

TELEMEDICIN TIL GRAVIDE

- Gravides oplevelse af at benytte telemedicin set fra et kritisk psykologisk perspektiv

Speciale fra kandidatuddannelsen i Pædagogisk Psykologi, DPU, Aarhus Universitet

Maria Nygaard Hansen – Studienummer: 201702635

Vejleder: Jens Christian Nielsen

Afleveringsdato: 25.juni 2020

Antal anslag: 182.572

Abstract

The purpose of this thesis is to study how women with pregnancy complications experiences the use of telemedicine.

The thesis work is based upon critical psychology, which provides understanding of how the subject must be seen in relation to its context. Critical psychology one makes us of the concepts ‘*conditions*’, ‘*ability to act*’, ‘*actions possibilities*’, ‘*practice research*’, ‘*daily way of life*’ and ‘*self-understanding*’. In critical psychology the first-person perspective is a central concept, in the thesis and I explore the research field from the pregnant women’s point of view.

The empirical data collection consists of one observation and four semi-structured qualitative interviews. Three of the interviews were pregnant women, and this was supplemented by an interview with a midwife, who uses telemedicine in her daily work. One of the pregnant women I observed while she was being instructed in the use of telemedicine.

The empirical data were analyzed with an analytical strategy, developed within critical psychology, and the concepts of a conditions-, meaning- and reason analysis. In addition, Hanne Haavind’s analytical strategy is used to analyze similarities commonalities and particularities in the interviews.

The results of the analysis showed that the pregnant women in general perceive it as positive to use telemedicine, and they feel safe to use telemedicine. Telemedicine allows the pregnant woman to maintain a daily life they normally would at home and gives them freedom of action. Pregnant women are more likely to be active participants in their own treatment with the use of telemedicine. The thesis also showed that it makes the pregnant women feel less like a patient with an illness as they experienced to be in control over their situation. Telemedicine can be seen as a link between the hospital and the daily life as it takes place in their private home.

The analysis showed that the pregnant women perceive the level of responsibility differently, and especially one woman felt the responsibility was shifted from the staff to herself, which made her feel insecure. The analysis indicated of the importance of the instructions you get when using telemedicine and the clear definitions of responsibilities require special attention from the healthcare staff.

This thesis may be useful for healthcare professionals working with telemedicine or interested in the subject and for pregnant woman seeking information about telemedicine.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	1
1. Indledning.....	6
2. Specialets struktur og opbygning	8
2.1. Teoretisk og metodisk vinkel.....	8
2.2. Afgrænsning af problemfelt.....	9
2.3. Begrebsafklaring i forhold til specialets problemfelt.....	9
Gravid	9
Telemedicin.....	9
Forsker	10
2.4. Specialets opbygning	10
3. Forskningsoversigt.....	11
3.1. Følgende litteratur er fundet relevant for specialet	13
3.2. Speciales placering i forskningsfeltet	18
4.1. Metateoretisk ramme: Kritisk psykologi.....	18
4.1.1. Kritisk psykologi.....	19
4.1.2. Historisk dialektisk materialisme.....	20
4.2. Analytiske begreber:	20
4.2.1. Betingelser	20
4.2.2. Handleevne	21
4.2.3. Handlemuligheder.....	21
4.2.4. Praksisforskning.....	22
4.2.5. Den daglige livsførelse	22
4.2.6. Selvførelse	23
4.3. Kritisk psykologi som teoretisk ramme for dette speciale.....	24

4.4. Telemedicin.....	24
4.4.1. Introduktion til telemedicin.....	24
4.4.2. Definitioner på telemedicin.....	25
4.4.2.1 Definition på telemedicinsk hjemmemonitorering	27
4.4.3. Evaluering af telemedicinske projekter	28
4.5. Komplikationer under graviditeten	28
4.5.1. Diabetes i graviditeten	29
4.5.2 Hypertension og præeklamsi.....	31
4.5.3 For tidlig vandafgang (PPROM).....	32
5. Undersøgellesdesign og metode	33
5.1. Kvalitativ forskning og forskningsmetoder	33
5.2. Observationer	35
5.3. Det kvalitative interview og udarbejdelse af interviewguide	37
5.4. Forskning i egen praksis og medforskerbegrebet	39
5.5. Oversigt over interviewdeltagerne	42
5.6. Ethiske refleksioner	43
6. Analyse.....	47
6.1. Analysestrategi.....	47
6.1.1. Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse	47
6.1.2. Analytiske læsninger på tværs – Tematisk læsning	49
6.1.3. Analytiske læsninger på langs – Case-orienteret læsning.....	49
6.1.4. Særtræk og fællestræk.....	50
6.2. Analyse	50
6.2.1. <i>Første delanalyse: Sikkerhed som betingelse for tryghed</i>	51
6.2.2. <i>Anden delanalyse: Ansvar</i>	56
6.2.3. <i>Tredje delanalyse: Telemedicin som en del af den daglige livsførelse</i>	61
6.3. Opsamling på analyse	68

7. Diskussion	69
7.1. Vurdering af specialets kvalitet	69
7.2. Diskussion af anvendte metoder	72
7.3. Diskussion af analysens resultater i forhold til studierne fra forskningsoversigten	74
8. Konklusion.....	76
9. Perspektivering: Den teknologiske udvikling på sundhedsområdet i fremtiden	78
Litteraturliste	82

1. Indledning

Graviditeten er en tid, hvor der sker enorme forandringer i kvindens krop. For langt de fleste kvinder forløber graviditeten normalt, men for nogle kvinder opstår der komplikationer undervejs i graviditeten. Det kan være, at barnet ikke vokser som det skal, at fostervandet afgår for tidligt, at den gravide udvikler svangerskabsforgiftning eller andre komplikationer undervejs i graviditeten. Andre gravide har én eller flere risikofaktorer, som er opstået før graviditeten, som fx overvægt, forhøjet blodtryk eller diabetes, og disse sygdomme kan ligeledes påvirke graviditeten. Nogle af komplikationerne påvirker ikke kun den gravide kvinde, men kan også påvirke hendes barn. Da barnet og moren er tæt forbundet kan faktorer, der påvirker moren også få en betydning for barnet.

Når der opstår komplikationer i graviditeten betyder det ofte, at den gravide har behov for hyppige ambulante kontroller eller for at være indlagt i kortere eller længere tid i løbet af graviditeten. Hvis fx fostervandet afgår langt før terminsdatoen, kan det være nødvendigt for kvinden at være indlagt til aflastning for at forhindre, at barnet bliver født for tidligt. Igennem min profession som jordemoder har jeg observeret gravide med komplikationer, som er indlagt i lang tid i løbet af deres graviditet. Før implementering af telemedicin var det ikke unormalt, at en gravid var indlagt i flere måneder. Dette er både hårdt for den gravide og for hendes partner og eventuelle børn derhjemme, som må undvære deres mor. Dertil kommer at indlæggelser er dyre for sundhedssektoren, samt risikoen for at pådrage sig en infektion i forbindelse med hospitalsopholdet, hvilket sker for ca. 7-10 procent af alle indlagte patienter i Danmark (Ellermann-Eriksen, 2017).

På Aarhus Universitetshospital har der i perioden 2012-2014 kørt et projekt ved navn KIH-projektet (Klinisk Integreret Hjemmemonitorering). Her blev der udviklet et monitoreringssystem (ved navn OpenTele) til selvmonitorering af både moderens og det ufødte barns velbefindende. Ved hjælp af dette system kan gravide monitorere deres egen og barnets tilstand hjemmefra ved løbende at indsende målinger til hospitalet. De gravide måler selv blodtryk, hjertelyd, blodsukker, infektionstal i blodet samt observerer udviklingen af subjektive symptomer og indsender resultater via en tablet til den pågældende afdeling, hvor sygeplejersker og jordemødre aflæser resultaterne.

Der er store besparelser at hente for sundhedsvæsenet, ved at gravide benytter telemedicin derhjemme. Resultater ved KIH-projektet viste, at hjemmemonitoreringen medførte over 70 procent-besparelse i personaletimer sammenlignet med indlæggelse. Ligeledes blev antallet af sengepladser til gravide reduceret med 44 procent i den årrække projektet foregik (Lee, Sandvei, Hosbond, Petersen & Christiansen, 2015).

Telemedicin er en fællesbetegnelse, der dækker over forskellige typer sundhedsydelser, der bliver leveret digitalt og over afstand, og som erstatter et fysisk møde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, der leverer ydelser. Telemedicin kendes også fra andre patientgrupper som fx KOL-patienter, hjertepatienter og patienter i psykiatrien (Langstrup, 2014).

På baggrund af de gode resultater fra Aarhus Universitetshospital har Regeringen og Danske Regioner indgået en aftale om, at telemedicin skal udbredes som en del af tilbuddet til gravide med komplikationer på alle danske fødeafdelinger inden udgangen af 2020 (Digitaliseringsstyrelsen, 2017). Statistikker viser, at antallet af overvægtige gravide er i stigning. Overvægt kan få betydning for graviditetens forløb, da overvægt øger risiko for at den gravide udvikler diabetes, forhøjet blodtryk eller svangerskabsforgiftning (Sjøgren, 2019). Ligeledes er der en stigning af forekomsten af diabetes blandt kvinder i den fertile alder (Christensen et al., 2019). Ud fra denne viden kan det således antages, at der i højere grad vil være behov for telemedicin til gravide i fremtiden.

Jeg ønsker med dette speciale at undersøge, hvordan de gravide oplever at benytte telemedicin, og hvilke erfaringer de gør sig i den forbindelse. Med baggrund i min praksiserfaring som jordemoder, har jeg observeret gravide med komplikationer, der har været indlagt i længere tid i graviditetsforløbet eller er kommet til hyppige kontroller på hospitalet.

Jeg har en antagelse om, at det er til fordel for de gravide at være hjemme i deres vante omgivelser frem for at være indlagt på hospitalet. Jeg forestiller mig, at kvinderne føler sig mere raske ved at være derhjemme frem for på et sygehus, som ofte er forbundet med sygdom. Desuden har jeg en formodning om, at de føler et større ansvar for deres egen sygdom, ved selv at foretage målingerne. På den anden side har jeg en forestilling om, at nogle gravide kan opleve, at det kan føles som et stort ansvar selv at foretage målingerne og at de måske foretrækker at være indlagt eller komme hyppigere til kontrol. Jeg antager, at der er nogle kvinder, som ikke

ønsker at være hjemme, men vil føle sig mere trygge ved at være tæt på specialisterne på hospitalet.

Disse overvejelser har ledt til følgende problemformulering:

Hvordan oplever gravide med komplikationer at benytte telemedicin?

Ovenstående problemformulering vil blive besvaret ved hjælp af disse forskningsspørgsmål:

1. Hvordan kan telemedicin få betydning for den daglige livsførelse hos gravide?
2. Hvilke handlemuligheder giver telemedicin de gravide?
3. Kan telemedicin skabe betingelser for gravides selvforståelse?
4. Hvordan kan telemedicin skabe betingelser for gravides deltagelse og ansvar for egen sygdom?

2. Specialets struktur og opbygning

2.1. Teoretisk og metodisk vinkel

Specialet er forankret i kritisk psykologi og der bruges begreber indenfor denne teoriramme. Kort fortalt lægger kritisk psykologi vægt på at forstå det enkelte menneske og dets handlemuligheder i relation til den kontekst, som mennesket indgår i. Dette vil blive uddybet i afsnittet ”4.1. Metateoretisk ramme”, hvor specialets metateoretiske ramme vil blive udfoldet.

Inden for kritisk psykologi gøres brug af førstepersonsperspektivet, og der lægges derfor op til at foretage metodevalg, der giver et indblik i gravides perspektiver. Jeg er interesseret i betydningen af telemedicin, og jeg ønsker at undersøge det ud fra de gravides egne erfaringer og oplevelser med at benytte telemedicin. Det empiriske materiale vil derfor komme til at bestå af en deltagerobservation, hvor en gravid kvinde oplæres i at benytte telemedicin, tre kvalitative interviews med gravide, som bruger telemedicin i hjemmet, samt et interview med en jordemoder, der benytter telemedicin som arbejdsredskab.

Det empiriske materiale vil blive analyseret og fortolket med udgangspunkt i en ”betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse”, som ofte anvendes indenfor den kritiske psykologi. Derefter diskuteres resultaterne af analysen set i forhold til forskningsoversigten, hvor eksisterende forskningsstudier om telemedicin til gravide præsenteres. Afslutningsvis en

opsamlende konklusion efterfulgt af en perspektivering omkring den teknologiske udvikling på sundhedsområdet i fremtiden.

2.2. Afgrænsning af problemfelt

Der er mange aspekter omkring telemedicin, som kunne være spændende at udforske. Af tid- og pladshensyn har jeg fravalgt at gå ind i de økonomiske og tidsmæssige besparelser ved at benytte telemedicin, da dette er et stort og omfangsrigt emne.

Jeg undersøger forskellige former for komplikationer, som kan være på spil hos den gravide. Der er udvalgt komplikationerne diabetes, forhøjet blodtryk, svangerskabsforgiftning og for tidlig vandafgang, da det er målgrupperne, der oftest benyttet telemedicin under graviditeten.

Telemedicin kan også bruges til andre målgrupper, fx gravide, der tidligere har haft en dødfødsel, men har jeg fravalgt denne målgruppe, da jeg antager, at der kan være nogle andre psykiske faktorer, der gør sig gældende i sådan en situation.

2.3. Begrebsafklaring i forhold til specialets problemfelt

I det følgende afsnit vil jeg afklare begreberne *gravid*, *telemedicin* og *forsker*, da disse begreber har betydning for specialets problemfelt.

Gravid

I dette speciale omtales de gravide kvinder enten som ”de gravide”, ”gravide kvinder” eller ”patienter”. I nogle studier refereres de gravide kvinder som ”borgere”, men jeg har valgt ”patient-udtrykket”, da det bruges i praksis om gravide kvinder på fødeafdelinger og af det sundhedsfaglige personale, der benytter telemedicin til de gravide.

Telemedicin

Begrebet telemedicin defineres i afsnittet ”4.4 Telemedicin”. Der findes andre begreber, som minder om telemedicin som fx begreberne *telesundhed*, *telerehabilitering* og *velfærdsteknologi*.

Telesundhed tager udgangspunkt i patienten og patientens samlede behov for kontakt med sundhedsvæsenet, hvorimod begrebet telemedicin tager udgangspunkt i en diagnose eller et medicinsk speciale. Da jeg beskæftiger mig med graviditet og graviditetsrelaterede komplikationer, finder jeg det derfor relevant at benytte termen telemedicin i dette speciale.

Forsker

Undervejs i specialet omtaler jeg mig selv som forsker og beskriver min måde at forske på, samt inddragelse af medforskere. Det er med forbehold, at jeg omtaler mig selv forsker, da forskningsprojekter ofte er langt mere omfattende sammenlignet med dette speciale. Ved alligevel at bruge forskertermen henvises til, at jeg i dette speciale undersøger og udforsker problemfeltet på videnskabelig vis.

2.4. Specialets opbygning

I det følgende afsnit præsenteres specialets opbygning med henblik på at skabe et samlet overblik over specialets i alt 9 kapitler.

- I kapitel 1 præsenteres en indledning til problemfeltet, som leder frem til specialets problemformulering og forskningsspørgsmål.
- Kapitel 2 indeholder specialets teoretiske og metodiske vinkel, afgrænsning af problemfelt samt begrebsafklaring i forhold til specialets problemformulering.
- Kapitel 3 indeholder en forskningsoversigt, hvor der præsenteres eksisterende forskning i relation til telemedicin til gravide, samt en søgestrategi og specialets placering i forhold til eksisterende forskning.
- Kapitel 4 er specialets teoretiske del, der indeholder tre afsnit. Det første afsnit beskriver specialets metateoretiske ramme, som er kritisk psykologi og hvor udvalgte grundbegreber præsenteres. Disse begreber anvendes senere i analysen af det empiriske

materiale. Herefter følger et afsnit om telemedicin, hvor der skitseres hvilke definitioner på telemedicin og telemedicinsk hjemmemonitorering, der gør sig gældende. Den sidste og tredje del af teoriafsnittet er et afsnit om komplikationer under graviditeten.

- I kapitel 5 belyses specialets undersøgelsesdesign og metode, herunder den kvalitative metode, interview og deltagerobservationer, samt etiske refleksioner.
- I kapitel 6 fremlægges indledningsvis den valgte analysestrategi. Herefter følger analysen af det empiriske materiale ved hjælp af grundbegreberne fra kritisk psykologi. For at skabe overblik er analysen inddelt i tre delanalyser, men skal læses som en samlet analyse. Analysen afsluttes med en opsamling af delanalysernes væsentligste pointer.
- Kapitel 7 er specialets diskussionsafsnit. Her vurderes og diskuteres specialet i forhold til kvalitetskriterier for kvalitativ forskning, efterfulgt af en diskussion af specialets anvendte forskningsmetoder. Derefter diskuteres analysens fund set i forhold til forskningsoversigten.
- Kapitel 8 er en opsamlende konklusion, der besvarer problemformuleringen og afrunder specialet.
- Afslutningsvist indeholder kapitel 9 en perspektivering omkring sundhedssektorens teknologiske udvikling i fremtiden.

3. Forskningsoversigt

Med henblik på at skabe transparens præsenteres der i følgende afsnit et overblik over eksisterende publiceret forskning indenfor området om telemedicin til gravide kvinder. Indledningsvist beskrives søgestrategien, og derefter præsenteres de udvalgte studier, som er vurderet relevante for specialet. Afsluttende vil afsnittet indeholde overvejelser omkring dette speciales placering i forskningsfeltet.

I min research af emnet ser jeg en øget udvikling af forskning på området hen over årene 2010-2020. Der er forsket meget i økonomiske gevinster og det tidsbesparende aspekt ved at bruge telemedicin. Det er særligt patientgrupper med kroniske sygdomme som fx KOL og diabetes, der er genstandsfelt for forskningen, men da dette speciale omhandler gravide med komplikationer, har jeg valgt kun at inddrage forskning, som omhandler gravide.

Der er foretaget en systematisk litteratursøgning, hvor der er søgt i databaserne PsycINFO, Den Danske Forskningsdatabase, CINAHL og PubMed. På baggrund af specialets problemformulering, er der anvendt søgeord som fx: *Telemedicin, graviditet, oplevelse, obstetrik* m.fl. og disse søgeord er afsøgt i forskellige konstellationer på sprogene dansk, engelsk, svensk og norsk. PsycINFO er udvalgt på baggrund af sit psykologiske indhold og CINAHL og PubMed er udvalgt, da databaserne har et sundhedsfagligt fokus. For at sikre kvalitet, er der søgt ud fra kriteriet ”peer reviewed”, hvilket betyder, at litteraturen er gennemgået og godkendt af andre forskere på området. Udover søgning i databaser er der brugt kædesøgning, hvor referencer fra andre opgaver, litteratur og artikler anvendes til at finde relevant litteratur. Denne type søgning har ført til litteratur, som ikke er peer-reviewed. Det gælder fx KIH-slutrapporten, som alligevel vurderes af høj faglighed, idet KIH-projektet foregår over en årrække og med et deltagerantal med forventet tilstrækkelig styrke til at vise signifikante resultater.

Oprindeligt var ambitionen, at søgningen skulle gå 10 år tilbage, således at litteraturen var fra år 2010 og fremad. Da jeg senere brugte kædesøgning, viste det sig dog, at der var brugbare studier, som var publiceret før 2010 og derfor blev dette eksklusionskriterie ændret, for ikke at gå glip af relevant forskning. Det var fx studiet af Homko et.al. som er publiceret i 2007, og som følge heraf blev inklusionskriteriet ændret til år 2007.

Der er inddraget forskning fra lande, som jeg vurderer sammenlignelige med Danmark i forhold til svangreomsorg i dette tilfælde europæiske lande og USA. Der findes studier fra lande som fx Taiwan eller Brasilien, som er frasorteret, da tilgangen til gravide og fødende er meget anderledes end i Danmark. Fx ses der stor risikotænkning i forhold til tilgangen til gravide kvinder i Brasilien, hvor 80 procent af alle kvinder føder ved kejsersnit, da det vurderes som det sikreste og nemmeste for hospitalsvæsenet, og kvinderne selv ønsker at føde ved kejsersnit (Herscend, 2015). Det er derfor kun med forbehold, at resultaterne fra udlandet kan overføres til

danske forhold, da sundhedsvæsenets organisering, teknologi og geografiske afstande varierer fra land til land.

Den systematiske litteratursøgning er beskrevet i søgeprotokollen, som er vedlagt som Bilag A.

3.1. Følgende litteratur er fundet relevant for specialet, da alle studierne undersøger gravides erfaringer og oplevelse med at benytte telemedicin:

- *”Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH) – Slutrapport til Fonden for Velfærdsteknologi”* (Lee et al., 2015). KIH-studiet er et dansk tværregionalt og tværsektorielt projekt omkring udvikling og afprøvning af telemedicinske løsninger i patienternes eget hjem. Projektet fandt sted på Aarhus Universitetshospital i perioden april 2012 - december 2014. KIH-projektet var et pilotprojekt, som i starten kørte på forsøgsbasis, men nu er fast implementeret på mange hospitaler rundt om i landet. De telemedicinske løsninger blev afprøvet i fem delprojekter med hver sin patientgruppe: Diabetes, Gravide med komplikationer (E-graviditet), KOL, Gravide uden komplikationer og Patienter med inflammatoriske sygdomme. Det er særligt delprojektet omkring gravide med komplikationer, som er relevant for dette speciale. I delprojektet deltog 120 gravide med henholdsvis svangerskabsforgiftning, for tidlig vandafgang eller diabetes. Delprojektet bestod af en interventionsgruppe, som var de gravide, der brugte telemedicin, og en kontrolgruppe, som ikke modtog telemedicinsk behandling. I KIH-projektet undersøges både patienters og det sundhedsfaglige personalets vurdering af telemedicin. I projektet er der bl.a. undersøgt graden af tilfredshed og tryghed ved at bruge telemedicin. Slutrapporten viser en overordnet tilfredshed blandt patienterne i de fem delprojekter og samarbejdet med personalet vurderes generelt som godt. I KIH-rapporten indgår et kvalitativt studie baseret på semistrukturerede interviews med syv gravide med komplicerede graviditeter. Det kvalitative studie viste, at gravide med svangerskabsforgiftning og for tidlig vandafgang oplevede, at telemedicin gav dem øget handlekompetence og mulighed for at påtage sig et ansvar (Lee et al., 2015). De gravide gav udtryk for en følelse af øget frihed og fleksibilitet, samt kontrol over egen helbredstilstand og tolkning af kroppens signaler (Sandvei & Lee, 2015). Personalet vurderede de telemedicinske

tiltag via en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse. Samlet set var personalet positive overfor de fordele, som telemedicin medførte, herunder mere individuelle patientforløb samt hyppigere kontakt og kommunikation med patienten. Dertil en oplevelse af bedre kontinuitet i forløbet, idet det var det samme personale, som havde kontakt med patienten igennem behandlingsforløbet. Personalet vurderede, at der skete et serviceløft i behandlingen, da der var mulighed for at udføre flere målinger uden brug af ekstra konsultationstid på hospitalet (Lee et al., 2015).

Oplevelsen med at benytte telemedicin, set fra gravide og personalets perspektiv, er et tema, som også undersøges i følgende studie:

- *“The Use of Telemedicine in Obstetrics: A review of the Literature”* (Magann et al., 2011). Studiet er et amerikansk litteratur-review, som er baseret på 60 internationale studier, der omhandler telemedicin til gravide. Studiet har til formål at sammenholde publiceret litteratur om økonomiske gevinster ved telemedicin samt de gravide kvinders oplevelse af at benytte telemedicin. I studiet diskuteres, hvordan telemedicin kan bruges i obstetrikken. Det er særligt afsnittet om gravidens oplevelse med at benytte telemedicin, som er relevant for dette speciale. Overordnet viser dette review, at der samlet set er en tilfredshed fra personalets side og en følelse af ”self-efficacy”¹ blandt gravide med diabetes. Et enkelt studie, der indgik i dette review, viste en 100 procent tilfredshed i telemedicingruppen, når der blev målt på gravidens oplevelse af at benytte telemedicin.

Telemedicin til gravide med diabetes er et tema, som også går igen i næste reviewstudie:

- *“The Emerging Role of Telemedicine in Managing Glycemic Control and Psychobehavioral Aspects of Pregnancy Complicated by Diabetes”* (Chilelli, Dalfrà & Lapolla, 2014). Det er et italiensk litteratur-review, som inddrager resultater fra 24 internationale videnskabelige artikler. Formålet med dette studie er at samle forskning på området, der er relateret til gestationel diabetes og præ-gestationel diabetes, samt belyse kvantiteten og kvaliteten af den informationsudveksling, der sker mellem gravide med diabetes og det sundhedsfaglige personale. Formålet med studiet er ligeledes at undersøge telemedicins indvirkning på

¹ Begrebet self-efficacy har ikke en direkte dansk oversættelse, men kan beskrives som ”troen på at kunne”, og vedrører menneskers tro på sig selv i forskellige situationer. Det er den canadiske-amerikanske psykolog Albert Bandura, som er ophavsmænd til begrebet self-efficacy (Nielsen, 2011).

behandlingen og udfaldet for mor og barn, i graviditeter hvor moren har diabetes. Litteratur-reviewet analyserer styrker og begrænsninger ved eksisterende forskning med henblik på, at forbedre effektiviteten af fremtidige kliniske interventioner. Forskerne beskriver, hvordan telemedicin kan bruges til at støtte gravide med diabetes, og derigennem give dem en øget egenomsorg og livskvalitet. Forskerne konkluderer på baggrund af denne review-artikel, at telemedicin har en positiv indvirkning på psykologiske aspekter hos gravide med diabetes. De konkluderer desuden, at der mangler mere forskning på området.

Det næste studie er også et reviewstudie, som indsamler og konkluderer på baggrund af eksisterende forskning:

- *“The Role of Telemedicine in the Management of the Pregnancy Complicated by Diabetes”* (Homko, Igwe, & Mastrogiannis, 2012). Dette amerikanske review-studie gennemgår publiceret forskning om telemedicin i diabetiske graviditeter. Studiet har til formål at beskrive, hvordan sundhedsteknologi kan bruges til gravide med diabetes samt vigtigheden af, at disse patienter foretager hyppige blodsuktermålinger. Studiet peger på, at diabetes er den hyppigste komplikation i graviditeten i USA, som følge af den stigende overvægt. Homko et al. opridses et interessant problem med behandlingen af gravide med diabetes, hvilket er den korte tidsramme. Almindeligvis opdages graviditetsbetinget diabetes (GDM), når kvinden er gravid i 24.-28. uge, og så er der kun 12-16 uger, til hun skal føde. Hvis den gravide har diabetes før graviditeten, er der teoretisk set en længere tidsramme, og det er derfor vigtigt, at hun opsøger læge allerede fra graviditeten planlægges, med henblik på at få den rette støtte og behandling (Homko et al., 2012).

Homko et al. påpeger, at det er vanskeligt at sammenligne de forskellige studier, da der ofte indgår for få forskningsdeltagere, og at studierne ikke er sammenlignelige i patientgrupper og studiedesign. Dog konkluderes der, at der i alle studierne er undersøgt komponenter af livskvalitet. Litteratur-reviewet viser, at både patienter og det sundhedsfaglige personale er positive overfor telemedicin, da det bl.a. reducerer besøgene på hospitalet. Litteratur-reviewet peger på en mindre grad af frustration og en stigende følelse af self-efficacy hos patienterne. Nogle af studierne, der er brugt i reviewet, påviser et bedre udfald af graviditeten for mor og barn, men det er der ikke evidens for. Homko et al. konkluderer i litteratur-reviewet, at der er

behov for store, randomiserede undersøgelser, for at undersøge det obstetriske udfald for mor og barn.

Da ovenstående studie af Homko et al. (2012) refererer til et studie af Dalfrá, Nicolucci & Lapolla (2009), finder jeg det relevant at inddrage studiet, som derfor beskrives i det følgende:

- Det italienske studie ”*The effect of telemedicine on outcome and quality of life in pregnant women with diabetes*” måler bl.a. på livskvaliteten hos gravide med diabetes, som benytter telemedicin (Dalfrá, Nicolucci & Lapolla, 2009). Studiet er trykt i tidsskriftet *Journal of Telemedicine and Telecare* i 2009, og er et af de største studier på området. Det er et prospektivt observationsstudie med 276 gravide kvinder med diabetes, som blev fulgt over en årrække. Der indgik 240 kvinder med graviditetsbetinget diabetes og 36 gravide med type 1-diabetes. Kvinderne blev inddelt i en telemedicin-gruppe og en kontrolgruppe. Kvinderne i telemedicin-gruppen indsendte blodsuktermålinger en gang om ugen eller oftere, hvis det var nødvendigt, og kom til kontrol på hospitalet en gang om måneden. Kvinderne i kontrolgruppen kom til kontrol på hospitalet hver anden uge.

Studiet peger på, at telemedicin forbedrede graviditetsudfaldet hos kvinder med gestationel diabetes. For denne målgruppe var telemedicin associeret med bedre blodsukkerkontrol hos gravide og en lavere andel af for store børn, hvorfor risikoen for kejsersnit mindskes.

Resultaterne viste, at livskvaliteten forbedredes hos de gravide med diabetes, der brugte telemedicin. Livskvaliteten blev undersøgt kvantitativt ved hjælp af spørgeskemaet *SF-36 for Health-related Quality of Life (QoL)*. Undersøgelsen viser, at telemedicingruppen rapporterede om en øget livskvalitet, som kom til udtryk i en tilfredshed med at kunne styre deres diabetes. Denne gruppe oplevede en mindre grad af frustration og bekymringer omkring deres sygdom, og en større grad af forståelse i forhold til sygdommen. De havde færre besøg på hospitalet sammenlignet med kontrolgruppen. Undersøgelsen konkluderer, at der var en generel tilfredshed med at benytte telemedicin, da det indebærer færre ambulante besøg på hospitalet, samt muligheden for at kontakte personalet, når kvinderne havde behov for dette.

Der findes et lignende studie af Homko, Igwe & Mastrogiannis (2007) som ligeledes inddeler gravide med diabetes i en telemedicingruppe og en kontrolgruppe. Dette præsenteres nedenfor:

- ”*Use of an Internet-Based Telemedicine System to Manage Underserved Women with Gestational Diabetes Mellitus.*” (Homko et al., 2007). Formålet med forskningsstudiet er at

vurdere, om gravide med diabetes kan interagere succesfuldt med det sundhedsfaglige personale ved at bruge et internetbaseret telemedicinsystem målrettet gravide kvinder. Forskerne af dette studie tog udgangspunkt i en antagelse om, at telemedicin vil styrke kvinderne i at påtage sig en mere aktiv rolle i forhold til deres helbred, og derved opnå en højere grad af self-efficacy i relation til deres diabetes. Denne antagelse omfattede desuden, at telemedicin kunne føre til en bedre blodsukkerkontrol og forbedret graviditetsudfald.

I alt 57 kvinder med graviditetsbetinget diabetes deltog i studiet. Kvinderne blev randomiseret i to grupper; en telemedicin-gruppe med i alt 32 gravide, og en kontrolgruppe med i alt 25 gravide. I begge grupper målte kvinderne dagligt blodsukker, noterede fosterbevægelser, deres insulinindtag, samt episoder med lavt blodsukker. Telemedicin-gruppen indsendte deres målinger via internettet tre gange om ugen, og kontrolgruppen noterede målingerne i en fysisk bog, som blev medbragt ved kontrol på hospitalet. Derudover fulgte begge grupper den samme kontrol hver anden uge indtil gravitetsuge 36, hvor de kom til kontrol hver uge. Studiet undersøgte de gravide kvinders grad af self-efficacy før og efter fødslen. Self-efficacy blev vurderet ved hjælp af spørgeskemaet "*Diabetes Empowerment Scale*" (*DES*), der målte på psykosocial self-efficacy omhandlende patienters oplevelse af, at kunne ændre på egen adfærd. Gravides oplevelse af autonomi og psykosocial tilpasning til sygdommen blev ligeledes undersøgt med DES-skalaen.

Studiets primære formål var at undersøge kvindernes følelse af self-efficacy i relation til diabetes. Sekundært blev der målt på blodsukkerkontroller og graviditetsudfald (som fx vaginal fødsel eller kejsersnit, børnenes fødselsvægt, om børnene havde behov for behandling i forbindelse med fødslen m.m.).

Studiet konkluderer, at telemedicin giver færre ambulante besøg på hospitalet og forbedrer livskvaliteten uden at det påvirker graviditetsudfaldet. Studiet påviser, at kvinderne i telemedicingruppen udviste en større grad af self-efficacy i relation til deres diabetes i forhold til kontrolgruppen, samt en øget livskvalitet. Den øgede kommunikation og feedback mellem gravide og personale støtter kvinderne i at være aktivt deltagende i deres egen behandling og tage større kontrol over deres helbred. Studiet påviser ingen signifikant forskel imellem grupperne, hvad angår graviditets- og neonatal-udfald.

3.2. Speciales placering i forskningsfeltet

Som det fremgår af litteraturgennemgangen, eksisterer der forskellige studier, som beskæftiger sig med gravide med komplikationer samt omhandler oplevelsen af at bruge telemedicin, set fra henholdsvis gravide og personalets perspektiv. Opsummerende viser gennemgangen af studierne, at det har en positiv effekt på patienttilfredsheden at benytte telemedicin under graviditeten, og at de gravide generelt er positive. Ud fra studierne tegnes der et billede af, at de gravide oplever en større grad af self-efficacy i forbindelse med telemedicin. Dette kommer til udtryk i en oplevelse af kontrol over sygdom og behandlingsforløb.

Som det tydeliggøres i ovenstående forskningsoversigt, omhandler en stor del af forskningen på området, gravide med diabetes. Jeg ønsker derfor, med dette speciale, at inddrage forskellige komplikationer og ikke kun diabetes, da jeg oplever, at der mangler viden på området.

I ovenstående forskningsoversigt fremgår det ydermere at mange studier, der omhandler telemedicin til gravide, foretages som kvantitative studier. Nogle af studierne benytter kvantitative metoder i form af spørgeskemaer til at belyse emnet, og jeg ønsker med dette speciale at anvende en kvalitativ tilgang i form af kvalitative interviews for at undersøge, hvordan brugen af telemedicin opleves for den enkelte gravide kvinde.

Med dette speciale ønsker jeg at bidrage med en anskuelse af forskningsfeltet med en kritisk psykologisk tilgang til brugen af telemedicin. Jeg ønsker hermed at få indblik i de gravides daglige livsførelse set ud fra et førstepersonsperspektiv, samt undersøge hvilke handlemuligheder, telemedicin giver de gravide kvinder. Ved at benytte grundbegreberne fra kritisk psykologi til at analysere det empiriske materiale, har jeg en ambition om at fremanalysere nogle andre aspekter af gravides oplevelser og således bidrage til et andet perspektiv i forskningsfeltet.

4.1. Metateoretisk ramme: Kritisk psykologi

Specialets metateoretiske ramme er funderet i kritisk psykologi, som bygger på den dialektiske materialistiske tænkning. Nedenstående afsnit beskriver derfor kritisk psykologi og historisk dialektisk materialisme samt udvalgte grundbegreber indenfor denne teoriramme. Afslutningsvis

argumenteres der for, hvordan kritisk psykologi kan hjælpe med at belyse specialets problemformulering, og hvordan begreberne anvendes til at udforske praksisfeltet.

4.1.1. Kritisk psykologi

Kritisk psykologi er udviklet af en række psykologer, der alle havde været ansat ved Freie Universität i Vestberlin, og opstod som retning i 1960'erne (Dreier, 1979). Det var særligt den tyske psykolog Klaus Holzkamp, der var foregangsmand for kritisk psykologi med hans hovedværk "Grundlegung der Psychologie", og i dansk kontekst har blandt andre Ole Dreier været med til at videreudvikle den kritiske psykologi. Kritisk psykologi bygger videre på virksomhedsteorien, som den blev grundlagt af Leontjev (Mørck & Nissen, 2005). Kritisk psykologi opstod som et opgør med andre psykologiske retninger, som fx psykoanalysen og behaviorismen, da man mente, at disse retninger var for deterministiske i deres menneskesyn. I psykoanalysen var mennesket styret af indre drifter og i behaviorismen var de ydre betingelser for styrende (Jartoft, 1996). Mennesket blev enten set som determineret af indre eller ydre forhold. Ydermere var der en kritik af, at mennesket sås uden relation til konteksten (Dreier, 1979).

Kritisk psykologi kaldes også "Det subjektvidenskabelige paradigme" eller "subjektvidenskab". Her er den menneskelige subjektivitet i centrum for forskningen, og der søges efter at udvikle viden om menneskelige forhold (Jartoft, 1996). Subjektet udforskes fra et førstepersonsperspektiv, hvor der søges efter en forståelse for subjektets livssituation og handlegrunde. Førstepersonsperspektivet er et analytisk begreb, som handler om at tage udgangspunkt i den enkeltes persons perspektiver på den praksis, som personen er en del af, for at lære mere om den givne praksis. Førstepersonsperspektivet henviser til, at der forsøges at forstå andres erfaringsverden. Ved at tage udgangspunkt i førstepersonsperspektivet er det essentielt at se mennesket i relation til dets handlemuligheder, og forstå mennesket som deltager i en omfattende social praksis (Mørck, 2009; Jartoft, 1996).

Da grundlaget for den kritiske psykologi er den historiske dialektiske materialisme, beskrives tilgangen derfor i det følgende afsnit.

4.1.2. Historisk dialektisk materialisme

Den kritiske psykologi har rødder i historisk dialektisk materialisme, som kan betragtes som et filosofisk grundlag. Det var den tyske sociolog og filosof Karl Marx (1818-1883), som var central i formuleringen af den historiske dialektiske materialisme. Udtrykket *dialektik* henviser til en dialektisk sammenhæng mellem enkeltfænomen og helhed, og bygger på en forståelse af, at mennesket og samfundet gensidigt påvirker hinanden i et dialektisk samspil (Jartoft, 1996). Dette betyder, at forskellige forhold, som kan være mennesker og fysiske ting m.fl., er forbundet og kan have en betydning for hinanden (Kousholt, 2018a). Dialektikbegrebet beskriver ofte noget modsætningsfyldt, noget foranderligt eller nogle variabler, der er forbundet med hinanden. Det står altså i modsætning til kvantitativ forskning, hvor isolerede variabler og enheder mekanisk kan påvirke hinanden (Kousholt, 2018a). Med en kritisk psykologisk tilgang, kan sociale og kulturelle fænomener derfor ikke betragtes isoleret og statisk, idet de altid er indlejret i en større historisk sammenhæng (Jartoft, 1996).

4.2. Analytiske begreber:

I følgende afsnit redegøres der for analytiske grundbegreber, samt begrebernes betydning for specialet.

4.2.1. Betingelser

Et centralt begreb indenfor kritisk psykologi er begrebet *betingelser*. Betingelser er noget, som vi mennesker lever under, samtidig med, at vi er med til at producere betingelserne. Mennesker skaber betingelser for hinanden, idet vi lever i en historisk samfundsmæssig praksis, som vi alle er en del af. Betingelserne determinerer ikke menneskerne, men skal ses som en sæt rammer, hvor der indenfor disse betingelser kan handles (Kousholt, 2018b). Betingelser udgør på samme tid både begrænsninger og muligheder, og de kan få forskellige betydning alt efter, hvordan det enkelte menneske vælger at handle i forhold til betingelserne (Jartoft, 1996). Betingelsesbegrebet har en dobbelt betydning, idet betingelserne er med til at skabe muligheder og begrænsninger, samtidig med at vi handler i overensstemmelse med dem og forandrer dem over tid (Kousholt, 2018b). Holzkamp beskriver betingelser som et dobbeltforhold, forstået på den måde, at

”Menneskene skaber for det første livsvilkårene, og for det andet **eksisterer** de under disse livsvilkår. Mennesket er både **producent** af sine livsbetingelser, og samtidigt også **underkastet dem**” (Holzkamp, 2005, s. 8, fremhævninger i originalen). Holzkamp skildrer i citatet den vekselvirkning mellem mennesket som producent af livsbetingelserne og som et individ, der så igen lever under disse betingelser.

4.2.2. Handleevne

Et andet centralt begreb indenfor kritisk psykologi, er begrebet handleevne, der forstås som forholdet mellem muligheder og begrænsninger (Jartoft, 1996). Der findes flere forskellige måder at handle på, og der skelnes mellem *den udvidede handleevne* og *den restriktive handleevne*. Ifølge Holzkamp er den udvidede handleevne en måde at handle på, hvor det enkelte menneske er bevidst om egne livsbetingelser og handler på baggrund heraf. Ved at forholde sig bevidst til egne livsbetingelser og muligheder, åbner det op for at ændre eller forbedre de fælles livsbetingelser (Jartoft, 1996). Det modsatte af den udvidede handleevne er den restriktive handleevne, hvor mennesket blot forsøger at indrette sig efter betingelserne uden at forsøge at ændre på disse, og dette kan virke begrænsende for nogle mennesker (Jartoft, 1996).

4.2.3. Handlemuligheder

Indenfor kritisk psykologi findes begrebet *handlemuligheder*, som henviser til, at mennesket kan deltage i samfundet, men ikke nødvendigvis behøver at deltage (Holzkamp, 2005).

Handlemuligheder refererer til, at mennesket har mulighed for at handle i en given sammenhæng, men kan også vælge at undlade at handle. Det er således altid centralt at se på hvilke handlemuligheder det enkelte menneske har til rådighed og hvordan der gøres brug af disse muligheder. Udpegningen af handlemulighederne kan bruges til at få øje på hvilket udviklingsperspektiv, der gør sig gældende for det enkelte subjekt (Kousholt, 2018b).

I dette speciale vil jeg forsøge at forstå den gravides perspektiv i forhold til de konkrete handlemuligheder, der præsenterer sig overfor hende. Det er både de handlemuligheder, som hun selv beskriver, men også de handlemuligheder, der viser sig i analysedelen. Begrebet om handlemuligheder anvendes til at belyse, hvilke handlemuligheder telemedicin giver de gravide.

Den enkeltes vurdering af handlemuligheder må undersøges ud fra førstepersonsperspektivet, idet der handles ud fra subjektive oplevelser af muligheder og begrænsninger. Som forsker må jeg derfor spørge de gravide omkring deres oplevelse af egne handlemuligheder, da det ikke altid kan ses udefra (Jartoft, 1996).

4.2.4. Praksisforskning

Kritisk psykologi har siden 1980'erne brugt praksisforskning som metode. Som navnet indikerer, så er det forskning, hvor praksis er genstandsfeltet, og forskningen tager altid udgangspunkt i en given praksis. Denne praksis vil have indflydelse på, hvordan forskningen udvikler sig. Kritisk psykologisk praksisforskning har til ambition at forene teoretisk stringens med praksisrelevans (Mørck & Nissen, 2005). Indenfor praksisforskning er der en grundlæggende didaktisk forståelse af mennesket som deltager, og mennesket skal forstås igennem den praksis, som det indgår i. I praksisforskning tilstræbes der derfor et samarbejde mellem forskeren og de personer, som udforskes. Der arbejdes ud fra en forståelse af, at praktikere skal inddrages i forskningen som medforskere, og derigennem udvide handlerummet for alle implicerede og ikke kun for forskeren (Mørck & Nissen, 2005).

Praksisbegrebet benyttes i dette speciale som en inspiration til udarbejdelse af en interviewguide, der tager udgangspunkt i praksisfeltet. Dette gøres ved at have fokus på de problemstillinger, der findes i praksisfeltet, samt hvilken betydning telemedicin har for gravide. Udarbejdelsen af interviewguiden beskrives i specialets metodeafsnit, hvor det også præcises, hvordan de gravide inddrages som medforskere.

4.2.5. Den daglige livsførelse

Begrebet *den daglige livsførelse* er udviklet af Holzkamp og videreudviklet af Dreier. I begrebet ligger en forståelse af, at psykologiske teorier og metoder må beskæftige sig med den enkeltes daglige liv, da den daglige livsførelse har indvirkning på menneskets handlemuligheder og handleevne (Holzkamp, 1998). Den daglige livsførelse er en måde at forstå hverdagslivet på, hvor mennesket forholder sig aktivt til sit eget liv gennem realisering og udvikling (Dreier, 1979). Mennesket skaber sin daglige livsførelse ved at forholde sig til de muligheder og

begrænsninger, der er til rådighed og handler derudfra. Den daglige livsførelse rummer menneskets rutiner og genkendelighed i dagligdagen, som mennesket skaber for at aflaste sig selv i hverdagen. Dette er med til at skabe forudsigelighed og genkendelighed, hvilket kan føre til tryghed (Holzkamp, 1998). Livsførelsesbegrebet dækker ifølge Holzkamp over, at mennesket i en vis grad fører sit eget liv og at mennesket er aktivt handlende, hvilket han beskriver således: *”Vil man forstå den ”daglige livsførelses” selvstændige systemkarakter mere præcist, må man først og fremmest gøre sig klart, at den, trods rutiniseringen, ikke foregår af sig selv, men altid er individets aktive ydelse”* (Holzkamp, 1998, s. 9). Den daglige livsførelse udvikles ved hjælp af menneskets selvforståelse, som beskrives i følgende afsnit.

I dette speciale anvendes begrebet daglig livsførelse til at opnå en forståelse af, hvordan telemedicin indgår i de gravides dagligdag.

4.2.6. Selvforståelse

For at udvikle den daglig livsførelse kræver det, at mennesket udvikler en vis grad af *selvforståelse* (Holzkamp, 1998). Selvforståelsen er essentiel for at kunne reflektere over den daglige livsførelse og grunde til at handle, og dermed ændre på sin daglige livsførelse. Holzkamp skildrer selvforståelse som *”At komme til forståelse med mig selv”*, hvilket betyder, at man forstår sig selv i sammenhæng med den daglige livsførelse (Holzkamp, 1998, s.21). Begrebet selvforståelse omtales ofte som *social selvforståelse* og henviser til, hvordan vi kommer overens med os selv og andre personer. Det handler i særlig grad om en forståelse af, hvorfor vi handler, som vi gør og vores måde at leve på. Selvforståelsen handler således om en forståelse af det enkelte menneske, men også en forståelse af de ydre betingelser, der kan have betydning for den daglige livsførelse.

Selvforståelsesbegrebet er relevant for dette speciale, da jeg ønsker at undersøge, om telemedicin kan skabe betingelser for gravides selvforståelse.

4.3. Kritisk psykologi som teoretisk ramme for dette speciale

I kritisk psykologi er grundantagelsen, at mennesket er en aktiv deltager i en social praksis, hvorfor mennesket ikke kan anskues isoleret. Menneskesynet i den kritiske psykologi er derfor, at det enkelte subjekt forstås som deltager i en social praksis og må ses i relation til den omgivende praksis. Dette menneskesyn stemmer godt overens med ideen om telemedicin, hvor de gravide selv står for en del af målingerne og som følge heraf deltager aktivt i deres egen behandling. Den gravide ses som deltager i egen praksis, og det er derfor et subjektorienteret og deltagerorienteret perspektiv, der anlægges på specialet. Subjektvidenskabens menneskesyn bliver uddybet yderligere i ”Kapitel 5 – Undersøgellesdesign og metode” hvor medforskerbegrebet også udfoldes.

I dette speciale kommer den dialektiske sammenhæng til udtryk i enkeltfænomenet, som er telemedicin, og helheden som er den gravides daglige livsførelse. Ved at gøre brug af den kritiske psykologi, er det således ikke tilstrækkeligt kun at beskrive telemedicin, men det er nødvendigt at se telemedicin i relation til de gravides daglige livsførelse for at opnå en bredere forståelse af sammenhængen. Specialets analysedel vil derfor tage udgangspunkt i enkeltfænomenet, mens der samtidig reflekteres over dets relation til helheden. Dette vil blive uddybet i afsnit 6.1, hvor specialets analysestrategi præsenteres.

4.4. Telemedicin

Indledningsvis præsenteres en introduktion til telemedicin for at give en indføring i telemedicins placering i sundhedssystemet. Derefter defineres begreberne *telemedicin* og *telemedicinsk hjemmemonitorering* med det formål at sikre konsistens og klarhed i specialet. Afslutningsvis følger en redegørelse for evaluering af telemedicinske projekter, samt specialets relevans i den forbindelse.

4.4.1. Introduktion til telemedicin

I disse år står det danske sundhedsvæsen overfor store udfordringer. Der er udsigt til flere ældre, flere mennesker med kroniske sygdomme og et begrænset økonomisk råderum i

sundhedssektoren. I takt med at befolkningens alderssammensætning stiger, vil antallet af patienter med kroniske sygdomme også stige, da risikoen for at udvikle en kronisk sygdom forøges med alderen. Samtidig bidrager især udviklingen i antallet af overvægtige til en række livstilssygdomme (Thorup, 2017). Der er derfor behov for nytænkning af sundhedsvæsenet i form af en bedre ressourceudnyttelse, nytænkning og udvikling i den offentlige sektor.

I sundhedsvæsenet ses en stigende tendens til, at patientforløb i højere grad skal foregå ambulant, og flere patientgrupper skal være ”udlagte” frem for ”indlagte”. Udlægning betyder at behandling og pleje skal foregå i patienternes eget hjem efter et kort indlæggelsesforløb på sygehuset. I takt med centraliseringen og øget specialisering bygges der supersygehuse, hvilket medfører længere transport til sygehusene for mange patienter (Thorup, 2017).

Nytænkningen af sundhedsvæsenet indbefatter også den digitale udvikling. I 2015 blev Danmark udnævnt til at være EU's mest digitaliserede land, hvor der bl.a. blev målt på offentlige digitale løsninger (Thorup, 2017). Regeringen, KL og Danske Regioner har udarbejdet ”Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020”, der beskriver, hvordan digitale løsninger på velfærdsområdet forventes at blive anvendt i stigende grad (2016). En digital løsning kunne fx være telemedicin.

Telemedicin giver mulighed for at udvikle sundhedsvæsenet på nye måder. Fra patienternes side er der også en forventning om, at sundhedsvæsenet nytænkes, så man stadig kan leve et aktivt liv, selvom man har en kronisk sygdom (Thorup, 2017).

Telemedicin kom for alvor på dagsordenen i 1990'erne, hvor det blev særligt brugt i tyndtbefolkede egne som fx Australien, Nordnorge, Canada og Grønland med lang transporttid til hospitalerne. Sidenhen er telemedicin udbredt til andre dele af verden, særligt i den vestlige verden (Langstrup, 2014).

4.4.2. Definitioner på telemedicin

Begrebet telemedicin er sammensat af ordene: Tele og medicin. *Tele* stammer fra det græske ord *telos*, som betyder ”over distance”. *Medicin* stammer fra det latinske ord *mederi*, som betyder

”healing”. Det kan derfor oversættes som en transmission af medicinske data over afstand (Homko et al., 2012).

Der findes mange definitioner af begrebet telemedicin, som alle beskriver telemedicin lidt forskelligt, og i det følgende præsenteres et uddrag af definitionerne:

Telemedicin har en international definition, som er vedtaget i World Health Organization, WHO:

The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities. (Thorup, 2017, s. 20)

Den danske Sundhedsstyrelse definerer telemedicin, som ”En sundhedsydelse, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle gøres uafhængig af et fysisk møde” (Bergstedt & Sølvkjær, 2019, s. 133).

Center for Telemedicin benytter følgende definition: ”Telemedicin er sundhedsydelser, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, som erstatter et fysisk møde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, der leverer ydelsen” (Center for Telemedicin).

Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin definerer telemedicin som følgende: ”Tid-, sted- og rumuafhængige digitalt understøttende sundhedsydelser, leveret over afstand, med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi” (Kayser, Phanareth & Vingtoft, 2014, s.85).

Fælles for definitionerne af telemedicin er, at de omhandler sundhedsydelser i form af diagnostik, behandling eller forebyggelse, der leveres over afstand via teknologi. I dette speciale har jeg valgt at tage udgangspunkt i sidstnævnte definition fra Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, da værdi-begrebet tilgodeser, at telemedicin kan bidrage med at skabe værdi for patienterne. Det mener jeg, er en vigtig pointe, der stemmer godt overens med tilgangen til mit speciale, hvor jeg er interesseret i at undersøge, hvordan de gravide oplever at benytte telemedicin.

Telemedicin kan enten anvendes imellem det sundhedsfaglige personale eller mellem personalet og patienter med det formål at dele informationer i forbindelse med behandling og diagnosticering (Bøg, Christensen, Jensen & Kidholm, 2015).

4.4.2.1 Definition på telemedicinsk hjemmemonitorering

Telemedicinsk hjemmemonitorering er en underkategori af telemedicin og omtales også telemonitorering (Bøg et al., 2015). Telemedicinsk hjemmemonitorering dækker over teknologi som muliggør at monitoreringsdata kan overføres digitalt fra patientens hjem til en central enhed, hvorefter det sundhedsfaglige personale håndterer de indsendte data som en del af behandlingen, og træffer kliniske beslutninger på baggrund af målingerne. Patienten kan også indsende sine data fra andre steder end hjemmet (Bøg et al., 2015).

Telemonitorering er monitorering af patientens sundhedstilstand på relevante områder. Det kan være blodsukkerapparat, blodtryksapparat, vægt eller andet, som kan være med til at monitorere patientens tilstand og sygdomsudvikling. Telemonitorering kan foregå synkront, hvor data monitoreres og evalueres med det samme eller asynkront, hvor det evalueres efterfølgende (Thorup, 2017).

Telemedicin anvendes til gravide med komplikationer, der kræver indlæggelse eller hyppige ambulante kontroller. Det kan fx være gravide med for tidlig vandafgang, svangerskabsforgiftning eller diabetes. Ved hjælp af telemedicinsk hjemmemonitorering kan de gravide være hjemme i stedet for at være indlagt, og antallet af kontroller på sygehuset kan nedbringes (Lee et al., 2015).

På Aarhus Universitetshospital udleveres måleudstyr, samt en tablet, hvor de gravide indtaster målinger, som indsendes til hospitalet. De gravide tilbagerapporterer også et spørgeskema med subjektive symptomer. De gravide bliver kontaktet via telefon, hvis der er afvigelser i målingerne, og de gravide kan også selv ringe ved spørgsmål eller behov. Der foregår ikke videokonsultationer på nuværende tidspunkt.

4.4.3. Evaluering af telemedicinske projekter

For at vurdere og bedømme effekten af telemedicinske løsninger, har Sundhedsdatastyrelsen udarbejdet en tjekliste til systematisk evaluering af telemedicinske projekter. Tjeklisten beskriver i alt i syv kategorier:

- 1) Teknologi
- 2) Sikkerhed
- 3) Klinisk effekt
- 4) Patientens perspektiv
- 5) Økonomi
- 6) Organisation
- 7) Jura, etik og socio-kultur

Denne tjekliste tager udgangspunkt i den såkaldte MAST-model (Model for Assessment of Telemedicine). MAST er en model, der er udviklet specifik til evaluering af telemedicinske løsninger (Bøg et al., 2015). Modellen er etableret i et EU-samarbejde, og anvendes i det meste af Europa i dag. MAST-modellen indeholder både kvantitative og kvalitative undersøgelsesmetoder, der indgår i en samlet evaluering. Den fjerde kategori på tjeklisten, hvor patienternes perspektiv inddrages, omhandler tilfredshed, accept, patient empowerment, evnen til at benytte teknologi og adgang til behandling (Bøg et al., 2015). Telemedicin har ofte effekter på patientens oplevelse af behandlingen eller muligheder for selv at håndtere sin sygdom. Det er således et krav til evalueringen, at patienternes perspektiv skal frem, hvilket er i tråd med dette speciale (Kayser et al., 2014). Det som er interessant ved MAST-modellen og Sundhedsdatastyrelsens Tjekliste er, patientens perspektiv inddrages, hvilket er meget lig perspektivet for dette speciale. For at kunne vurdere effekten af telemedicin til gravide er det derfor nødvendigt, at undersøge gravides perspektiver hvilket gør dette speciale relevant.

4.5. Komplikationer under graviditeten

I følgende afsnit gives et kort indblik i graviditetskomplikationer, som vil være brugbart for at forstå citaterne i analyseafsnittet, hvor der indgår mange fagudtryk og vendinger. Der er udvalgt

følgende komplikationer; diabetes, hypertension og svangerskabsforgiftning og for tidlig vandafgang (PPROM). Disse målgrupper er udvalgt, da det er disse gravide, som oftest benytter telemedicin og komplikationerne optræder i det empiriske materiale. Ambitionen med dette afsnit er desuden at give en forståelse for, hvordan komplikationerne påvirker mor og barn, hvor hyppigt komplikationerne indtræffer, samt give et overblik over hvorledes telemedicinsk monitorering indgår som en del af behandlingsplanen.

4.5.1. Diabetes i graviditeten

I Danmark har mindst 267.350 personer diabetes, hvilket svarer til 4,6 procent af befolkningen. Antallet er fordoblet i perioden 2000-2016 (Diabetesforeningen, 2020).

Når man taler om gravide med diabetes skelnes der mellem følgende forskellige patientgrupper:

- 1) Gravide med type 1- eller type 2-diabetes, som er diagnosticeret forud for graviditeten.
- 2) Gravide som udvikler diabetes i graviditeten.

Der findes to hovedgrupper af diabetes; Type 1-diabetes og type 2-diabetes. Dertil kommer en graviditetsbetinget diabetes, som forkortes GDM (Christensen, Kjeldsen & Søndergaard, 2019).

Type 1-diabetes er en kronisk autoimmun sygdom, der skyldes at kroppens eget immunforsvar ødelægger de celler, der producerer insulin. For at blodsukkeret bliver reguleret, er det derfor nødvendigt at få tilført insulin fra insulininjektioner eller en insulinpumpe. Forskerne ved endnu ikke, hvad der udløser type 1-diabetes og derfor kan sygdommen heller ikke forebygges eller helbredes (Diabetesforeningen, 2020).

Type 2-diabetes er en arvelig sygdom, men den udløses også i mange tilfælde af livstilsfaktorer som fysisk inaktivitet og overvægt (Diabetesforeningen, 2020). Ved type 2-diabetes mister kroppen evnen til at optage insulin og/eller producerer ikke tilstrækkeligt insulin. Behandlingen ved type 2-diabetes er at holde blodsukkeret så tæt på normalniveauet som muligt. For nogle kan det gøres med kost og motion, mens andre har behov for at supplere med medicin, der øger insulinoptagelsen eller insulinproduktionen eller en behandling med insulin (Diabetesforeningen, 2020).

Graviditetsdiabetes er en midlertidig diabetes, der kun kan ramme gravide kvinder. Ligesom type 2-diabetes er graviditetsdiabetes karakteriseret ved, at kroppens insulin ikke virker optimalt, hvilket kan medføre høje blodsukkerniveauer. Graviditetsdiabetes kaldes også for graviditetssukkersyge, graviditetsbetinget sukkersyge, svangerskabsdiabetes eller gestationel diabetes. Graviditetsdiabetes skyldes primært overvægt, men kan også være arveligt betinget. Behandlingen er ligesom ved type 2-diabetes en sund livsstil i form af sund mad og motion for at stabilisere blodsukkeret, og 20-25 procent vil have behov for insulin (Christensen et al., 2019). I Europa er graviditetsdiabetes én af de hyppigste komplikationer i graviditeten, og opstår i Danmark ved 3-4 procent af alle graviditeter (Christensen et al., 2019). Forekomsten har været i stigning gennem de sidste 10 år, hvilket skyldes, at der bliver flere overvægtige gravide. Der ses generelt en stigning af forekomsten af type 2-diabetes i den danske befolkning, som derfor også rammer kvinder i den fertile alder (Christensen et al., 2019).

For den gravide kvinde kan diabetes medføre en række komplikationer som fx forhøjet blodtryk eller svangerskabsforgiftning (Chilelli et al., 2014). Hvis den gravide har for højt blodsukkeniveau, kan det medføre at det ufødte barn udvikler en forøget fedtmasse, og derfor bliver barnet for stort (makrosomi). Hvis barnet er stort, kan det føre til en kompliceret fødsel eller kejsersnit (Homko et al., 2012). Forhøjet blodsukker hos moren kan bevirke, at barnets blodsukker vil være for lavt efter fødslen, og det nyfødte barn kan få vejtrækningsproblemer. På længere sigt kan morens diabetes give barnet en forøget risiko for selv at udvikle diabetes samt overvægt senere i livet (Chilelli et al., 2014).

For de fleste er gestationel diabetes er en forbigående tilstand, som forsvinder efter fødslen, men gestationel diabetes kan også udvikle sig til type 2-diabetes senere i livet. Graviditetsdiabetes kommer som regel igen ved efterfølgende graviditeter (Christensen et al., 2019).

Det er normalt at gravide med diabetes kommer til kontrol hver 14.dag og i sidste tredjedel af graviditeten, er der ofte behov for ugentlige kontroller (Backe, 2010b). Til kontrollerne følges barnets vækst og fostervandsmængden ved ultralydsskanninger. Derudover er der behov for hyppige blodtryksskontroller for at opdage en eventuel udvikling af præeklampsi (Backe, 2010). Gravide med type 1 og type 2-diabetes bliver typisk tjekket 19 gange i løbet af graviditeten. Det betyder mange dage, hvor de gravide må være væk fra arbejdet, særligt hvis der er lang transporttid til hospitalet (Kjeldset, 2012).

Ved hjælp af telemedicinsk hjemmemonitorering kan de gravide med diabetes foretage blodtryksmålinger, CTG (hjertelydskurve) og blodsuktermålinger derhjemme. De besvarer også et spørgeskema om subjektive symptomer via en tablet.

4.5.2 Hypertension og præeklamsi

Hypertension betyder forhøjet blodtryk. Hypertension kan være kendt før graviditeten eller udvikle sig løbende i graviditeten. Det er 6-7 procent af alle gravide, der udvikler forhøjet blodtryk under graviditeten, og ca. 0,5- 1 procent af alle gravide har en kronisk hypertension, som er diagnosticeret forud for graviditeten (Sundhed.dk, 2018). Der er tale om hypertension, når blodtrykket er ≥ 140 mm Hg systolisk og/eller ≥ 90 mm Hg diastolisk ved mindst 3 målinger i hvile. Det kan blive nødvendigt at behandle med blodtrykssænkende medicin, som modvirker risikoen for hjerneblødning hos den gravide (Backe, 2010a).

Når hypertension er ledsaget af proteinuri, hvor kvinden udskiller protein i urinen, stilles diagnosen præeklamsi, som også omtales som svangerskabsforgiftning. Præeklamsi er en tilstand, der ses hos ca. 2 procent af alle gravide (Backe, 2010a).

Præeklamsi findes i let, moderat og svær grad. Svær grad af præeklamsi kan være livsfarligt for den gravide. Direkte oversat betyder præeklamsi ”før-kramper”, og henviser til, at det er en tilstand, som i yderste tilfælde kan føre til kramper hos den gravide kvinde. Ved svær præeklamsi kan den gravide udvikle subjektive symptomer i form af synsforstyrrelser, smerter i den øvre del af maven, hovedpine, væskeophobninger og kvalme (Backe, 2010a).

Præeklamsi er en multiorgansygdom, hvor mange af kroppens organer kan blive påvirket (Johansen & Sørensen, 2011). Præeklamsi kan medføre en dårligere blodgennemstrømning i moderkagen, som kan påvirke barnets trivsel og vækst. Ligeledes påvirker det barnet, hvis det må fødes for tidligt af hensyn til morens helbred (Backe, 2010a).

Det er ca. 6 procent af alle gravide, som udvikler forhøjet blodtryk under graviditeten og 3-4 procent udvikler præeklamsi i løbet af graviditeten. Både hypertension og præeklamsi indtræder ofte i slutningen af graviditeten, og derfor er kontrollerne hos læge eller jordemoder ofte hyppige i slutningen af graviditeten (Backe, 2010a). Der er en arvelig disposition for præeklamsi, og i tillæg er der en lang række risikofaktorer som fx første graviditet, ny partner,

højt BMI, alder ≥ 40 år, graviditet med mere end ét barn, der alle øger risikoen for præeklamsi (Johansen & Sørensen, 2011).

Det afhænger af graden af præeklamsi, om der er behov for at den gravide er indlagt. Ved let til moderat præeklamsi kan kvinden være derhjemme, men ved svær præeklamsi bør kvinden være indlagt på en specialafdeling (Johansen & Sørensen, 2011). Hos gravide med hypertension og/eller let-moderat præeklamsi består den telemedicinske hjemmemonitorering i blodtryk- og pulsmålinger, urinundersøgelser, hjertelydsregistrering af barn (CTG) og spørgeskema om almen tilstand. Hyppigheden af målingerne afhænger af den gravides tilstand, og målingerne suppleres med blodprøver og scanning på hospitalet (Petersen, u.å).

Den ultimative behandling af svær præeklamsi er at forløse barnet. Hvis der er fare for kvindens helbred, kan det være nødvendigt at forløse barnet uanset graviditetsuge. Tilstanden kan dog forværres efter fødslen og størstedelen af alle dødsfald hos moren forekommer efter fødslen (Johansen & Sørensen, 2011).

4.5.3 For tidlig vandafgang (PPROM)

For tidlig vandafgang er vandafgang uden veer før graviditetsuge 37. Det betegnes også som præterm primær vandafgang eller PPRM, der betyder Preterm Prelabour Rupture of Membranes. PPRM sker i 2 procent af alle graviditeter (Hvidman, 2019).

Der kan være mange årsager til PPRM, men i cirka halvdelen af alle tilfældene skyldes det infektioner hos moren. Risikoen for PPRM er større ved tvillingegraviditeter eller hvis der er for meget fostervand, da livmoderen i disse tilfælde bliver særlig stor. Der kan også være andre faktorer, som fx forkortet livmoderhals eller betændelse i fosterhinderne (Hvidman, 2019).

For tidlig vandafgang kan føre til at fødslen starter for tidligt og 50-70 procent vil have født indenfor en uge efter vandafgangen. Hvis barnet bliver født for tidligt, er der risiko for vejtrækningsproblemer, hjerneskade og andre komplikationer. Hvis barnet fødes meget for tidligt, er der også risiko for, at barnet ikke overlever (Hvidman, 2019).

En anden komplikation ved PPRM er, at navlesnoren kan blive afklempt pga. manglende fostervand, hvilket påvirker blodforsyningen til barnet. Efter vandafgang er der risiko for at

bakterier kan trænge op i livmoderen og forårsage en infektion, der kan påvirke mor og barn. Derfor tages der i den første uge efter vandafgangen dagligt en blodprøve, der måler infektionstal i blodet (CPR) og der gives forebyggende antibiotika (Hvidman, 2019).

Behandlingen ved for tidlig vandafgang afhænger af, hvor langt den gravide er i graviditeten. Ved vandafgang efter uge 34 vil fødslen blive igangsat, hvis den gravide ikke selv får veer. Vandafgang før uge 34 kan medføre komplikationer, da barnet ikke har fuldt udviklede organer. Hvis vandet går før uge 34 og der ikke er tegn på infektion, behandles der med binyrebarkhormon for at fremme modningen af barnets lunger (Hvidman, 2019).

Hvis fostervandet er gået for tidligt, kommer den gravide til check på hospitalet. Hvis tilstanden er stabil efter nogle dages observation, kan den gravide ofte overgå til telemedicinsk hjemmemonitorering i form af temperaturmåling, blodtryk og puls, hjertelydsregistrering af barn (CTG), udfylde spørgeskema om almen tilstand samt måle infektionstal (CRP). Der suppleres med blodprøver og skanninger på hospitalet (Hvidman, 2019).

5. Undersøgellesdesign og metode

Afsnittet har til formål at skabe transparens omkring de metodiske valg og refleksioner, der er foretaget undervejs i specialeprocessen. Indledningsvis beskrives den kvalitative metode, og dernæst redegøres der for observation og interview, herunder udarbejdelsen af interviewguides. Der følger en oversigt over interviewdeltagerne, samt en beskrivelse af hvordan kontakten til interviewdeltagerne blev etableret. Afslutningsvis reflekteres der over forskning i egen praksis, medforskerbegrebet og etiske refleksioner.

5.1. Kvalitativ forskning og forskningsmetoder

For at udforske specialets problemfelt benyttes kvalitative metoder, da den kvalitative forskning forsøger at forstå mennesket i dets lokale praksisser, hvor livet leves. Dette stemmer overens med specialets problemformulering, hvor jeg ønsker at forstå, hvordan det opleves for gravide at benytte telemedicin. Jeg ønsker en indsigt i, hvorledes gravide tænker, oplever og erfarer

telemedicin. Kvalitativ forskning er ofte kendetegnet ved, at forskeren tager udgangspunkt i, hvordan virkeligheden opleves af det enkelte menneske, samt forsøger at analysere på meninger og fortolkninger. Der undersøges hvordan meninger bliver skabt, forhandlet, opretholdt eller forandret i specifikke kontekster. Kvalitative metoder er optaget af at belyse og forstå menneskelige oplevelser, erfaringsprocesser og det sociale liv (Szulevicz, 2015). Et andet kendetegn ved den kvalitative forskning er, at der traditionelt set arbejdes *induktivt* snarere end *deduktivt*. Med induktiv menes, at der udvikles forståelser, begreber og evt. teori på baggrund af empirisk materiale, modsat deduktiv, hvor der indsamles data til at teste hypoteser eller modeller, der er opsat forud for forskningen (Järvinen & Mik-Meyer, 2017).

Den kvalitative metode står i modsætning til den kvantitative metode. Ved den kvalitative metode tilstræbes ikke objektivitet, som der gøres i den kvantitative metode. Kvalitativ forskning studerer forskellige fænomener i den kontekst, hvor de optræder. Sædvanligvis tilstræbes at forstå det enkelte menneske 'indefra' i de lokale praksisser, hvor livet leves. Dette er i udgangspunktet modsat kvantitativ forskning, hvor der indsamles forskning udefra og på afstand, og forskningen søger at isolere forskellige variable (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

I valget af metode og undersøgelsesdesign er der nogle grundlæggende antagelser om menneskesynet, der ligger implicit i den metodiske tilgang. Der er forskel på, om man ser på mennesker som 'objekter' og noget, der skal forskes 'på', hvilket kan være tilfældet indenfor kvantitativ forskning, i modsætning til en tilgang, hvor mennesket inddrages. Jeg anlægger et subjektivt perspektiv, idet jeg ønsker at forstå mennesket og dets livssammenhænge, og den dynamiske sammenhæng imellem begge dele. Ved det subjektive perspektiv menes at menneskets perspektiv på sig selv og verden træder frem igennem det kvalitative interview (Fog, 1992). Det er derfor en anerkendelse af, at mennesket ses som reflektivt og kan deltage i forskningen som medforskere, hvilket beskrives senere i kapitlet.

Kvalitativ forskning rummer en stor grad af forskellighed og der findes mange forskellige forskningsmetoder. Jeg vælger at benytte to kvalitative forskningsmetoder; *interview* og *observation* til at belyse mit problemfelt. Formålet med at kombinere disse metoder er at opnå en bredere viden om feltet. Med disse to forskningsmetoder ønsker jeg en mere uddybende forståelse af genstandsfeltet. Der er foretaget én observation og i alt fire interviews, og derfor skal observationen ses som et supplement til interviewene. Når forskellige forskningsmetoder

anvendes, kaldes det for 'mixed methods-forskning' eller triangulering. Triangulering betyder, at der gøres brug af to forskellige metoder til at undersøge det samme fænomen med (Flick, 2018). Indenfor kritisk psykologi tales der om *genstandsadækvathed*, forstået således at den metode man vælger at anvende, skal kunne begribe den 'genstand', der undersøges. Genstanden kan være et felt eller fænomen og i dette speciale er genstandsfeltet telemedicin til gravide (Jensen, 2005).

Forud for interviewene og observationen er det foretaget feltarbejde, hvor jeg fulgte en sundhedsfaglig medarbejder, der arbejder på afdelingen med indlagte gravide. Hun viste mig computerprogrammet "OpenTele", der anvendes til telemedicinsk monitorering, fremviste fysiske dokumenter og skemaer, samt det telemedicinske udstyr. Jeg spiste frokost med personalet og hørte derigennem snak og tanker om telemedicin, som var brugbart for specialets videre arbejde. Ved at foretage feltarbejde fandt jeg bl.a. ud af, at nogle gravide gør brug af telemedicin under indlæggelsen. De gravide måler blodtryk og temperatur, som ellers var målinger, som personalet ville foretage. At de gravide selv foretager målinger under indlæggelsen, var en pointe, som jeg ikke var blevet bekendt ned, hvis jeg ikke havde foretaget feltarbejde. Denne pointe var bl.a. nyttig for at målrette spørgsmålene i interviewguiden. Ligeledes beskriver Jensen (2005) vigtigheden af at have udført feltarbejde, da forskning ofte kræver et forudgående kendskab til forskningsgenstandsfeltet. Han beskriver desuden, at indsigt i feltets betingelser og problemstillinger gør det muligt at udvælge og rammesætte spørgsmål i en senere interviewguide.

Feltarbejdet blev efterfulgt en observation og derfor vil næstkommende afsnit beskrive observation som metode.

5.2. Observationer

Efter at have foretaget feltarbejde valgte jeg at kombinere det kvalitative interview med en observation af telemedicin i praksis. Jeg har gjort mig overvejelser omkring rækkefølgen af interview og observation, og hvad der var mest hensigtsmæssigt at gøre først. Jeg valgte at foretage en observation før interview, da jeg dermed ville være bedre klædt på til at stille de 'rigtige' spørgsmål i interviewsituationen. Observationen gav et indblik i nogle normative og

kulturelle koder. Eksempelvis var det i mit tilfælde meget brugbart at være sat ind i det tekniske udstyr, så jeg nemmere kunne spørge ind til det.

Jeg foretog en observation, hvor en gravid kvinde skulle oplæres i at bruge telemedicin. Den gravide var indlagt i observationsperioden, da hendes fostervand var gået tre måneder før termin. Hun skulle oplæres i at benytte telemedicin, inden hun skulle overgå til telemedicinsk hjemmemonitorering samme dag. Selve oplæringen foregik på en hospitalsstue og tog i alt 90 minutter. Tilstede var den gravide, hendes mand, en social- og sundhedsassistent, som stod for oplæringen, og undertegnede.

Observation som metode er den mest grundlæggende del af alle forskningsmetoder, og har været brugt meget gennem tiderne (Szulevicz, 2015). Særligt indenfor antropologien gøres der brug af observationer i forbindelse med feltarbejde. Sidenhen er observationsmetoder veletableret indenfor andre dele af kvalitativ forskning og anvendes bredt indenfor human- og samfundsvidenskaberne (Szulevicz, 2015). Observation kan udforske sociale processer og handlinger med det formål at få indblik i, hvad mennesker rent faktisk *gør*, i modsætning til interviews, hvor folk primært *fortæller* om, hvad de *gør* (Tanggaard & Brinkmann, 2015a).

Der kan observeres på mange forskellige måder. Der findes to overordnede observationstilgange: 'eksperimentelle observationer' og 'deltagerobservationer'. De eksperimentelle observationer foregår typisk i et laboratorie eller i andre afgrænsede omgivelser, hvor utilsigtede hændelser kan minimeres. Ved deltagerobservationer foregår observationerne blandt mennesker i deres egne omgivelser, og forskeren deltager i den praksis, der observeres (Szulevicz, 2015).

Deltagerobservationer tilhører kategorien "naturalistiske observationer", hvilket betyder, at der foretages observationer af menneskers hverdagsliv i deres egne omgivelser. Der er således tale om, at den observerede kontekst allerede eksisterer, før forskeren begynder at observere den (Szulevicz, 2015).

Der er forskellige grader for, hvor deltagende observatøren er. Forskeren kan gå fra at være primært observerende og meget lidt deltagende, til at være fuldt deltagende i den praksis der foregår. Inden observationen af oplæringssituationen havde jeg gjort mig overvejelser om, hvor meget jeg ville deltage og hvor jeg skulle placere mig rent fysisk i rummet. Jeg var meget bevidst om, at min tilstedeværelse kunne påvirke den gravides adfærd, og jeg ønskede at situationen skulle foregå så naturlig så muligt. Jeg valgte derfor at være så deltagende, som jeg fandt det

naturligt. Jeg var en del af oplæringssituationen og svarede på enkelte jordemoderfaglige spørgsmål, hjalp til med det praktiske, og vi sad alle fire mennesker rundt om det samme bord. Indledningsvist gjorde jeg det klart for den gravide og for personalet, hvad mit formål med observationen var, og hvad mit speciale handlede om.

En af fordelene ved at bruge deltagerobservation som metode er, at det giver mulighed for at følge, opleve og forstå en social praksis, imens den udspiller sig (Szulevicz, 2015).

Deltagerobservation har den fordel, at der åbnes op for det ikke-italesatte, og for mit vedkommende gav observationen mulighed for at høre de umiddelbare og ikke-reflekterede spørgsmål, som den gravide stillede. Jeg valgte ikke at have et afgrænset fokus i observationen, for på den måde at være åben for, hvad der udspillede sig og blev sagt i situationen. Omvendt kunne en eventuel observationsguide være hjælpsom til skabe fokus i observationen. Mit overordnede fokus var at observere interaktionen mellem den gravide og personalet i oplæringssituationen. Undervejs i observationssituationen havde jeg særligt blik for, hvordan personalet og den gravide brugte deres kropssprog og ansigtsudtryk, når de talte eller foretog sig andre handlinger.

Jeg valgte ikke at notere eller filme undervejs, da jeg forestillede mig, at det ville påvirke de involverede personer og skabe en anspændt eller utryg stemning. Umiddelbart efter observationen rapporterede jeg i form af feltnoter, for at ikke glemme det efterfølgende. Der vil indgå et uddrag af observationen i specialets analyseafsnit.

Observationen blev efterfulgt af interviews og derfor vil næstkommende afsnit beskrive det kvalitative interview som metode.

5.3. Det kvalitative interview og udarbejdelse af interviewguide

Det kvalitative forskningsinterview har til formål at indfange bestemte menneskers særlige oplevelser og perspektiver, og giver os adgang til personers oplevelse af deres livsverden. Livsverden er den verden, vi kender og møder i dagligdagen og som den optræder for det enkelte menneske (Tanggaard & Brinkmann, 2015a). Det kvalitative forskningsinterview tager udgangspunkt i viden produceret i et samarbejde mellem interviewer og interviewdeltageren

(Tanggaard & Brinkmann, 2015a). Med det kvalitative forskningsinterview ønsker jeg dermed at opnå en forståelse af den gravides oplevelse af at benytte telemedicin. Ambitionen er at opnå en forståelse for den enkelte gravide, hendes graviditet, samt give hende mulighed for at udtrykke egne oplevede erfaringer med telemedicin. Udover interviewene med de gravide foretog jeg et interview med en jordemoder, som arbejder med telemedicin til dagligt. Formålet med dette interview var todelt. For det første ønskede jeg viden om, hvordan det opleves for hende at anvende telemedicin som arbejdsredskab og dernæst var jeg interesseret i at høre hendes indtryk af, hvordan de gravide oplever at bruge telemedicin.

Det er mange måder at foretage interview på, fra det løst-strukturerede interview med få planlagte spørgsmål til det stramt-strukturerede interview med mange styrende spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann, 2015a). Jeg har valgt at foretage semi-strukturerede interviews med planlagte åbne spørgsmål, der samtidig giver plads til at forfølge interviewdeltagernes fortællinger. Dette med formål at bringe deres erfaringer og oplevelser ind i det empiriske materiale. Forud for interviewene havde jeg udarbejdet en interviewguide, der tog udgangspunkt i centrale temaer, som jeg ønskede belyst. Jeg har lavet én interviewguide til de gravide og én interviewguide til jordemoderen, som begge er vedlagt som bilag (Bilag B og C).

Interviewene blev indledt med en kort præsentation og nogle indledende faktuelle spørgsmål, og derefter bad jeg de gravide fortælle om deres oplevelse med telemedicin. Jeg fulgte deres fortælling og spurgte undervejs om spørgsmål af mere dybdegående karakter. Jeg var bevidst om, at det kan være et følsomt emne at snakke om deres graviditet og komplikationer, og derfor var det vigtigt at få lukket interviewet ned på en ordentlig måde. Interviewet blev derfor afsluttet med en debriefing, hvor der blev afrundet og interviewdeltagerne fik mulighed for at tilføje tanker omkring emnet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewguiden er udarbejdet på baggrund af kritisk psykologi og begrebet om praksisforskning, som tidligere beskrevet i kapitel 4. Opbygningen af interviewet er inspireret af ”livsformsinterviewet”, der er udviklet af den norske forsker og professor i psykologi Hanne Haavind. I livsformsinterviewet er der fokus på det konkrete levede liv med de hverdagslige hændelser, der udspiller sig. Der søges både efter specifikke episoder og hvordan de daglige hændelser indgår i de personlige rutiner (Haavind, 2000). Livsformsinterviewet er baseret på at spørge ind til mange forskellige situationer, som har til formål at få indsigt i interviewdeltagerens

egen forståelse af sig selv, sit liv og de sociale sammenhænge, som personen indgår i. Undervejs i interviewet spurgte jeg ind til nogle praksiseksempler for at få den gravide til at beskrive konkrete beskrivelser af hverdagens forløb med telemedicin. Det kunne fx være spørgsmålet: *”Hvis vi prøver at gennemgå din dag, hvornår og hvordan bruger du så telemedicin?”* (Bilag B). Inspirationen fra livsformsinterviewet ses desuden ved, at der blev spurgt ind til alt det, som er ”rundt om” graviditeten som fx den gravides liv, familie, evt. tidligere børn, boligforhold m.m.

Forud for interviewene blev interviewdeltagerne tilbudt, om de ønskede at læse interviewguiden igennem på forhånd, hvilket en enkelt gravid kvinde takkede ja til. Jeg antager, at der kan være fordele og ulemper ved, at interviewdeltagerne kender interviewspørgsmålene på forhånd. Jeg var nervøs for, at spontaniteten i samtalen forsvandt og interviewdeltagerne ville holde sig til at besvare de planlagte spørgsmål. For nogle kan det måske være rart at vide på forhånd, hvad der skal tales om, samt en tryghed i at vide, at der ikke indgår ”farlige” spørgsmål. Ved at kende spørgsmålene og temaerne kan det også være muligt at overveje eventuelle svar, hvilket kan føre til mere reflekterede svar.

Interviewene blev optaget og blev derefter transskriberet i deres fulde form. Det har jeg gjort for at kunne gennemlæse interviewene og udvælge bestemte passager og citater i forbindelse med analysearbejdet. Jeg valgte kun at transskribere det sagte, hvorimod grin, pauser m.m. kom i parentes. Ligeledes blev fyldord som ”øh” undladt, hvis det forekom ofte.

Det har været mit ønske, at interviewet skulle finde sted i en åben og tryk atmosfære, og derfor overlod jeg det til interviewdeltagerne at vælge tid og sted, hvilket uddybes i afsnittet om etiske overvejelser.

5.4. Forskning i egen praksis og medforskerbegrebet

Jeg har valgt at indsamle empiri på Aarhus Universitetshospital, hvor jeg selv er ansat som jordemoder på fødegangen. Dette hospital har været et af de første i Danmark til at indføre telemedicin til gravide, og der er en stor interesse i at forske i emnet. Der kan være fordele og ulemper ved at foretage forskning i egen praksis. For mit vedkommende var det nemmest, da jeg kender kulturen både socialt og kulturelt. Det skal dog nævnes, at jeg har foretaget feltarbejde på en anden afdeling end der, hvor jeg selv arbejder og har min daglige gang. Jeg tænker, at min uddannelse som jordemoder og mit kendskab til afdelingen, har gjort det nemmere at få adgang

til feltet. Jeg forestiller mig også, at der er en større villighed til at hjælpe med specialet, da jeg har en faglig baggrund, og forsker i et emne, som er relevant for hospitalet.

Inden for forskningstraditionen bruges begrebet gate-keeper om en person, der har mulighed for at give forskeren adgang til feltet (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012, s.251). Jeg startede med at tage kontakt til min leder, der agerede gatekeeper og videreformidlede kontakt til de relevante personer, der arbejder med telemedicin til gravide. Det var særligt to personer; en telemedicinsk koordinerede jordemoder og en vicechefjordemoder, der derefter blev mine kontaktpersoner. Jeg indgik en aftale med disse to kontaktpersoner om, at de kunne være behjælpelige med at formidle kontakt til gravide, som ønskede at deltage i interviews, hvis jeg til gengæld fremlagde mine resultater på et personalemøde efter specialets afslutning. Som tidligere nævnt har KIH-projektet kørt som pilotprojekt på dette hospital, men siden projektet blev afsluttet i 2015, har der ikke været en opfølgning, hvor de gravides perspektiv kom frem. Kontaktpersonerne læste min interviewguide igennem og havde et ønske om få tilføjet nogle spørgsmål, som de var interesserede i at vide. Det handlede bl.a. om tidsforbruget, som de gravide brugte på telemedicin, samt partnerens rolle. Aftalen med at fremlægge resultaterne var ideel for mig, da jeg har et stort ønske om, at mit speciale kan være relevant og brugbart for andre. At jeg med dette speciale kan give mit bidrag tilbage til feltet stemmer godt overens med kritisk psykologi, og Jartoft beskriver det således: *"Herved bliver en subjektvidenskabelig forskning ikke blot en beskrivelse af status quo i form af en forskningsrapport, men en forskning, der forhåbentlig kan bruges som praktisk middel i ændringen af begrænsede betingelser i retning af fælles mål"* (Jartoft, 1996, s. 208). Ved at holde et oplæg og formidle mine resultater, er det min ambition, at jeg kan være med til at forbedre betingelserne for gravide, der i fremtiden skal benytte telemedicin.

Det har fra specialets begyndelse været en ambition, at de gravide skulle indgå som medforskere. Betegnelsen medforsker anvendes ofte indenfor kritisk psykologi, og vil sige at interviewdeltagerne involveres i forskningen (Holzkamp, 2005). Medforskerbegrebet dækker over, at personerne som deltager i forskningen, har en reel interesse i at deltage i undersøgelsen, samt har erkendt, at de handler ud fra denne interesse (Jensen, 2005). Medforskerens interesse i at deltage i forskningen må forstås ud fra et ønske om at forbedre sin livskvalitet eller betingelser inden for det område, der udforskes. Jartoft skriver følgende om medforskerbegrebet: *"Hvis vi*

lader dem, der har interesse i det, der udforskes blive medforskere, sikrer vi, at forskningen også har relevans. De vil jo næppe deltage, hvis de ikke kan se relevansen heri” (Jartoft, 1996, s. 207). Medforskning handler også om, at deltagerne er forskere i deres eget liv. I medforskerbegrebet ses subjektvidenskabens mennesyn, nemlig at mennesket er refleksivt og således med fordel kan inviteres til at deltage i forskningen som medforskere og på lige fod med forskeren. Indenfor praksisforskning arbejdes der ud fra en forståelse af, at forskningspersonerne ses som medforskere og skal inddrages i forskningen. Dette har til hensigt at udvide handlerummet for alle implicerede og ikke kun for forskeren.

Med ovenstående forståelse af medforskerbegrebet kan der dermed argumenteres for, at de gravide kvinder indgår som medforskere i dette speciale. De gravide vælger aktivt at stille op til interview og bidrager med deres perspektiver, og inddrages dermed som ”eksperter” på deres egen situation. Forskningen gøres praksisnært, idet der tages udgangspunkt i de gravides fortælling og hvad de finder vigtigt. Ambitionen har været at undersøge det levede liv med de subjektive erfaringer og betydninger, som det indeholder. Det har dermed været min hensigt at lade de gravide komme til orde og at deres stemmer skulle indgå som et led i forskningen.

Rent metodisk lægges der op til, at de gravide er med til at udvikle feltet, idet deres stemmer og perspektiv kommer frem i kraft af interviews. Ambitionen om, at de gravide skulle indgå som medforskere, viste sig at være vanskeligere end først antaget. Det har af tidsmæssige omstændigheder ikke været muligt at få medforskerne til at være med ind over analysearbejdet. De gravides deltagelse er derfor begrænset til empiriproduktionen, hvilket betyder, at specialets analyseafsnit skaber rum for medforskerens stemmer i form af citatuddrag. Aftalen med de gravide er, at de er velkomne til at læse det færdige speciale efter aflevering. Det kunne have været relevant, at de gravide læste analysen igennem for at korrigere, om jeg havde forstået deres fortælling og udsagn korrekt. Det ville nuancere analysen, idet nogle udsagn ville kunne uddybes. Det kunne have været spændende, hvis de gravide var en større del af analysearbejdet, men jeg følte ikke, at jeg kunne bede dem om mere end at deltage i et enkelt interview, idet de allerede var i en belastet situation med deres komplikationer og med mange andre ting at tænke på og forholde sig til. Det har været en etisk overvejelse, hvorvidt det var forsvarligt at interviewe gravide, der står i en så sårbar situation. Jeg har vurderet, at selvom de er fødselsmæssigt påvirket og nogle endda er i krise, er der stadig et behov for, at deres perspektiv

kommer frem. Jeg mener, at det er at tage dem alvorligt, at de inddrages i forskningen, såfremt de selv ønsker det, da det netop er den situation, som mange gravide med komplikationer kommer til at stå i. Det er lige præcis i den vanskelige situation, hvor sygdommen eller komplikationen fylder meget, at der er behov for at vide, hvordan telemedicinen får en betydning og hvad der er vigtigt for den enkelte gravide.

Jeg har tænkt over, hvad de gravide opnår ved at deltage i et interview. Jeg formoder, at de ønsker at fortælle deres historie, og derigennem være med til at forbedre en praksis, som har betydning for dem selv og andre gravide i fremtiden. I forhold til at have en interesse i forskningen, har jeg også overvejet, om det er mine to kontaktpersoner, der agerer medforskere i dette speciale. Det er dem, som jeg giver en tilbagemelding til i form af oplæg på et personalemøde, og dem der har ønsker til spørgsmål til de gravide. Det er måske hermed kontaktpersonerne, der har den største interesse i dette speciale, og dem der kan være med til at udvikle praksisfeltet. Jeg vil dog holde fast i argumentet om, at det er de gravide kvinder, der agerer medforskere, da det er deres stemmer, der bruges som et led i forskningen, og derigennem kan der ske en udvikling i praksisfeltet.

5.5. Oversigt over interviewdeltagerne

Jeg fik kontakt til de gravide, der deltog i interviewet, ved hjælp af et opslag, som jeg havde udarbejdet (se Bilag D). I forbindelse med at de gravide var på hospitalet og blev oplært i at benytte telemedicin, fik de udleveret mit opslag. Der kunne de læse om projektet og give samtykke til, om jeg måtte kontakte dem 1-2 uger efter oplæringen. Hvis de havde givet samtykke, kontaktede jeg dem telefonisk, og vi aftalte tidspunkt for interviewet. Jordmoderen der indgår i det supplerende interview, fik jeg kontakt til gennem kontaktpersonerne.

Det har været en udfordring at rekruttere gravide til specialet. Udfordringen lå i, at de gravide med for tidlig vandafgang faktisk ønskede at deltage i et interview, men desværre fødte inden interviewet kom i stand. Som tidligere nævnt føder 50-70 procent af gravide med for tidlig vandafgang inden for én uge, så det var vanskeligt at nå at foretage et interview.

Interviewdeltagerne i dette speciale er:

- Charlotte: Gravid med sit andet barn i 32. graviditetsuge. Hun har brugt telemedicin i 2,5 uger, da hun har for tidlig vandafgang og graviditetsbetinget diabetes.
- Signe: Gravid med sit første barn i 35. graviditetsuge. Hun har brugt telemedicin i 2 uger, da hun har præeklampsi.
- Malene: Gravid med sit tredje barn i 37. graviditetsuge. Hun har brugt telemedicin i 3 uger, da hun har præeklampsi. Hun udviklede også præeklampsi i de to forrige graviditeter, hvor hun ikke brugte telemedicin.

De gravide er mellem 26 og 38 år og bor alle tre med en partner.

- Jordemoder: Arbejder på Aarhus Universitetshospital på afdelingen for indlagte gravide, og anvender telemedicin i sit daglige arbejde.

For at sikre anonymitet er de gravides navne ændret. Da der kun optræder én jordemoder, har jeg valgt at omtale hende som ”jordemoderen”.

5.6. Ethiske refleksioner

Undervejs i specialeprocessen har jeg gjort mig en række etiske refleksioner, og i følgende afsnit præsenteres disse refleksioner.

I specialeprocessen har de etiske refleksioner været tænkt ind i alle forskningsprocessens stadier, lige fra kontakt og adgang til praksisfeltet, metodeovervejelser, empiriindsamling, transskribering og analyse af interviews samt tilbagemelding til feltet. De etiske overvejelser er igennem hele forløbet blevet vurderet og justeret, efterhånden som specialet skred frem.

I bogen ”Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview” optegnes fire etiske retningslinjer for humanistisk og videnskabelig forskning, som er: *Informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle* (Kvale og Brinkmann, 2015).

Med et ønske om at foretage etisk forsvarlig forskning, er der indhentet informeret samtykke fra de gravide, som blev underskrevet forud for interviewet (se Bilag E). Samtykket bestod i, at de gravide kendte til specialets formål, samt hvad interviewet ville blive brugt til. De blev oplyst om, at deltagelsen var frivillig og at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage (Christensen, 2005).

Fortroligheden blev sikret ved, at de interviewdeltagerne blev anonymiseret, og deres navne er ændret i det empiriske materiale. Interviewene blev optaget, og slettet efter transskriberingen.

Konsekvenser henviser til, at man som forsker skal medtænke de menneskelige konsekvenser ved både undersøgelsen som helhed og det enkelte interview. Jeg er bevidst om, at det muligvis er et følsomt emne for de gravide at tale om deres graviditet og sygdomsbillede, og det har derfor været nødvendigt at opbygge et tillidsfuldt forhold. Kristiansen beskriver tillidsforholdet mellem interview og interviewdeltager således: *”Optræder man åbent, ærligt og anstændigt, taler man med folk, og lytter man til deres beretninger og problemer, vil mange feltforskere opleve, at deltagerne nærer tillid til dem. Men denne tillid skal forvaltes klogt.”* (Kristiansen, 2012, s. 217). Denne tillid oplevede jeg som en grundlæggende forudsætning for at opnå en fortrolighed, der åbnede op for, at de gravide havde lyst til at dele deres oplevelser med mig.

Forud for empirigenereringen gjorde jeg mig tanker om min egen rolle som forsker og jordemoder, og særligt om hvilken rolle det vil spille, at jeg er uddannet jordemoder. Jeg har tænkt over, om de gravide kvinder blev påvirket af, at jeg arbejder på samme hospital, som de er tilknyttet. Der kan være en risiko for, at det kan skabe ubalance i interviewet, fx er det før set, at interviewdeltagerne er tilbøjelige til at svare det, som de tror, at interviewereren gerne vil høre (Tanggaard & Brinkmann, 2015a). Det var derfor vigtigt, at de gravide var blevet gjort opmærksomme på, at deres besvarelser var anonyme, og at svarerne ikke ville påvirke deres behandlinger.

Jeg forestiller mig, at min faglige baggrund kan være en fordel i mødet med den gravide. Min faglige viden om graviditet, komplikationer og målinger har måske gjort det nemmere, at foretage interviews, da kvinden ikke først skulle forklare en masse om sin situation. Dette kom særligt til udtryk i ét af interviewene, hvor en kvinde fortalte om at lave en hjertelydsmåling, hvor hun udtrykker et problem med at indstille udstyret korrekt og i den forbindelse udtaler: *”Jeg går ud fra, at du ved, hvad jeg snakker om?”* Det oplevede jeg som en hjælp for kvinden, at

jeg kendte den givne måling og hvilke udfordringer, der kan være med foretage målingen. Det kan spare tid og give en indforståethed, sådan at hun ikke behøvede en dybere forklaring, før jeg vidste, hvad hun talte om. Omvendt kan min uddannelse være en begrænsning på den måde, at den gravide måske ikke taler lige så åbent, som hun ellers ville have gjort. Det kunne fx være, hvis hun havde en kritik af det sundhedsfaglige personale eller behandlingsforløbet.

Jeg er også opmærksom på, at der er en asymmetrisk magtfordeling mellem den gravide og undertegnede. Jette Fog opridses problemetrikken med det asymmetriske magtforhold i således:

Tværtimod må jeg overveje det magtproblem, der ligger skjult i den professionelle relation og overveje mit ansvar med dette in mente. Det er meget ofte forskeren, som har magten. Dels har hun sin professionelle status og dels har hun med sin uddannelse ordet i sin magt. Hun har magt, og derfor skal hun se sig godt for og være klar over, hvor hun træder.
(Fog, 1992, s. 228).

Som der også beskrives i ovenstående citat er det derfor vigtigt, at jeg er min egen rolle bevidst og bruger min magtposition forsigtigt.

Det var oprindeligt planen, at interviewene skulle foregå fysisk, og jeg bad deltagerne vælge stedet. Det kunne være hjemme hos dem, hjemme hos mig eller på hospitalet i forbindelse med et ambulant besøg. Pga. udbruddet af Corona-virus i Danmark, hvor folk blev opfordret til ikke at mødes rent fysisk for at begrænse smittefaren, blev der afholdt telefoninterviews i stedet for fysiske interviews. Medforskerne blev tilbudt at interviewene kunne foregå over Skype, hvor der kunne være video på eller telefonisk. De foretrak alle, at der ikke var kamera på. Jeg antager, at det påvirker relationen, at vi ikke kan se hinanden, idet mimik og kropssprog går tabt. På den anden side kan det også tænkes at være rart for nogle gravide, at vi ikke kunne se hinanden i øjnene, imens interviewet stod på, da det kan være et følsomt emne at tale om. I forbindelse med feltarbejdet på hospitalet havde jeg kortvarigt talt med en af medforskerne, så vi havde mødt hinanden fysisk forud for interviewet.

Et etisk dilemma, der ofte er til stede i dybdegående interviews, omhandler hvor personlige og nærgående spørgsmål, der kan der stilles i interviewsituationen (Fog,1999). Dette dilemma stod jeg også i, da jeg skulle udarbejde interviewspørgsmålene. På den ene side ønskede jeg et

interview, som var grundigt og dybdegående, men på den anden side var jeg også opmærksom på ikke at overskride interviewdeltagernes grænser. Samtidig ønskede jeg heller ikke et empirisk materiale, som var for overfladisk. For at komme dette dilemma til livs har jeg taget udgangspunkt i *nærhedsetikken*, som er en samlet betegnelse for tænkere, der hævder, at moralske anvisninger i vores handlinger finder sted i det konkrete møde med andre mennesker (Birkler, 2006). Det er særligt den danske teolog og filosof K. E. Løgstrup, som er ophavsmand til *nærhedsetikken*. I Løgstrups *nærhedsetik* er mødet med det andet menneske centralt, og han beskriver det på følgende måde: ”at den enkelte aldrig har med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd” (Birkler, 2006, s. 65). I mødet med det andet menneske hviler der således et ansvar for det andet menneske og en generel ansvarlighed for sine medmennesker. I overensstemmelse med kritisk psykologi er det også en vigtig pointe i *nærhedsetikken*, at mennesket ses som en aktiv og levende eksistens, der forholder sig til konkrete situationer, imens det udfolder sig. *Nærhedsetikken* henviser desuden til, at det er i nærværet og i de tætte relationer med andre mennesker, at etikken opstår, samt at de etiske principper træder frem i det spontane møde mellem mennesker. I *nærhedsetikken* gives der ikke færdige regler for, hvordan vi bør gøre i bestemte situationer, det er snarere en måde at være til stede som mennesker (Birkler, 2006). I mødet med de gravide kvinder har jeg brugt *nærhedsetikken* på den måde, det er i selve interviewsituationen, at det har vist sig, hvordan det falder naturligt at spørge ind til deres problematikker. Jeg havde på forhånd nedskrevet interviewspørgsmålene, men i selve interviewsituationen blev jeg overrasket over, hvor meget den gravide selv åbnede op og fortalte om sin situation. På den måde kom den gravide mig i forkøbet ved at tale om mange af de emner, som jeg havde planlagt at spørge til. Jeg havde også på forhånd overvejet, hvordan jeg skulle håndtere situationen, hvis interviewet tog en anden retning end forventet. Det kunne fx være, hvis kvinden blev ked af det eller hvis der blev fortalte meget følsomme detaljer. Her blev det særligt vigtigt, at jeg fik afsluttet interviewet på en ordentlig måde, så ingen af de gravide følte sig efterladte og sårbare. Etikken kan dermed ses som en slags spejling i mødet med de gravide og ikke som en isoleret størrelse, der kan planlægges på forhånd. De etiske vurderinger udsprang derfor af relationen mellem den gravide og undertegnede og afhang af situationen.

Etik handler om at tage hånd om alle parter, der er involverede i forskningen, hvilket betyder, at det også omhandler min rolle som forsker. På samme måde som jeg har gjort mig tanker om at

beskytte interviewdeltagerne, har jeg også til haft til hensigt at beskytte mig selv. Særligt ét af interviewene blev jeg følelsesmæssigt berørt af efterfølgende. Det var en gravid kvinde, hvor fostervandet var afgået meget før termin, og det var ikke sikkert, at hendes barn ville overleve, hvis det blev født på tidspunktet for interviewet. Hun ventede en dreng og havde en dreng i forvejen. Denne situation gjorde stort indtryk på mig, da jeg selv er mor til en lille dreng og i den forbindelse har nogle moderlige følelser på spil. Jeg blev påvirket på den måde, at jeg tænkte meget på hende og hendes situation. Jeg tænkte på: ”Hvad nu hvis det var mig, der stod i samme situation?”. Ved at have en opmærksom på at passe på mig selv på samme måde, som jeg forsøger at passe på medforskerne, har det gjort det nemmere at foretage forskningen uden at blive for personligt involveret. De etiske overvejelser omkring min og interviewdeltageres rolle i forskningsprocessen er et element, som jeg har været meget opmærksom på undervejs i specialeprocessen.

6. Analyse

6.1. Analysestrategi

I det følgende afsnit præsenteres analysestrategien, som benyttes til at analysere specialets empiriske materiale. Der vil blive præsenteret følgende tilgange: Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse, analytiske læsninger på tværs og på langs, samt Haavinds analysestrategi der analyserer på fællestræk og særtræk.

6.1.1. Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse

Det empiriske materiale analyseres overordnet ud fra en betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse, der er udviklet indenfor kritisk psykologi. Det er ikke en færdig analyseopskrift, men skal forstås som en slags videnskabsteoretisk grundforståelse, der er gennemgående for hele forskningsprocessen (Kousholt, 2018b).

I en ”betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse” fokuseres der på, hvordan betingelser skaber handlemuligheder for mennesket, hvordan mennesket vælger at handle ud fra

betingelserne og skaber en betydning derigennem (Kousholt, 2018b). Det handler om at forstå forskellige betingelsers betydninger for mennesket, og i dette speciale belyses hvordan konkrete betingelser som fx telemedicin, får betydning for gravide.

I forhold til at analysere på betingelser, har jeg haft fokus på *hvad* de gravide deltager i. Det kan fx være telemedicin, kontroller på hospitalet og andre generelle betingelser i forbindelse med deres graviditet. I forhold til at analysere på betydning og begrundelser, har jeg fokuseret på, *hvordan* de gravide deltager. Det kan fx være egeninvolvering, ansvar, den udvidede og restriktive handleevne, som vil blive udfoldet i speciales analysedel.

Som bl.a. Holzkamp og Dreier oprindeligt præsenterede betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalysen, bestod den oprindeligt af to analyseskridt:

- 1) En betydningsanalyse, hvor der analyseres på betingelsernes betydning for mennesket.
- 2) En begrundelsesanalyse, hvor der analyseres på menneskets grunde til at handle, som det gør i forhold til disse betingelser, samt egne behov og interesser.

Med inspiration fra Kristine Kousholt vælger jeg ikke at opdele analysen i de to trin, da jeg finder det centralt, at betingelser, betydninger og begrundelser er tre faktorer, der er afhængige af hinanden og indgår i et samspil (Kousholt, 2018b). For dette speciale er det særligt begreberne betingelser og betydninger, der er aktuelle, men begrundelser vil også indgå i specialets analyseafsnit.

Som tidligere nævnt kan telemedicin ses som en betingelse, der får betydning for de gravides daglige livsførelse og selvforståelse. De gravides situationer er forskellige, og derfor vil de gravides betingelser også være forskellige. Det kan være at de gravide skaber forskellige betydninger af betingelserne, forstået på den måde at komplikationer og målinger kan fylde meget i én kvindes verden, og fylde knap så meget hos en anden kvinde. Fx kan det antages, at hvis kvinden har børn i forvejen, vil der være mindre tid og plads til at lade komplikationen fylde, fordi der er en hverdag, der skal fungere.

Betingelserne for de gravide er forskellige, da det er forskelligt, hvor langt de er i graviditeten, forskellige typer komplikationer samt deres generelle livsomstændigheder. Alt efter hvilken monitoreringsplan der foreligger for den gravide, foretager nogle gravide målinger et par gange

om ugen og andre skal måle værdier dagligt. Dermed bliver telemedicin som en betingelse forskellig, og det er bl.a. denne forskellighed, som jeg ønsker at fremanalysere.

Det empiriske materiale er gennemlæst med den kritiske psykologis grundantagelser i mente. Jeg vælger, at det skal være empirien og fortolkningerne, der skal være styrende i analyseprocessen, og at de teoretiske begreber fra kritisk psykologi skal hjælpe med at åbne empirien op og give en dybere forståelse af materialet. Eksempelvis betragtes empirien ud fra begrebet ”handlemuligheder”, som giver en åbning af materialet på en ny måde, som jeg måske ikke ellers havde fået øje på. Som tidligere beskrevet beskæftiger kritisk psykologi sig med forholdet mellem det enkelte menneske og omverdenen i et dialektisk samspil, og specialets analyse vil derfor tage afsæt i dialektisk materialisme, og derved en ambition om at fremanalysere didaktiske sammenhænge. Den dialektiske grundindstilling ses ved, at jeg har blik for det konfliktfyldte, det modsætningsfyldte, samt dilemmaer og elementer med dobbeltheder (Bøttcher, Kousholt & Winther-Lindqvist, 2018). Jeg forsøger at vise forskellige perspektiver af samme tema, som fx hvordan de gravide oplever at blive oplært i brug af telemedicin. Temaer bliver dermed oplæringssituationen, som belyses fra forskellige gravides perspektiver.

6.1.2. Analytiske læsninger på tværs – Tematisk læsning

Det første skridt i analyseprocessen er at skabe overblik over materialet, og det gøres ud fra en tilgang, der kaldes ”at læse på tværs” eller tematisk læsning. Det er en analysemetodisk tilgang, hvor temaer bliver identificeret og samlet på tværs af materialet. Tilgangen afskille sig ved ikke at være bestemt af et fast begreb, men drejer sig om at identificere og søge efter gentagende mønstre og temaer, der går igen i materialet. Et tema udgøres af ”noget vigtigt” vurderet i forhold til problemformuleringen, og som noget der går igen – enten i ét eller flere interviews (Braun & Clarke, 2008; Haavind, 2000). I dette speciale er det fx temaerne *ansvar* og *tryghed*.

6.1.3. Analytiske læsninger på langs – Case-orienteret læsning

Efter den tematiske læsning er næste analyseskridt at læse på langs for at udforme en mere case-orienteret analyse. Ved denne analytiske orientering følges enkeltpersonerne gennem det empiriske materiale ved en case-orienteret læsning (Kousholt, 2018b).

Derefter følger dybdelæsningen, hvor der er fokus på, hvad interviewdeltagerne gør og siger. Formålet med dybdelæsningen er at komme i dybden med de aspekter, som ikke blev fanget ved første gennemlæsning som fx underpointer, temaer og modsætningsfuldheder (Kousholt, 2018b).

6.1.4. Særtræk og fællestræk

I sidste skridt i analyseprocessen er der forsøgt at skabe nye sammenhænge i materialet. Det er gjort ved at forbinde temaerne med nye tematiske forbindelser mhp. at skabe nye forståelsesmuligheder (Kousholt, 2018b). Der har jeg gjort brug af Haavinds analysestrategi der analyserer fællestræk og særtræk. I det empiriske materiale er der søgt efter særtræk og fællestræk i oplevelsen af at benytte telemedicin. Særtræk er træk, der kun gør sig gældende hos nogle af interviewdeltagerne, modsat fællestræk, som gør sig gældende hos flere interviewdeltagere (Haavind, 2000). Der er søgt på langs efter sammenhænge hos den enkelte kvinde, for at få ideer til, hvad der er centralt, og hvad der kan være problematisk i den enkelte kvindes daglige liv. Derudover er der søgt på tværs for at analysere på de fællestræk og særtræk, der går igen hos flere af interviewdeltagerne. Det kan være særtræk hos den enkelte interviewdeltager eller særtræk ved en bestemt episode. Fællestrækkene kan bruges til at udpege almene problematikker, som kan være et genstandsfelt for udvikling og forbedring (Haavind, 2000; Kousholt 2018b).

Med udgangspunkt i den kritiske psykologi identificeres fællestræk i de gravides handlemuligheder med det formål at almengøre de muligheder der findes, samt belyse hvordan de gravide benytter deres handleevner.

6.2. Analyse

I dette afsnit følger specialets analysedel, hvor det empiriske materiale analyseres ud fra den valgte teoriramme. I analysen vil temaerne *sikkerhed*, *tryghed* og *ansvar* indgå. Det er centrale tematikker, som er identificeret ved den tværgående læsning af interviewene. For at skabe et overblik over analysen, har jeg valgt at opdele analysen i tre overordnede delafsnit med overskrifterne: "*Sikkerhed som betingelse for tryghed*", "*Ansvar*" og "*Telemedicin som en del af den daglige livsførelse*". På trods af analysens opdeling skal den læses som en samlet analyse

og der vil være overlap imellem de tre analyseafsnit og temaer. I analysen indgår udvalgte citater fra interviewene, som har til hensigt at give et troværdigt billede af det samlede empiriske materiale. Enkelte citater henvises der til af flere omgange, da det er forskellige elementer i citaterne, som er centrale, alt efter hvilket teoretiske begreb der anvendes. I analysen vil nogle af temaerne blive underbygget med videnskabelige studier, som er præsenteret i forskningsoversigten, samt andet relevant litteratur. Efter de tre delanalyser afsluttes der med en samlet delkonklusion, hvor de væsentligste analysepointer opsamles.

6.2.1. Første delanalyse: Sikkerhed som betingelse for tryghed

I denne første delanalyse indgår temaerne *sikkerhed* og *tryghed*. Ved den tværgående læsning var tryghed det første tema, som blev identificeret, idet det fremtrådte som et fællestræk i interviewene med de gravide og jordemoderen. Der vil blive analyseret på et uddrag af deltagerobservationen, da trygheden kom til udtryk i den gravides kropssprog i oplæringssituationen. I den følgende afsnit analyseres der ligeledes på personalets rolle i forhold til telemedicin.

Komplikationer i relation til graviditeten er ofte forbundet med utryghed og usikkerhed. Hvis fostervandet afgår for tidligt, er der ingen garanti for, hvornår fødslen kommer til at foregå, og at der ikke opstår infektioner (Lee et al., 2015). Hvis der indtræder forhøjet blodtryk, svangerskabsforgiftning eller diabetes, vil de fleste gravide blive nervøse for, hvordan sygdommen påvirker dem og deres barn. Det er derfor vigtigt at hjælpe de gravide med at få skabt en følelse af sikkerhed og tryghed. Samlet set er der et fællestræk i de gravides oplevelse af tryghed i forbindelse med at bruge telemedicin under graviditeten, og alle tre gravide giver udtryk for at føle sig trygge ved at benytte telemedicin. Charlotte udtaler om tryghed i forbindelse med at benytte telemedicin: *"For mig er det bare en tryghed, at vi får kørt hjertelyd på ham hver dag, og at der bliver holdt øje med os"*. Charlotte angiver, at telemedicin er positivt at bruge, og at det er en tryghedsskabende betingelse, at der bliver kørt daglige hjertelydsmålinger på hendes søn. Dermed bliver telemedicin et betryggende element i hendes situation.

I deltagerobservationen kommer trygheden ligeledes til udtryk og kan afspejles i den gravides kropssprog. I starten af oplæringssituationen var den gravides kropssprog lukket, hvilket kunne ses ved, at hun sad tilbagelænet i stolen med korslagte arme, og virkede lidt afvisende.

Efterhånden som oplæringen skred frem, fremstod den gravide kvinde mere imødekommende og engageret. Hendes kropssprog var nu åbent, hvilket kunne ses ved at hendes arme ikke længere var korslagte, og hun lænede sig frem mod bordet, som vi alle sad rundt om. Ud fra observationen af hendes kropssprog kan det tolkes som om, at hun blev mere tryk i situationen hvilket afspejlede sig i hendes kropssprog, som ændrede sig fra lukket til åbent (Larsen, Bræstrup, Gath & Madsen, 2010).

Når der opstår en komplikation i graviditeten, bliver den gravide ofte indlagt i en kort periode, hvor der opstartes relevant behandling og observation af mor og barn. Denne observationsindlæggelse varer typisk et par dage og kvinden bliver oplært i at bruge telemedicin under indlæggelsen, hvor hun fx selv måler blodtryk og temperatur. Ifølge jordemoderen etableres trygheden allerede ved denne observationsindlæggelse, og trykhed bliver en afgørende betingelse for, at telemedicin er positivt at bruge:

Som arbejdsredskab synes jeg det [telemedicin] fungerer sindssyg fint, og det er et dejligt tilbud at kunne give de gravide. Typisk er det nogle, der har været indlagte hos os i noget tid, og som stille og roligt skal være trygge og klar til at tage hjem (...) Jeg kan kun se gode ting ved det egentlig, så længe at de er trygge ved det, og at de ikke føler, at de bliver sendt ud af døren hurtigere end de er klar til det.

I ovenstående citat beskriver jordemoderen, at trykhed er en grundlæggende forudsætning for, at telemedicin fungerer optimalt. Hun giver udtryk for, at hun synes telemedicin er et godt tilbud til de gravide, så længe de er trygge ved at benytte det. Trykhed er således en betingelse, der er grundlæggende for at telemedicin vurderes som et godt tilbud. Charlotte giver ligeledes udtryk for, at trykhed har spillet en væsentlig rolle i deres situation:

Vi har følt os i SÅ trygge hænder og min oplevelse har været, at alle har haft god tid, selvom at jeg jo godt ved, at de allesammen har travlt, men man oplever det ikke. Vi har oplevet at blive taget meget seriøst og at der har været tid til os. Så det har været en rigtig god oplevelse.

I citatet ses det, at Charlottes følelse af tryghed er sammenkoblet med mødet og kontakten med det sundhedsfaglige personale. Da personalet har taget sig god tid og været imødekommende, påvirker det Charlottes samlede oplevelse af brugen af telemedicin i en positiv retning. Det er et fællestræk, der også ses i Signes oplevelse med personalet: *"Jeg har ikke haft en eneste negativ eller ubehagelig eller utryk oplevelse med en jordemoder i forbindelse med min graviditet – de er gode til skabe tryghed og gode oplevelser, det er fantastisk."* Når personalet udstråler en ro og sikkerhed, skaber det altså en oplevelse af tryghed hos den gravide. Det kan derfor udledes, at den måde som personalet agerer på, får betydning for den gravides tryghedsfølelse. Dermed bliver samarbejdet mellem den gravide og personalet en betingelse, som får betydning for den samlede oplevelse af tryghed og sikkerhed.

Samarbejdet mellem den gravide og personalet er et aspekt, som jordemoderen ligeledes fremhæver. Hun har erfaring for, at relationen mellem den gravide og personalet har en betydning for den gravides tryghedsfølelse:

Mange af dem [de gravide] kender os gennem indlæggelsesforløbet. Vi er jo en mindre gruppe, og oftest vil de opleve at få én i røret, som de kender. Jeg tror, at det er et godt udtryk for at flere af dem, at selvom om de måler derhjemme, så føler de stadig et tilhørsforhold, fordi de har startet ud her.

Det kan altså udledes, at jordemoderen oplever, at kontinuiteten mellem den gravide og personalet bliver en betingelse, der skaber tryghed hos de gravide. Hun angiver, at de gravide oplever en tryghed ved at kende til den afdeling og personalet, som modtager målingerne. Dermed bliver relationen til afdelingen, personalet og følelsen af tilhørsforhold forskellige betingelser, der skaber tryghed. Ifølge jordemoderen kan det også være tryghedsskabende, at de gravide relativt hurtigt bliver introduceret til telemedicin og er startet med at bruge telemedicin på afdelingen under observationsindlæggelsen. Det bevirker, at de gravide allerede føler sig sikre i at foretage nogle af målingerne, inden de kommer hjem. De gravide angiver alle, at samarbejdet med personalet fungerer godt, og ud fra interviewene vurderes det, at der er tillid til personalet. Det er dermed et fællestræk, som går igen på tværs af interviewene.

Trygheden og tilliden til personalet kommer yderligere til udtryk i en oplevelse af sikkerhed. Dette ses bl.a. i næste citat, hvor Charlotte beskriver, hvordan det er betryggende for hende at

vide, at personalet aflæser hendes målinger og reagerer på dem, hvis målingerne kræver en opfølgning:

Jeg havde en enkel dag, hvor en jordemoder ringede til mig og bad mig lave en CTG-måling igen, fordi hun skulle lige se noget mere, så det der med, at de kigger det igennem og jeg kan være sikker på, at de ringer hvis der er noget, der ikke er, som det skal være – det er rigtig betryggende.

Charlottes udtryk med at ”være sikker på” kan tolkes som en grundlæggende følelse af sikkerhed. I denne analyse kan begrebet *sikkerhed* forstås med en dobbeltbetydning. På den ene side kommer sikkerhed til udtryk i en oplevelse af, at de gravide har tillid til, at personalet reagerer ved afvigelser i målingerne eller hvis målingerne er utilstrækkelige. På den anden side kommer sikkerhed til udtryk ved, at de gravide føler sig sikre i at foretage målingerne derhjemme. Dette handler i høj grad om en sikkerhed i at håndtere udstyret korrekt, aflæse målingerne og føle sig sikre omkring at være derhjemme på trods af komplikationen. Når de gravide føler sig trygge og sikre, kan det formodes at få en positiv effekt på deres handleevne og deres evne til at identificere handlemulighederne i den daglige livsførelse.

Sikkerhed bliver en betingelse for at skabe tryghed og dermed en betydning for, hvordan gravide kvinder oplever at benytte telemedicin. For Charlotte er det betryggende at kunne føle sig sikker på, at personalet reagerer på målingerne.

Omvendt giver det en følelse af utryghed, hvis de gravide oplever usikkerhed. Usikkerheden kommer til udtryk i interviewet med Signe, idet hun har oplevet tekniske vanskeligheder med at registrere målingerne på den udleverede tablet. I den forbindelse udtaler hun: ”Og så bliver man i tvivl, og så bliver man usikker, og det er jo egentlig... jeg tænker usikkerheden, man gerne vil eliminere hos en gravid - og utrygheden.” Derved bliver det tekniske udstyr en betingelse, der får betydning for Signes tryghedsfølelse, idet hun føler sig usikker. Hun beskriver samtidigt, at hun nogle gange har følt sig usikker på, hvilke målinger der skal foretages. Det kan dermed formodes, at usikkerheden får betydning for Signes daglige livsførelse i en negativ retning. Hvor det tekniske udstyr og usikkerhed på målinger kan anses som utrygge betingelser, giver Signe udtryk for, at trygheden styrkes ved, at hun er aktiv deltagende i sin egen behandling:

Signe: *"Jeg har oplevet det som betryggende, at der var mulighed for at være så meget "on top of it" eller ovenpå... og selv den grad af kontrol eller egenkontrol også, ja egeninvolvering i de her tal. På Klinik For Gravide, når de måler, der har man lyst til at spørge; "Hvad var det så?" Her har man jo fuldstændig styr på, hvordan det egentlig går med en."*

Interviewer: *"Så på den måde, der har du måske sat dig lidt mere ind målingerne?"*

Signe: *"Jeg er jo blevet oplært, og nu har jeg selvfølgelig en forståelse for, hvor et normal blodtryk må ligge, når man er gravid og jeg har en forståelse for, hvornår jeg skal reagere – både i den lave ende og i den høje ende. Så det er sådan en viden eller en forståelse, som jeg ikke havde før, at jeg blev introduceret til telemedicin."*

Ovenstående citat viser, hvordan kendskabet til målingerne bliver en betingelse, der skaber tryghed. Signe er blevet oplært i at kende til målingerne og vurdere måleværdierne, og den aktive deltagelse kan spores i Signes udtryk om *egenkontrol* og *egeninvolvering*. Den aktive deltagelse ændrer desuden ved Signes selvforståelse, da hun nu ser sig selv som en person, der har styr på måleværdierne, og som har en forståelse for, hvad der er normale og afvigende måleværdier for hendes situation. Der er således sket en udvikling i hendes selvforståelse, som i Signes case bliver en forudsætning for, at hun oplever muligheder i forhold til at handle i den situation, som hun står i, hvilket kommer til udtryk i den udvidede handleevne. Jævnfør teoriafsnittet fremtræder den udvidede handleevne i kraft af, at hun deltager aktivt i behandlingsforløbet for at forbedre sine livsbetingelser. Hun orienterer sig mod hvilke handlemuligheder, der findes i hendes situation og handler aktivt ud fra disse. Hendes handlemuligheder ses ved, at hun er blevet oplært i målingerne og vælger at fortsætte med at bruge telemedicin på trods af de tekniske vanskeligheder. Omvendt kunne hun også have ladet utrygheden være styrende og undladt handle og dermed bruge sin restriktive handleevne.

På samme måde som Signe, giver Malene ligeledes udtryk for, at indblik og kendskab i målingerne er med til at skabe sikkerhed i hendes situation. Malene har en sundhedsfaglig uddannelse og denne faglige viden er brugbar i forbindelse med målingerne:

Jeg ved, hvad jeg måler ret godt. Jeg kender ikke supermeget til CTG-målinger, det er kun fra graviditeterne, men på min uddannelse, har jeg haft meget med blodtryk og urin. Jeg

tror måske, det gør det lidt nemmere at forholde sig til, hvad det egentlig er man måler. At man ikke føler sig så syg.

Kendskab til målingerne bliver en betingelse for Malenes deltagelse og ansvar for egen sygdom. Det er et særtræk i Malenes case, at hun som følge af sin sundhedsfaglige uddannelse har en faglig viden, der får betydning for hendes oplevelse med at bruge telemedicin. For hende bliver den faglige viden en betingelse, som skaber tryghed.

Kendskabet til målingerne kan ydermere få en betydning for den gravides selvforståelse, hvilket ses i den sidste linje i ovenstående citat, hvor Malene udtaler; *”At man ikke føler sig så syg.”* Netop denne sætning kan tolkes som et udtryk for Malenes selvforståelse, hvor hun overvejer forskellige muligheder i forhold til udviklingen af sin egen selvforståelse. For Malene bliver kendskabet til målingerne samt delagtiggørelsen af behandlingen en betingelse, som påvirker hendes selvforståelse, så hun ikke føler sig så syg. I analysens tredje delafsnit *”Telemedicin som en del af den daglige livsførelse”* tydeliggøres hvordan telemedicin skaber betingelser for den gravides selvforståelse.

6.2.2. Anden delanalyse: Ansvar

I denne delanalyse undersøges de gravides oplevelse af ansvar i relation til telemedicin.

Analyseafsnittet suppleres med begrebet *patient empowerment*, for at skabe en forståelse for, at én af de gravide har en stor grad af ansvarsfølelse.

Temaet omkring ansvar var et særtræk, som stod meget centralt i interviewet med Signe, som var det første interview, der blev foretaget. Derfor spurgte jeg ind til ansvarsfølelsen i de efterfølgende interviews, for at identificere om det var et træk, der gjorde sig gældende hos de to andre gravide, hvilket det ikke var. Signe udtaler omkring ansvar:

Signe: ”Jeg tænker, at det er rigtig givtigt, at man kan få lov til at være en del af det og have styr på det, og på den måde opleve noget ro, men man får heller aldrig pause fra det. Det er ikke en bekymring, man kan overlade til nogle professionelle, nu har man faktisk selv ansvaret for den.”

Interviewer: *”Tror du, det ville have været anderledes, hvis du kun fik lavet målingerne inde på sygehuset?”*

Signe: *”Ja, jeg tror, at noget af bekymringen og noget af ansvaret ville jeg kunne være i stand til at lægge fra mig.”*

Når Signes case læses på langs, bliver det tydeligt, at oplevelsen af ansvar fylder meget hos hende, og hun refererer til ansvar flere gange i interviewet. Der opstår en tvivl om hvorvidt, ansvarsfølelsen er så stor, at hun havde foretrukket, at målingerne blev foretaget på hospitalet. Til det svarer hun, at hun er glad for at bruge telemedicin, men at der har været mange vanskeligheder ved at lave hjertelydsmålingen, så hun havde foretrukket at denne måling blev foretaget på hospitalet. Hun foretager hjertelydsmålinger tre gange om ugen, og de andre målinger som fx blodtryksmåling, er der ingen vanskeligheder med. Signe giver udtryk for, at det er rart at kunne dele ansvaret med sin kæreste:

Det har jo givet en kæmpe stor tryghed ikke at være alene om både at have svangerskabsforgiftning, men også at have ansvaret for det her. Så det ansvar, som man ikke kan lægge over på fagpersonalet, det kan man så dele med nogen.

Således får hendes kæreste også en rolle i forhold til telemedicin. I citatet giver hun udtryk for, at det skaber tryghed at være sammen med sin kæreste og dele sygdommen samt ansvaret for behandlingen. Signe giver desuden udtryk for, hvordan ansvaret hænger sammen med sikkerhed og tryghed:

(...) det handler om, hvor ligger ansvaret. For ansvar er en kæmpe stor del af ens tryghedsfølelse, for stress kommer jo af, om du får stillet en opgave, du mener, at du faktisk har kompetencerne til at klare... og hvis ikke man føler sig klædt på til den opgave, så... eller, at hvis man føler, at man har ansvaret for en opgave, man ikke mener, at man kan løse, så bliver du jo stresset.

I Signes cases ses også, hvordan ansvaret bliver en betingelse, som skaber bekymring: *”Jeg var faktisk rigtig rigtig bekymret for, at lave fejl i sit eget sygdomsforløb, når man nu er den, der har ansvaret for at monitorere det. Altså, man har jo også ansvaret for at monitorere ens barns trivsel”*. Med den kritisk psykologiske forståelse in mente ses en dualisme i citatet, nemlig at Signe både har ansvaret for sit eget helbred, men også har ansvaret for at monitorere barnet. Det

kan formodes, at ansvarsfølelsen kan få betydning for Signes daglige livsførelse i en negativ retning, da hun oplever øget bekymring for at begå fejl i forbindelse med målingerne. Det ses, hvordan Signe er interesseret i at opnå det bedste for hende og hendes barn, og derfor handler hun på trods af utrygheden ved teknikken og oplevelsen af vanskeligheder med at registrere målingerne.

Hos Malene er oplevelsen af ansvar anderledes end i Signes case. Malene udtrykker det på følgende måde:

Jeg tænker, at ansvaret på et eller andet plan er det samme... Altså man har jo selvfølgelig selv ansvaret for at sende målinger ind, men du har også selv ansvaret for at møde op hos en jordemoder. Det er stadig sundhedspersonalet, der skal se om målingerne ser underlige ud eller noget og reagerer på dem, så derfor føler jeg lidt, at ansvaret er det samme.

I Malenes oplevelse med at benytte telemedicin ses det, at hun oplever, at ansvaret for sygdommen er det samme, som det ville have været, hvis hun ikke brugte telemedicin. Charlotte oplever på lignende måde, at ansvaret forsat er uændret:

Jeg har ikke set det som noget ansvar, og jeg synes, at det er meget enkelt at gå til og meget god vejledning og der er altid hjælp, når jeg ringer. Jeg tænker, at hvis jeg ikke kan finde ud af det, jamen så reagerer de jo.

Det kan ud fra Charlottes udtalelse udledes, at hendes oplevelse af ansvar minder om Malenes oplevelse. Malene angiver, at hun har ansvaret for at foretage målingerne, men at ansvaret for at vurdere målingerne ligger hos det sundhedsfaglige personale. Hun sammenligner ansvaret for målingerne, med at man som gravid også selv har ansvaret for at møde op til aftaler med en jordemoder. Som tidligere nævnt udtaler Charlotte, at ”For mig er det bare en tryghed, at vi får kørt hjertelyd på ham hver dag, og at der bliver holdt øje med os”. I den sidste sætning: ”at der bliver holdt øje med os” kan det tolkes, at hun overlader ansvaret til personalet, og at det er personalet, der har ansvaret for hende og hendes barn.

I de tre gravides fortællinger viser det sig tydeligt, at der er en forskel i oplevelsen af ansvar, og at det kan identificeres som et særtræk ved ansvarsfølelsen i Signes case. Signe oplever en større grad af ansvarsfølelse, hvorimod Malene og Charlotte beskriver, at de ikke oplever en ændring i ansvarsfordelingen. Hos Signe får telemedicin den betydning, at der sker en ansvarsforskydning,

så hun oplever, at telemedicin giver hende en større grad af ansvarsfølelse og at ansvaret for behandlingen og sygdommen flyttes fra personalet og over på hende selv. Dette kan formodes at påvirke hendes daglige livsførelse i en negativ grad, da det skaber bekymring hos hende.

For at præcisere analysen omkring ansvarforskydning, finder jeg det relevant at inddrage en teori, som kan give et indblik omkring ansvar i forbindelse med at bruge telemedicin. J. E. Møller beskriver denne kobling mellem telemedicin og ansvar i bogen "*Teknologi i sundhedspraksis*" (2014). Der skriver hun, at det er et gennemgående træk ved monitoreringsteknologier, at de indeholder et *ansvarliggørelsesaspekt*. Det er patienterne selv, der foretager målinger og registreringer, som traditionelt set har været foretaget af den sundhedsprofessionelle. Noget af det ansvar som ellers påhviler den sundhedsprofessionelle, flyttes nu over til patienten (Møller, 2014). Telemedicin ændrer på patientrollen, så patienterne selv skal lære at tage ansvar for en del af behandlingen i form af målinger og registreringer (Kayser et al., 2014). Dermed sker der en ændring i rollefordelingen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, og patienten bliver i højere grad ansvarlig for at håndtere sin egen sygdom og sundhed. Følelsen af at påtage sig et ansvar for eget helbred og sygdom, kan belyses med begrebet *patient empowerment*. Begrebet handler bl.a. om, at patienterne i højere grad får en øget indsigt i eget helbred og gradvist kan påtage sig et større ansvar i forhold til at fremme eget helbred. Ved udtrykket forstås forskellige tiltag, der støtter og forstærker det enkelte menneskes potentialer for at handle selvstændigt (Kayser et al., 2014). Når Signe oplever en ansvarforskydning, kan det ses som et udtryk for, at der sker en *patient empowerment*, hvor ansvaret flyttes fra personalet over til Signe, hvilket bevirker, at hun påtager sig et større ansvar for eget helbred og behandlingsforløb.

De modsatrettede oplevelser omkring ansvarsfølelsen hos de tre gravide efterlader en undren omhandlende, hvordan det mon kan være, at én gravid oplever ansvarforskydning, når de to andre gravide oplever, at ansvarsfordelingen er den samme? Der ses i den forbindelse en interessant dobbelthed. Dobeltheden består i, at alle tre gravide er oplært af den samme sundhedsfaglige medarbejder, og dermed må det antages, at informationen og oplæringen har været temmelig enslydende. Der er formodentligt givet den samme information, men de gravide har måske en forskellig opfattelse af ansvarlighedsspørgsmålet. For at belyse denne undren har

jeg spurgt jordemoderen, hvad hendes indtryk af ansvar er. Jeg spurgte hende, om hun har oplevet, at ansvaret kan føles for stort for de gravide, hvilket hun besvarer således:

Det har jeg ikke oplevet endnu, at der er nogle gravide, der har givet udtryk for. Også lidt fordi, at de egentlig bare introduceres til, at ”I skal bare taste det ind, og så skal vi nok... Du skal ikke tage noget medicin, før du har snakket med os. Det er os, der tager stilling til det.” (...) Men derudover, der tænker vi ret tydeligt i, at det er os, der bærer det overordnede ansvar for behandlingen, så det synes jeg ikke er et problem.

Ud fra de gravides og jordemoderens oplevelser af ansvar, kan det tyde på, at det er et fokuspunkt, der eventuelt skal italesættes endnu mere eller være en fast del af oplæringen. Det kan tyde på, at der er en problemstilling imellem, hvad personalet formidler omkring ansvar og hvordan de gravide oplever det. Denne problemstilling vil blive behandlet i specialets diskussionsafsnit.

Ligeledes kan det formodes at personlighed og forskellige forudsætninger hos de gravide for at bruge telemedicin, kan skabe forskellige opfattelser af ansvar. Fx kan man forestille sig, at nogle gravide har for vane at påtage sig meget ansvar, og derfor også vil gøre det i forbindelse med telemedicin. Det kan også antages at alder, uddannelsesniveaue og sociale forhold m.fl. kan få en betydning, samt at den personlige relation til personalet kan spille ind.

For nogle gravide ses den øgede ansvarsfølelse som en betingelse, der øger den aktive deltagelse. Det ses bl.a. hos Charlotte:

Jeg har fået af vide, at jeg skal tage Adalat² tre gange om dagen, men ikke hvad tid. Det giver mig noget autonomi, men det er også en autonomi, jeg trives med. Hvor jeg sagtens kunne forestille mig, at man kan være et menneske, der ikke trives med den autonomi.

I ovenstående citat ses der et træk i Charlottes personlighed, da hun fortæller, at hun trives med at have autonomi. Når Charlotte taler om autonomi kan det oversættes med selvbestemmelse, og det kan tolkes som, at hun deltager aktivt i sin egen behandling. I hendes udsagn ses det, at det er rart for hende at have autonomi. Autonomi er i overensstemmelse med kritisk psykologi, hvor mennesket også anses som aktivt deltagende og som medskabende af egen praksis.

² Adalat er et middel mod hjerte- og kredsløbslidelser, som får blodtrykket til at falde (min.medicin.dk).

Telemedicin giver mulighed for, at patienterne får en aktiv rolle og påtager ansvar for egen sygdom og behandling, hvilket også ligger i patient empowerment-begrebet. På samme måde som autonomi er positiv for Charlotte, må det formodes, at den øgede deltagelse er positiv hos Signe. Deltagelsen ses fx i hendes udsagn omkring: ”Jeg tænker, at det er rigtig givtigt, at man kan få lov til at være en del af det og have styr på det, og på den måde opleve noget ro”. Ved at være aktiv deltagende i egen behandling oplever Signe, at det giver mulighed for at skabe ro. Medinddragelse giver dermed de gravide mulighed for tage ansvar for deres egen situation.

I næste analyseafsnit belyses, hvordan telemedicin indgår som en del af den daglige livsførelse.

6.2.3. Tredje delanalyse: Telemedicin som en del af den daglige livsførelse

I analysens tredje delafsnit undersøges hvordan telemedicin indgår som en del af den gravides daglige livsførelse. Dette kobles sammen med de gravides selvforståelse, da selvforståelse som tidligere nævnt er en forudsætning for den daglige livsførelse. Selvforståelse vil derfor være delanalysens første omdrejningspunkt, hvorefter det tidsmæssige aspekt ved telemedicin samt partnerens rolle belyses. Afslutningsvist fokuseres der på, hvordan sociale relationer påvirker den gravides daglige livsførelse.

Graviditeten medfører fysiske, psykiske og sociale forandringer, og der foregår psykologiske processer, hvor nye roller skal udformes (Brodén, 2015). Før graviditeten indgår kvinden i en ”kvinde-rolle”, hvorfra der sker en transformation til en ”gravid-rolle” og senere en ”mor-rolle” (Brodén, 2015). Dertil kan der opstå en uventet rolle, der kan omtales som ”gravid med en komplikation eller sygdom”. I forhold til den sidstnævnte rolle, er det min erfaring som jordemoder, at mange gravide bliver overraskede, da det ofte ikke stemmer overens med den forestilling, som de havde omkring graviditeten. Den ændrede rolle for de gravide med komplikationer indebærer forandringer, som er typiske og genkendelige fra praksisfeltet, og i dette speciale er jeg interesseret i at undersøge, hvordan det forholder sig hos de gravide, der indgår som medforskere.

I empirien fremtræder det som fællestræk, at alle tre gravide forholder sig til deres selvforståelse, samt reflekterer over deres ændrede roller, som komplikationen har medført. Den forrige delanalyse viste, at kendskab til og indblik i målingerne fik betydning for den gravides

selvforståelse og en mindre grad af sygeliggjorthed for Malenes vedkommende. Selvforståelsen og den uventede situation ses også hos Charlotte, som udtaler: *”Jamen det er jo blevet vores virkelighed, at vi bliver forældre før tid (...) Man kommer jo kun på telemedicin, hvis man står i en situation, som man ikke havde forventet”*. Her ses det, at Charlotte og hendes mand er igang med at forholde sig til og omstille sig til deres nye situationen. Da Charlottes fostervand er afgået for tidligt, skal hendes fødsel sættes i gang efter to uger, og derfor skal hende og hendes mand forholde sig til, at de bliver forældre før tid.

Omstillingen til en ny situation og ændring i forventningerne ses ligeledes i Signes udtalelse:

Det her med at have aftaler på hospitalet og være ”sådan én, der kommer meget på hospitalet” er jo heller ikke lutter lagkage i den her tid omkring graviditeten. Der har man jo lyst til at komme så få gange som muligt og det skulle helst være under lykkelige omstændigheder, ik’?

I ovenstående citat giver Signe udtryk for, hvordan telemedicin påvirker hendes selvforståelse. I udtrykket *”sådan én, som kommer meget på hospitalet”* ligger der noget implicit. Det kan udledes, at Signe ville opleve at få en anden rolle, hvis hun havde mange aftaler på hospitaler og derved ville føle sig mere sygeliggjort. Det er vanskeligt at vurdere, om hun hentyder til, at det er hendes eget selvbillede, der ville ændres, hvis hun kom oftere på hospitalet, eller om det omhandler, hvordan hun tænker, at andre ville opfatte hende. Ydermere kan det overvejes at være en kombination af hendes eget selvbillede og andres syn på hende. Jævnfør teori afsnittet sker der en udvikling i hendes sociale selvforståelse, hvilket hænger sammen med en refleksion over, hvordan hun orienterer sig imod fællesskabet med andre mennesker.

Som tidligere nævnt er selvforståelsen en nødvendighed for kunne ændre på den daglige livsførelse, og det er vigtigt, at mennesket har forståelse for de ydre betingelser hvilket fx telemedicin kan anses som. I interviewene er det fremtrædende at sygdomsopfattelsen får betydning for de gravides selvforståelse, hvilket kommer til udtryk som en dualisme mellem at føle sig rask eller syg. Det optræder som et fællestræk i interviewene, at telemedicin bevirker, at de gravide føler sig mindre sygeliggjorte. Telemedicin kan ses som et bindeled mellem hospitalet og den daglige livsførelse, som den foregår privat i hjemmet. Derved kan sygdommen, som før i tiden foregik på hospitalet, nu også foregå privat og telemedicin muliggør, at de gravide kan

opretholde en livsførelse, der er så normal som muligt. Telemedicin tilbyder en forbindelse, der sammenkæder det syge og det raske, samt skaber forbindelse mellem forskellige kontekster.

Holz kamp skildrer, hvordan alvorlig sygdom kan påvirke den daglige livsførelse, og at de daglige rutiner kan skabe en kontrol i dagligdagen (Holz kamp, 1998). Med inspiration fra livsformsinterviewet bad jeg derfor de gravides beskrive deres dagligdag for at opnå en forståelse af, hvordan telemedicin indgår i hverdagen og dermed påvirker den daglige livsførelse. På Aarhus Universitetshospital skal alle gravide indsende deres målinger inden kl. 9 om morgenen, hvorefter en jordemoder tager stilling til målingerne i samarbejde med en læge, hvis der er behov for det. Nogle gravide indsender også målinger om aftenen, da det er individuelt hvilken monitoreringsplan, der foreligger. Det fremgår af interviewene, at de gravide foretager målingerne på samme måde hver dag. Ifølge Holz kamp kan rutiner og genkendelighed i dagligdagen skabe forudsigelighed, som kan føre til tryghed (Holz kamp, 1998). Alle tre gravide beskriver, at de foretager målingerne i samme rækkefølge hver gang. Charlotte angiver, at hun foretager målingerne i samme rækkefølge for at undgå at glemme noget.

Det er forskelligt, hvor lang tid de gravide bruger på at foretage målingerne. Både Malene og Charlotte anslår, at de bruger ca. en time dagligt på målingerne. Signe har som tidligere nævnt haft vanskeligheder med at lave hjertelydsmålingen og derfor bruger hun lang tid på denne måling. Hun angiver ligeledes, at det kan være stressende for hende, at målingerne skal være indsendt inden kl. 9, hvilket hun beskriver på følgende måde: *”Det betyder, at dét der egentlig burde vare en halv time tre gange om ugen og så en indsendelse af resultater, det varer op til halvanden – to timer, om morgenen, og det har været ret stressende.”* Adspurgt til hvad der konkret var vanskeligt ved at foretage målingen, svarer hun, at det var vanskeligt at få placeret elektroderne rigtigt på maven, så målingen kunne foregå korrekt. Derved stiller hjertelydsmålingen sig som en betingelse, der får en negativ indflydelse på Signes daglige livsførelse.

I den daglige livsførelse spiller relationen til andre mennesker en betydelig rolle, og derfor vurderes det relevant at belyse, hvordan de gravides partnere indgår i den daglige livsførelse (Holz kamp, 1998). I interviewene kan det læses, at det er forskelligt hvorvidt de gravide foretager målingerne alene eller få hjælp af deres partner. Malene og Charlotte angiver begge, at

de selv fortager målingerne, hvorimod Signe får hjælp af sin mand til at foretage målingerne, og i den forbindelse udtaler hun:

Der må jo være nogle kvinder, som er helt alene om det med, at skulle monitorere egen sygdom og jeg kan godt se, hvordan det kan lade sig gøre og der er også mange ting, jeg gør selv og har styr på selv jo... Men lige præcis hjertelydsmålingen, den vil jeg nødig være alene om, den er ret omfattende. (...) Det havde været noget mere uoverskueligt, hvis ikke han havde været en del af det også. Jeg kan ikke forestille mig andet end at det har hjulpet på min ro og min oplevelse af processen, at jeg har én, der spørger: "Jamen, hvad var blodtrykket? og "ser det godt ud?". Jeg er meget taknemmelig for, at han har haft mulighed for at hjælpe. Vi har ligesom været sammen om det og især, fordi den der hjertelydsmåling ikke har været gnidningsfri, så jeg glad for, at jeg ikke har stået alene med frustrationen over, ikke at kunne få det til at lykkes.

Forrige delanalyse viste, at det var tryghedsskabende for Signe at dele ansvaret med sin kæreste. Som det fremgår i ovenstående citat, er hendes kæreste desuden en stor hjælp i forhold til det praktiske med hjertelydsmålingen. Udover praktisk hjælp giver Signe også udtryk for, at hans støtte og opbakning giver hende mere ro, og derved får hendes kæreste både en rolle med psykisk støtte og fysisk hjælp. I og med at Signe får hjælp til at udføre målingerne, benytter hun sig af sin udvidende handleevne, da hun aktivt forsøger at forbedre sine livsbetingelser. Signe er ikke determineret af betingelserne, men hun vælger at handle på en bestemt måde fx ved at bede sin kæreste om hjælp. Signes udtalelser står i kontrast til Charlotte, som ikke har behov for hjælp til at foretage målingerne:

Efter mit vand gik, der blev vi ret hurtigt trygge ved situationen og fik at vide at alt så fint ud, og at vores barn nok skulle bliver derinde, som alt så ud. Så i og med, at vi er blevet trygge, jamen så har jeg heller ikke haft det store behov for, at han skulle være inde over, så har jeg sagtens kunne håndtere det selv.

I Charlottes situation bliver trygheden en betingelse, der bevirker, at hun føler sig tryk ved at foretage målingerne selv. I modsætning til Signes case, har Charlotte ikke oplevet vanskeligheder med at foretage nogle af målingerne, hvilket må formodes at få en betydning for den samlede oplevelse af at benytte telemedicin.

Udover de gravides perspektiver på partnerens rolle i forhold til telemedicin, viser interviewet med jordemoderen, hvordan de gravide bliver hjulpet af deres partnere:

Én hvor vi havde svært ved at få det til at virke, der var manden meget deltagende og hjalp med tablet'en. Så på den måde, der appellerede det ret godt til, at han kunne hjælpe og fik sat sin egen telefon til, fordi det drillede med netværket. Det ville have appelleret til ham på en anden måde, end når vi bare står og kører en CTG eller står og måler et blodtryk.

Jordemoderens citat viser, telemedicin giver partneren mulighed for at få en aktiv deltagende rolle. Ud fra hendes udtalelser må det anses som en fordel, at målingerne foregår via en tablet, da det kan antages, at de fleste kvinder og partnere har erfaring med at håndtere en tablet i forvejen. Alle gravide oplyser desuden, at det spørgeskema om subjektive symptomer, der skal udfyldes på tablet'en, er meget nemt at gå til.

I interviewet med jordemoderen fremgår det, at hun støtter kvinderne i at opretholde en hverdag, der minder om deres hverdag, før de blev syge:

Det er jo også fedt, hvis de fx skal ud og besøge nogle venner, sådan noget som de ikke har været vant til gøre. Der har jeg oplevet nogle, der ringer ind og siger "Jeg skal ud og besøge en veninde, kan jeg tage afsted nu, er alt okay med mine målinger?" Så kan de komme igang med deres dag. Så kan vi se i deres målinger og sige: "Det ser rigtig fint ud, værdierne er som de plejer, tag du bare afsted." Så er det en del af deres rutine, at de lige skal klare det fra morgenstunden af og så kan de komme i gang med dagen, hvor de måske tidligere bare havde ligget herude.

Jordemoderen nævner, at gravide ikke har været vant til at fx at besøge venner, og med det menes, at gravide med komplikationer førhen var indlagte på hospitalet. Hun angiver, at hun støtter de gravide i at være sammen med venner og familie. Dermed giver telemedicin mulighed for, at de gravide kan opretholde en hverdag, som minder om en normal hverdag uden sygdom eller komplikationer. I citatet kommer empowerment-begrebet til udtryk ved at de gravide påtager sig et ansvar for deres målinger ved at ringe ind og få en status på deres situation. I interviewene med de gravide peger alle tre gravide ligeledes på, at aspektet med at kunne bruge tid med venner og familier er centralt. Adspurgt til fordelene ved telemedicin svarede alle tre gravide, at det var dejligt at kunne være derhjemme og tilbringe tid med de mennesker, som de

havde lyst til. To af de tre gravide har børn i forvejen, og de fremhæver det som en fordel, at kunne være derhjemme med deres børn. Det er således et fællestræk, at de gravide oplever det som positivt at telemedicin giver mulighed for at kunne opretholde en normal dagligdag på trods af sygdom og komplikationer. Overordnet set vurderer alle tre gravide, at de foretrækker at være hjemme og benytte telemedicin frem for at være indlagte eller komme til hyppige kontroller. Dog ses et særtræk i Signes case, at hun havde ønsket at hjertelydsmålingen blev foretaget på hospitalet som følge af vanskeligheder med målingen. Det kunne derfor tyde på, at der var behov at tilpasse den telemedicinske hjemmemonitoring til den individuelle gravide, i forhold til hvordan det opleves for den enkelte gravide at foretage målingerne.

Malene har oplevet at være indlagt i forrige graviditeter, og hun har derfor et betydeligt sammenligningsgrundlag omkring hospitalsindlæggelse i modsætning til hjemmemonitorering. Adspurgt til hvordan ville hun have det med at være indlagt frem for at bruge telemedicin en anden gang, svarer hun:

Malene: "Det vil jeg slet ikke være interesseret i. Jeg ville virkelig kede mig rigtig meget, jeg kan ikke bare sidde og kigge på min telefon eller computer. Jeg synes dagene vil være langtrukne. Nu når jeg også har børn, så vil jeg også synes, det vil være træls at være væk fra dem i så lang tid. Egentlig også uden børn, så ville jeg ikke være interesseret i at være indlagt".

Interviewer: "Hvordan var din oplevelse af at være indlagt i de to forrige graviditeter?"

Malene: "Med min første, der var jeg indlagt nogle dage op til fødslen og det synes jeg ikke var så slemt og med min anden, der var jeg indlagt tre dage op til fødslen. Og så ville de gerne have, at jeg skulle blive der et døgn efter fødslen for at monitorere, at det her blodtryk blev normalt igen. Og der kunne jeg bare mærke, at jeg ville have haft det bedre med at tage hjem. Så der tog jeg faktisk hjem, selvom jeg skulle skrive under på, at det var på eget ansvar og imod deres råd. Men jeg kunne bare mærke, at jeg slappede slet ikke af, når jeg skulle være væk fra min yngste, som kun var halvandet, og jeg tror, jeg vil have det lidt lige sådan igen."

Malene beskriver, hvordan hun ville kede sig og havde svært ved at underholde sig selv. Hun beskriver samtidigt, at hun ikke kan slappe af, når hun ikke kan være sammen med sine børn. I

citater kommer Malenes handleevner ligeledes til udtryk. I udsagnet om at kede sig ses den restriktive handleevne, idet betingelserne på hospitalet vil være deterministiske i forhold til Malenes daglige livsførelse. I forbindelse med indlæggelsen ved forrige graviditet, mærkede hun efter, hvordan hun havde det og vurderede, at hun ikke kunne slappe af, og derfor var det bedre for hende at være hjemme. Efter anden fødsel fortæller hun, at hun tog hjem fra hospitalet på trods af, at det var imod den faglige vurdering. Hun har en begrundelse for at tage hjem fra hospitalet, og det er fordi hun ønsker at få det bedre. Derved benyttes den udvidede handleevne, idet hun aktivt forholder sig til betingelserne og handler aktivt ved at øge mulighederne mhp. at forbedre sine livsbetingelser.

Jordemoderen giver ligeledes et billede af, at hverdagen er anderledes under en hospitalsindlæggelse:

Der sker et eller andet generelt, når man er herinde. Man bliver lidt sygeliggjort, lidt mere pacificeret. De ligger mere ned herinde, de har kun en lille stue, de kan gå rundt på eller gå ud i vores køkken og der er ikke sådan lige en partner, der lige faciliterer til, at man går sig en tur, så jeg tænker, at der sker en eller anden pacificering, når de er herinde og noget ansvarsfralæggelse, som vi også er medvirkende til, fordi vi hurtigt kan tage over, når de er herinde.

I ovenstående citat beskriver jordemoderen, at hun oplever at den daglige livsførelse er anderledes for de indlagte gravide i forhold til de gravide, som er hjemme. Hun skildrer, hvordan de fysiske rammer og den manglende sociale kontakt er betingelser, der påvirker de gravides handlemuligheder på en begrænsende måde. Hun beskriver desuden, hvordan der sker en ansvarsfralæggelse, hvilket stemmer overens med den ansvarforskydning, som blev fremanalyseret i forrige analyseafsnit. Ligeledes fremgår det, at de gravides daglige livsførelse på hospitalet er anderledes end den daglige livsførelse, som kan foregå i hjemmet. I det følgende citat beskriver jordemoderen, hvordan hun oplever, at der er forskel på indlagte gravide og på de gravide, der er derhjemme med telemedicin:

Jeg oplever i hvert fald, at dem der bruger det [telemedicin], at de er ret godt inde i deres behandling. Også når de kommer herind og bliver indlagte, om det er med hypertension, jamen så er de vant til at måle deres blodtryk derhjemme og er vant til at vide, hvornår de skal gøre det i forhold til deres blodtryksættende medicin. De er inde i et andet flow, eller

sådan de er nemmere også at have herinde som patienter, fordi de vant til at være selvstændige.

Ovenstående er et eksempel på, at telemedicin bevirker, at de gravide i højere grad er aktivt deltagende i eget behandlingsforløb som følge af, at telemedicin gør dem i stand til at handle selvstændigt. Som fremført i teoriafsnittet har den daglige livsførelse indvirkning på menneskets handlemuligheder og handleevner, idet Holzkamp angiver, at handleevne hænger sammen med at forbedre ens livsmuligheder (Jartoft, 1996). Det kan udledes at de gravide, der benytter telemedicin, gør brug af den udvidede handleevne. Som det fremgår af de gravides fortællinger, så forholder de gravide sig bevidst til deres situation og handler på baggrund heraf i et forsøg på at forbedre deres betingelser. Dette ses bl.a. ved at de gravide får mulighed for at opretholde en hverdag præget af normalitet og kan være sammen med familie og venner. Telemedicin kan dermed forbedre gravides livsmulighederne, idet telemedicin giver mulighed for at kunne skabe en daglig livsførelse, som passer den enkelte gravide. Ved at deltage i eget behandlingsforløb giver det mulighed for, at de gravide er aktive medskabere af egne betingelser, hvilket er til glæde for de gravide.

6.3. Opsamling på analyse

Den første delanalyse viste, at der er en overvejende positiv oplevelse af at benytte telemedicin, og at de gravide føler sig trygge ved at benytte telemedicin. Det blev fremanalyseret, at når personalet udstråler ro og sikkerhed i at håndtere de indsendte data, medfører det en oplevelse af tryghed hos de gravide. Jordemoderen mener, at tilhørsforholdet til afdelingen og personalet kan være en betingelse for tryghed. Kontinuiteten og relationen mellem den gravide og personalet formodes derfor at have en betydning og være en tryghedsskabende faktor. Samtidig viste analysen, at kendskab og indblik i målingerne skaber en aktiv deltagelse blandt de gravide, hvilket giver tryghed. Denne deltagelse kan også ses i forhold til dens gravides partner, idet telemedicin giver partneren mulighed for at få en aktiv deltagende rolle.

Den anden delanalyse viste, at oplevelsen af ansvar er forskellig hos de gravide kvinder. Det blev identificeret som et særtræk, at Signe oplever en ansvarsforskydning på den måde, at hun oplever at have en større grad af ansvar, og at ansvaret er rykket fra personalet og over på hende selv.

Dermed bliver ansvar en betingelse, som skaber bekymring hos hende. De to andre gravide oplever ingen ændring i ansvarsfølelsen, og oplever forsat at det er personalet, der har ansvaret for behandlingen. Overordnet vurderer alle tre gravide, at de foretrækker at være hjemme og benytte telemedicin frem for at indlagte eller komme til hyppige kontroller. Dog ses et særtræk i Signes case, at hun havde foretrukket, at hjertelydsmålingen blev foretaget på hospitalet, da der har været vanskeligheder forbundet med denne måling. Det kunne derfor tyde på, at der var behov at tilpasse den telemedicinske hjemmemonitoring til den individuelle gravide, i forhold til hvordan det opleves for den gravide, at foretage målingerne.

Den tredje delanalyse viste, at de gravides daglige livsførelse på hospitalet er anderledes end den daglige livsførelse, som kan foregå i hjemmet. Telemedicin påvirker den daglige livsførelse i en positiv retning, da telemedicin skaber mulighed for, at de gravide kan opretholde en hverdag, som minder om en normal hverdag uden sygdom eller komplikationer. De sociale relationer er vigtige for de gravides daglige livsførelse. Det er derfor et fællestræk, at de gravide oplever det som positivt, at telemedicin giver mulighed for at kunne opretholde et normalt liv på trods af sygdom og komplikationer. Analysen viste, at alle tre gravide forholder sig til deres selvforståelse, samt at telemedicin bevirker, at de gravide føler sig mindre sygeliggjorte. Telemedicin kan ses som et bindeled mellem hospitalet og den daglige livsførelse, som den foregår privat i hjemmet, og sammenkæder det syge og det raske, samt skaber forbindelse mellem forskellige kontekster.

7. Diskussion

I det følgende diskussionsafsnit vurderes specialets kvalitet ud fra kvalitetskriterier for kvalitativ forskning. Herefter diskuteres styrker og begrænsninger ved specialets anvendte metoder. Afslutningsvist diskuteres analysens resultater sat op imod studierne fra forskningsoversigten.

7.1. Vurdering af specialets kvalitet

I dette afsnit vurderes specialets kvalitet ud fra kvalitetskriterier for kvalitativ forskning.

Ifølge Szulevicz (2015) skal enhver videnskabelig undersøgelse forholde sig til de måder, som undersøgelsens resultater og konklusion er fremkommet på. Jeg vælger derfor at vurdere

specialet ud fra kvalitetskriterierne for god forskning. Indenfor den naturvidenskabelige forskningstradition er der udviklet kriterier for, hvad der udgør god forskning. Det er særligt begreberne *validitet* og *reliabilitet*, som er centrale indenfor den naturvidenskabelige forskning (Szulevicz, 2015). Når det gælder kvalitetskriterier indenfor kvalitativ forskning diskuteres det ofte, om validitet og reliabilitet er de bedste kriterier at bedømme forskningskvalitet ud fra, og der anvendes ofte andre kvalitetskriterier, som fx *transparens*, *troværdighed* og *almengørelse*.

Validitet er et udtryk for, om undersøgelser undersøger det, som de har intention om at undersøge. I det kvalitative forskningsområde kan validitet oversættes med *gyldighed* eller *troværdighed* (Bøttcher et al., 2018). I dette speciale er der forsøgt at sikre gyldighed ved at give et realistisk og troværdigt billede af brugen af telemedicin til gravide. Det har jeg gjort ved at udvælge citater, som er væsentlige for empirien og som giver et troværdigt billede af det samlede empiriske materiale. Det har også været en overvejelse, om jeg kan sikre gyldighed af specialets analyse, da medforskerne som tidligere beskrevet ikke er med til at udforme speciales analysedel. Det vælger jeg dog at fastholde, da medforskerne har bidraget med deres perspektiver og fortællinger, som anvendes i analysedelen.

Indenfor den eksperimentelle forskningstradition anvendes kvalitetskriteriet *reliabilitet*. Det omhandler pålidelighed og muligheden for at efterprøve eksperimentet (Bøttcher et al., 2018). Reliabilitet minder meget om *transparens*, som er et kvalitetskriterie, der både benyttes indenfor den kvantitative og kvalitative forskningstradition. Indenfor kvalitativ forskning handler *transparens* om at synliggøre fremgangsmåden, så andre kan følge og vurdere argumentationen (Bøttcher et al., 2018). I forhold til litteratursøgningen har jeg tilstræbt *transparens* ved at vedlægge søgeprotokollen som bilag. Derudover har jeg som tidligere beskrevet, tilstræbt *transparens* ved at synliggøre min fremgangsmåde i forhold til arbejdet med det empiriske materiale. Fremgangsmåden omhandler bl.a. om adgang til forskningsfeltet, rekruttering af interviewdeltagere, metodiske valg m.m., som er præsenteret i afsnittet om ”Undersøgelsesdesign og metode”. Fx har jeg været transparent omkring, hvordan jeg fik kontakt med de gravide, da det kan få en betydning for hvilke gravide, der deltager i interviewet. Derudover har jeg været transparent omkring min analysestrategi ved at fremlægge mine analytiske overvejelser.

Henning Olsen skriver i artiklen ”*Veje til kvalitativ kvalitet: om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning*”, at det ikke er tilstrækkeligt, at metodologiske procedure er transparente, men at der også bør være intern konsistens (Olsen, 2003). Kvalitetskriteriet *kohærens* hænger sammen med at sikre intern konsistens i undersøgelsen (Tanggaard & Brinkmann, 2015b). Jeg har forsøgt at opnå kohærens ved at skabe sammenhæng igennem specialet. Det har jeg forsøgt ved, at der er en intern konsistens mellem problemstilling, design, teoriramme og analysestrategi. Dermed skabes der en sammenhæng imellem de enkelte dele og den samlede helhed. Den kritiske psykologi og den historisk materialistiske tankegang har været styrende for at skabe intern konsistens i specialet.

Et andet vigtigt kvalitetskriterie er *genstandsadækvathed*, som refererer til, at den anvendte metode skal kunne begribe den genstand, der ønskes belyst (Jensen, 2005). Det drejer sig således om metodevalg. Som beskrevet i specialets metodeafsnit, har jeg valgt at anvende deltagerobservation og kvalitative semi-strukturerede interviews som metoder. Ved hjælp af metodetriangulering har jeg opnået forskellige perspektiver af problemstillingen omkring telemedicin til gravide. Eksempelvis viste det sig, at det er forskelligt, hvor deltagerende de gravides partnere er i forhold til telemedicin.

Afslutningsvist diskuteres kvalitetskriterierne *generaliserbarhed* og *almengørelse*.

Generaliserbarhed er et begreb, der ofte anvendes i kvantitativ forskning og omhandler, hvorvidt en undersøgelses konklusion kan sige noget mere generelt om lignende situationer, end dem der er undersøgt (Szulevicz, 2015). Da jeg har arbejdet med kvalitative data, er der behov for at overveje generaliseringsmulighederne i specialets konklusion. Min ambition har været at gøre brug af en *muligheds-almengørelse* i analysen. Ved *almengørelse* forstås en proces, hvor almene forhold fremanalyseres gennem konkrete og variable omstændigheder (Kousholt, 2018a). Herved udforskes en almen problematik i dens forskellige variationer, og derfra udledes almene problematikker og sammenhænge. Begrebet om almengørelse er særlig karakteristisk for den kritiske psykologi (Holzkamp, 2005; Bøttcher et al., 2018). Ved at analysere på få enkelttilfælde, er det ifølge Holzkamp muligt at udtale sig om almene træk: ”Vi **almengør til bestemte typiske grundsituationer af menneskelige handlemuligheder**” (Holzkamp, 2005, s.31: fremhævninger i originalen). Holzkamp beskriver hermed, hvordan der kan almengøres ud fra enkelttilfælde. Kirsten Hastrup pointerer ligeledes, at det er gennem arbejdet med den konkrete situation, at det

generelle og det almene kan fremanalyseres. Historisk materialistiske analyser har derfor til formål at beskrive nogle forhold eller mønstre, som kan gå igen i lignende situationer (Böttcher et al., 2018). Jeg har valgt at foretage fire dybdegående interviews, og ud fra analysen af disse interviews har jeg udledt nogle forhold, som gør sig gældende for de gældende personer. I analysen ses det fx som almene træk, at der er behov for at den gravide føler sig tryk og har tillid til personalet, samt vigtigheden af et relationelt samarbejde mellem den gravide og jordemoderen. Hvis der indgik nogle andre gravide i det empiriske materiale, kan det formodes at være andre almene træk, som blev fremanalysert i analysen. Ved at gøre brug af almengørelse, ønsker jeg at vise nogle strukturer og almene træk, der er fremanalysert i mit empiriske materiale. Med dette speciale skabes der viden om almene forhold ved telemedicin til gravide, og analysen har derfor haft til formål at belyse tendenser og fællestræk, der gør sig gældende i forhold til gravides oplevelser med at benytte telemedicin. Analysens resultater skal derfor ikke ses som endegyldige konklusioner, men må læses med et vist forbehold.

7.2. Diskussion af anvendte metoder

Det var oprindeligt ambitionen at praksisforskningen skulle have spillet en endnu større rolle i specialet. Min oprindelige plan var at forsøge at få mulighed for at følge en gravid kvinde rundt i de kontekster, som hun færdes i som fx hospitalet og hjemmet. Ved at følge en gravid kvinde havde det givet et indblik i, hvordan telemedicin indgår i den gravides hverdagsliv på tværs af kontekster. Det ville måske have givet et større indblik i de betingelser, som er i spil hos de gravide. Pga. Covid-19 kunne det ikke lade sig gøre, da der ville være for stor smitterisiko. Som tidligere nævnt anvendes praksisforskning i udarbejdelsen af interviewguiderne og ved at inddrage de gravide som medforskere. Jeg valgte derfor at lade mine interviews være inspireret af Haavinds livsformsinterview og derigennem analysere, hvordan telemedicin indgår i de gravides daglige livsførelse.

Da problemformuleringen var rettet mod at undersøge, hvordan gravide oplever at benytte telemedicin, fylder de gravides oplevelser meget. Jeg har forsøgt at inddrage de gravide som medforskere, da det var de gravides perspektiv, som skulle frem, og deres oplevelser som var i centrum. Mit fokuspunkt har været, hvordan gravide oplever at benytte telemedicin. For at indfange de gravides førstepersonsperspektiv, har det været brugbart at foretage kvalitative

interviews. Der indgår interviews med tre gravide og én jordemoder. Det kan diskuteres, om der indgår et tilstrækkeligt antal interviewdeltagere. Det kunne have været interessant at inddrage flere gravide og dermed opnå en mere nuanceret viden samt flere perspektiver på problemstillingen. Jeg har valgt at gå i dybden med det empiriske materiale, som har jeg haft til rådighed.

Valget om at benytte metodetriangulering bevirkede, at problemstillingen blev analyseret fra flere vinkler, hvilket jeg anser som en styrke. Mit forskningsdesign har været emergerende på den måde at feltarbejdet, observationen og interviewene influerede på hinanden. Temaer, som fremstod meget klart i det ene interview, blev der spurgt ind til i et efterfølgende interview med en anden gravid kvinde. Det gjorde sig fx gældende ved temaet omkring ansvar. Hvor jeg i det første interview oplevede, at ansvar var et tema, der fyldte meget hos en af de gravide, tog jeg det derefter op i efterfølgende interview med indgangsspørgsmålet: *"En af de andre gravide, som jeg tidligere har interviewet, fortæller at hun oplever, at telemedicin har givet hende en større grad af ansvar. Hvordan oplever du at have ansvar i forhold til telemedicin?"*

Det kan diskuteres om de tre udvalgte gravide er repræsentative i forhold til populationen af gravide med komplikationer. Det er mit indtryk, at alle tre gravide der indgik som medforskere, er relativt ressourcestærke, hvilket måske kan ses ved, at de har overskud til at deltage i et interview. Det kan anses som en styrke, at der indgår gravide, som har forskellige forudsætninger og betingelser for at benytte telemedicin. De har forskellige aldre, uddannelsesniveauer og det er forskelligt, om de venter deres første, andet eller tredje barn. I alt repræsenterer de udvalgte gravide forskellige graviditetskomplikationer, hvilket jeg vurderer som en styrke.

Jeg har fokuseret på gravide, som bruger telemedicin på nuværende tidspunkt. Det kunne have været en interessant vinkel at interviewe nybagte mødre, der benyttede telemedicin under deres graviditeten. Det ville have givet et retrospektivt syn på oplevelsen af telemedicin. Ved at se graviditetsforløbet på afstand kan det formodes, at der ville dukke nogle nye aspekter frem, som de gravide måske ikke ser, fordi de er midt i det. Omvendt kan der være risiko, for at væsentlige aspekter vil gå tabt - enten fordi mødrene havde glemt det, eller fordi de ikke fandt det vigtigt længere.

I forhold til oplæringssituationen ser jeg det som en begrænsning, at jeg kun har observeret én enkelt situation. Det ville have styrket gyldigheden, hvis jeg havde observeret flere

oplæringssituationer. På samme måde havde det også have nuanceret problemstillingen, hvis jeg havde interviewet flere jordemødre om deres erfaringer med at bruge telemedicin i deres arbejde. Det kunne også være interessant at gå i dybden med, hvordan personalet oplever at arbejde med telemedicin, hvilket problemformuleringen ikke gav meget rum til.

I analysearbejdet ligger der en afgrænsning i de udvalgte tematiseringer. Hvis jeg havde udvalgt andre tematikker, havde analysen taget en anden drejning. Jeg har været bevidst om, at jeg ved udvælgelsen af temaer og centrale pointer risikerer at fravælge udtalelser, som ikke passer ind i de udvalgte temaer. Jeg har forsøgt at undgå at lade mine forforståelser fylde, men at fremanalysere de temaer, som gik igen ved den tværgående læsning. Hvis jeg havde valgt en anden metateoretisk ramme end kritisk psykologi kunne det formodes, at andre aspekter omkring problemfeltet var blevet belyst. Hvis jeg fx havde belyst problemfeltet med aktør-netværk-teori (ANT) havde det åbnet op for at undersøge, hvordan både humane og non-humane aktører er til stede i forbindelse med telemedicin. Det ville have givet blik for at også at følge de non-humane aktører, som fx kunne være den udleverede tablet (Moll, 2010).

7.3. Diskussion af analysens resultater i forhold til studierne fra forskningsoversigten

Ud fra studierne fra forskningsoversigten ses en generel tilfredshed med at bruge telemedicin under graviditeten, hvilket analysens resultater ligeledes viste. Studierne der indgik i forskningsoversigten, peger i samme positive retning i forhold til de gravides oplevelse af at benytte telemedicin. Jeg har søgt efter studier, som kunne belyse en anden side af gravides oplevelser med at bruge telemedicin, men det var ikke muligt at finde studier, som levede op til inklusionskriterierne. Jeg ønskede at inddrage forskellige studier, for at opnå et nuanceret indblik i forskningsfeltet. Det er svært at vurdere, om det er fordi, der ikke eksisterer valide studier, der viser negative aspekter ved telemedicin, eller om jeg ikke har været i stand til at fremsøge sådanne studier. Det kan fx være fordi, at de er registreret under andre søgeord eller er på sprog, der ikke er indgået i min søgning. Ligesom der kan være udenlandsk litteratur og viden som ikke er fagfællebedømt, men har karakter af evaluerings- og udviklingsarbejde, som imidlertid kunne have været relevant at inddrage.

Min analyse viser, at der er en gennemgående positiv oplevelse af at bruge telemedicin, samt at de gravide føler sig trygge ved at foretage hjemmemålingerne. Jeg fandt, at telemedicin kan være en betingelse, der skaber tryghed. Dette ses bl.a. i KIH-projektet og i studiet af Dalfrá, Nicolucci & Lapolla (2009), hvor tryghed er et gennemgående tema i begge studier. Et andet lighedspunkt mellem KIH-rapporten og mit speciale er temaet omkring ansvar, som fremanalyseres begge steder. KIH-rapporten finder også, at telemedicin giver de gravide mulighed for at påtage sig et større ansvar. Dog viser min analyse, at der kan være modsatrettede oplevelser omkring ansvarsfølelsen hos de tre gravide, der indgik som medforskere. Én gravid oplevede en større grad af ansvar, og de to andre gravide oplevede ingen ændring. I analysen fandt jeg ligeledes en problemstilling omkring ansvarsforskydning, som blev oplevet forskelligt fra den gravide og jordemoderens side. Jeg vil dermed argumentere for, at der ligger noget implicit omkring ansvar, som der er behov for bliver italesat mere tydeligt, samt nødvendigheden af at få afstemt graden af patientinvolvering i forhold til telemedicin.

I analysen fandt jeg, at telemedicin skaber betingelser for, at de gravide er mere deltagende i forhold til eget sygdomsforløb. Dette stemmer godt overens med begrebet om *patient empowerment*, som også ses i studie af Homko et al. (2007). Denne overensstemmelse skaber en bekræftelse af, hvordan *patient empowerment* er et begreb, som dækker over den aktive deltagelse, som telemedicin giver mulighed for.

I flere af studierne fra forskningsoversigten indgår *fleksibilitet* som et tema. Det er ikke umiddelbart et tema, som jeg har fremanalysert ud fra de interviews, som jeg har foretaget. Jeg havde en forventning om, at der ville være større fleksibilitet omkring brugen af telemedicin. I analysen ses det, at én af de gravide oplevede det som en stressende betingelse at skulle foretage målingerne og indsende disse inden kl. 9 om morgenen. En betragtning til et udviklings-, og forbedringspunkt kunne derfor være, om der skulle være mere fleksibilitet i tidspunktet for indsendelse af telemedicinske målingerne til fx kl. 10, hvis det ville skabe mere ro for den pågældende gravide kvinde? Omvendt kan man indvende, at det trods alt er en relativ bedre fleksibilitet at have muligheden for at foretage prøven derhjemme, frem for at skulle have lavet målingen kl. 9 på hospitalet. Den samme gravide havde foretrukket at hjertelydsmålingen blev foretaget på hospitalet, og dermed kunne der være behov for mere individuelle og fleksible monitoreringsplaner for den enkelte gravide.

I forhold til eksisterende undersøgelser på området vurderer jeg, at mit speciale bidrager med nye vinkler og andre forståelser af gravides brug af telemedicin, end der findes i forvejen. Jeg er bevidst om, at specialet er et relativt lille forskningsprojekt, og det skal derfor ses som et bidrag til eksisterende forskning på området. Med dette speciale bidrager jeg med nye perspektiver på gravides oplevelser af at benytte telemedicin. Jævnfør MAST-modellen er det et krav, at patienters erfaringer medinddrages, og jeg finder det derfor relevant, at dette speciale bidrager til et syn på, hvordan gravide kan opleve at bruge telemedicin. Ved at gøre brug af kritisk psykologi som metateoretisk ramme, har jeg forsøgt at fremanalysere nuancerne og vise den kompleksitet, der ligger i problemfeltet. Desuden giver specialet et indblik i telemedicin i en dansk kontekst, hvorimod meget af den eksisterende forskning er udenlandsk.

8. Konklusion

I denne konklusion besvares problemformuleringen omkring, hvordan det opleves for gravide med komplikationer at benytte telemedicin.

På baggrund af en ”betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse” af det empiriske materiale og grundbegreberne fra kritisk psykologi, kan det konkluderes, at de gravide kvinder overordnet set oplever det som positivt at benytte telemedicin.

Analysens resultater viser, at de gravide i overvejende grad oplever at være trygge ved at benytte telemedicin. De gravide oplever, at tilliden til personalet er medvirkende til oplevelsen af tryghed. Der tegner sig et billede af, at de gravide oplever det som en fordel at kunne være hjemme i vante omgivelser og miljø. Telemedicin får således en betydning for den daglige livsførelse ved at give mulighed for, at de gravide kan opretholde en dagligdag præget af normalitet. De gravide, der har børn i forvejen, oplever det som særlig vigtigt at kunne bruge tid sammen med deres børn, fremfor at være indlagt på hospitalet. Analysen tyder ligeledes på, at de fysiske rammer og manglende sociale kontakt i forbindelse med en hospitalsindlæggelse i høj grad vil undgås af de gravide, da det opfattes som begrænsende i forhold til den daglige livsførelse og deres handlemuligheder.

Analysen viste, at telemedicin udvider de gravides handlemuligheder. Telemedicin bevirker, at de gravide i højere grad oplever at være aktivt deltagende i eget behandlingsforløb, hvilket giver mulighed for at handle selvstændigt. Den øgede deltagelse skaber betingelser for, at gravide der benytter telemedicin, kan gøre brug af den udvidede handleevne. Ved at deltage i eget behandlingsforløb giver det mulighed for, at de gravide er aktive medskabere af egne betingelser, og som følge heraf aktivt forbedrer den situation, som de befinder sig i. Den aktive deltagelse ses fx ved, at de gravide har mulighed for at ringe ind til afdelingen og få en status på deres målingerne, og derefter forsætte deres dagligdag.

Den aktive deltagelse i eget behandlingsforløb medfører en udvikling af de gravides selvforståelse. I analysen fremgår det som et fællestræk, at alle tre gravide oplever en udvikling i deres selvforståelse, idet telemedicin bevirker, at de føler sig mindre sygeliggjorte, da de har en oplevelse af at have kontrol over målingerne. Telemedicin kan ses som et bindeled mellem hospitalet og den daglige livsførelse, som den foregår privat i hjemmet. Derved kan sygdommen, som før i tiden foregik på hospitalet, nu også foregå privat og telemedicin muliggør, at de gravide kan opretholde en livsførelse, der er så normal som muligt. Telemedicin tilbyder altså en forbindelse, der sammenkæder det syge og det raske, samt skaber forbindelse mellem forskellige kontekster.

I min analyse er det fremtrædende, at de gravide oplevede det som positivt at blive oplært i at kunne aflæse og forholde sig til måleværdierne. Dermed kommer den aktive deltagelse til udtryk i en sikkerhed i at have indblik i og kendskab til målingerne.

Analysen viste, at oplevelsen af ansvar var forskellig hos de gravide, der indgik som medforskere i dette speciale. Det forekom som et særtræk, at én af de tre gravide oplevede en ansvarsforskydning, da hun oplevede at ansvaret var rykket fra personalet og over på hende selv. I hendes situation blev ansvaret derfor en betingelse, som skabte bekymring. De andre to gravide oplevede ingen ændring i ansvarsfølelsen, og de havde en oplevelse af, at personalet havde ansvaret for at reagere på målingerne, hvis der var noget galt. Analysen indikerer, at der kan være en problemstilling omkring vigtigheden af at italesætte ansvarsfordelingen, og at dette kræver særlig opmærksomhed fra personalets side.

Jeg vurderer, at dette speciale kan være brugbart for sundhedsfagligt personale, som arbejder med telemedicin til gravide og for andre med interesse i feltet. Gennem et indblik i gravides

oplevelser af at benytte telemedicin, er der et håb om, at specialet kan ses som et udviklingspotentiale. Specialet kan bidrage til, at personalet forbliver opmærksomme på deres rolle i forbindelse med den telemedicinske behandling. Eksempelvis har det vist sig, hvor vigtigt det er, at personalet udstråler tryghed og en sikkerhed i at håndtere måleværdierne, da denne sikkerhed afspejler sig i mødet med de gravide. Ligeledes kan aspektet omkring ansvarsforskydning pege på vigtigheden af at få afstemt graden af patientinvolvering i forhold til telemedicinen, så det ikke bliver en utryk betingelse for de gravide kvinder.

Afslutningsvis er der en forhåbning om, at dette speciale kan danne grundlag og afsæt for et fremadrettet arbejde. Eksempelvis indgår *fleksibilitet* som et tema i flere af studierne fra forskningsoversigten, hvorimod det ikke umiddelbart er et tema, som jeg har fremanalysert ud fra de interviews, som jeg har foretaget. Jeg vurderer, at der er behov for forskningsprojekter i en større skala for at opnå en mere nuanceret viden og forståelse af de mange forhold, der gør sig gældende inden for forskningsfeltet, hvilket vil kunne styrke omsorgen for de gravide, der benytter telemedicin.

9. Perspektivering: Den teknologiske udvikling på sundhedsområdet i fremtiden

I specialets afsluttende kapitel følger en perspektivering af, hvordan den teknologiske udvikling på sundhedsområdet vil og kan være i fremtiden. Jeg finder det relevant at reflektere over den teknologiske udvikling i fremtiden, da analysens resultater tegner et billede af, at der allerede er mange fordele ved telemedicin, sådan som det fungerer på nuværende tidspunkt. Der er som tidligere nævnt sket en stigning i udbredelsen af telemedicin i Danmark, og alt tyder på, at telemedicinsk behandling vil få en endnu større plads som følge af den teknologiske udvikling og muligheder for besparelser i sundhedssektoren. Sammenfaldende med denne teknologiske udvikling foregår Covid-19 pandemien, som også kan antages at fremskynde teknologien på dette område, da folk i denne situation har måttet klare sig uden fysisk kontakt med sundhedspersonale. Store dele af Danmark, såvel som resten af verden, har været nedlukket for at begrænse smitten. Selvom Danmark er begyndt at genåbne, er meget anderledes end før, og med det følger en ændring i teknologien, som for manges vedkommende har fået en endnu større

plads i hverdagen. Mange arbejdspladser er ændret til at foregå hjemmefra og mange fysiske møder er erstattet af online-møder. Ligeledes ses den teknologiske udviklingen indenfor sundhedssektoren, hvor mange fysiske fremmøder hos praktiserende læger, jordemødre eller på hospitaler til undersøgelser og behandling er ændret til at foregå som video-konsultationer. Psykologer tilbyder videokonsultationer for at begrænse smittespredningen.

Jordemoder Mie Eldrup Jensen er ansat i et lægehus og hun én af dem, der oplever, at hendes arbejdsgange er ændret på grund af Covid-19 (Sterll, 2020). I artiklen "*Mie laver videokonsultationer: Husk at få kropssproget med*" opridser hun nogle betingelser, der gør sig gældende, når der skal ydes jordemoderfaglig omsorg via en skærm. Hun beskriver både fordele og ulemper ved, at det fysiske møde erstattes med et virtuelt møde. Som fordel nævner hun bl.a. at det giver fleksibilitet, at patienterne ikke behøver at skulle ud af døren, og at der oftest hurtigt kan stilles en diagnose, hvorefter behandlingen kan opstartes. Som ulempe nævner hun, at det kan være vanskeligt at undvære det fysiske nærvær, hvis en patient er ked af det, hvor hun før var vant til fx at give et kram. Ligeledes påpeger Mie, at det er vigtigt, at kameraet er indstillet på en måde, så mimik og kropssproget bedst muligt indfanges (Sterll, 2020).

Artiklen indkredser et interessant emne omhandlende, hvordan teknologi kan benyttes til at skabe omsorg over distance. Jeg er af den opfattelse, at teknologi kan være brugbar i omsorgsarbejdet, og jeg er positiv over for, at omsorg og affektive relationer kan etableres gennem en skærm eller telefon. Jeg vil dog mene, at det kræver tilvænning både fra patienternes og personalets side, for at omsorgen bedst muligt kan komme til udtryk via teknologi. Fx kan der være behov for ændrede spørgeteknikker og aktiv lytning. Den fysiske afstand kræver, at personalet må skabe nærvær igennem stemmen, hvis kontakten foregår telefonisk, og at ansigtsmimikken bliver vigtig i videokonsultationer. Brugere af telemedicin beskriver i flere studier, at de oplever, at komme tættere på behandleren, og at der bliver taget bedre hånd om dem, end når de er til almindelig behandling (Langstrup, 2014, s. 224). I fremtiden tænker jeg, både patienter og personale må indstille sig på et nyt og anderledes omsorgsarbejde, der foregår via teknologi.

Som artiklen viser, giver den teknologiske udvikling både nye fordele og udfordringer for det sundhedsfaglige personale. Som følge af Covid-19 kan det altså være nødvendigt at reflektere over nye måder, at have kontakt til andre mennesker på. Den teknologiske udvikling ændrer ikke

kun sundhedspersonalets arbejdsgange, men giver også patienterne nye roller i mødet med sundhedssektoren. I stedet for at møde fysisk op hos praktiserende læge eller på hospitalet, kan man via teknologi, udveksle data og viden med sundhedssektoren. Udover at det giver færre besøg hos lægen, sker der også en ændring i patientrollen, hvilket tydeligt viste sig i specialets analysedel. Igennem de sidste 10-15 år er den traditionelle rollefordeling mellem patient og sundhedsfagligt personale blevet udfordret (Lindstrøm, Pedersen, Hougaard, Lynnerup & Christensen, 2017). Traditionelt set var patientens primære rolle at bidrage med beskrivelse af symptomer, hvorimod patienten nu har et andet udgangspunkt for mødet med sundhedssektoren. Via apps og lignende kan patienten nu monitorere og indsamle data om sig selv, samt søge informationer om den nyeste viden om diagnosen, hvilket forskyder autoritet og magtbalancen mellem det sundhedsfaglige personale og patienten, og giver patienten mulighed for at have en mere aktiv rolle i eget behandlingsforløb (Lindstrøm et al. 2017).

Spørgsmålet er, om telemedicin i fremtiden kan indtænkes i andre sammenhænge eller udbredes til andre områder? Under nedlukningsperioden har mange kommuner fx etableret virtuelle mødregrupper, hvor nybagte mødre kan mødes. Dette speciale viser, at det er en speciel situation, at skulle være gravid og benytte sig af telemedicin hjemmefra. Jeg har en antagelse om, at den uformelle snak og kontakt imellem de gravide, som ellers ville være under en længerevarende hospitalsindlæggelse kan mangle, når den gravide er derhjemme. En ide til et fremtidigt forslag kan derfor være, at hospitalet etablerer kontakt mellem de gravide, der benytter telemedicin, såfremt de gravide er interesseret i det. Herefter kan de gravide mødes over virtuelle platforme og udveksle erfaringer og tanker. Fx kan det tænkes, at gravide der er i risiko for at føde for tidligt, kan få glæde af at dele tanker og erfaringer med andre ligestillede gravide i lignende situationer. Måske kan de gravide støtte hinanden virtuelt - både i graviditeten og når deres barn er kommet til verden? Det vil jeg vurdere kan være hjælpsomt for nogle af de kvinder, som har oplevet at føle sig usikre i graviditeten, og som måske har behov for rollemodeller at spejle sig i.

Alt i alt tegner der sig et billede af, at den teknologiske udvikling har vundet indpas i danskernes hverdag, og at fremtiden byder på en udbredelse af digitale sundhedsløsninger. Jeg tænker, at Covid-19 har bevirket, at den teknologiske udvikling på sundhedsområdet i højere grad har fået en betydning for den enkelte dansker. Det næste spørgsmål er, om danskerne er klar til at tage imod de digitale sundhedsløsninger? For at besvare dette spørgsmål, har ATEA undersøgt 1.041

danskeres holdning til brugen af digitale sundhedsløsninger i eget hjem, og sammenfattet rapporten ”*Telemedicin i Danmark*”³ (Atea, 2019). I rapporten svarer 50 procent af danskerne, at de ville foretrække videokonsultation fremfor personligt fremmøde og 59 procent ville foretrække at blive behandlet for kroniske sygdomme derhjemme. Ydermere ville 53 procent foretrække at blive udskrevet tidligere og tage de sidste målinger eller prøver i eget hjem. Resultaterne peger altså i en retning af, at danskerne generelt er positive over for de muligheder, som telemedicin rummer (Atea, 2019). Det er ligeledes mit indtryk fra min praksiserfaring som jordemoder samt forfatter til dette speciale, at de fleste danskere er klar at tage imod de teknologiske sundhedsløsninger, men at det vil kræve mere forskning i patienternes erfaringer og oplevelser med telemedicin, og at denne viden bruges til at udvikle teknologien i fremtiden. Dette vil samtidig kræve, at sundhedssystemet og politikerne prioriterer at bevilge penge og tid til at udvikle området. Efter at have forsket i problemfeltet omkring telemedicin til gravide fra et kritisk psykologisk udgangspunkt, vil jeg fremhæve vigtigheden af processen med at inddrage patienterne i forskningen. På samme måde som har jeg har ladet de gravide kvinder indgå som medforskere, vurderer jeg, at det vil være fordelagtigt at lade de gravide kvinder indgå som medudviklere af telemedicinske løsninger til gravide i fremtiden. Jeg vil fortsat lade spørgsmålet om fremtidens teknologiske udvikling på sundhedsvæsenet stå åbent til videre diskussion, og en nysgerrighed efter hvad fremtiden vil bringe.

³ ATEA er en virksomhed med en interesse i feltet. Undersøgelsen er af gennemført af analyseinstituttet YouGov. Der er foretaget spørgeskemaundersøgelser med danskere i alderen 18+ i perioden 24.maj til 28.maj 2019.

Litteraturliste

Andenæs, A. (1991). Fra undersøkellesobjekt til medforsker? Livsformsintervju med 4-5-åringer. *Nordisk Psykologi*, (43), 274-292.

Atea (2019, 5.juli). *Telemedicin i Danmark - 3 indsigter om danskernes holdning til digitale sundhedsløsninger i eget hjem*. Lokaliseret d. 14.juni på: https://www.atea.dk/media/7409/telemedicin-i-danmark_sep.pdf

Backe, B. (2010a). Komplikationer i svangerskabet. I: Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 313-338). Oslo: Akribe.

Backe, B. (2010b). Svangerskap og kroniske sykdomme. I: Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 339-350). Oslo: Akribe.

Bergstedt, M. S. & Sølvkjær, M. (2019). *Sundhedsteknologi i praksis*. København: FADL's Forlag.

Birkler, J. (2006). *Etik i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard Danmark.

Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101.

Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2015a). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. I: *Kvalitative Metoder – En grundbog* (2.udgave, s. 13-20). København: Hans Reitzels Forlag.

Brodén, M. (2015). *Graviditetens muligheder - En tid hvor relationer skabes og udvikles* (2.udgave). København: Akademisk Forlag.

Bøg, M. F., Christensen, J. B., Jensen, M. K., & Kidholm, K. (2015). *Erfaringsopsamling i forbindelse med Udbredelse af Telemedicinsk Hjemmemonitorering*. Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT).

Bøttcher, L., Kousholt, D. & Winther-Lindqvist, D. (2018). Kapitel 1. Indledende refleksioner over analyseprocesser og kvalitetsdimensioner. I: Bøttcher, L., Kousholt, D. & Winther-Lindqvist, D. (Red), *Kvalitative analyseprocesser – med eksempler fra det pædagogisk psykologiske felt*. (s. 17-41) Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Center For Telemedicin. *Hvad er telemedicin?* Lokaliseret d. 30.maj 2020 på:
<https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/hvad-er-telemedicin/>

Chilelli, N. C., Dalfrà, M. G. & Lapolla, A. (2014). The Emerging Role of Telemedicine in Managing Glycemic Control and Psychobehavioral Aspects of Pregnancy Complicated by Diabetes. *International Journal of Telemedicine and Applications*. Article ID 621384. (s. 1-7).

Christensen, G. (2005). Ethiske konstruktioner i det kvalitative forskningsinterview. I: Jensen, B. T. & Christensen, G. (red.), *Psykologiske Og Pædagogiske Metoder – Kvalitativ og Kvantitative Forskningsmetoder i Praksis*. (s. 293-317). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Christensen, M., Kjeldsen, H.C. & Søndergaard, A. (2019, 19.november). *Gestationel diabetes (GDM)*. Lægehåndbogen på sundhed.dk. Lokaliseret d. 26.februar 2020 på:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/risikofaktorer-i-svangerskabet/gestationel-diabetes-gdm/>

Dalfrá, M. G., Nicolucci, A., & Lapolla, A. (2009). The effect of telemedicine on outcome and quality of life in pregnant woman with diabetes. *Journal of Telemedicine and Telecare* (15), 238-242.

Diabetesforeningen (2020, 3.marts). *Diabetes kort fortalt*. Lokaliseret d. 26.februar 2020 på:
<https://diabetes.dk/presse/diabetes-kort-fortalt.aspx>

Digitaliseringsstyrelsen (2017, 4.juli). *Gravide med komplikationer kan se frem til tryghed og færre sygehusindlæggelser og ambulante kontroller fra 2020*. Lokaliseret d. 14.februar 2020 på:
<https://digst.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2017/juli/gravide-med-komplikationer-kan-se-frem-til-tryghed-og-faerre-sygehusindlaeggelser-og-ambulante-kontroller-fra-2020/>

Dreier, O. (1979). *Den kritiske psykologi*. København: Bibliotek Rhodos.

Ellermann-Eriksen, S. (2017). *Hospitalserhvervede infektioner*. Klinisk Mikrobiologi, Aarhus Universitetshospital. Lokaliseret d. 14.maj 2020 på:
<http://www.auh.dk/siteassets/afdelinger/klinisk-mikrobiologi/infektionshygiejne-kma/kurser-og-temadage-inf.hyg-kma/hygiejnekursus-2018/hospitalserhvervede-infektioner.pdf>

Fog, J. (1992). Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview. *Nordisk Psykologi*. 44 (212-229).

Flick, U. (2018): *Doing Triangulation and Mixed Methods*. SAGA Publications.

Haavind, H. (2000). På jakt etter kjønnete betydninger, I: H.Haavind (red.). *Kön och tolkning – Metodiska möjligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Herscend, S.S. (2015, 10.april). *Ekspert: Brasilianske kvinder presses ud i kejsersnit*. Lokaliseret d. 2.maj 2020 på: <https://www.dr.dk/nyheder/udland/ekspert-brasilianske-kvinder-presses-ud-i-kejsersnit>

Holz kamp, K. (1979). Den kritiske psykologis kategorielle og teoretiske opfattelse af formidlingen mellem de konkrete individer og deres samfundsmæssige livsbetingelser. I: Dreier, O., *Den kritiske psykologi* (s. 189-201). København: Bibliotek Rhodos.

Holz kamp, K. (1998). Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske udkast*, 26 (2), s. 3-31.

Holzkamp, K. (2005) Mennesket som subjekt for videnskabelig metodik. *Nordiske udkast*, 33 (2) ,s. 5-33.

Holst, L. (2014). Forskning på vej: Telemedicin brugt til gravide. *Tidsskrift for jordemødre*, Årgang 2014, vol.1.

Homko C.J., Igwe, E & Mastrogiannis, D. S. (2012). The Role of Telemedicine in the Management of the Pregnancy Complicated by Diabetes. *Current Diabetes Reports*. (13) s.1-5.

Homko, C. J., Santomore, W. P., Whiteman, V., Bower, M., Berger, P., Geifman-Holtzman, O. & Bove, A.A. (2007). Use of an Internet-Based Telemedicine System to Manage Underserved Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, Vol. 9(3) s.297-306.

Hvidman, L. (2019, 24.maj). *For tidlig vandafgang*. Patienthåndbogen – www.sundhed.dk.

Lokaliseret d. 28. februar 2020 på:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme/komplikationer-i-graviditeten/for-tidlig-vandafgang/>

Jarftoft, V. (1996). Kritisk psykologi – En psykologi med fokus på subjektivitet og handling. I: Højholt, C. & Witt, G (red.), *Skolelivets Socialpsykologi – Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver* (s. 181-208). København: Unge Pædagoger.

Jensen, B. T. (2005). Praksisportrættet – Om at indsamle og anvende skriftlige kvalitative data i en forskningsproces. I: Jensen, B. T. & Christensen, G. (red.), *Psykologiske og pædagogiske metoder – Kvalitativ og kvantitative forskningsmetoder i praksis*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Johansen, M. & Sørensen, J. L. (2011). Kapitel 18. Svær præeklampsi, eklampsi og HELLP. I: Sørensen, J. L, Ottesen, B. & Weber, T. *Ars Pariendi – Håndgreb og akut behandling ved fødsler*. (s. 203-214). København: Munksgaard.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). 1. Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig

forskning. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.), *Kvalitativ analyse – syv traditioner* (s. 9-26). København: Hans Reitzels Forlag.

Kayser, L., Phanareth, K. & Vingtoft, S. (2014). Kapitel 5. Det telemedicinske sygehus: Telemedicinens bidrag til fremtidens e-sundhedsvæsen., I: Pedersen, K. M. & Petersen, N. C. (Red), *Fremtidens Hospital*. (s. 83-104). København: Munksgaard.

Kjeldset, A. (2012). Det startede med en intelligent strømpe. *Tidsskrift for jordemødre*, Årgang 2012, vol.5.

Kousholt, D. (2018a). Kapitel 11. Praksisteoretisk analyse – børnefamiliers hverdagsliv som eksempel., I: Bøttcher, L., Kousholt, D. & Winther-Lindqvist, D. (Red), *Kvalitative analyseprocesser – med eksempler fra det pædagogisk psykologiske felt*. (s. 263-286). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Kousholt, K. B. (2018b). Kapitel 10. Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse – elevperspektiver på test som eksempel. I: Bøttcher, L., Kousholt, D. & Winther-Lindqvist, D. (Red), *Kvalitative analyseprocesser – med eksempler fra det pædagogisk psykologiske felt*. (s. 237-263) Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Kristiansen, S. (2012). Ethiske udfordringer ved deltagende observation. I: Pedersen, M., Klitmøller, J. & Nielsen, K. (red). *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 213-229). København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3.udgave, 1.opslag. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, J., Gath, T.G., Bræstrup, M. M. & Madsen, Y. (red) (2010). *Sprog, kommunikation og psykologi – Pædagogisk assistant*. København: Munksgaard Danmark.

Nielsen, K. (2011). Kapitel 14 – Behaviorisme og social-kognitiv læringsteori. I: Karpatschhof, B. & Katzenelson, B. *Klassisk og moderne psykologiske teori*. 2.udgave. (s. 247-268). København: Hans Reitzels Forlag.

Langstrup, H. (2014). Kapitel 9 – Telemedicin. I: Huniche, L. & Olesen, F. *Teknologi i sundhedspraksis* (s.215-241). København: Munksgaard.

Lee, A., Sandvei, M., Hosbond, T., Petersen, J. & Christiansen, K. R. (2015). *Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH): Slutrapportering til Fonden for Velfærdsteknologi*. MedCom i samarbejde med Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Lindstrøm, M., Pedersen, N.K., Hougaard, I.B., Lynnerup, M. & Christensen, R. G. (2017). *Sundhed i Skyen – Et kig ind i den digitale fremtid på sundhedsområdet*. Udgivet af Danske Regioner og Tænk tanken Mandag Morgen. ISBN 978-87-93038-57-8.

Magann, E. F., McKelvey, S.S., Hitt, W.C., Smith, M.V., Azam, G A., & Lowery, C. L. (2011). The Use of Telemedicine in Obstetrics: A Review of the Literature. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 66(3). s.170-178.

Min.medicin.dk (2019, 16.januar). *Adalat® Oros*. Lokaliseret d. 19.juli 2020 på:

<https://min.medicin.dk/Medicin/Praeparater/262>

Moll, A. (2010). Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Sonderheft, 50, s. 253-269.

Møller, J. E. (2014). Kapitel 4 – Selvteknologier i sundhedspraksis. I: Huniche, L. & Olesen, F. *Teknologi i sundhedspraksis* (s.105-124). København: Munksgaard

Mørck, L.L. (2009). Kapitel 7. Samarbejde omkring problemer og handlemuligheder. Kritisk psykologisk perspektiv på intervention. I: Bro, K., Løw, O. & Svanholt, J., (red.). *Psykologiske perspektiver på intervention – i pædagogiske kontekster*. (s. 177-209). København: Dansk Psykologisk Forlag.

Mørck, L.L. & Nissen, M. (2005). *Praksisforskning – Deltagende kritik mellem mikrofonholderi og akademisk bedreviden*. I: Jensen, B. T. & Christensen, G. (red.), *Psykologiske og pædagogiske metoder – Kvalitativ og kvantitative forskningsmetoder i praksis*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Olsen, H. (2003). *Veje til kvalitativ kvalitet: Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning*. *Nordisk Pedagogik*, 23(1), s. 1-20.

Pedersen, M., Klitmøller, J. & Nielsen, K. (red). *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. København: Hans Reitzels Forlag.

Petersen, O. (u.å). *Gravide med svangerskabsforgiftning, Region Midtjylland*. Lokaliseret d. 4.marts 2020 på: <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/projekter-og-indsatser/hjemmemonitorering-k.i.h/gravide-med-komplikationer/svangerskabsforgiftning/>

Regeringen, KL, Danske Regioner (2016). *Et stærkere og mere trygt digitalt samfund – Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020*. ISBN: 978-87-87353-89-2. Lokaliseret d. 6.juni 2020 på <https://digst.dk/media/12811/strategi-2016-2020-enkelt-tilgaengelig.pdf>

Sandvei, M., & Lee, A. (2015). *Telemedicin ved komplicerede graviditeter: Et kvalitativt studie af gravides erfaringer med projekt Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH)*. Poster session præsenteret ved Temadag Humanistisk Sundhedsforskning i Danmark, Odense, Danmark.

Sjøgren, K. (2019). *Gravide kvinder bliver mere og mere overvægtige*. Lokaliseret d. 15.maj 2020 på: <https://sciencenews.dk/da/gravide-kvinder-bliver-mere-og-mere-overvaegtige>

Sterll, B. (2020). *Mie laver videokonsultationer: Husk at få kropssprog med*. Lokaliseret d. 5.maj 2020 på: <https://www.jordemoderforeningen.dk/aktuelt/coronavirus/jordemoder-under-pandemien/mie-laver->

[videokonsultationer-husk-at-fa-kropssproget-
e/?utm_campaign=nyhedsbrev&utm_medium=email&utm_source=apsis](https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/hypertension-og-praeeklampsi-hos-gravide/)

Sundhed.dk (2018, 25.juli). *Hypertension og præeklampsi hos gravide*. Lokaliseret d. 26. februar 2020 på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/hypertension-og-praeeklampsi-hos-gravide/>

Szulevicz, T. (2015). Kapitel 3. Deltagerobservation. I: *Kvalitative Metoder – En grundbog* (2.udgave, s. 521-533). København: Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015a). Kapitel 1. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: *Kvalitative Metoder – En grundbog* (2.udgave, s. 29-55). København: Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015b). Kapitel 25. Kvalitet i kvalitative studier. I: *Kvalitative Metoder – En grundbog* (2.udgave, s. 521-533). København: Hans Reitzels Forlag.

Thorup, C. B. (2017). Kapitel 1. Telerehabiliteringens udvikling og berettigelse i nutidens og fremtidens sundhedsvæsen. I: Damkjær, L. & Winkel, A. *Telerehabilitering*. (s. 17-35). København: Munksgaard.