@regionh.dk
NetKOL	Allan Green, Hvidovre Hospital	Allan.green@regionh.dk
eGastro	Pia Munkholm, Herlev Hospital Kristoffer Kofod Vinding, Herlev Hospital	pia.munkholm@regionh.dk kristoffer.kofod.vinding.01@regionh.dk
Gravide m. kompl.	Olav Bjørn Petersen, AUH Skejby Lone Holst, AUH Skejby Katrine Bach, AUH Skejby	olavpete@rm.dk lonehols@rm.dk katrbach@rm.dk
OpenTele Styregruppe	Tina Heide, Region Nordjylland (TCN) (Formand) Britta Ravn, Region M Torben Lage Frandsen, IMT Region H Jan Petersen, MedCom	tah@rn.dk britta.ravn@stab.rm.dk torben.lage.frandsen@regionh.dk jap@medcom.dk
Administrativ support	Jennie Søderberg, MedCom	jsb@medcom.dk

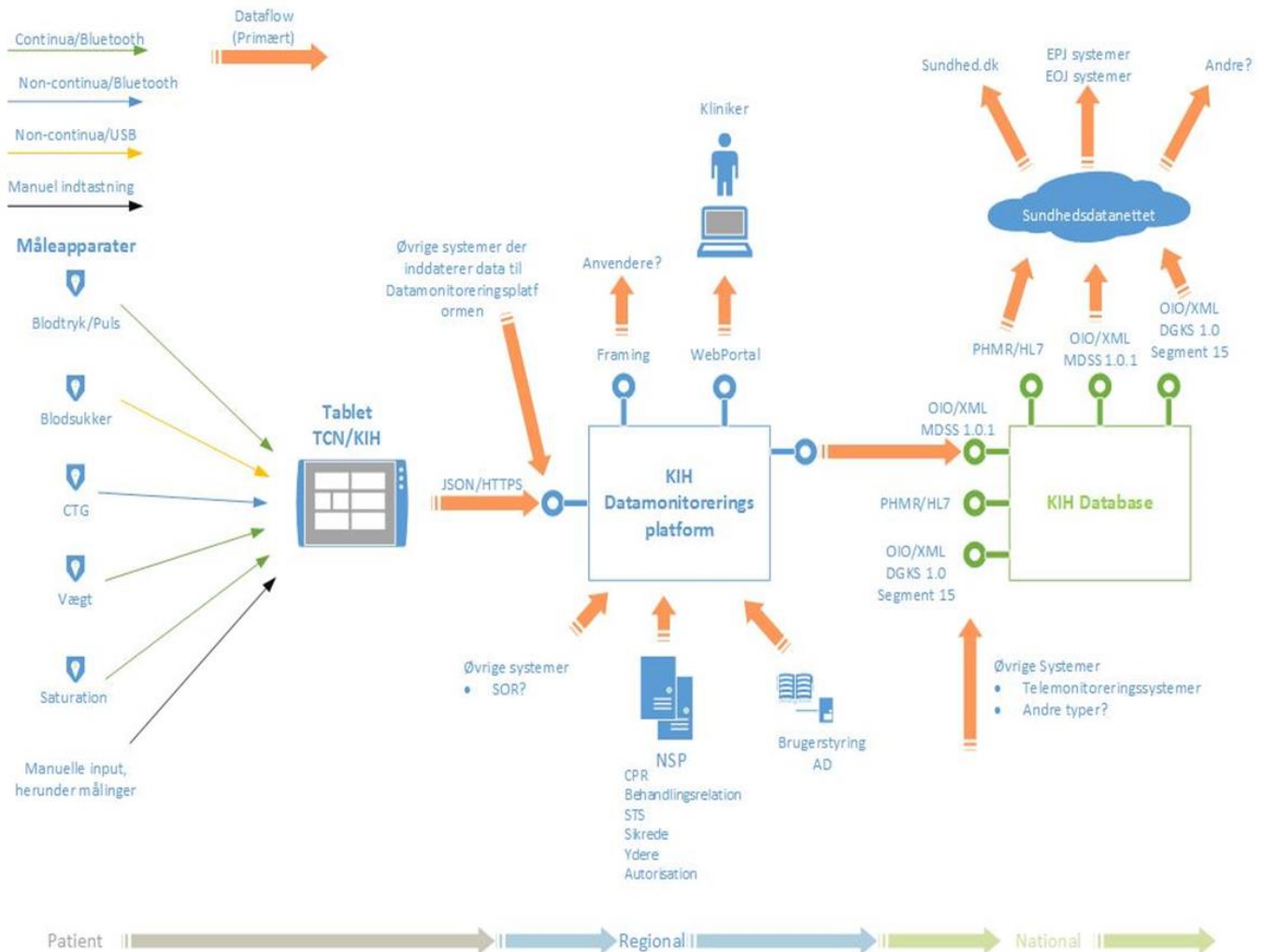
Ansvarsfordeling

Styregruppe	• Projektstyregruppe har entydigt ansvar for økonomien og fremdriften i projektet.
Programledelse	• Programledelsen har ansvaret for rapportering til FfVT og fungerer som sekretariat for styregruppen. • Programledelsen er ansvarlig for den overordnede interne og eksterne kommunikation. • Programledelsen er ansvarlig for den overordnede økonomiopfølgning
Projektkoordinatorer	• Projektkoordinatorerne er ansvarlige for at koordinere og sikrer fremdrift i forhold til de kliniske delprojekter og projektets overordnede mål • Projektkoordinatorerne og programledelsen udgør projektets daglige ledelse • Projektkoordinatorerne er ansvarlige for koordination og fremdrift i forhold til udvikling af opsamlingsplatform (OpenTele)
Delprojektledere	• Delprojektlederne er ansvarlig for at gennemfører delprojekterne
Projektleder teknisk delprojekt	• Projektlederen er ansvarlig for koordination og gennemførelse af den tekniske udvikling og implementering af KIH databasen i samarbejde med projektkoordinatorerne
OpenTele Styregruppe	• Styregruppen har det overordnede ansvar for udviklingen af KIH opsamlingsplatform (OpenTele)

Partnere i de kliniske delprojekter

Klinisk delprojekt	Sygehus	Kommunal deltagelse
NetKOL	Hvidovre Hospital, Lungeafdelingen Herlev Hospital, Lungeafdelingen Amager Hospital, Lungeafdelingen Bispebjerg Hospital, Lungeafdelingen	Ballerup Brøndby Gladsaxe Hvidovre København Rødovre Egedal (Tårnby, Furesø, Dragør har ikke leveret kommunale data til Socialstyrelsen men borgerne i disse kommuner har deltaget i NetKOL-delprojekt)
Diabetes	Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Århus Kommune
eGastro	Gastroenheden, Herlev Hospital	
Min eGraviditet	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital	
Gravide med komplikationer	Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital	

Bilag 3: Overordnet arkitektur vedrørende OpenTele og KIH databaseløsning



Bilag 4: Evalueringsskemaer til registrering af kommunalt tidsforbrug i Diabetes og NetKOL

Til evalueringen af det kommunale ressourceforbrug i Diabetes og NetKOL har kommunerne udfyldt evalueringsskemaer for de borgere i delprojekterne, som modtager kommunale hjemmehjælp- eller sygeplejeydelser samt KOL-sygepleje i NetKOL. Nedenstående skemaer er anvendt til registrering af tid for hver enkelt borger til disse aktiviteter.

Diabetes

Projekt-id: _____ <i>Skal bruges i forbindelse med slutmålingerne, og for at kunne genfinde borgeren undervejs. (skriv borgerens projekt-id i borgerens EOJ, så kommunen selv kan identificere borgeren)</i>		Tilknyttet Amb. ☐	Data indsamlet over tre uger fra: Dato: Til Dato:
Alder _____	Mand ☐ Kvinde ☐	Målgruppe 1 ☐ Målgruppe 2 ☐ Målgruppe 3a ☐ Målgruppe 3b ☐ <i>Afkryds den projekt-målgruppe borgeren er placeret i fra hospitalet.</i>	

1. Tidsforbrug og antal besøg i alt under hele optællingsperioden, personlig pleje (leveret tid)

Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug i de tre uger der tælles i.

Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.

Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer i alt: <i>Optæl hvor mange timer og min. borgeren får i de tre uger:</i>	Antal besøg i alt: <i>Optæl antal besøg borgeren får i de tre uger:</i>	Gennemsnitlig vejtid: <i>Gennemsnitlig vejtid pr. besøg/evt. standard vejtid.</i>
Dagvagt			
Aftenvagt			
Nattevagt			
Akut/ekstra ydelser			

2. Frekvens, personlig pleje

Her angives frekvensen for levering af personlig pleje, altså hvor ofte borgeren får besøg med personlig pleje.

Daglig hjælp ☐	Hjælp x 2 om ugen ☐	Hjælp 1 x om ugen ☐	Hjælp hver 2. uge ☐
Hjælp hver 3. uge ☐			

3. Tidsforbrug og antal besøg i alt under hele optællingsperioden, praktisk hjælp (leveret tid)

Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug i de tre uger der tælles i.

Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.

Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer i alt: <i>Optæl hvor mange timer og min. borgeren får i de tre uger:</i>	Antal besøg i alt: <i>Optæl antal besøg borgeren får i de tre uger:</i>	Gennemsnitlig vejtid: <i>Gennemsnitlig vejtid pr. besøg/evt. standard vejtid.</i>
Akut/ekstra ydelser <i>Her angives det tidsforbrug der har været på akutte ydelser.</i>			

4. Frekvens, praktisk hjælp

Her angives frekvensen for levering af praktisk hjælp, altså hvor ofte borgeren får besøg med praktisk hjælp.

Daglig hjælp ☐	Hjælp x 2 om ugen ☐	Hjælp x 1 om ugen ☐	Hjælp hver 2. uge ☐
Hjælp hver 3. uge ☐	Hver 4. uge ☐		

5. Tidsforbrug og antal besøg i alt under hele optællingsperioden, sygepleje (leveret tid)

Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug i de tre uger der tælles i.

Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.

Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer sygepleje i alt: <i>Optæl hvor mange timer og min. borgeren får i de tre uger:</i>	Antal besøg i alt: <i>Optæl antal besøg borgeren får i de tre uger:</i>	Gennemsnitlig vejtid: <i>Gennemsnitlig vejtid pr. besøg/evt. standard vejtid.</i>

6. Hvilke tele- sygeplejeydelser modtog borgeren i optællingsperioden (leveret tid)

Nedenfor angives ydelser, der er blevet givet specifikt i forbindelse med brug af teleløsningen under optællingsperioden.

Ydelsesnavn	Planlagt tid for ydelsen hos borgeren	Hvor ofte leveres den til borgeren	Dag	Aften	Nat	faggruppe

7. Hvilke øvrige sygeplejeydelser modtager borgeren (leveret tid)

Ydelsesnavn	Planlagt tid for ydelsen hos borgeren	Hvor ofte leveres den til borgeren	Dag	Aften	Nat	faggruppe
8. Tidsforbrug, koordinerende aktiviteter (leveret tid)						
Aktivitetens navn	Tidsforbrug	Hvor ofte	Dag	Aften	Nat	Faggruppe
9. Tidsforbrug, dokumentation (leveret tid)						
Hvor dokumenteres	Tidsforbrug	Hvor ofte	Dag	Aften	Nat	Faggruppe
Borgers EOJ						
"Samarbejdsbog" i borgers hjem						
Andre it - systemer						
Andre former for skriftlige notater eller overdragelsesnotater på kontoret (på papir)						
10. Har borgeren modtaget teknisk hjælp til brug af det telemedicinske udstyr?						

Nedenfor angives oplysninger om teknisk hjælp til borgeren i forbindelse med brug af hjemmemonitoreringsudstyret.		
Teknisk hjælp og support til borger: <i>Angiv hvilken type teknisk hjælp borgeren har modtaget:</i>	Leveret tid til teknisk hjælp for hele optællingsperioden: <i>Angives i timer og minutter</i>	Antal gange, der er ydet teknisk hjælp i hele optællingsperioden:

NetKOL

PERSONLIG PLEJE			
1. Tidsforbrug og antal besøg i alt under hele optællingsperioden, personlig pleje (leveret tid)			
<i>Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug i de tre uger der tælles i.</i> Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.			
Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer personlig pleje i alt for hele optællingsperioden. Angives i Timer og minutter. <i>Optæl hvor mange timer og min. borgeren får i de tre uger:</i>	Antal besøg i alt for hele optællingsperioden <i>Optæl antal besøg borgeren får i de tre uger:</i>	Gennemsnitlig transporttid <i>Angiv den gennemsnitlige transporttid for et besøg (kan være en standardtid)</i>
Dagvagt			
Aftenvagt			
Nattevagt			
Akut/ekstra ydelser			
2. Frekvens/hyppighed, personlig pleje			

Angiv ved afkrydsning hvor tit borgeren får leveret personlig pleje.			
Daglig hjælp ☐	Hjælp x 2 om ugen ☐	Hjælp 1 x om ugen ☐	Hjælp hver 2. uge ☐
Hjælp hver 3. uge ☐			
PRAKTISK HJÆLP 3. Tidsforbrug og antal besøg i alt under hele optællingsperioden, praktisk hjælp (leveret tid) <i>Dette er en angivelse af det samlede ugentlige tidsforbrug i de tre uger der tælles i.</i> Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.			
Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer og minutter alt under hele optællingsperioden: Optæl hvor mange timer og min. borgeren får i de tre uger:	Antal besøg i alt under hele optællingsperioden: Optæl antal besøg borgeren får i de tre uger:	Gennemsnitlig vejtid: Angiv den gennemsnitlige transporttid for et besøg (kan være en standardtid)
Akut/ekstra ydelser			
4. Frekvens/ hyppighed, praktisk hjælp <i>Angiv ved afkrydsning hvor tit borgeren får leveret personlig pleje.</i>			
Daglig hjælp ☐	Hjælp x 2 om ugen ☐	Hjælp x 1 om ugen ☐	Hjælp hver 2. uge ☐

Hjælp hver 3. uge ☐	Hver 4. uge ☐		
SYGEPLEJE (OBS KOL-ydelser registreres på særskilt blanket)			
5. Tidsforbrug og antal besøg om ugen, sygepleje (leveret tid)			
<i>Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug i de tre uger der tælles i.</i>			
Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.			
Optælles fra EOJ eller tilsvarende:	Antal timer sygepleje i alt under hele optællingsperioden. Angives i timer og minutter. Optæl hvor mange timer sygepleje borgeren får i de tre uger:	Antal besøg i alt under hele optællingsperioden. Optæl antal sygepleje-besøg borgeren får i de tre uger:	Gennemsnitlig transporttid Angiv den gennemsnitlige transporttid for et besøg (kan være en standardtid) Hvis borgeren får ydelsen på klinik er transporttiden 0:

6. Hvilke sygeplejeydelser modtog borgeren i optællingsperioden (leveret tid)?

Hvis borgeren har modtaget en ydelse både dag og aften, udfyldes to linjer med samme ydelse, men med kryds i henholdsvis Dagvagt og Aftenvagt, osv.

Ydelsesnavn	leveret tid for ydelsen hos borgeren	Hvor mange gange blev ydelsen leveret til borgeren i optællingsperioden	Dag Vagt	Aften Vagt	Natte Vagt	Faggruppe
<i>Hvis borgeren har fået ydelsen eks. både dagvagt og aftenvagt, udfyldes en linje for hver af vagterne.</i>	Angives i Timer og minutter. <i>Hvor lang tid tog ydelsen:</i>		Marker med kryds	Marker med kryds	Marker med kryds	<i>Angiv om det er sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper</i>

7. Hvad var tidsforbruget på koordinerende aktiviteter/ydelser generelt og ift. TeleKOL under optællingsperioden (leveret tid)?

Eks. kontakt til ambulatorium borgers læge, vagtlæge, apotek el. lign.

Hvis borgeren har modtaget en ydelse både dag og aften, udfyldes to linjer med samme ydelse, men med kryds i henholdsvis Dagvagt og Aftenvagt, osv.

Aktivitetens navn	Tidsforbrug	Hvor mange gange blev ydelsen leveret til borgeren i perioden	Dag Vagt	Aften Vagt	Natte Vagt	Faggruppe
<i>Hvis aktiviteten/ydelsen er leveret eks. både i dagvagt og aftenvagt, udfyldes en linje for hver af vagterne.</i>	Angives i timer og minutter. <i>Hvor lang tid tog ydelsen:</i>		Marker med kryds	Marker med kryds	Marker med kryds	<i>Angiv om det er sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper</i>

8. Hvad var tidsforbrug på dokumentation i relation til KOL, i optællingsperioden (leveret tid)?						
Nedenstående tabel indeholder sandsynligvis flere muligheder for steder at dokumentere end der bliver anvendt i praksis. Dette er gjort for at sikre at al dokumentationstid bliver beskrevet. Eks. er "Kardex" sikkert ikke i brug mere, men kan også forstås som en evt. alternativ "papirregistrering" på kontoret. "Samarbejdsbog" dækker over alle former for formel dokumentation i borgerens hjem, som også bruges til kommunikation.						
Hvor og hvornår dokumenteres	Tidsforbrug Angives i timer: minutter. <i>Hvor lang tid blev der brugt på at dokumentere i perioden</i>	Hvor mange gange blev der dokumenteret i optællingsperioden				Faggruppe <i>Angiv om det var sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper der dokumenterede</i>
I borgers EOJ Dagvagt						
I borgers EOJ Aftenvagt						
I borgers EOJ Nattevagt						
I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Dagvagt						
I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Aftenvagt						

I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Nattevagt				
I andre it - systemer Dagvagt				
I andre it - systemer Aftenvagt				
I andre it - systemer Nattevagt				
I "Kardex" Dagvagt				
I "Kardex" Aftenvagt				
I "Kardex" Nattevagt				
9. Har borgeren modtaget teknisk hjælp til brug af TeleKOL udstyret? Nedenfor angives oplysninger om teknisk hjælp til borgeren i forbindelse med brug af hjemmemonitoreringsudstyret.				
Teknisk hjælp og support til borger: <i>Angiv hvilken type teknisk hjælp borgeren har modtaget:</i>	Leveret tid til teknisk hjælp for hele optællingsperioden: <i>Angives i timer og minutter</i>	Antal gange, der er ydet teknisk hjælp i hele optællingsperioden:		

KOL-sygepleje

OBS – dataindsamlingskemaet udfyldes af KOL-sygeplejerske/diætist eller hjemmesygeplejerske, med data der relaterer sig til borgerens KOL. Øvrig sygepleje/hjemmpleje udfyldes på særskilt skema.

KOL

Borgers projekt-id: _____

Der må ikke stå cpr-nr i dataindsamlingskemaet, så du skal give borgeren det projekt-id som kommer fra hospitalet og notere det i borgerens EOJ eller lign. På den måde kan vi følge borgeren og du kan genfinde borgeren.

(Hvis borgeren har to dataindsamlingskemaer skal projekt-id være det samme)

3 ugers periode

Data opsamles over en tre ugers periode – uge 21-23 – hvor projektborgerne har anvendt hjemmemonitoreringen.

Alder _____

Mand ☐ Kvinde ☐

Kommune:

Data opsamles over samme tre uger for alle projektborgere.

1. Tidsforbrug og antal besøg om ugen, KOL-sygepleje (leveret tid)

Dette er en angivelse af det samlede tidsforbrug for optællingsperioden på i alt tre uger.

Angivelserne af tidsforbruget skal bruges til at beregne, hvorvidt der er forskel på tidsforbruget før og i den periode, hvor borgeren har haft hjemmemonitorering.

Optælles fra EOJ eller tilsvarende:

Antal timer sygepleje i alt for hele optællingsperioden.
Angives i
Timer og minutter.
Optæl hvor mange timer sygepleje borgeren i alt

Antal besøg i alt for hele optællingsperioden

Optæl antal sygepleje-besøg borgeren i alt har fået i de tre uger.

Gennemsnitlig transporttid

Angiv den gennemsnitlige transporttid for et besøg (kan være en standardtid)

Hvis borgeren får ydelsen på klinik er transporttiden

	<i>har fået i de tre uger</i>		0:

2. Hvilke KOL- sygeplejeydelser modtog borgeren i optællingsperioden (leveret tid)?

OBS: Hvis borgeren har modtaget ydelser relateret til projektet, så angives de med ydelsesnavn Tele-KOL og en kort beskrivelse af ydelsen

Hvis borgeren har modtaget en ydelse både dag og aften, udfyldes to linjer med samme ydelse, men med kryds i henholdsvis Dagvagt og Aftenvagt, osv.

Ydelsesnavn <i>Hvis borgeren har fået ydelsen eks. både dagvagt og aftenvagt, udfyldes en linje for hver af vagterne.</i>	Leveret tid for ydelsen hos borgeren Angives i timer og minutter. <i>Hvor lang tid tager ydelsen:</i>	Hvor mange gange blev ydelsen leveret til borgeren i perioden	Dag Vagt <i>Marker med kryds</i>	Aften Vagt <i>Marker med kryds</i>	Natte Vagt <i>Marker med kryds</i>	Faggruppe <i>Angiv om det er sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper, eller anden faggruppe</i>

3. Hvad var tidsforbruget på koordinerende aktiviteter/ydelser i relation til KOL generelt og TeleKOL i optællingsperioden (leveret tid)?

Eks. kontakt til ambulatorium borgers læge, vagtlæge, apotek el. lign.

Hvis borgeren har modtaget en ydelse både dag og aften, udfyldes to linjer med samme ydelse, men med kryds i henholdsvis Dagvagt og Aftenvagt, osv.

Aktivitetens navn <i>Hvis aktiviteten/ydelsen er leveret eks. både i dagvagt og aftenvagt, udfyldes en linje for hver af vagterne.</i>	Tidsforbrug Angives i Timer og minutter. <i>Hvor lang tid tog ydelsen:</i>	Hvor mange gange blev ydelsen leveret til borgeren i perioden	Dag Vagt <i>Marker med kryds</i>	Aften Vagt <i>Marker med kryds</i>	Natte Vagt <i>Marker med kryds</i>	Faggruppe <i>Angiv om det er sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper</i>

4. Hvad var tidsforbrug på dokumentation i relation til KOL, i optællingsperioden (leveret tid)?

Nedenstående tabel indeholder sandsynligvis flere muligheder for steder at dokumentere end der bliver anvendt i praksis. Dette er gjort for at sikre at al dokumentationstid bliver beskrevet. Eks. er "Kardex" sikkert ikke i brug mere, men kan også forstås som en evt. alternativ "papirregistrering" på kontoret. "Samarbejdsbog" dækker over alle former for formel dokumentation i borgerens hjem, som også bruges til kommunikation.

Hvor og hvornår dokumenteres	Tidsforbrug Angives i timer: minutter. <i>Hvor lang tid blev</i>	Hvor mange gange blev der dokumenteret i optællingsperioden		Faggruppe <i>Angiv om det var sygeplejerske, assistent eller SoSu-hjælper der</i>

	<i>der brugt på at dokumentere i perioden</i>			<i>dokumenterede</i>
I borgers EOJ Dagvagt				
I borgers EOJ Aftenvagt				
I borgers EOJ Nattevagt				
I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Dagvagt				
I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Aftenvagt				
I "Samarbejdsbog" i borgers hjem Nattevagt				
I andre it - systemer Dagvagt				
I andre it - systemer Aftenvagt				
I andre it - systemer Nattevagt				
I "Kardex" Dagvagt				
I "Kardex" Aftenvagt				

I "Kardex" Nattevagt					
-------------------------	--	--	--	--	--

5. Tidsforbrug på kommunale forløb i relation til KOL, efter henvisning fra læge(Ref01)?

Nedenstående tabel skal udfyldes med de konkrete forløb borgeren er visiteret til, som eks. fysisk træning, rygestopkursus, ernæring eller lign.

Sammentæl hvor mange timer der ligger i det fulde forløb, og angiv det i "Samlet tidsforbrug i hele forløbet" Her er det ikke blot i den tre ugers optællingsperiode.

Forløbets navn(eks. "Fysisk Træning")	Samlet tidsforbrug for hele forløbet <i>Det antal timer der er indeholdt i det fulde forløb</i>	Hvor leveres forløbet <i>I hjemmet eller på center</i>	Individuel eller på hold	Holdstørrelse og antal terapeuter <i>Angiv antal borgere/antal terapeuter</i>	Kørsel <i>Marker hvis ja</i>

6. Har borgeren modtaget teknisk hjælp til brug af TeleKOL udstyret?

Nedenfor angives oplysninger om teknisk hjælp til borgeren i forbindelse med brug af hjemmemonitoreringsudstyret.

Teknisk hjælp og support til borger: <i>Angiv hvilken type teknisk hjælp borgeren har modtaget:</i>	Leveret tid til teknisk hjælp for hele optællingsperioden: <i>Angives i timer og minutter</i>	Antal gange, der er ydet teknisk hjælp i hele optællingsperioden:

Bilag 5: Beskrivelse af instrumenter anvendt i spørgeskemaer til patienter

Patinternes vurdering af det telemedicinske tiltag er baseret på en spørgeskemaundersøgelse. De anvendte spørgeskemaer indeholder såvel tværgående spørgsmål, som spørgsmål tilpasset det enkelte delprojekt.

Nedenfor præsenteres de anvendte spørgerammer samt de selvkonstruerede spørgsmål. Ordlyden af det enkelte spørgsmål er ved behov tilrettet den kontekst der er for det enkelte delprojekt (fx om det er et ambulant besøg eller en telemedicinsk aktivitet der spørges til og om det er en kronisk patient eller en gravid der spørges). De enkelte spørgeskemaer kan revireres ved henvendelse til CAST.

Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP)

Med henblik på, at undersøge patienttilfredsheden er der anvendt udvalgte spørgsmål fra den Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) til ambulante patienter, version 2011 og ift. gravide LUP fødende, version 2012. Ordlyden af det enkelte spørgsmål er tilpasset det enkelte delprojekt og den kontekst der spørges til.

De udvalgte LUP spørgsmål	Svarmuligheder
Hvad er dit samlede indtryk af dine besøg?	Virkelig godt/godt/dårligt/virkelig dårligt
Er du generelt tryk eller utryk ved behandlingen efter dine besøg?	Meget tryk/tryk/utryk/meget utryk
I hvilket omfang bliver dine synspunkter inddraget?	For meget/passende/for lidt
I hvilket omfang inddrages dine pårørende?	For meget/passende/for lidt/ikke aktuelt for mig
Hvordan vurderer du, at dit samlede forløb er tilrettelagt?	Virkelig godt/godt/dårligt/virkelig dårligt/det kan jeg ikke vurdere
Hvordan oplever du, at samarbejdet mellem hospital og (andre) fungerer?	Virkelig godt/godt/dårligt/virkelig dårligt/det kan jeg ikke vurdere

Fra LUP-fødende er følgende spørgsmål anvendt (Med svarmulighederne: Virkelig godt/godt/dårligt/virkelig dårligt):

Hvordan vurderer du, at du under graviditeten blev:

- Forberedt på fødslen (fødselsforløbet, smertelindring mv.)?
- Forberedt på amning/anden ernæring?
- Forberedt på praktiske forhold på fødeafdelingen i forbindelse med fødsel og barsel?
- Forberedt på den første tid med barnet (søvn, trivsel mv.)?
- Forberedt på den første tid efter fødslen (ændringer i parforholdet, forælderroller, mv.)
- Forberedt på efterfødselsreaktion hos dig og/eller din partner?

SUTAQ- Service User Technology Acceptability Questionnaire

Instrumentet er udviklet under ledelse af professor Stanton Newman ved University College i London, baseret på litteratur studie og efterfølgende kvalitativt testet. Instrumentet indeholder 22 spørgsmål vedrørende tilfredshed med og accept af telemedicin og med besvarelser på en 6 punkt Likert skala (meget enig, nogenlunde enig, lidt enig, lidt uenig, nogenlunde uenig og meget uenig).

Instrumentet er anvendt i forbindelse med et stort engelsk studie, The NSH Whole System Demonstrator Programme (Stevenson et al. og Rixon et al.). En beskrivelse af udvikling og anvendelse af instrumentet forventes beskrevet i en kommende artikel af WSD studiet (Hirani et al.). Instrumentet anvendes også i det europæiske studie, RENEWING HeALTH (Kidholm et al.) og er i den forbindelse oversat til dansk. Derudover er det anvendt i en lille dansk undersøgelse af et tiltag vedr. hjemmemonitorering (Sandvei et al.).

De 22 spørgsmål i SUTAQ instrumentet	
1	Jeg har sparet tid, fordi udstyret har gjort, at jeg ikke behøvede at besøge min praktiserende læge eller andre behandlere (i sundhedsvæsenet og/eller kommunale tilbud)
2	Det udstyr, som jeg har modtaget, har grebet forstyrrende ind i mine daglige gøremål
3	Det udstyr, som jeg har modtaget, har forbedret min adgang til behandling (ved personale ansat i sundhedsvæsenet og/eller i kommunale tilbud)
4	Det udstyr, som jeg har modtaget, har hjulpet mig til at forbedre mit helbred
5	Det udstyr, som jeg har modtaget, har forstyrret privatlivets fred
6	Jeg har fået en tilstrækkelig vejledning i at bruge udstyret
7	Jeg stoler på at udstyret virker, som det skal
8	Udstyret har fået mig til at føle mig dårligt tilpas, f.eks. fysisk eller psykisk
9	Jeg er bekymret over, om ekspertisen er tilstrækkelig hos de personer, som overvåger mit helbred via udstyret
10	Udstyret har gjort, at jeg er mindre bekymret for min behandling (i sundhedsvæsenet og/eller i kommunale tilbud)
11	Udstyret har gjort mig mere engageret i mit helbred
12	Jeg er bekymret for fortroligheden af de private oplysninger, der sendes via udstyret
13	Udstyret gør det muligt for dem, som holder øje med mig, at overvåge mig og min sygdom bedre
14	Jeg er tilfreds med det udstyr, jeg har modtaget
15	Udstyret kan/bør anbefales til andre personer med en sygdom svarende til min
16	Udstyret kan være en erstatning for min sædvanlige behandling (i sundhedsvæsenet eller i kommunale tilbud)
17	Udstyret kan helt sikkert være et godt supplement til min sædvanlige behandling (i sundhedsvæsenet eller i kommunale tilbud)
18	Konsultationer via udstyret er ikke så velegnede som almindelige konsultationer i ambulatoriet*
19	Udstyret har gjort det lettere for mig at komme i kontakt med behandlere
20	Udstyret er forstyrrende i forhold til sammenhængen i min behandling (fx at jeg ikke ser det samme personale hver gang)
21	Jeg er bekymret for, at den person, som holder øje med mit helbred via udstyret, ikke kender min personlige sygehistorie
22	Udstyret gør det muligt for mig at være mindre bekymret for min sundhedstilstand

Analysen er udført som beskrevet i Guidelines for RENEWING HeALTH studiet (Kidholm et al.). I analysen tildeles svarkategorierne et nummer: meget enig=6, nogenlunde enig=5, lidt enig=4, lidt uenig=3, nogenlunde uenig=2 og meget uenig=1. Bortset fra spørgsmål 18*, hvor skalaen vendes således at meget enig=1. Efterfølgende analyseres de 22 spørgsmål i forhold til seks subskalaer, hvor der beregnes et gennemsnit, der efterfølgende trækkes fra 7. Resultatet tolkes således, at en højere værdi er udtryk for stor enighed med subskalaen. Således betyder en høj enighed i forhold til subskalaerne 1,2, 5 og 6 at patienterne i høj grad er enige med det positive udsagn som f.eks. forbedret omsorg i subskala 1. Derimod betyder en høj grad af enighed med subskalaerne 3 og 4 at patienterne har negative erfaringer med teknologien som f.eks. i subskala 3 med udsagn om forstyrret privatliv og usikkerhed i forhold til fortrolighed.

	Subskala	Spørgsmål
1	Forbedret omsorg	10, 11, 13, 15, 17
2	Øget adgang	1, 3, 4, 19
3	Privatliv og ubehag	2, 5, 8, 12
4	Overvejelser ift. personale	9, 20, 21
5	Teknologi som erstatning	16, 18, 22
6	Tilfredshed med det telemedicinske udstyr	6, 7, 14

HeiQ – Health Education Impact Questionnaire

Instrumentet er udviklet ved University of Melbourne, Australien, under ledelse af Richard Osborne. CAST har i forbindelse med KIH studiet købt licens til instrumentet.

Instrumentet er udviklet med henblik på evaluering af patientuddannelser og interventioner vedr. egenomsorg (self-management) i forhold til patienter med kroniske sygdomme. Instrumentet indeholder 40 spørgsmål vedrørende mestring, selvmonitorering, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet og med besvarelser på en 4 punkt Likert skala (helt uenig, uenig, enig og helt enig). I forbindelse med evalueringen af KIH-projektet er skalaen anvendt omvendt, således at første svarkategori er 'helt enig'. Dette med henblik på en ensartning mellem de anvendte instrumenter. Skalaen er efterfølgende vendt ved analysen.

Baggrund, udvikling, anvendelse og analyse er beskrevet på hjemmesiden: www.crd.unimelb.edu.au/heiq og i en artikel Richard Osborne (Osborne). Instrumentet er anvendt i forhold til forskellige sygdomme og valideret i en række studier (Osborne, Schuler) vedrørende patientuddannelse og rehabilitering og med deltagelse af patienter med forskellige lidelser. Studierne har vist god validitet og evne til at detektere stabile forandringer over tid. Version 2 af skemaet er i forbindelse af en dansk undersøgelse af læring oversat til dansk (Vinther-Jensen et al.).

I forhold til telemedicinske interventioner er instrumentet er anvendt i The NSH Whole System Demonstrator Programme (Rixon et al.) og i et lille norsk studie af en mobil applikation til diabetikere (Chomutare et al.), derudover indgår instrumentet i studieprotokollen for et engelsk telemedicinsk studie (Thomas et al.) og i det norske delstudie af det store europæiske studie RENEWING HeALTH (Eysenbach).

De 40 spørgsmål i heiQ instrumentet	
1	De fleste af ugens dage gør jeg mindst én ting for at forbedre mit helbred (eksempelvis gå ture, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter)
2	De fleste dage gør jeg noget, som jeg virkelig godt kan lide
3	Ud over lægebesøg, tjekker jeg selv regelmæssigt, om der er ændringer i min helbredstilstand
4	Jeg bekymrer mig ofte om mit helbred
5	Jeg forsøger at få det bedste ud af mit liv
6	Jeg ved hvad der udløser mine helbredsproblemer og gør dem værre
7	Mine helbredsproblemer gør mig meget utilfreds med mit liv
8	Jeg foretager mig interessante ting i mit liv
9	Jeg laver mindst én slags fysisk aktivitet i mindst 30 minutter hver dag (eksempelvis gå en tur, havearbejde, husarbejde, cykle, svømme)
10	Jeg planlægger inden for de nærmeste dage, at gøre noget for mig selv, som jeg godt kan lide
11	Jeg har et rigtigt godt kendskab til, hvornår og hvorfor jeg bør tage min medicin
12	Jeg føler ofte vrede, når jeg tænker på mit helbred
13	De fleste af ugens dage afsætter jeg tid til at gøre noget for min sundhed (eksempelvis går en tur, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter)
14	Jeg har en følelse af håbløshed på grund af mine helbredsproblemer
15	Jeg synes selv, jeg er aktivt involveret i livet
16	Når jeg har helbredsproblemer, har jeg et rigtigt godt kendskab til, hvad jeg skal gøre for at få dem under kontrol
17	Jeg holder nøje øje med mit helbred, og gør hvad der skal til for at min sundhedstilstand forbliver så god som mulig
18	Jeg bliver forurologet, når jeg tænker på mit helbred
19	For at få motion går jeg en tur på mindst 15 minutter de fleste af ugens dage

20	Jeg har realistiske forventninger til, hvad jeg kan og ikke kan, mit helbred taget i betragtning
21	Hvis jeg tænker på mit helbred, bliver jeg deprimeret
22	Hvis jeg har brug for hjælp, er der flere jeg kan regne med
23	Jeg ved hvad jeg skal gøre for at undgå, at mine helbredsproblemer begrænser hvad jeg kan gøre i mit liv (eksempelvis ubehag, smerter og stress).
24	Jeg har et meget positivt forhold til det sundhedspersonale, jeg har kontakt til
25	Jeg har en ret god fornemmelse for, hvordan jeg tackler mine helbredsproblemer
26	Når jeg har helbredsproblemer, så er jeg i stand til at håndtere dem
27	Jeg prøver på ikke at lade mine helbredsproblemer forhindre mig i at nyde livet
28	Jeg har venner, som kan hjælpe mig med at håndtere mine helbredsproblemer
29	Jeg er meget tryk ved at tale med min læge om mine behandlingsbehov
30	Jeg har et godt kendskab, til hvilke hjælpemidler der kan gøre mit liv lettere
31	Når jeg føler mig syg, forstår min familie og andre omkring mig virkelig, hvad jeg går igennem
32	Jeg er tryk ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe mig
33	Jeg får dækket mine behov gennem eksisterende sundhedstilbud (eksempelvis fra læger, hospitaler og kommuner)
34	Mine helbredsproblemer ødelægger ikke mit liv
35	I det store og hele føler jeg, at mine venner og familie tager sig godt af mig
36	Jeg synes selv, jeg har et rigtigt godt liv, også når jeg har helbredsproblemer
37	Jeg har muligheder nok, hvor jeg kan tale om mine helbredsproblemer med folk, som forstår
38	Jeg indgår i et samarbejde med min læge og andet sundhedspersonale
39	Jeg lader mig ikke styre af mine helbredsproblemer
40	Hvis andre kan håndtere problemer som mine, så kan jeg også

I analysen tildeles svarkategorierne et nummer (helt uenig=1, uenig=2, enig=3 og helt enig=4) hvorefter de adderes. Hvert domæne (subskala) analyseres for sig. En høj score tolkes som positivt, bortset fra subskala 3 vedr. følelsesmæssigt velbefindende, hvor en høj score er et udtryk for; høj grad af negative følelser og holdninger til livet og høj grad af angst, stress, vrede og depression.

	Subskala	Spørgsmål
1	Sundhedsrelateret adfærd	1, 9, 13, 19
2	Positivt og aktivt engagement i livet	2, 5, 8, 10, 15
3	Følelsesmæssigt velbefindende	4, 7, 12, 14, 18, 21
4	Selvmonitorering og indsigt	3, 6, 11, 16, 17, 20
5	Konstruktive holdninger og tilgange	27, 34, 36, 39, 40
6	Færdigheder og hjælpemidler	23, 25, 26, 30
7	Social integration og støtte	22, 28, 31, 35, 37
8	Navigering i sundhedsvæsenet	24, 29, 32, 33, 38

HCCQ - Health Care Climate Questionnaire

Spørgsmål vedrørende patientens oplevelse af samarbejdet med personalet er en del af instrumentet HCCQ (Health Care Climate Questionnaire). HCCQ er valideret ift. diabetes (Williams, Freedman) og måler en persons oplevede understøttelse af autonom motivation på baggrund af 15 spørgsmål der besvares på en 7 punkt Likkert skala.

I evalueringen af KIH anvendes de 5 spørgsmål fra instrumentet, som tidligere er oversat og anvendt til patienter med diabetes i en dansk ph.d. afhandling (Zoffmann).

De fem udsagn er følgende:

1. Jeg føler at sundhedspersonalet præsenterer mig for valg og muligheder med hensyn til at håndtere min graviditet og min diabetes
2. Jeg føler mig forstået af sundhedspersonalet med hensyn til min diabetes og min graviditet
3. Sundhedspersonalet udtrykker tillid til at jeg kan foretage de ændringer der er nødvendige for at styre min graviditet og min diabetes
4. Sundhedspersonalet opmuntrer mig til at stille spørgsmål om min graviditet og min diabetes
5. Sundhedspersonalet prøver at forstå hvordan jeg ser på min graviditet og min diabetes inden de foreslår en ny måde at gøre tingene på

De besvares på en syv punkts Likert skala (Meget uenig - Noget uenig - Lidt uenig - Neutral - Lidt enig - Noget enig - Meget enig). Også her er det valgt at vende svarkategorierne, så meget enig står først.

I analysen udregnes en individuel gennemsnits score på tværs af de 5 items. Høje gennemsnits scores er udtryk for høj grad af oplevet autonomi.

HCCQ er udviklet på baggrund af self-determination theory hvor der skelnes mellem autonom motivation og kontrolleret motivation, hvor det første henviser til egen vilje og initiativ til at følge en behandling og det sidste til et pres udefra, hvor en person følger en behandling fordi andre forventer det (Williams, Deci). Studier indenfor diabetes og livsstilsproblematikker (overvægt, alkohol, rygning) har vist en sammenhæng mellem autonom motivation og gode behandlingsresultater. Andre studier har vist at understøttelse af autonom motivation medvirker til forbedret oplevet egen kompetence (Williams, Freedman). I et studie af rygeophør og i et studie af diabetes anvendes en forkortet udgave på 5 spørgsmål. Begge studier viser god korrelation mellem den oprindelige og den forkortede skala (Chronbach alfa på 0.95) (Williams, Freedman).

PCD- Perceived Competence with Diabetes

PCD er udviklet på baggrund af self-determination theory (Zoffmann). Instrumentet er anvendt i et studie af diabetes, her er det benævnt PCDS og indeholder 3 items (Williams, Deci). Instrumentet er med fem udsagn oversat til dansk og anvendt til patienter med diabetes i en dansk ph.d af Vibeke Zoffmann.

De fem udsagn er følgende:

1. Jeg føler mig tryk ved min evne til at klare diabetes under graviditeten
2. Jeg føler mig i stand til at håndtere min diabetes under graviditeten
3. Jeg føler mig i stand til at varetage den rutinemæssige pasning af min diabetes under graviditeten
4. Jeg føler mig tryk ved at diskutere min diabetes og min graviditet med sundhedspersonalet
5. Jeg er i stand til at møde den udfordring det er at styre min diabetes under graviditeten

De besvares på en syv punkts Likert skala (Meget uenig - Noget uenig - Lidt uenig - Neutral - Lidt enig - Noget enig - Meget enig). Også her er det valgt at vende svarkategorierne, så meget enig står først.

Analysen foregår ved at beregne et gennemsnit på tværs af de fem udsagn, svarende til analysen ved HCCQ.

På internettet er der lidt omtale af instrumentet PCS: Her indeholder instrumentet 4 spørgsmål (svarende til 4 af de 5 der anvendes i den danske ph.d.). Der er flere udgaver af spørgsmålene tilpasset forskellige interventioner.

DES - Diabetes attitude questionnaire

Instrumentet består af 28 items. Her er der anvendt et enkelt spørgsmål, oversat og anvendt af Vibeke Zoffmann i hendes afhandling (Zoffmann):

Spørgsmålet lyder:

I det følgende spørgsmål vil vi bede dig om at vurdere din viden om din graviditet og din diabetes.

Spørgsmålet besvares ved at afkrydse ét tal på en visuel analog skala hvor 0 svarer til et dårlig forståelse en god forståelse (*Dårlig=0, Virkelig god=6*).

Problem areas in Diabetes Questionnaire (PAID)

Er et instrument udviklet i USA og bl.a. anvendt af Vibeke Zoffmann. Vi anvender en dansk udgave af instrumentet PAID1-DK(2) der anvendes i klinisk praksis. Instrumentet indeholder 20 spørgsmål der besvares på en 5 punkt Likert skala.

De 20 spørgsmål i PAID1-DK(2)
At du ikke har klare og konkrete mål for pasningen af din diabetes?
At du føler dig opgivende over planen for din diabetesbehandling?
At du føler dig skræmt ved tanken om at leve med diabetes?
Ubehagelige situationer i forbindelse med din diabetes (f.eks. at folk fortæller dig hvad du bør spise)?
At du føler afsavn med hensyn til mad og måltider?
At du føler dig nedtrykt ved tanken om at leve med din diabetes?
At du ikke ved, om udsving i humør eller følelser hænger sammen med din diabetes?
At du føler at din diabetes tager magten fra dig?
At du er bekymret for reaktioner på for lavt blodsukker?
At du føler vrede ved tanken om at leve med diabetes?
At du konstant er optaget af mad og overholdelse af måltider?
At du er bekymret for fremtiden og risikoen for alvorlige komplikationer?
At du føler skyld eller ængstelse, hvis du ikke har overholdt principperne for din diabetesbehandling?
At du ikke "accepterer" din diabetes?
At du føler dig utilfreds med behandlerne, der har med din diabetes at gøre?
At du føler at din diabetes tager for meget af din energi mentalt og fysisk i hverdagen?
At du føler dig alene med din diabetes?
At du føler, at dine venner og din familie ikke støtter dig i dine bestræbelser for at passe din diabetes
At kunne magte komplikationer til diabetes?
At du føler dig "udbrændt" af den indsats, der konstant skal til for at passe din diabetes?

I analysen gives svarene en værdi fra 0-4, hvor 0= ingen problem. Derefter udregnes der en samlet score ved at addere alle scores og gange med 1.25, hvilket giver en score mellem 0-100. Patienter der scorer 40 eller derover kan være emotionelt udbrændte og have behov for speciel opmærksomhed.

Selvkonstruerede spørgsmål

Med hensyn til at indhente oplysninger vedrørende patienternes tidsforbrug til ambulante besøg og til telemedicinske aktiviteter blev der i samarbejde med det enkelte delprojekt konstrueret en række spørgsmål. Anvendelse samt ordlyd og svarmuligheder blev tilpasset det enkelte delprojekts kontekst.

Ambulante kontroller:

- Afstand til hospitalet/jordemoderkonsultationen (svar ift. fastlagte intervaller)
- Hvor meget tid der vanligvis bruges på et ambulant besøg, inkl. Kørsel (svar ift. fastlagte intervaller)
- Hvorvidt andre involveres i et ambulant besøg (nej, ja, nogen gange, altid)
- Hvem der involveres (ægtefælle/samlever, andre pårørende, hjemmeplejen, andre)

- Hvilke funktioner involveres andre involveres i (ud af døren, kørsel, støtte og samvær, andet)

Videokonsultationer:

- Vurdering af hyppigheden af videokonsultationer (for ofte, passende, for sjældent)
- Videoudstyrets brugbarhed (nemt, nogenlunde, svært)
- Involvering af andre i brugen (nej, ja, nogen gange, altid)
- Hvem der involveres (ægtefælle/samlever, andre pårørende, hjemmeplejen, andre)
- Grunden til at involvere andre (brug for hjælp til teknik, at vær flere om samtalen, andet)

Det telemedicinske måleudstyr:

- Hyppigheden af anvendelsen (flere gange dagligt, dagligt, ugentligt, mindre end ugentligt)
- Vurdering af hyppigheden (for ofte, passende, for sjældent)
- Hvor lang tid er der anvendt (svar ift. fastlagte intervaller)
- Måleudstyrets brugbarhed (nemt, nogenlunde, svært)
- Involvering af andre i brugen (nej, ja, nogen gange, altid)
- Hvem der involveres (ægtefælle/samlever, andre pårørende, hjemmeplejen, andre)
- Grunden til at involvere andre (brug for hjælp til teknik, andet)
- Vurdering af om det telemedicinske måleudstyr har påvirket evnen til at vurdere eget helbred (i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke)

Empowerment:

- Selvomplevet evne til at vurdere hvornår der skal tages kontakt til ambulatoriet (ofte i tvivl, nogen gange i tvivl, sjældent i tvivl, aldrig i tvivl)

Computer kendskab:

- Kendskab til PC
- Kendskab til tablet
- Kendskab til smartphones
- Kendskab til Sundhed.dk.

Demografiske data:

- Alder
- Køn
- Boform
- Hjælp til daglige gøremål
- Erhvervs uddannelse
- Arbejdsmarkedstilknytning
- År med sygdom

Referencer

Chomutare T, et al. Designing a diabetes mobile application with social network support. Health Informatics: Digital Service Delivery – The Future is now. In Grain H, Schaper L.K (eds.) 2013. Doi: 10.3233/978-1-61499-266-0-58

Eysenbach G. Low-Intensity Self-Management Intervention for Persons with Type 2 Diabetes using a mobile phone-based Diabetes Diary, with and without health counselling and motivational interviewing: Protocol for a randomised controlled trial. JMIR Protoc. 2013. doi: 10.2196/resprot.2768

Hirani et al. Quantifying beliefs regarding Telehealth: Development of the SUTAQ – Service User Technology Acceptability Questionnaire. (Afventer udgivelse)

Kidholm K (editor) et al. RENEWING HeALTH. Guideline on analysis and reporting of results from the pilots in Renewing Health. 2013

Osborne et al. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Education and Counseling. 2007;66(2):192-201

Rixon L et al. What influences withdrawal because of rejection of telehealth - The whole system demonstrator evaluation. Jour. of Assistive Technologies;40(4):219-227

Sandvei M, Kynde I, Lee A. Frontløberprojektet. Evaluering af tilfredshed hos borgere og organisatoriske erfaringer. CAST. SDU 2013

Schuler M et al. Measurement of stable changes of self-management skills after rehabilitation: a latent state-trait analysis of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ). Qual life Res. 2014;23:2531-2543

Stevenson et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality; findings from the The Whole System Demonstrator cluster randomised trial. BMJ 2012;344

Thomas C et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a telehealth intervention to support the management of long-term conditions: study protocol for two linked randomized controlled trials. BioMed Central Open Access. Trials 2014;15:36

Vinther-Jensen K, Jensen AM. Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvantitativ evaluering. Region Midtjylland. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2012.

Williams GC, Deci EL, Ryan RM. Building Health Care Partnership by Supporting Autonomy: Promoting maintained behavior change and positive health outcomes. In (eds.) Suchman AL, Botelho RJ, Hinton-Walker P. Partnerships in Health Care. Transforming Relational Process. New York 1998

Williams GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. Diabetes Care. 1998;21(10):1644-1651

Zoffmann V. Guided Self-Determination a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes. PhD thesis. Faculty of Health Science. University of Aarhus, 2004

Bilag 6: Eksempel på spørgeskema vedr. patienttilfredshed

Spørgeskemaet herunder vedrører eftermålingen i interventionsgruppen i NetKOL.

SPØRGESKEMA OM DIN TILFREDSHED MED OG UDBYTTE AF DIN BEHANDLING I LUNGEAMBULATORIET

Dine videosamtaler med lungeambulatoriet

Den ambulante kontrol af din lungesygdom er i en periode foregået i dit eget hjem med brug af telemedicinsk måleudstyr og videosamtaler med lungeambulatoriet.

I det følgende vil vi spørge til dine videosamtaler med lungeambulatoriet. Du bedes sætte én markering ud for det svar, der passer bedst.

Hvad er dit samlede indtryk af dine videosamtaler med lungeambulatoriet?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Virkelig godt
- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Dårligt
- (4) ☐ Virkelig dårligt

Har du generelt været tryk eller utryk ved behandlingen, når du har haft videosamtaler med lungeambulatoriet?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Meget tryk
- (2) ☐ Tryk
- (3) ☐ Utryk
- (4) ☐ Meget utryk

I hvilket omfang er dine synspunkter blevet inddraget i videosamtalen med lungeambulatoriet?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ For meget
- (2) ☐ Passende
- (3) ☐ For lidt

I hvilket omfang er dine pårørende blevet inddraget i videosamtalen?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ For meget
- (2) ☐ Passende
- (3) ☐ For lidt
- (4) ☐ Ikke aktuelt for mig

Hvordan vurderer du, at hyppigheden af videosamtaler lungeambulatoriet?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ For ofte
- (2) ☐ Passende
- (3) ☐ For sjældent

Hvordan synes du, at udstyret til videosamtalerne har været at bruge?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Det har været nemt at bruge
- (2) ☐ Det har været nogenlunde at bruge
- (3) ☐ Det har været svært at bruge

Har du involveret andre i brugen af udstyret til videosamtaler?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Ja, nogle gange
- (3) ☐ Nej

Hvem har du involveret du i brugen af udstyret til videosamtaler?

(sæt gerne flere kryds)

- (1) ☐ Min ægtefælle/samlever
- (2) ☐ Andre pårørende/venner
- (3) ☐ Hjemmeplejen
- (4) ☐ Andre

Hvad var grunden til, at du involverede andre?

(sæt gerne flere kryds)

- (1) ☐ Jeg havde brug for hjælp til teknikken
- (2) ☐ Jeg havde andre med, så vi var flere om samtalen
- (3) ☐ Andet, beskriv venligst: _____

Det telemedicinske måleudstyr

Du har i forbindelse med behandlingen af din lungesygdom fået en tabletcomputer, en vægt, en iltmåler og en lungefunktionsmåler med hjem. Følgende spørgsmål handler dette telemedicinske måleudstyr.

Hvor ofte har du generelt anvendt det telemedicinske måleudstyr?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Flere gange dagligt
- (2) ☐ Dagligt
- (3) ☐ Ugentligt
- (4) ☐ Mindre hyppigt end ugentligt

Hvordan vurderer du, at hyppigheden af de målinger du har foretaget derhjemme har været?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ For ofte
- (2) ☐ Passende
- (3) ☐ For sjældent

Hvor meget tid har du generelt brugt på måleudstyret i løbet af en uge?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Op til ½ time
- (2) ☐ ½-1 time
- (3) ☐ 1-2 timer
- (4) ☐ 2-3 timer
- (5) ☐ 3-4 timer
- (6) ☐ Mere end 4 timer

Hvordan synes du, at måleudstyret har været at bruge?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Det har været nemt at bruge
- (2) ☐ Det har været nogenlunde at bruge
- (3) ☐ Det har været svært at bruge

Har du involveret andre i brugen af måleudstyret?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Ja, nogle gange
- (3) ☐ Nej

Hvem har du involveret du i brugen af udstyret?

(sæt gerne flere kryds)

- (1) ☐ Min ægtefælle/samlever
- (2) ☐ Andre pårørende/venner
- (3) ☐ Hjemmeplejen
- (4) ☐ Andre

Hvad var grunden til, at du involverede andre?

(sæt gerne flere kryds)

- (1) ☐ Jeg havde brug for hjælp til teknikken
- (2) ☐ Andet, beskriv venligst: _____

Hvordan har du brugt måleudstyret?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Jeg har anvendt udstyret mindre hyppigt end aftalt med lungeambulatoriet
- (2) ☐ Jeg har anvendt udstyret som aftalt med lungeambulatoriet
- (3) ☐ Jeg har anvendt udstyret hyppigere end aftalt med lungeambulatoriet (f.eks. til at holde øje med udviklingen i min lungesygdom)

Har det telemedicinske måleudstyr påvirket din evne til at vurdere dit helbred?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ I høj grad
- (2) ☐ I nogen grad
- (3) ☐ I mindre grad
- (4) ☐ Slet ikke
- (5) ☐ Det kan jeg ikke vurdere

Din tilfredshed med kontrollen af din lungesygdom

Hvordan vurderer du, at dit samlede forløb i lungeambulatoriet har været tilrettelagt (dine målinger og videosamtaler derhjemme samt eventuelle kontroller i lungeambulatoriet)?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Virkelig godt
- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Dårligt
- (4) ☐ Virkelig dårligt
- (5) ☐ Det kan jeg ikke vurdere

Har du været i tvivl om, hvornår du skulle kontakte lungeambulatoriet i perioder med opblussen i din lungesygdom?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Ja, jeg er ofte i tvivl
(2) ☐ Ja, jeg er nogle gange i tvivl
(3) ☐ Nej, jeg er sjældent i tvivl
(4) ☐ Nej, jeg er aldrig i tvivl

Hvordan vurderer du generelt, at din mulighed for at komme i kontakt med læger og sygeplejersker i lungeambulatoriet har været?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Jeg kan altid få fat i personalet, når jeg henvender mig
(2) ☐ Jeg kan som regel få fat i personalet, når jeg henvender mig
(3) ☐ Jeg får ofte ikke fat i personalet, når jeg henvender mig

Hvordan oplever du, at samarbejdet mellem lungeambulatoriet og hjemmepleje/praktiserende læge har fungeret?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Virkelig godt
(2) ☐ Godt
(3) ☐ Dårligt
(4) ☐ Virkelig dårligt
(5) ☐ Det kan jeg ikke vurdere

Bruger du hjemmesiden Sundhed.dk?

(sæt ét kryds)

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Din tilfredshed med det telemedicinske udstyr

Herunder er der en liste med udsagn om det telemedicinske udstyr, du har fået med hjem som støtte til overvågning og behandling af din lungesygdom. Angiv venligst i hvilken grad du er enig i hvert udsagn ved at sætte kryds ud for det svar, som passer til din holdning.

	Meget enig	Nogenlunde enig	Lidt enig	Lidt uenig	Nogenlunde uenig	Meget uenig
Jeg har sparet tid, fordi udstyret har gjort, at jeg ikke behøvede at besøge min praktiserende læge eller andre behandlere (i sundhedsvæsnets og/eller kommunale tilbud).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Udstyret, jeg har modtaget, har grebet forstyrrende ind i mine daglige gøremål.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Udstyret, jeg har modtaget, har forbedret min adgang til	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

behandling (ved personale ansat i sundhedsvæsenet og/eller kommunale tilbud).

Udstyret, jeg har modtaget, har hjulpet mig til at forbedre mit helbred.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret, jeg har modtaget, har forstyrret privatlivets fred.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg har fået tilstrækkelig vejledning i at bruge udstyret.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg stoler på at udstyret virker, som det skal.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret har fået mig til at føle mig dårligt tilpas, f.eks. fysisk eller psykisk.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg er bekymret over, om ekspertisen er tilstrækkelig hos de personer, som overvåger mit helbred via udstyret.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret har gjort, at jeg er mindre bekymret for min behandling (i sundhedsvæsenet og/eller i kommunale tilbud).

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret har gjort mig mere engageret i mit helbred.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg er bekymret for fortroligheden af de private oplysninger, der sendes via udstyret.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg er tilfreds med det udstyr, jeg har modtaget.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret kan/bør anbefales til andre personer med en sygdom svarende til min.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret kan være en erstatning for min sædvanlige behandling (i sundhedsvæsenet eller i kommunale tilbud).

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret kan helt sikkert være et godt supplement til min sædvanlige behandling (i sundhedsvæsenet eller i kommunale tilbud).

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Konsultationer via udstyret er ikke så velegnede som almindelige konsultationer i ambulatoriet.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret har gjort det lettere for mig at komme i kontakt med behandlere.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret har været forstyrrende i forhold til sammenhængen i min behandling (fx at jeg ikke ser det samme personale hver gang).

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Jeg er bekymret for, at den person, som holder øje med mit helbred via udstyret, ikke kender min personlige sygehistorie.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Udstyret gør det muligt for mig at være mindre bekymret for min sundhedstilstand.

(1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐

Dit helbred og velbefindende

Spørgsmålene herunder handler om din helbredstilstand.

Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

- (1) ☐ Virkelig god
- (2) ☐ God
- (3) ☐ Nogenlunde
- (4) ☐ Dårlig
- (5) ☐ Meget dårlig

Dit helbred og velbefindende

I det følgende vil vi spørge til delelementer af din helbredstilstand. Vi vil bede dig om at angive hvilke udsagn, der bedst beskriver dit helbred i dag. Sæt venligst én markering for hvert af 15 områder, der spørges til.

Bevægelighed

- (1) ☐ Jeg er i stand til at gå normalt (uden besvær) indendørs, udendørs og på trapper
- (3) ☐ Jeg er i stand til at gå uden besvær indendørs, men udendørs og/eller på trapper har jeg lidt problemer
- (5) ☐ Jeg er i stand til at gå uden hjælp indendørs (med eller uden et hjælpemiddel), men udendørs og/eller på trapper kan jeg kun gå med betydeligt besvær eller med hjælp fra andre
- (8) ☐ Jeg er kun i stand til at gå indendørs med hjælp fra andre
- (9) ☐ Jeg er fuldstændig sengeliggende og ude af stand til at bevæge mig omkring

Syn

- (1) ☐ Jeg ser normalt, dvs. jeg kan læse aviser og tekst på TV uden besvær (med eller uden briller)
- (3) ☐ Jeg kan læse aviser og/eller tekst på TV med lidt besvær (med eller uden briller)
- (5) ☐ Jeg kan læse aviser og/eller tekst på TV med betydeligt besvær (med eller uden briller)
- (7) ☐ Jeg kan ikke læse aviser eller tekst på TV hverken med eller uden briller, men jeg kan se godt nok til at gå omkring uden hjælp
- (9) ☐ Jeg kan ikke se godt nok til at gå omkring uden en hjælper, dvs. jeg er næsten eller helt blind

Hørelse

- (1) ☐ Jeg hører normalt, dvs. normal tale (med eller uden brug af høreapparat)
- (2) ☐ Jeg hører normal tale med lidt besvær
- (3) ☐ Jeg hører normal tale med tydeligt besvær, i samtaler må stemmer være højere end normalt
- (5) ☐ Jeg hører selv høje stemmer dårligt; jeg er næsten døv
- (6) ☐ Jeg er helt døv

Vejrtrækning

- (1) ☐ Jeg er i stand til at trække vejret normalt, dvs. uden at være stakåndet eller have andre vejtrækningsproblemer
- (3) ☐ Jeg er stakåndet under tungt arbejde eller sport, eller når jeg går raskt til på en flad eller svagt stigende strækning
- (5) ☐ Jeg er stakåndet, når jeg går på en flad strækning i samme tempo som andre på min alder
- (7) ☐ Jeg bliver stakåndet selv efter let aktivitet, f.eks. når jeg vasker mig eller klæder mig på
- (9) ☐ Jeg har vejtrækningsproblemer næsten hele tiden, selv når jeg hviler

Søvn

- (1) ☐ Jeg er i stand til at sove normalt, dvs. jeg har ingen problemer med at sove
- (3) ☐ Jeg har lidt søvnproblemer, f.eks. besvær med at falde i søvn, eller vågner af og til om natten
- (5) ☐ Jeg har moderate søvnproblemer, f.eks. forstyrret søvn, eller føler at jeg ikke har sovet nok
- (7) ☐ Jeg har søvnproblemer, f.eks. må jeg ofte eller rutinemæssigt bruge sovemedicin, eller vågner normalt om natten og/eller for tidligt om morgenen
- (10) ☐ Jeg lider af alvorlig søvnløshed, f.eks. er søvn næsten umulig selv ved brug af sovemedicin, eller jeg forbliver vågen det meste af natten

Spisning

- (1) ☐ Jeg er i stand til at spise normalt, dvs. uden hjælp fra andre
- (2) ☐ Jeg er i stand til at spise selv med lidt besvær (f.eks. langsomt, klodset, rystende, eller med specielle hjælpemidler)
- (4) ☐ Jeg har brug for nogen hjælp fra en anden person for at kunne spise
- (5) ☐ Jeg er helt ude af stand til at spise selv og må derfor laves af en anden person
- (7) ☐ Jeg er ude af stand til at spise og laves derfor enten med slange eller intravenøst

Tale

- (1) ☐ Jeg er i stand til at tale normalt, dvs. klart, tydeligt og flydende
- (2) ☐ Jeg har lidt besvær med at tale, f.eks. leder jeg af og til efter et ord, mumler eller ændrer stemmelejet
- (4) ☐ Jeg kan gøre mig forståelig, men min tale er f.eks. usammenhængende, hakkende, stammende og nølende
- (6) ☐ De fleste mennesker har stort besvær med at forstå hvad jeg siger
- (7) ☐ Jeg kan kun gøre mig forståelig med fagter

Vandladning/afføring

- (1) ☐ Min blære og tarm fungerer normalt og uden problemer
- (2) ☐ Jeg har lette problemer med min blære- og/eller tarmfunktion, f.eks. besvær med at tisse, eller løs eller hård afføring

- (4) ☐ Jeg har betydelige problemer med min blære- og/eller tarmfunktion, f.eks. "uheld" af og til, eller alvorlig forstoppelse eller diarré
- (6) ☐ Jeg har alvorlige problemer med min blære- og/eller tarmfunktion, f.eks. regelmæssige "uheld", eller behov for katetisering eller lavement
- (8) ☐ Jeg har ikke kontrol over min blære- og/eller tarmfunktion

Sædvanlige aktiviteter

- (1) ☐ Jeg er i stand til at udføre mine sædvanlige aktiviteter (f.eks. arbejde, studier, husarbejde, fritidsaktiviteter) uden besvær
- (3) ☐ Jeg er i stand til at udføre mine sædvanlige aktiviteter lidt mindre effektivt eller med lidt besvær
- (5) ☐ Jeg er i stand til at udføre mine sædvanlige aktiviteter meget mindre effektivt, med betydeligt besvær, eller ikke fuldt ud
- (7) ☐ Jeg kan kun klare en lille del af mine tidligere sædvanlige aktiviteter
- (8) ☐ Jeg er ude af stand til at klare nogen af mine tidligere sædvanlige aktiviteter

Mentale funktion

- (1) ☐ Jeg er i stand til at tænke klart og logisk, og min hukommelse fungerer godt
- (2) ☐ Jeg har lidt besvær med at tænke klart og logisk, eller min hukommelse svigter mig af og til
- (3) ☐ Jeg har mærkbart besvær med at tænke klart og logisk, eller min hukommelse er noget nedsat
- (4) ☐ Jeg har stort besvær med at tænke klart og logisk, eller min hukommelse er betydelig nedsat
- (5) ☐ Jeg er konstant forvirret eller desorienteret i tid og sted

Ubehag og symptomer

- (1) ☐ Jeg har ikke fysisk ubehag eller symptomer, f.eks. smerte, kvalme, kløe etc.
- (2) ☐ Jeg har lidt fysisk ubehag eller symptomer, f.eks. smerte, kvalme, kløe etc.
- (3) ☐ Jeg har betydelig fysisk ubehag eller symptomer, f.eks. smerte, kvalme, kløe etc.
- (4) ☐ Jeg har alvorlig fysisk ubehag eller symptomer, f.eks. smerte, kvalme, kløe etc.
- (5) ☐ Jeg har uudholdelig fysisk ubehag eller symptomer, f.eks. smerte, kvalme, kløe etc.

Depression

- (1) ☐ Jeg føler mig overhovedet ikke trist, melankolsk eller deprimeret
- (2) ☐ Jeg føler mig lidt trist, melankolsk eller deprimeret
- (3) ☐ Jeg føler mig moderat trist, melankolsk eller deprimeret
- (4) ☐ Jeg føler mig meget trist, melankolsk eller deprimeret
- (5) ☐ Jeg føler mig ekstremt trist, melankolsk eller deprimeret

Stress

- (1) ☐ Jeg føler mig overhovedet ikke ængstelig, stresset eller nervøs
- (2) ☐ Jeg føler mig lidt ængstelig, stresset eller nervøs
- (3) ☐ Jeg føler mig moderat ængstelig, stresset eller nervøs
- (4) ☐ Jeg føler mig meget ængstelig, stresset eller nervøs
- (5) ☐ Jeg føler mig ekstremt ængstelig, stresset eller nervøs

Livskraft

- (1) ☐ Jeg føler mig rask og energisk
- (2) ☐ Jeg føler mig lidt udslidt, træt eller svag
- (3) ☐ Jeg føler mig moderat udslidt, træt eller svag
- (4) ☐ Jeg føler mig meget udslidt, træt eller svag
- (5) ☐ Jeg føler mig ekstremt udslidt, træt eller svag

Seksuelle aktivitet

(Klik på "Næste", hvis du ikke ønsker at besvare spørgsmålet)

- (1) ☐ Min helbredstilstand har ingen ugunstig indvirkning på min seksuelle aktivitet
- (2) ☐ Min helbredstilstand har lidt indvirkning på min seksuelle aktivitet
- (3) ☐ Min helbredstilstand har en betydelig indvirkning på min seksuelle aktivitet
- (4) ☐ Min helbredstilstand gør seksuel aktivitet næsten umulig
- (5) ☐ Min helbredstilstand gør seksuel aktivitet umulig

Din lungesygdom

De følgende spørgsmål handler om den betydning, som din lungesygdom har for dit velbefindende og din hverdag. Du bedes sætte en markering i ét tal på en skala fra nul til fem, som passer bedst til din situation lige nu.

(Eksempelvis, hvis du aldrig hoster, markerer du "0"; hvis du hoster hele tiden, markerer du "5".)

- (1) ☐ 0 Jeg hoster aldrig

(2) ☐ 1

(3) ☐ 2

(4) ☐ 3

(5) ☐ 4

(6) ☐ 5 Jeg hoster hele tiden

- (1) ☐ 0 Jeg har slet ikke noget slim i lungerne

(2) ☐ 1

(3) ☐ 2

(4) ☐ 3

(5) ☐ 4

(6) ☐ 5 Mine lunger er helt fyldte med slim

- (1) ☐ 0 Jeg har slet ikke trykken for brystet

(2) ☐ 1

(3) ☐ 2

(4) ☐ 3

(5) ☐ 4

(6) ☐ 5 Jeg har meget trykken for brystet

- (1) ☐ 0 Når jeg går op ad bakke eller går én etage op, bliver jeg ikke forpustet

(2) ☐ 1

(3) ☐ 2

(4) ☐ 3

(5) ☐ 4

(6) ☐ 5 Når jeg går op ad bakke eller går én etage op, bliver jeg meget forpustet

- (1) ☐ 0 Jeg er ikke begrænset i nogen aktiviteter hjemme

(2) ☐ 1

(3) ☐ 2

(4) ☐ 3

(5) ☐ 4

(6) ☐ 5 Jeg er meget begrænset i alle aktiviteter hjemme

- (1) ☐ 0 Jeg er tryk ved at forlade mit hjem på trods af min lungesygdom
- (2) ☐ 1
- (3) ☐ 2
- (4) ☐ 3
- (5) ☐ 4
- (6) ☐ 5 Jeg er slet ikke tryk ved at forlade mit hjem på grund af min lungesygdom
- (1) ☐ 0 Jeg sover dybt
- (2) ☐ 1
- (3) ☐ 2
- (4) ☐ 3
- (5) ☐ 4
- (6) ☐ 5 Jeg sover ikke dybt på grund af min lungesygdom
- (1) ☐ 0 Jeg har masser af energi
- (2) ☐ 1
- (3) ☐ 2
- (4) ☐ 3
- (5) ☐ 4
- (6) ☐ 5 Jeg har slet ingen energi

Livsstil

De følgende spørgsmål handler om den information du har fået om din lungesygdom

Hvilket udsagn beskriver dig bedst?

- (1) ☐ Aldrig røget
- (2) ☐ Tidligere røget, men gør det ikke nu
- (3) ☐ Ryger stadig

Har en læge eller sygeplejerske rådet dig til at holde op med at ryge?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har en læge eller sygeplejerske tilbudt dig hjælp til at holde op med at ryge? (fx givet dig nikotintyggummi, nikotinplaster eller en henvisning til en rygestopklinik)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har en læge eller sygeplejerske fortalt dig, at du skal forsøge at dyrke motion (fx almindelig gang, rask gang og andre former for motion)?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har en læge eller sygeplejerske fortalt dig, *hvor meget* motion (fx almindelig gang, rask gang og andre former for motion), du skal dyrke?

- (1) ☐ Ja, og jeg ved, hvad jeg skal gøre
- (2) ☐ Ja, men jeg er usikker på, hvad jeg skal gøre
- (3) ☐ Ja, men jeg er ikke i stand til at gøre det
- (4) ☐ Nej

Hvor meget motion dyrker du?

- (1) ☐ Så lidt som muligt
(2) ☐ Jeg gør en indsats
(3) ☐ Jeg anstrenger mig, så meget jeg kan

Hvad har læger eller sygeplejersker fortalt dig om dine kost- og spisevaner?

(Sæt kryds for hvert svar der passer for dig)

- (1) ☐ Ingenting
(2) ☐ Tab dig eller tag på
(3) ☐ Spis sundt
(4) ☐ Spise mange små måltider dagligt (fx 6 små måltider i stedet for 3 store)

At mestre dagligdagen

I det følgende vil vi bede dig om at vurdere din mulighed for at tage vare på din lungesygdom i hverdagen. Du bedes sætte én markering ud for det svar, der bedst passer til din grad af enighed lige nu.

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig
De fleste af ugens dage gør jeg mindst én ting for at forbedre mit helbred (eksempelvis gå ture, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
De fleste dage gør jeg noget, som jeg virkelig godt kan lide.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Ud over lægebesøg, tjekker jeg selv regelmæssigt, om der er ændringer i min helbredstilstand.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg bekymrer mig ofte om mit helbred.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg forsøger at få det bedste ud af mit liv.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg ved hvad der udløser mine helbredsproblemer og gør dem værre.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Mine helbredsproblemer gør mig meget utilfreds med mit liv.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg foretager mig interessante ting i mit liv.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg laver mindst én slags fysisk aktivitet i mindst 30 minutter hver dag (eksempelvis gå en tur,	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig
havearbejde, husarbejde, cykle, svømme).				
Jeg planlægger inden for de nærmeste dage, at gøre noget for mig selv, som jeg godt kan lide.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har et rigtigt godt kendskab til, hvornår og hvorfor jeg bør tage min medicin.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg føler ofte vrede, når jeg tænker på mit helbred.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
De fleste af ugens dage afsætter jeg tid til at gøre noget for min sundhed (eksempelvis går en tur, afspændingsøvelser, fysiske aktiviteter).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har en følelse af håbløshed på grund af mine helbredsproblemer.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg synes selv, jeg er aktivt involveret i livet.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Når jeg har helbredsproblemer, har jeg et rigtigt godt kendskab til, hvad jeg skal gøre for at få dem under kontrol.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg holder nøje øje med mit helbred, og gør hvad der skal til for at min sundhedstilstand forbliver så god som mulig.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg bliver foruroliget, når jeg tænker på mit helbred.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
For at få motion går jeg en tur på mindst 15 minutter de fleste af ugens dage.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har realistiske forventninger til, hvad jeg kan og ikke kan, mit helbred taget i betragtning.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Hvis jeg tænker på mit helbred, bliver jeg deprimeret.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig
Hvis jeg har brug for hjælp, er der flere jeg kan regne med.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg ved hvad jeg skal gøre for at undgå, at mine helbredsproblemer begrænser hvad jeg kan gøre i mit liv (eksempelvis ubehag, smerter og stress).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har en ret god fornemmelse for, hvordan jeg tackler mine helbredsproblemer.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Når jeg har helbredsproblemer, så er jeg i stand til at håndtere dem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg prøver på ikke at lade mine helbredsproblemer forhindre mig i at nyde livet.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har venner, som kan hjælpe mig med at håndtere mine helbredsproblemer.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg er meget tryk ved at tale med min læge om mine behandlingsbehov	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har et godt kendskab, til hvilke hjælpemidler der kan gøre mit liv lettere.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Når jeg føler mig syg, forstår min familie og andre omkring mig virkelig, hvad jeg går igennem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg er tryk ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe mig.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg får dækket mine behov gennem eksisterende sundhedstilbud (eksempelvis fra læger, hospitaler og kommuner).	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Mine helbredsproblemer ødelægger ikke mit liv.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig
I det store og hele føler jeg, at mine venner og familie tager sig godt af mig.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg synes selv, jeg har et rigtigt godt liv, også når jeg har helbredsproblemer.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg har muligheder nok, hvor jeg kan tale om mine helbredsproblemer med folk, som forstår.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg indgår i et samarbejde med min læge og andet sundhedspersonale.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Jeg lader mig ikke styre af mine helbredsproblemer.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Hvis andre kan håndtere problemer som mine, så kan jeg også.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Tak for din besvarelse.

Bilag 7: Spørgeguides til kvalitative interviews omkring kommunale aspekter af NetKOL og Diabetes

I forbindelse med evalueringen af de kommunale aspekter af NetKOL og Diabetes blev der i juli og december 2014 foretaget en række kvalitative interviews med de kommunale tovholdere samt nøglemedarbejderne ift. de to delprojekteter. Nedenstående interviewguides blev anvendt til interviewene.

Interviews omkring kommunale aspekter af NetKOL og Diabetes – Juli 2014	
Tema	Interviewspørgsmål
Introduktion	Formålet er at få indblik i: • Medarbejdernes erfaringer med den telemedicinske løsning • Hvilken effekt den telemedicinske løsning evt. har på medarbejdernes arbejdsmiljø • Hvordan den påvirker KOL-sygeplejens- og hjemmesygeplejens opgaveløsning • Om der er tilfredshed med hjemmemonitorering som metode • Medarbejdernes oplevelser af det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med afprøvning af den telemedicinske løsning. • Medarbejdernes oplevelser af teknologiens brugervenlighed i opgaveløsningen. HUSK: Må vi optage interviewet?
Opgaver og arbejdsrutiner	- Hvor mange borgere har fået installeret udstyret? (skøn) - Hvordan ser et typisk besøg hos borgeren/borgerne med den telemedicinske løsning ud? - Hvordan oplever du opgaverne? ○ Har de ændret sig? Herunder mængden og typen af opgaver samt ift. forholdet til de ældre ○ Oplever du at skulle yde teknisk hjælp i brug af udstyret? ▪ Hvis ja, er du klædt på til det? - Hvordan oplever du kvaliteten af den pleje der ydes til borgerne med telemed? ○ Har kvaliteten af behandling og pleje ændret sig med indførelse af telemedicin? ○ Hvordan oplever du den nære kontakt og omsorg – har løsningen betydning her?
Tværsektorielt samarbejde	- Har du kontakt med hospitalet i forbindelse med borgeren? - Hvordan oplever du samarbejdet med hospitalet? ○ Er det blevet nemmere, sværere eller uændret?

Teknologien	- Er du blevet instrueret i brug af udstyret? (modtaget vejl. eller lign.) - Hvordan har du det med at bruge udstyret? - o Er det svært/enkelt og nemt at betjene? - Hvad er din holdning til metoden som helhed? (nysgerrighed, forbeholden etc.) - o Forenkler/ besværliggør det borgerens behandling og pleje? - Fungerer udstyret som planlagt?
Opsamling	- Hvad er din holdning til brug af telemedicinering? - o Medarbejderperspektiv (fagligt og arbejdsmiljømæssigt) - o Borgerperspektiv - Afdække medarbejdernes holdning til fremtidigt brug af telemedicinering og fremtidigt arbejdsmiljø (er de nysgerrige, bange, ubekvemme etc.?)

Interviews omkring kommunalt ressourceforbrug NetKOL – December 2014	
Tema	Interviewspørgsmål
Personlig pleje	• Resultaterne af slutmålingen i interventionsgruppen og baselen viser at tidsforbruget og antal besøg ikke er øget med indførelse af den telemedicinske løsning. - o Er det også jeres oplevelse? • Resultaterne viser at kontrolgruppen modtager flere besøg til personlig pleje end i baseline. - o Kan I pege på hvad det skyldes? - o Er der nogen særlige borgere i kontrolgruppen, som kan forklare det billede i jeres kommune? - o Er dette en generel tendens - eller et her og nu billede af, at borgerne er blevet mere plejekrævende? - o Er der sket en udvikling i typer af borgere og de ressourcer de kræver?
Praktisk hjælp	• Det ser ud til at I bruger færre timer på praktisk hjælp for i interventionsgruppen – har det en sammenhæng med brug af telemedicin?
Sygepleje	• Der er ikke signifikant forskel på baseline og interventionsmåling. - o Er det også jeres oplevelse, at der ikke bruges mere tid, flere besøg til sygepleje med indførelse af den telemedicinske løsning?

Koordinerende opgaver	I baseline var der opgjort 1-2 i aktiviteter i hver kategori af koordinerende aktiviteter. I alt 7 koordinerende aktiviteter på tværs af kommunerne (dog er der samlet set kun leveret sygepleje til 12 borgere). I slutmålingen er der ikke opgjort koordinerende aktiviteter, herunder er der ingen egne definerede kategorier af aktiviteter. • Kan I forklare, hvor der ikke er registreret nogen koordinerende sygeplejeydelser i mod 6 typer koordinerende aktiviteter i baseline? I baselinen blev angivet følgende typer koordinerende aktiviteter: - Kontakt med hospital - Akutindsatser - Kontakt til pårørende • Er disse forenklet/nemmere at varetage, fordi man i højere grad er blevet i stand til at dele data? • Er det blevet nemmere at koordinere, eksempelvis mellem sektorerne, i forbindelse med NetKOL? • Oplever I, at I i højere grad kan reducere angst hos borgerne nu? (Kan forklare mindre kontakt til pårørende) • Kan det passe, at I ikke har haft kontakt med øvrige samarbejdspartnere, vagtlæge, visitation og pårørende i slutmålingen? • I har selv nævnt, at det letter samarbejdet med hospitalet i de gennemførte interviews i juli, men ikke anført aktiviteter ift. samarbejdet. Hvad skyldes dette?
Potentialer og barrierer ved indsatsen	• Hvad ser I som de væsentligste potentialer ved NetKOL ift. jeres arbejde? ○ Hhv. Sygepleje og hjemmepleje • Hvad ser I som de væsentligste udfordringer i arbejdet med Net-KOL? ○ Hhv. sygepleje og hjemmepleje • Hvad ser I som de væsentligste forudsætninger for jeres brug af NetKOL? ○ Organisering ○ Brugere ○ Tekniske aspekter ○ Andet
Opfølgende spørgsmål på sidste interviewrunde	Tekniske problemer I interviewene i juli fyldte de tekniske problemer meget. • Hvad handlede de om? At I ikke kunne få udstyret til at virke hos jer eller at I skulle hjælpe til hos borgeren?

	• Er problemerne løst? Og hvis ikke har I skulle yde teknisk hjælp over skærmen? • Hvis udstyret er kommet til at virke bedre, har det så haft betydning for, hvordan I har ageret ift. borgerne? • Har problemerne/de løste problemer haft betydning for de koordinerende aktiviteter (sygehus, vagtlæge, visitation, pårørende m.v.) Organisering/indsats • Har I stadig organiseret projektet på samme måde som i sommeren? • Hvis I skulle udrulle projektet til drift, hvordan ville I så organisere jer, hvis flere borgere skulle have mulighed for at bruge telemedicinske løsninger? Arbejds miljø • Er det jeres oplevelse, at NetKOL har ændret noget ved arbejdsmiljøet? Har det ændret sig siden i sommers? • Har I generelt været tilfredse med projektet?
--	--

Bilag 8: Spørgeskema til involveret hospitalspersonale og delprojektlederen

Som forklaret i rapporten, består spørgeskemaet af to dele, hvor første del henvender sig til det sundhedsfaglige personale, som har været involveret i projektet, og anden del henvender sig til delprojektlederen.

I første del af spørgeskemaet svarer det sundhedsfaglige personale, samt eventuelt delprojektlederen hvis sundhedsfaglig, på spørgsmålene med prosatekst i et fritekstfelt, under hensyntagen til de øvrige underpunkter som bør indgå som en del af besvarelsen. Denne svarmodel er valgt med henblik på at give personalet og delprojektlederen mulighed for at give så meget information som muligt i fritekst form. Dette er valgt grundet det lave antal af respondenter, da kun kerne-personalet, som har beskæftiget sig med den telemedicinske behandling, kan svare. Dette medfører, at antallet af respondenter er meget lavt. Som en del af besvarelsen ved nogle spørgsmål bliver personalet også bedt om at lave en helhedsvurdering af spørgsmålet og sætte kryds i den tilsvarende box, fx 'Hvad er dine erfaringer med den telemedicinske tiltag?'. Svarmodel: 'Virkelig gode', 'Gode', 'Dårlige', 'Virkelig dårlige' eller 'Ved ikke'. Denne svarmodel kaldes også en fempunkts Likert-skala.

I anden del af spørgeskemaet svarer delprojektlederen ved hjælp af fritekstfelter til besvarelse. Derudover bliver delprojektlederen bedt om at skabe en oversigt over projektkomkostninger og kategorisere disse ift. om de er direkte skalerbare, delvist skalerbare eller unødvendige set i forhold til eventuel udbredelse. Dette gøres i et forudleveret excel-skema, hvor de udgiftspost-overskrifter, som indrapporteres ift. regnskab, er sat ind. Formålet med dette er at få indblik i delprojektets primære udgifter under KIH-projektet, samt deres betydning i forhold til eventuel udbredelse.

Det omtalte spørgeskema samt forudleveret excel-skema findes på følgende sider.

Del 1: Til det sundhedsfaglige personale

Emne: Oplevelser og erfaringer med det nye telemedicinske behandlingsforløb og den tekniske løsning

Evalueringspunkter		Delprojektnavn: Stillingsbetegnelse:		
1) Kvalitative mål (oplevet service/kvalitet)				
Hvad er dine erfaringer med det telemedicinske tiltag?		Der tænkes på, hvad telemedicin betyder for områder som: - den faglige kvalitet/behandlingskvaliteten - behandlingsforløbet - den service der ydes til patienterne - daglige opgaver/gøremål - de arbejdsgange der indgår i et behandlingsforløb - indhold og forløb af en konsultation (bliver den anderledes/bedre/dårligere end de vanlige konsultationer med patientens fysiske fremmøde i ambulatoriet/afdelingen)		
Virkelig gode	Gode	Dårlige	Virkelig dårlige	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐
Beskriv:				
2) Teknologiens modenhed				
Hvad er dine erfaringer med brugbarheden af den tekniske løsning?		Der tænkes på områder som: - funktionalitet - stabilitet - udnyttelsen af teknologien - tillid til teknologien		
Virkelig gode	Gode	Dårlige	Virkelig dårlige	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐

Beskriv:	
3) Barrierer og forudsætninger for udbredelse samt væsentligste risici	
- Hvilke aktuelle barrierer eller forudsætninger for udbredelse oplever du? Hvordan er disse barrierer blevet tacklet og eventuelt løst? - Er der væsentlige risici ved udbredelse, som bør håndteres?	Der tænkes på barrierer og risici i forhold til: - tekniske, faglige, organisatoriske, økonomiske og – patientmæssige forhold
Beskriv:	

Del 2: Til den regionale projektleder og delprojektlederen

Emne: Kategorisering af projektkostninger og forankring i fremtiden

Punkt 4 og 5 bør besvares via et samarbejde mellem den regionale projektkoordinator og delprojektlederen.

I forbindelse med slutrapporteringen, skal der udarbejdes en genberegnet business case, hvilket bl.a. omfatter fremvisning af de driftsøkonomiske udgifter. Dette gøres på baggrund af de halvårslige regnskabsrapporteringer fra delprojekterne. Yderligere, er det dog nødvendigt at lave en opgørelse over, om de rapporterede projektkostninger er direkte skalerbare, delvist skalerbare eller unødvendige set i forhold til eventuel udbredelse. Derfor bedes den regionale projektleder i samarbejde med delprojektlederen udfylde vedlagte skabelon (*KIH Evalueringsspørgsmål_Bilag 4a_Delprojektnavn*).

I skabelonen er der en kolonne til udgifter, hvor de punkter som delprojekterne halvårligt rapporterer på - i forbindelse med regnskabsrapporteringen til programledelsen - er sat ind. Under disse punkter bedes i specificere eventuelle udgifter og krydse af, om de er henholdsvis direkte skalerbare, delvist skalerbare eller unødvendige ved eventuel udbredelse. Tilføj venligst rækker efter behov samt eventuelt andre udgiftsoverskrifter. Ydermere, er der til sidst indsat et skema, hvor eventuelle øvrige udgifter ved drift kan specificeres (udgifter som ikke måtte være nævnt i forbindelse med kategoriseringen af projektkostninger).

Udgifter der skal rapporteres på er i perioden 1/4 2013 – 1/12 2014.

Evalueringspunkter		Delprojektnavn:	
4) Forhold på udgiftssiden			
4a. Kategorisering af projektomkostninger i forhold til om de er direkte skalerbare, delvist skalerbare eller unødvendige set i forhold til eventuel udbredelse. (brug vedlagte bilag)			
4b. Har der været driftsøkonomiske udgifter, som har været uforudsete eller overraskende store eller små? Beskriv disse.			
Beskriv:			
5) Forankring af projektets resultater			
Hvordan planlægges en forankring af projektets resultater efter projektets afslutning?		Hvilke dele af det telemedicinske tiltag planlægges forankret, og hvilke dele planlægges evt. ikke ført videre. Hvorfor og Hvordan?	
Beskriv:			

[illegible]

Bilag 9: Beregning af det arbejdskraftbesparende potentiale for KIH ansøgningen

Tabel 1. Projektets arbejdskraftbesparende potentiale

Arbejdskraftbesparende potentiale for direkte berørt(e) målgruppe(r)	Nuværende samlet årligt forbrug		Forventet samlet årligt forbrug		Årlig besparelse		Årlig besparelse i procent	
	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter
Læger	2,07	1.645.046	1,30	1.015.639	0,77	629.407	37%	38%
Sygeplejersker	2,94	1.180.332	2,23	893.403	0,71	286.929	24%	24%
Lægesekretærer	1,84	717.980	0,77	286.440	1,07	431.540	58%	60%
Jordemødre	2,77	1.086.655	1,32	519.835	1,45	566.820	52%	52%
					0,00	0	0%	0%
Total, direkte berørt målgruppe:	9,62	4.630.013	5,62	2.715.317	4,00	1.914.696	42%	41%
Arbejdskraftbesparende potentiale for indirekte berørt(e) målgruppe(r)	Nuværende samlet årligt forbrug		Forventet samlet årligt forbrug		Årlig besparelse		Årlig besparelse i procent	
	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter
Sengedage	78,86	23.659.330	46,14	13.842.768	32,72	9.816.562,00	41%	41%
Ambulatoriebesøg	35,63	10.689.240	20,05	6.016.326	15,58	4.672.914,00	44%	44%
Befordring	1,29	386.312	0,63	189.292	0,66	197.020,00	51%	51%
Hjemmeplejen	0,40	120.374	0,29	85.533	0,11	34.841,00	28%	29%
					0,00	0,00	0%	0%
Total, indirekte berørt målgruppe:	116,18	34.855.256	67,11	20.133.919	49,07	14.721.337	42%	42%
Evt. merarbejde for de berørt(e) målgruppe(r)	Nuværende samlet årligt forbrug		Forventet samlet årligt forbrug		Årligt merforbrug		Årligt merforbrug i procent	
	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter
Telekonsultation	0,00		15,32	4.596.466	15,32	4.596.466,00	0%	0%
Sengedage (-sygehus)	0,00		0,17	50.862	0,17	50.862,00	0%	0%
					0,00	0,00	0%	0%
					0,00	0,00	0%	0%
					0,00	0,00	0%	0%
Total, merarbejde:	0,00	0	15,49	4.647.328	15,49	4.647.328	0%	0%
Samlet arbejdskraftbesparende potentiale	Nuværende samlet årligt forbrug		Forventet samlet årligt forbrug		Årlig besparelse		Årlig besparelse i procent	
	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter	Årsværk	Lønudgifter
Total	125,80	39.485.269	88,22	27.496.564	37,58	11.988.705	30%	30%

Bilag 10: Diabetes projektet. Erfaringer vedr. patientgruppe 3 a og b.

Sammenskriv af fokusgruppeinterview med personale i MEA 23.09.2014.

Informanter: Sårsygeplejerske i MEA. Diabetessygeplejerske, arbejder med gruppe 1 og 2 og har været involveret i diabetesbehandlingen/reguleringen for patienterne i gruppe 3. Læge i MEA, har varetaget det praktiske og tekniske vedr. IT. Specialestuderende, har interviewet enkelte af patienterne.

Formålet med projektet

Projektet omhandler patienter med diabetiske sår. Den grundlæggende ide var at spare arbejdskraft på sygehuset ved hjemmebehandling og udlægning. Der er gået nogle år fra ideen opstod til projektet blev effektueret. Tanken om at projektet skal samle sår- og diabetesbehandlingen, ved at begge dele tænkes ind i den telemedicinske løsning og således at patienten ikke skal behandles flere steder, er ny. Den er udviklet af læger, uden at andre faggrupper har været involveret og har ikke været klart formidlet. Såvel denne tanke som formålet med hjemmemålinger og elektroniske data via tablet er vagt beskrevet i projektbeskrivelsen. Det betyder at det personale, der skulle udføre tiltaget selv har måttet udvikle det.

Samarbejde mellem Center for diabetiske sår og Diabetesambulatoriet

For patienterne kan det være forvirrende at deres behandling er spredt på flere steder, det giver for mange kokke. Diabetesbehandlingen kan foregå hos egen læge eller på Diabetesambulatoriet, der ligger dør om dør med Center for diabetiske sår. Et forhold der betyder at patienter med kort mellemrum skal i begge ambulatorier i stedet for at samle behandlingen et enkelt sted. Det forventes at kunne nedsætte ressourceforbruget og forbedre patienttilfredsheden.

Efter at diabetessygeplejersken blev involveret i denne gruppe patienter har hun og sårsygeplejersken kunnet se at patienterne ofte er dårligt reguleret og at det kan give en gevinst hvis deres behandling samles. Der er en formodning om at det kan resultere i bedre behandlingskvalitet, men det er endnu uklart. De oplever at de hyppige blogglukosemålinger, de nu får giver et bedre billede af hvordan sygdommen er reguleret. Ved vanlig kontrol har de en tre måneders prøve (Hb_{c1a}) samt de værdier patienten evt. har noteret siden sidste kontrol. Forskellen er at det nu er alle værdier der er målt, som personalet har adgang til. En bedre diabetisk regulering formodes at have betydning for sårheling, men ikke for hvorvidt der opstår nye sår.

De patienter som diabetessygeplejersken har været involveret i får en hyppigere kontrol end ellers. Mens hun typisk ser deres værdier hver eller hver anden uge, og har en kontakt med patienten så er den vanlige kontrol en tid hos diabeteslægen hver 3. måned. Et problem er at det ikke er godt beskrevet og derfor har været uklart hvem der har ansvaret for diabetesbehandlingen (Center for fodsår eller Diabetesambulatoriet). Diabetessygeplejersken er blevet involveret i enkelte af patienterne hvis Jeanett har vurderet at der var problemer med reguleringen og patienten ønskede at få en diabetessygeplejerske ind over.

Patienterne, forudsætninger og relevans

Det har været uklart hvilke patienter der kan profitere af projektet, det har betydet at inklusionskriterierne ikke er velbeskrevne og at der har været patienter med i projektet for hvem det ikke er relevant, eller som ikke har været reelt motiveret. De oplever at patienterne siger ja til projektet for personalets skyld, hvilket betyder at de ikke selv har været motiveret til at indsende blodprøvesvar som aftalt.

Et andet problem er at denne gruppe patienters motivation for og evne til en bedre regulering af deres diabetes ikke altid er til stede. Deres compliance er ikke høj og de måler ikke deres blodglukose, og så er der ikke noget at sende ind. Enkelte af dem har derudover problemer med teknikken, et forhold der både kan være årsag til at de ikke sender ind og være endnu en barriere hos en ikke-topmotiveret patient.

Det er stadig ikke klart hvilke patienter der kan profitere af projektet. Der er patienter der ikke magter at sende deres værdier uden en vedvarende og omfattende støtte (i starten ringede sårsygeplejersken for at minde dem om det, det holdt hun op med da det var meget tidskrævende). For enkelte er det gået godt fordi hustruen har taget over og sørget for at værdien blev sendt, for andre har det vist sig at de godt selv kunne, selvom sårsygeplejersken var i tvivl. Et bud kan dog være at det er patienter der selv kan håndtere udstyret således at en tredjepart ikke skal involveres. Derudover er skal det være patienter der er motiveret til at måle og sende deres værdier. I projektet har der ikke været lagt op til at personalet skulle overvåge hvorvidt der blev sendt værdier ind. Personalet ser på værdierne i forbindelse med en ambulant kontrol.

Der har været enkelte patienter der har været motiveret og som i et tæt samarbejde med diabetessygeplejersken har fulgt op på behandling via hyppige værdier, og som har fået en bedre reguleret diabetes.

Ved projektophør ønsker en stor del af patienterne at beholde det telemedicinske udstyr, også selvom de ikke har været gode til at sende værdier eller ikke har opnået en bedre regulering. En forklaring kan være at det tager tid at vænne sig til udstyret og at de først bliver motiveret sent i forløbet. En anden forklaring kan være den øgede kontakt de har haft med personalet, der selvom de ikke skal støtte alligevel indimellem har ringet for at høre hvordan det går. Derudover har de fået en ekstra opmærksomhed og personaletid i forbindelse med inklusion i projektet.

Der er enkelte der opnår øget egenomsorg igennem projektet, de oplever en ansvarlighed i forhold til personalet der sidder og venter på at modtage værdierne og de oplever en ansvarlighed for såret når de selv tager billeder af det og sender dem ind.

Samarbejde mellem sygehus og kommune

I forhold til de ambulant behandlede patienter var tanken at hjemmeplejen skulle involveres enten ved at støtte patienten eller ved at varetage de telemedicinske ydelser (måle og sende blodglukose og billeder at sår). Det er imidlertid sket i meget begrænset omfang. Det er personafhængt og kræver en tæt opfølgning i kommunen. Der har været et godt samarbejde med få hjemmesygeplejersker der har været interesseret, men det er ikke lykkedes at udbrede det til flere. De billeder hjemmeplejen sender er optaget med deres telefoner, sådan som det gøres i sårprojektet, og ikke med tabletten.

Der er ikke i projektet patienter, der er udskrevet tidligere til eget hjem. Grunden til det er de tilgængelige specialkompetencer og organiseringen af disse i kommunen. Der er ikke et tilstrækkeligt grundlag for at

sende patienterne hjem og derudover har det i de få tilfælde det er forsøgt ikke været mulig at etablere en aflastningsplads.

Arbejdskraftbesparende potentiale på sygehus

Det opleves som svært at afgøre om det telemedicinske tiltag er ressourcebesparende. For de patienter der har været motiverede og opnået en bedre regulering vurderes der at ligge en besparelse. Det er dog nok en besparelse der anvendes blandt de patienter der skal støttes i forhold til tiltaget.

Der anvendes en time til introduktion af udstyret til den enkelte patient.

Det telemedicinske udstyr

Erfaringen er at telemedicin drives af ildsjæle og det gør det sårbart. Det er stadig under udvikling og telemedicin er ikke integreret i andre elektroniske arbejdsredskaber, hvilket betyder at man skal have en viden om hvordan det tilgås og anvendes. Så længe der er få patienter involveret er det svært for personalet at opnå og vedligeholde en erfaring med, og rutine i brugen af det.

Det er en udfordring i hospitalsregi, hvor der kan gå længe imellem den enkelte læge har en telemedicinsk konsultation. Det er en tilsvarende udfordring i kommunerne hvor det har været svært at få en rutine, ligesom kommunikationsvejene er lange. Der var en introduktion af hjemmeplejen ¾ år forud for projektstart og dermed på et tidspunkt hvor udstyret endnu ikke var udviklet. Hvilket ikke har været hensigtsmæssigt. De billeder hjemmeplejen sender er optaget med deres telefoner, sådan som det gøres i sårprojektet, og ikke med tabletten. For patienterne kan det tekniske være en udfordring.

Derudover er der en økonomisk udfordring i det de strimler der anvendes i blodglukoseapparatet der udleveres i projektet er dyrere end de strimler der anvendes i det vanlige blodglukoseapparat. Det betyder at kommunen har en merudgift og at de kan være tilbageholdende med at bevilge patienten strimler. Et forhold der kan betyde at patienten ikke måler eller sjældent måler, da det ikke er muligt selv at købe strimlerne.

Fremtiden

Ting tager tid. Erfaringen fra andre projekter er at det breder sig som ringe i vandet.

Forudsætninger for en fremtidig udrulning er dels klare inklusionskriterier (formentlig dårlig regulering og motivation for en bedre regulering) og dels organisering (det skal være tydeligt hvem der har ansvar for hvad, gør hvad og hvornår).

Der ses et potentiale i forhold til at forbedre samarbejdet med patienten, hvor de hyppige målinger og kontakt (der er nogen der venter på mine målinger og som faktisk ser på dem) kan øge patientens ansvarsfølelse og egenomsorg. Derudover sendes der mange værdier over fax eller skrives i en lommebog og der er den telemedicinske tilgang smartere.

Bilag 11: Gravide med komplikationer. Gravides erfaring med hjemmemonitorering i forbindelse med komplicerede graviditetsforløb

Baggrund

I projektet hjemmemonitorerer gravide med komplikationer en række sundhedsparametre hos dem selv og deres foster. Målingerne sendes elektronisk til hospitalet via en telemedicinsk platform og kommunikationen mellem de gravide og hospitalet omkring målingerne foregår enten telefonisk eller via et beskedsystem i platformen. Derudover går de gravide til ambulante kontroller på hospitalet. Projektet gennemføres dels med det formål at tilbyde gravide med komplikationer en tættere monitorering af den gravide og fosteret og dermed et bedre behandlingstilbud, dels med det formål at spare arbejdskraft på hospitalet. Herunder er det forventningen, at det telemedicinske tilbud vil kunne reducere antallet af ambulante kontroller på hospitalet og antallet af indlæggelser i gruppen af gravide med for tidlig vandafgang. Projektet foregår på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling i Skejby, Aarhus Universitetshospital og er ét ud af i alt fem kliniske projekter i det tværregionale og tværsektorielle storskalaprojekt "Klinisk Integreret Hjemmemonitorering" (KIH).

Formål

Formålet med nærværende studie er at undersøge anvendelse og tilfredshed med det telemedicinske tilbud blandt en delgruppe af de gravide, nemlig gravide med for tidlig vandafgang og gravide med eller med øget risiko for svangerskabsforgiftning. Studiet fokuserer på den rolle teknologien spiller for hverdagslivet og for graviditeten med temaer som: tanker, følelser, viden, erfaringer og handlinger i forhold til graviditet og anvendelse af teknologi.

Metode og data

Studiet baseres på syv semistrukturerede interviews med gravide med komplikationer. Interviewene blev udført fra den 13. november 2013 til den 27. marts 2014 og fandt sted på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling eller hjemme hos informanterne. Samtalerne med de gravide blev lydoptaget og varede mellem 30 og 80 minutter. Den anvendte interviewguide fremgår af bilag 1.

Interviewdata er analyseret med udgangspunkt i metoden 'Interpretative Phenomenological Analysis' (IPA) (1) og med anvendelse af softwareprogrammet NVivo 10 (2). Analysen er foretaget på to niveauer, hvor det første er en deskriptiv analyse med udgangspunkt i informanternes fortælling om deres erfaringer (et indefra perspektiv) mens det andet niveau er forskerens fortolkning af informanternes fortælling (et udefra perspektiv) og inddrager relevant teori.

I resultatafsnittet er udvalgte citater fra interviewene anvendt som illustrerende tekststykker med det formål at underbygge resultaterne og gøre dem nærværende for læseren. Interviewcitater er skrevet med kursiv og tilstræbt ordret gengivelse, udeladelser er angivet i parentes med tre prikker (...). Der er lavet tegnsætning i citaterne, og enkelte steder er der indsat forklarende ord [i skarp parentes], alt sammen med det formål at øge læsbarheden.

Etiske overvejelser

Informanterne er informeret mundtligt og skriftligt om undersøgelsen og har givet skriftligt samtykke til deltagelse. Informanterne er informeret om, at interviewmaterialet efterfølgende vil blive anvendt og offentliggjort i en evalueringsrapport, herunder i form af ordrette citater. I resultatafsnittet er informanternes identitet sløret ved at angive opdigtede navne og ved ikke at gengive personlige oplysninger, der kan henføres til konkrete personer.

De gravide og deres graviditetshistorie

Informanterne er på tidspunktet for interviewet i 27.-37. graviditetsuge og har 2-10 ugers erfaring med telemedicin.

Fem af informanterne, Sara, Clara, Camilla, Lotte og Maria deltager i projektet grundet øget risiko for komplikationer i graviditeten. Fælles for dem er, at de er flergangsgravide og at de har komplicerede graviditets- og fødselsforløb bag sig, som i høj grad præger deres tanker i den igangværende graviditet. De har således erfaring med svær svangerskabsforgiftning, akutte og for tidlige fødsler, spontane aborter og dødfødsler. Fælles for dem er også, at de ikke har egentlige komplikationer i deres aktuelle graviditet, men at de observeres tæt på grund af komplikationer i tidligere graviditeter.

To af informanterne, Anna og Caroline deltager i projektet grundet for tidlig vandafgang. De har været igennem længere udredningsforløb i forhold til den for tidlige vandafgang, men er i øvrigt i meget forskellig grad præget af deres graviditetskomplikation. Den ene er flergangsgravid og har haft alvorlige komplikationer i den foregående graviditet og har i den aktuelle graviditet foruden for tidlig vandafgang også fået konstateret graviditetsbetinget diabetes og bækkenløsning. Den anden er førstegangsgravid og har netop erfaret at fostervandet har gendannet sig i livmoderen og at det derfor ikke er nødvendigt med en helt så tæt monitorering længere. Hun er derudover i medicinsk behandling for sklerose.

Anvendelse af det telemedicinske udstyr

De gravide hjemmemonitorerer deres vægt, blodtryk, urin og besvarer et kort sygdomsspecifikt spørgeskema vedrørende deres sundhedstilstand. Derudover måler de fostrets velbefindende ved hjælp af en Cardio Toco Graf (CTG), som registrerer hjertelyd, fosterbevægelser og livmoderens sammentrækninger. De gravide med for tidlig vandafgang måler derudover deres temperatur og laver en blodprøve med henblik på at måle infektionsparametre.

Målingerne sendes til hospitalet på hverdage inden kl. 12 og de gravide modtager samme dag inden kl. 15 en tilbagemelding på målingerne fra hospitalet.

Hyppigheden af målinger afhænger af graviditetskomplikationen og i øvrigt også af den gravides og fosterets aktuelle velbefindende. Gravid til observation for svangerskabskomplikationer måler egne sundhedsparametre og besvarer spørgeskemaet tre gange ugentligt. Derudover laver de typisk CTG en gang ugentligt. Monitoreringen af de gravide med for tidlig vandafgang er langt mere intensiv. De måler typisk blodtryk, puls og temperatur to gange dagligt, mens de fem gange om ugen laver CTG, målinger af urin og vægt og besvarer spørgeskema. Derudover måler de infektionstal 2-3 gange ugentligt.

De gravide beskriver, at de anvender 5-10 minutter på at måle vægt, blodtryk, puls og urin og på at besvare spørgeskemaet, mens en CTG typisk varer 35-40 minutter. Generelt set betyder det, at de gravide til observation for svangerskabskomplikationer bruger ca. en time ugentligt på den telemedicinske monitorering, mens de gravide med for tidlig vandafgang bruger ca. en time på hverdag og ca. 10 minutter lørdage og søndage.

De gravide giver udtryk for at udstyret er nemt at anvende og oplever det ikke som noget problem at skulle indsende målingerne på hverdage inden kl. 12. Der er hurtigt opstået en rutine omkring det at lave målingerne: *'Det er bare blevet et af mine morgenritualer' (Caroline)*. Og netop derfor udgør selve målingerne ikke et stort samtaleemne derhjemme og er heller ikke noget de gravide involverer deres partner i. Enkelte af de gravide fortæller, at de har talt med deres partner om målingerne i forbindelse med at der har været skævheder i tallene, men at så længe målingerne som de skal være, så involverer de ikke deres partner i det.

Deskriptiv analyse

De centrale temaer i de gravides erfaringer med det telemedicinske tilbud er tryghed, fleksibilitet og frihed.

Tryghed

For de gravide til observation for svangerskabskomplikationer skaber de hyppige målinger og de hyppige tilbagemeldinger fra hospitalet på målingerne tryghed. De har tidligere erfaring med pludseligt opståede komplikationer og disse oplevelser præger deres nuværende graviditet. De beskriver, at de er lidt nervøse, at de har noget med i bagagen og at de føler de er i en sårbar situation. De vil gerne overvåges tæt og målingerne virker beroligende og er med til at bekræfte dem i, at graviditeten forløber, som den skal: *'Jeg synes det er rigtig rart, at man bliver tjekket så meget. Jeg føler mig tryk ved det, at de holder øje med nogle ting' (Lotte)*. *'Det giver mig en indikation på, at mit barn trives (...) det er rigtig godt billede at kunne få tre gange om ugen (...) Det gør bare, at jeg føler mig tryk ved at fortsætte med at være gravid' (Clara)*.

Målingerne har også betydning for den gravides familie: *'Min mand får stor tryghed ved, at vi måler det her' (Camilla)*. *'Det betyder jo selvfølgelig rigtig meget for mine børn og min mand, at jeg føler mig tryk og rolig' (Clara)*. En tryghed, der også opleves at have betydning for det kommende moderskab: *'Det er en rigtig stor og vigtig faktor i forbindelse med at få et barn, at det er en god oplevelse. Også selvom der kan være komplikationer (...) at man kan få en god oplevelse alligevel. Også fordi det smitter af på ens forhold til resten familien og til barnet og egentlig rigtig mange ting' (Lotte)*.

For de gravide med for tidlig vandafgang er perspektivet at de skulle have været indlagt, hvis ikke de havde været med i projektet. Begge gravide giver udtryk for, at de finder stor tryghed i netop at være hjemme. En indlæggelse opleves ikke som et mere tryk.

En af de af gravide var indlagt i forbindelse med den for tidlige vandafgang. Hun beskriver, at hun at følte sig meget syg, da hun var indlagt, fordi hun hele tiden forholdte sig til de andre patienter på afdelingen og fik øje for alle de komplikationer, der kunne støde til i en graviditet. Det har givet hende *en enorm ro* at komme hjem: *'Jeg var tryk ved det fra starten af. Der var ikke noget som sådan der bekymrede mig. (...) Det var bare naturligt, at det skulle med hjem, så jeg ikke skulle være derude hele tiden' (Anna)*. *'Jeg finder ikke*

den store tryghed i at være på hospitalet, ikke fordi der er noget i vejen med hospitalet, men altså når nu jeg har muligheden for selv at klare det, så vil jeg egentlig hellere det end at tage andres tid' (Caroline).

De gravide giver udtryk for at det ikke er målingerne og overvågningen alene, der skaber trygheden. Trygheden er også tæt forbundet med den måde, projektet er organiseret på. De oplever, at de har en tæt kontakt og tillidsfuld relation til projektpersonalet, og det til trods for den fysiske afstand og de færre fysiske kontroller på hospitalet.

Oplevelsen af tæt kontakt skyldes flere ting: De gravide får altid hurtig respons på deres målinger – enten via beskedsystemet i den telemedicinske platform eller per telefon. De oplever, at de har let ved at komme i kontakt med hospitalet – de har et direkte telefonnummer til projektjordemoderen, som kan benyttes i dagtimerne på hverdage, og kan i øvrigt sende elektroniske beskeder via den telemedicinske platform. Denne hyppige kontakt og tilgængeligheden til hospitalet tillægges stor betydning og står i kontrast til de oplevelser, de gravide i øvrigt har haft med sundhedsvæsenet.

'Det er lige før jeg vil sige, at jeg har mere kontakt med en jordemoder og en sygeplejerske og en læge nu, end jeg havde, da jeg var indlagt, fordi de har jo travlt (...) Jeg kan jo altid ringe til Lone [projektjordemoder]' (Anna).

De gravide lægger også stor vægt på, at projektet er organiseret omkring en fast og lille personkreds på hospitalet. De oplever, at den tilknyttede jordemoder, læge og sygeplejerske kender deres graviditet og graviditetshistorie. En historie, der i mange tilfælde er kompliceret, og som flere af de gravide oplever at have genfortalt gang på gang, for et skiftende personale: *'Jeg synes generelt, det egentlig har været rigtig godt det der med, at jeg ikke skal fortælle min historie igen og igen og igen. Jeg møder ikke en ny læge hver gang, og det er egentlig meget rart, at folk ligesom ved, hvad der er foregået' (Anna).* *'Det er Olav eller Lone eller Merethe, der hver gang kommer til at kigge på resultaterne, og det synes jeg er betryggende, at jeg ikke hele tiden skal forholde mig til en ny læge' (Caroline).*

Fleksibilitet og frihed

Med det telemedicinske tilbud har de gravide fået en række opgaver, de skal varetage. Men de oplever hverken som en stor byrde at lave eller at have ansvaret for at lave målingerne.

For de gravide til observation for svangerskabskomplikationer betyder telemedicin, at de går til færre kontroller på hospitalet, og de giver udtryk for, at de bruger mindre tid på de telemedicinske målinger i forhold til de alternative fremmøder på hospitalet, i jordemoderkonsultationer eller ved praktiserende læge, bl.a. fordi de sparer transporttid og ventetid: *'Hellere det end at jeg skulle afsætte længere tid ved at skulle ned til lægen, og altså, så er det her kort. Jeg synes ikke det er et problem at få det passet ind' (Camilla).*

De oplever, at det telemedicinske tilbud er fleksibelt i tid og sted. De har mulighed for selv at planlægge, hvornår de laver målingerne, og at det derfor er nemt at passe opgaverne omkring målingerne ind i de øvrige dagligdagsaktiviteter: *'Det at jeg kan lave målingerne herhjemme, det øger fleksibiliteten rigtig meget, fordi jeg kan gøre det på det tidspunkt jeg gerne vil, altså godt nok inden kl. 12, men alligevel så er det ikke sådan, at jeg skal møde herinde kl. 10' (Sara).* *'Det betyder jo, at jeg kan fortsætte mine daglige aktiviteter, at jeg ikke behøver at sidde hjemme, eller tage fri eller sætte tid af til at tage på sygehuset' (Clara).*

Målingerne kan i princippet foretages hvor som helst. En af de gravide, som er studerende, beskriver eksempelvis at hun sommetider tager udstyret med ud på universitetet og laver målingerne derude, hvis hun har svært ved at nå at det inden hun skal ud af døren om morgenen.

For det gravide med for tidlig vandafgang handler fleksibiliteten meget om frihed: *'Jeg har fået min frihed tilbage, kontra de seks dage jeg var ude på Skejby' (Anna)*. De forestiller sig, at en længerevarende indlæggelse ville være meget begrænsende for dem og er glade for at være hjemme, fordi det giver dem mulighed for at tage del i hverdagsaktiviteter, i det omfang graviditeten tillader det: *'Selvom min graviditet jo selvfølgelig har ændret sig, fordi jeg skal lave alle de her ting, så er det ikke sådan, at jeg føler at jeg er låst fuldstændig fast og ikke kan gøre noget. Jeg tager også til København her den (...)'* (Anna).

De lægger yderligere vægt på at de har en hverdag derhjemme sammen med deres partner, og forestiller sig, at en langvarig indlæggelse ville være en stor belastning for partneren og for parforholdet: *'Det betyder rigtig meget at vi har noget, der bare ligner en hverdag sammen'* (Caroline). *'Jeg tror bare, at (...) ville have kronisk dårlig samvittighed ved at han så ikke var ude ved mig, fordi jeg var jo indlagt'* (Anna).

Teoretisk funderet analyse

Den teoretiske analyse tager udgangspunkt i teorier om empowerment (3-5) og har fokus på emner som; inddragelse, ansvar, viden og handlekompetence.

Kan ikke stole på og tolke egen krops signaler

De gravides erfaringer med pludseligt opståede komplikationer, uden forudgående signaler om at noget var ved at gå galt, er med til at forstærke et behov for at sikre sig at graviditeten forløber som den skal: *'jeg er generelt mere opmærksom end jeg ville have været hvis jeg ikke havde haft de erfaringer, jeg har'* (Clara).

Et behov der kan være svært at opfylde idet de tidligere har erfaret ikke at kunne stole på at kroppen signalerer, når noget er galt. Og at de, når kroppen giver et signal, så er usikre på hvordan de skal tolke det: *'Så har jeg ikke længere en fornemmelse af hvad der er normalt og hvad der ikke er'* (Caroline). En erfaring som gør det anvendeligt at inkludere mere objektive mål. En informant fortæller således at de regelmæssige målinger betyder rigtig meget: *'Jeg har jo ikke haft de her klassiske symptomer, som jeg selv har kunnet mærke, på svangerskabsforgiftning, så kan jeg på en anden måde få svarene; hvad foregår der inden i mig?'* (Camilla).

Målingerne opleves ikke som en erstatning, men et supplement til en allerede tilstedeværende stor opmærksomhed på graviditeten og de kropslige signaler: *'Man kan ikke hænge det hele op på målinger, man bliver også nødt til at forholde sig til hvordan man selv har haft det'* (Sara). En opmærksomhed på egne kropssignaler, der ligeledes skærpes gennem de spørgsmål, som de gravide besvarer i forbindelse med registrering af deres målinger.

Både tryghed og en påmindelse om at noget ikke er som det skal være

For de gravide der er til observation for svangerskabskomplikationer, kan de regelmæssige målinger og en besked om at alt er som det skal være, være med til at de kan lægge deres bekymring væk indtil næste måling: *'det har givet mig den ro at jeg har kunnet lade være med at tænke på det hele tiden ... koncentrere mig om målingerne, den time det tager tre gange om ugen, pakke det væk og tage det frem igen to dage*

senere ... i sammenligning med min graviditet for et år siden; den var enormt angstpræget hele vejen igennem' (Clara).

Mens de daglige målinger, for gruppen af gravide med for tidlig vandafgang, er både betryggende men også en daglig påmindelse om at alt netop ikke er som det skal være, at deres graviditet ikke er normal: *'Jeg synes ikke at det er et stort ansvar at lave de her målinger selv. Men jeg synes omvendt at det er et stort ansvar at håndtere det, det symboliserer' (Caroline).*

Handlekompetence, uafhængighed og et ønske om ikke at være til besvær

Informanterne peger på en øget tilgængelighed til sundhedsvæsenet. Selv hvis de ikke benytter sig af det, så har de en mulighed for at måle en ekstra gang og for at personalet kan se på en måling, uden af de skal ind på sygehuset. Det giver både en uafhængighed og en følelse af ikke at være til besvær: *'Jeg føler mig lidt mere uafhængig af læge og jordemødre ... altså førhen hvis jeg havde behov for en skanning eller CTG, blev jeg nødt til at tage derud ... og man føler sig meget, eller jeg har en tendens til at føle mig til besvær, men jeg har jo gjort det alligevel. Hvor det her [telemedicin] virker meget mindre i forhold til at trække på personalets ressourcer ... ja det har stor betydning for mig at jeg ikke skal bede om hjælp eller føle mig hjælpeløs ... det hjælper mig til at hvile lidt mere i det hele' (Clara).*

En gravid problematiserer hendes egen usikkerhed i forhold til, at tolke kroppens signaler ved at tilføje *'man vil jo helst ikke være hys, vel' (Caroline).* For hende er det en hjælp at teknologien understøtter hendes tolkninger ved, på baggrund af spørgsmål og målinger at give besked om at hun skal kontakte jordemoderen, hvis der er noget galt: *'så det er jo teknologien der gør at jeg ikke hele tiden skal rende frem og tilbage og banke på og øh, det gør ondt i maven – hvad nu?' (Caroline).*

Gravide med komplicerede graviditeter oplever, på trods af personalets forsikringer om det modsatte, at være til besvær og at belaste sundhedssystemet, når deres angst tager over og de beder om hjælp.

Det telemedicinske tilbud giver de gravide en mulighed for selv at handle ved at måle og se, at de objektive værdier er uændrede og det giver dem en ro og sikkerhed i forhold til at vurdere situationen og håndtere deres angst: *'jeg har tjekket blodtrykket et par ekstra gange ... altså hvis det er om aftenen, hvor lægen og det hele har lukket, så kan man sidde ved lægevagten og vente eller ringe på fødegangen unødvendigt. Hvis der er noget så kan jeg lige måle lidt ... [og] så kan jeg godt vente med at kontakte nogen' (Lotte).* *'Det at man selv kan være med i det og selv bestemme lidt og selv stå for det, jo det giver rigtig meget. For man kan godt nogen gange føle sig lidt hysterisk "åh, nu er det hende der kommer rendende igen" ... man har følt sig som lidt af en belastning nogen gange og det at kunne gøre det derhjemme selv, det er rigtig fint' (Maria).*

For gruppen af gravide med for tidlig vandafgang giver det at være i eget hjem en større uafhængighed, ikke bare i forhold til at skulle være et bestemt sted, men også i forhold til selv at tage ansvar for hverdagen og de aktiviteter og handlinger de vælger at bruge tid og kræfter på: *'det er ikke sådan at jeg er låst fast og ikke kan gøre noget' (Anna).* *'Hvis jeg mærker jeg har energi i dag, så tager jeg ned i byen ... så ville der nok være en sygeplejerske der spurgte om det her nu er en god ide, folk har hele tiden en mening om og holdning til det jeg gør' (Caroline).*

Konklusion

Studiet viser at telemedicin opleves som mindre omfattende end almindelig kontrol og at det giver tryghed og fleksibilitet. Derudover viser studiet at der er vigtigt at for de gravide at blive understøttet i egne muligheder for at tolke og handle på en måde, så de kan håndtere deres bekymring og angst og de kan skabe ro i graviditeten. Gennem det telemedicinske tilbud oplever de gravide øget tilgængelighed til sundhedssystemet, tryghed, fleksibilitet og en handlekompetence der giver mulighed for at påtage sig et ansvar.

Referencer

1. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research. SAGE Publications, London 2009
2. NVivo (<http://www.qsrinternational.com>)
3. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;16:354-361
4. Simmons C, Parson R. Empowerment for role alternatives i adolescence. Adolescence. 1983;18(69):193-200
5. Rappaport J. Studies in empowerment introduction to the issue. Prevention in Human Services. 1984;3:1-7

Bilag: Interviewguide. Gravide med komplikationer

Fokus for interviewet er hvilken rolle teknologien spiller for hverdagslivet og for graviditeten.

Graviditeten:

Første gang/erfaringer fra tidligere graviditet(er):

- Forløbet af denne graviditet
 - Anderledes ift. evt. tidligere graviditet
 - Konstatning af for tidlig vandafgang/svangerskabsforgiftning (hvornår - graviditetsuge)
- Hvad betyder det for resten af graviditeten?
 - Handlinger (ting, der skal gøres – ting, der ikke længere er mulige)
 - Behandlinger (herunder kontakter med sundhedsvæsenet)
 - Overvejelser/tanker/følelser (bekymringer, uro, utryghed for barnet/sig selv/andre)
- Hvad betyder det for hverdagslivet?
 - Hvad er anderledes?
 - Hvordan anderledes?
 - Evt. ændret egen rolle (ift. partner/børn/socialt)
 - Evt. ændring i andres roller (partner/børn/andre)

Telemedicin:

- Hvornår blev der etableret telemedicin?
 - Graviditetsuge
 - Hvorfor tilbud om telemedicin

- Hvorfor accept
 - Forventninger
- Hvad betyder telemedicin for hverdagslivet?
 - Hvad skal der gøres (målinger, kommunikation, andet)
 - Tidsforbrug (den tid, der anvendes og den tid, der spares)
 - Fleksibilitet/selvbestemmelse i hverdagen (behandling og andre gøremål)
 - Involvering af andre i telemedicin (hvem, hvad og hvordan)
- Hvad betyder telemedicin for graviditeten?
 - Viden (ny, ændret viden)
 - Kompetencer (tillid til/tro på egen forståelse og egne handlinger)
 - Overvejelser/tanker/følelser (bekymringer, uro, utryghed for barnet/sig selv/andre)
- Hvad betyder telemedicin for behandlingen?
 - Bliver samarbejde med de sundhedsprofessionelle anderles?
 - Hvordan bliver det anderledes?
 - Formen (den måde, der tales på)
 - Indholdet (det, der tales om)
 - Relationen (tillid, gensidighed, inddragelse)
- Anden betydning/effekt af telemedicin?
- Ønsker til telemedicin?
- Ønsker til organisering af behandling af for tidlig vandafgang/svangerskabsforgiftning?

Bilag 12: Model til beregning af resurseforbrug i NetKOL

(version 3, 7. januar 2015, Allan Green)

Dette notat beskriver en model til beregning af personaleforbruget i NetKOL ved forskellige antal patienter. Efter gennemgang af modellen opstilles scenarier for bemanningen og grundlaget for modellen gennemgås afslutningsvist.

Beregningsmodel

I modellen udregnes tidsforbruget som en funktion af antallet af patienter, der overvåges i det telemedicinske system (OpenTele).

Sygeplejersker

Der skelnes her mellem tid forbrugt til planlagte videosamtaler og tid forbrugt til øvrige opgaver i NetKOL. Til planlagte videosamtaler medregnes forberedelse og dokumentation i forbindelse med den konkrete videosamtale.

Øvrige opgaver omfatter

- tjek af alarmer
- tage stilling til evt. forværringer i samråd med læge
- kontakt til patienter i forbindelse med tjek af og opfølgning på alarmer (telefonisk eller via meddelelser)
- uplanlagte videosamtaler
- spørgsmål og opbringninger fra patienter om tekniske problemer
- kontakt til TDC omkring tekniske problemer
- dokumentation i forbindelse med ovenstående.

Model, sygeplejersker

- | | |
|-------------------------------|--|
| ▪ Videosamtaler, tidsforbrug: | 30 min. per stk. |
| ▪ Videosamtaler, hyppighed: | 1 daglig videosamtale per 61 patienter |
| ▪ Øvrigt tidsforbrug: | 2,5 min. per patient |

Der kalkuleres med 7 timers daglig effektiv arbejdstid for en sygeplejerske.

Modellen beskriver tidsforbruget for patienter, der har overstået introduktionsperioden, hvor tidsforbruget ved introduktion af patienter forventes at være højere. Dels vurderes videosamtalerne at være længere i introduktionsperioden, dels vil samtalerne her typisk være hyppigere. Perioden kan være de første 14-dage op til 6 måneder for visse patienter. Herudover vurderes der at være behov for 1 times introduktion og oplæring til hver ny patient.

Det forudsættes herudover, at der ikke er større tekniske problemer eller at disse problemer håndteres uden for klinikken. Endelig er der ikke indlagt tid til udvikling af den telemedicinske behandling eller OpenTele.

Læger

Her skelnes mellem dels tid til bistand til sygeplejerskerne og evt. *ad hoc* videosamtaler, dels tid til de årlige planlagte videosamtaler. Til disse årlige videosamtaler bookes 15 min. henover 47 uger om året.

I modellen er indlagt en forudsætning om stordriftsfordele og til de første 40 patienter afsættes der derfor 30 min. dagligt. Herefter lægges der 0,4 min. til for hver yderligere patient.

Model, læger

- Løbende bistand og *ad hoc* videosamtaler: 20 min til 40 patienter
herudover 0,4 min. per patient
- Planlagte videosamtaler: 1 årligt per patient

Scenarie

De følgende opstilles 3 scenarier for hhv. 61, 100 og 140 patienter.

Sygeplejersker

Antal patienter	61	100	140
Antal daglige planlagte videosamtaler	1,0	1,6	2,3
Tidsforbrug på planlagte videosamtaler (timer)	0,5	0,8	1,1
Øvrigt tidsforbrug (timer)	2,6	4,2	5,9
Samlet dagligt tidsforbrug (timer)	3,1	5,0	7,0
Antal sygeplejerske (årsværk)	0,44	0,71	1,00

Læger

Antal patienter	61	100	140
Tidsforbrug løbende bistand til spl. (min.)	28	44	60
Tidsforbrug til planlagte videosamtaler (min.)	8	13	18
Antal ugentlige årskontroller	1,3	2,1	3,0
Samlet dagligt tidsforbrug (min.)	36	57	78
Antal læger (årsværk)	0,09	0,14	0,19

Grundlaget for model

Sygeplejersker

Grunden til at modellen er baseret på dels skøn af den gennemsnitlige videosamtale, dels øvrigt tidsforbrug, er at almindelige tidsmålinger af konkrete underaktiviteter ikke vurderes at være mulige. Dette skyldes at arbejdet med den telemedicinske overvågning består af et utal af mindre, overlappende opgaver, hvoraf en del ikke er patient specifik eller meget korte. Derfor har vi vurderet at tidsmålinger af konkrete aktiviteter knyttet til specifikke patienter, ikke har været en tilstrækkelig præcis måde at opgøre tidsforbruget.

Det har dog været muligt at nå frem til et godt skøn for længden af en planlagt videosamtale, og den samlede tid på arbejdet med telemedicinen har også kunnet opgøres relativt præcist. Derfor er disse målinger blevet lagt til grund for modellen.

Det konkrete datagrundlag for modellen er opgørelser af tidsforbruget og antal planlagte videosamtaler på Hvidovre Hospital i perioder i april, juni og juli måned 2014 samt juni måned på Herlev Hospital (uge 25).

Efterfølgende i oktober 2014 er skønnet for længden af videosamtaler mv. blevet justeret fra 45 min. til 30 min., da de som følge af øget rutine hos personalet vurderes at være blevet kortere.

Antallet af planlagte videosamtaler har varieret igennem forsøgsperioden og i den efterfølgende periode indtil i dag. Dette har primært skyldtes et ændringer i antal inkluderede forsøgsdeltagere og en justering i hyppigheden af planlagte videosamtaler efter afslutning fra forsøget. I forsøgsperioden har patienter haft en fast videosamtale, hver måned. Efter afslutning i forsøget gives der videosamtale efterbehov, dog max. hver tredje måned. Dette er der taget højde for i opstilling af modellen.

Da det øvrige tidsforbrug indeholder tid til håndtering af tekniske problemer, afhænger estimatet i høj grad af mængden af tekniske problemer og af om de håndteres af det kliniske personale eller ej. I visse perioder af vinteren og foråret 2014 gik op i mod halvdelen af sygeplejerskernes tid således til håndtering af tekniske problemer. I modellen er forudsat, at der er enten er meget få tekniske problemer eller at de løses uden for klinikken.

På Herlev Hospital viste beregninger et gennemsnitligt tidsforbrug på 3,6 min. per patient. Dette højere gennemsnitlige tidsforbrug vurderes at skyldes et lavere antal patienter og evt. tilhørende manglende mulighed for stordriftsfordele samt forskellige i opgørelsesmetoden.

Herudover skal der tages højde for at modellens udgangspunkt er et projekt set up, hvor rutine hos personalet og organisationen endnu ikke er fuldt optimeret. Samtidigt vurderes det at tiden til øvrige opgaver kan reduceres med 20-30 pct. via nye funktionaliteter i OpenTele, der nedsætter behovet for manuel opfølgning på manglende målinger fra patienterne og overtrådte tærskelværdier. Det vurderes derfor at der ligger et endnu uopfyldt rationaliseringspotentiale.

Det gennemsnitlige tidsforbrug på en videosamtale inklusiv forberedelse og efterfølgende dokumentation er som nævnt skønnet. Skønnet er blevet drøftet og godkendt af de udførende sygeplejersker.

Antal patienter opgøres som antal aktive patienter i OpenTele inklusiv pilotpatienter (eksklusivt testpatienter).

Læger

Der er her taget udgangspunkt i indrapporteringer af lægernes tidsforbrug på Amager og Bispebjerg i månederne marts og april. Herudover er der suppleret med skøn over tidsforbruget på Hvidovre i juli måned.

I januar 2015 er skønnet for længden af en årskontrol blevet nedjusteret fra gennemsnitligt 30 til 15 min og løbende bistand og *ad hoc* videosamtaler til 40 patienter er ændret fra 30 til 20 min.