

Et mixed methods systematisk review af patientcentrering i videokonsultationer i almen praksis



Edacan Bilici

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab, november 2020.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.



Titelblad

Titel: Et mixed methods systematisk review af patientcentrering i videokonsultationer i almen praksis

Studerende: Edacan Bilici

Vejleder: Ann Dorrit Kristiane Guassora

Institution: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Projekt: Speciale i Folkesundhedsvidenskab

Antal anslag: 219.660

Afleveringsdato: 3. november 2020

Citering af speciale: Bilici, E. (2020). *Et mixed methods systematisk review af patientcentrering i videokonsultationer i almen praksis*. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, København K.

Specialet må frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Dette speciale er udarbejdet på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet af Edacan Bilici.

I den forbindelse vil jeg gerne takke flere, der har vejledt, hjulpet og støttet undervejs.

Først og fremmest en stor tak til min vejleder Ann Dorrit Kristiane Guassora, der gennem grundig og yderst konstruktiv vejledning har bidraget til, at specialeperioden blev en god og særdeles lærerig oplevelse.

Tak til Susanne Reventlow og Kevin Christopher Doherty for at have vejledt mig og hjulpet mig på rette vej tidligere i forløbet. Og tak til Frida Susanne Greek Kofod for sparring undervejs.

Derudover skylder jeg en meget stor tak til min familie og nærmeste, der har støttet mig og givet mig tid og plads til at fordybe mig i specialet.

Eda

Abstract

Background: The use of video consultations in healthcare settings is rapidly increasing and reflects the normalization of this mode of communication in society and current healthcare policy. However, little is known about the relational aspects of patient-centered care in video consultations in general practice. The aim of this study is to contribute with an evidence-based foundation of knowledge about the use of video consultations in general practice in order to ensure a patient-centered approach.

Objective: To explore how patient-centeredness is affected, when consultations take place on video.

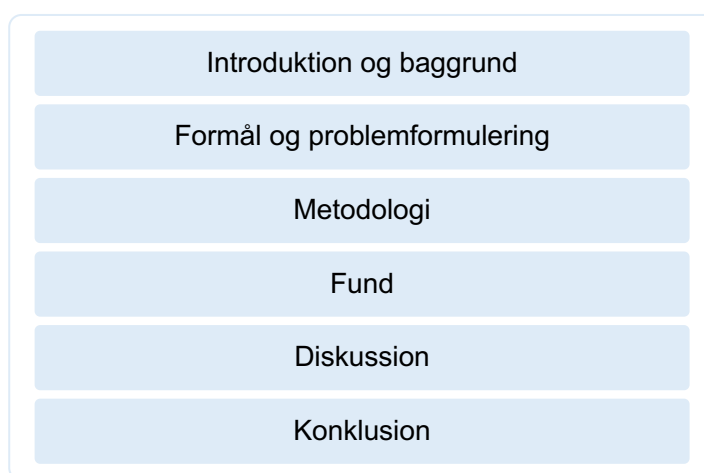
Methods: A mixed methods systematic review has been conducted. The methodology of the review is based on the approach of the Cochrane Handbook. The databases of *PubMed*, *Embase*, *PsycInfo* and *SocIndex* have been searched for peer-reviewed literature published of all time. The search included quantitative experimental and observational studies and qualitative studies or evaluations of interventions. Data extraction and quality assessments were conducted using standardized templates by study design. Furthermore, an integration of quantitative and qualitative data approach was used to synthesize the results of the included studies.

Findings: The systematic review included seven quantitative studies and three qualitative studies. The review findings indicate that the relational aspects have the best conditions in face-to-face consultations compared to video consultations, and that the physical distance between the parties via video present challenges in the consultation. Furthermore, the findings of this review highlights a variety of aspects of patient-centered communication, that are affected by the video format. Video consultations are influenced by reduced non-verbal communication, that counteract the sharing of visual information. Moreover, this type of consultation is considered to be more physician-centered, of which the patient's psychosocial conditions and preferences are compromised. Additionally, this review introduces some possibilities and limitations of the use of video consultations in general practice.

Conclusion: This review contributes with knowledge about patient-centered approach in video consultations in general practice. Primarily, the findings from this review suggest that consideration of using video consultations in general practice should take into account the preferences and technical skills of the individual patient. Furthermore, that video consultations should be used with precautions in order to ensure healthcare of high quality. However, there is a need for further research according to address the relational aspects of video consultations in general practice settings.

Læsevejledning

Nedenstående figur illustrerer specialets opbygning i hovedtræk. Specialet indledes med en introduktion efterfulgt af den nærmere baggrund for specialets problemstilling. I disse afsnit defineres telemedicin og hertil de politiske forventninger der følger. I forlængelse heraf præsenteres anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis. Hernæst følger en nærmere introduktion til patientcentreringsbegrebet, og herunder læge-patient forholdet, hvorefter jeg vil inddrage eksisterende litteratur om videokonsultationer med henblik på patientcentrering. Dette udmunder i en afgrænsning af specialet og ligeledes problemformuleringen. I specialets næste afsnit præsenteres metodologien, herunder videnskabsteoretisk positionering og det systematiske review procedure, hvortil jeg vil gennemgå strategien for dataindsamling og databehandling. Dernæst præsenteres specialets fund, der består af en narrativ opsummering af de inkluderede studiers resultater og syntetisering heraf. Den efterfølgende diskussion tager udgangspunkt i syntesens fund, suppleret med en diskussion af den anvendte metode. Slutteligt udmunder ovenstående i specialets konklusion.



Figur 1 - Specialets opbygning

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	7
2	Baggrund	8
2.1	<i>Hvad er telemedicin?</i>	8
2.1.1	<i>Videokonsultationer i almen praksis.....</i>	10
2.2	<i>Patientcentrering</i>	11
2.2.1	<i>Læge-patient forholdet</i>	13
2.3	<i>Eksisterende forskning om videokonsultationer og patientcentrering</i>	15
2.4	<i>Afgrænsning</i>	16
2.5	<i>Formål</i>	16
3	Problemformulering.....	17
3.1	<i>Evidensbaseret praksis</i>	17
4	Metodologi.....	18
4.1	<i>Specialet positionering</i>	18
4.2	<i>Videnskabsteoretisk position.....</i>	19
4.3	<i>Litteraturreviewet som metode.....</i>	20
4.3.1	<i>Om valget af det systematisk review</i>	22
4.3.2	<i>Det systematiske reviews procedure</i>	23
4.4	<i>Dataindsamling</i>	24
4.4.1	<i>Afgrænsning af emne</i>	24
4.4.2	<i>Søgestrategi og søgestreng</i>	25
4.4.3	<i>Inklusions- og eksklusionskriterier</i>	27
4.4.4	<i>Screeningsprocessen.....</i>	28
4.4.5	<i>Kvalitetsvurdering.....</i>	32
4.5	<i>Databehandling</i>	34
4.5.1	<i>Dataekstraktion</i>	34
4.5.2	<i>Syntesestrategi</i>	34
5	Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	37
5.1	<i>Rangordning af inkluderede studier ud fra studiedesign.....</i>	37
5.2	<i>Samlet kritisk vurdering for inkluderede kvantitative studier</i>	39
5.3	<i>Samlet kritisk vurdering for inkluderede kvalitative studier</i>	44
6	Karakteristika af de inkluderede studier.....	46
7	Fund	57

7.1	<i>Narrativ opsummering af de inkluderede kvantitative studiers fund.....</i>	<i>57</i>
7.2	<i>Narrativ opsummering af de inkluderede kvalitative studiers fund.....</i>	<i>63</i>
7.3	<i>Integration af kvantitativ og kvalitativ evidens.....</i>	<i>66</i>
7.3.1	<i>Forudsætninger.....</i>	<i>67</i>
7.3.2	<i>Konsultationen.....</i>	<i>70</i>
7.3.3	<i>Muligheder og begrænsninger.....</i>	<i>73</i>
7.4	<i>Opsummering af fund.....</i>	<i>76</i>
8	Diskussion af fund.....	77
8.1	<i>Begrænsninger for patientcentrering i videokonsultationer.....</i>	<i>77</i>
8.2	<i>Adgang og den digitale kløft.....</i>	<i>79</i>
8.3	<i>Teknologien som en del af relationen og som en del af normen.....</i>	<i>81</i>
9	Metodediskussion.....	84
9.1	<i>Videnskabsteoretisk position og specialets positionering.....</i>	<i>84</i>
9.2	<i>Systematisk litteraturreview.....</i>	<i>85</i>
10	Konklusion.....	91
11	Litteraturliste.....	92
12	Bilag.....	98
	<i>Bilag 1: Søgestreng.....</i>	<i>98</i>
	<i>Bilag 2: Dataekstraktionsformular.....</i>	<i>101</i>

1 Introduktion

I takt med den hastige digitale udvikling, forekommer der en stigende grad af interesse for videokonsultationer, både nationalt og internationalt. Videokonsultationer åbner op for nye muligheder i sundhedsvæsenet, men med dette følger der ligeledes udfordringer. Potentialet ved telemedicin er at skabe en større effektivisering af den offentlige behandling og pleje. Generelt set kan telemedicin intensivt udnyttes til at forny behandlingen og dermed bidrage til at løfte de demografiske og økonomiske udfordringer, som det danske sundhedssystem står overfor (Regeringen, KL, & Danske Regioner, 2012). Digitalisering af sundhedsvæsenet, herunder brugen af videokonsultationer, er derfor genstand for stor politisk bevågenhed og en del af den nationale strategi for digital sundhed 2018-2022 (Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, & KL, 2018). Denne strategi skal sikre, at Danmark bevæger sig mod en helhedsorienteret indsats, hvor hospitaler, kommunale sundhedstilbud, praksissektor og andre offentlige og private aktører i hele sundhedsvæsenet kan samarbejde i et integreret netværk med borgeren i centrum (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2018).

Imidlertid har konceptet *patientcentrering* modtaget øget opmærksomhed gennem nyere tid og betragtes i dag som en væsentlig del i behandling af høj kvalitet (Epstein & Street, 2011; Greene, Tuzzio, & Cherkin, 2012). Patientcentreret behandling er et selvstændigt mål for at opnå et behandlingsforløb af højeste faglige kvalitet og tager udgangspunkt i den enkelte patients præferencer, behov og livssituation. Desuden hviler patientcentreret behandling på kerneprincipperne om fælles beslutningstagen, en helhedsorienteret indsats og et ligeværdigt forhold mellem patient og behandler baseret på, at der lyttes til patienten, gensidig respekt, deling af informationer og samarbejde (Mead & Bower, 2000). Som følge af videokonsultationer kan mangel på fysisk kontakt og medieret kommunikation være grund til forringelse af de relationelle aspekter af kontakten mellem læge og patient (Lee & Zuercher, 2017). Erfaringer fra dansk forskning viser foreløbigt, at videokonsultationer fører til lovende resultaterne med henblik på graden af patient-centrering indenfor cancerbehandling og palliative indsatser (Funderskov et al., 2019; Trabjerg, Jensen, Søndergaard, et al., 2020; Trabjerg, Jensen, Søndergaard, Sisler, & Hansen, 2019; Trabjerg, Jensen, Søndergaard, et al., 2020).

Videokonsultationer i almen praksis i Danmark har kun været anvendt i begrænset omfang lige indtil covid-19 pandemien udbrød. Pandemien iværksatte en lynimplementering af

videokonsultationer, da dette blev en nødvendighed for at reducere antallet af fysiske konsultationer og sygebesøg for at begrænse smitterisikoen mest muligt både for læger, øvrigt personale og patienter. En national implementering gjorde det dermed også muligt for almen praktiserende læger at blive honoreret for denne ydelse (Danske Regioner, 2020b). Det er derfor ikke længere et spørgsmål *om* videokonsultationer i almen praksis skal implementeres, men snarere et spørgsmål om *hvor* dan vi gør det bedst og af højest kvalitet. Således at det skaber mest muligt værdi for den enkelte patient og samfundet, samt uden at gå på kompromis med de potentielle konsekvenser for folkesundheden. Det anses derfor som relevant at udarbejde et vidensgrundlag for at skabe konsensus om de relationelle aspekter af videokonsultationer med fokus på at sikre en patientcentreret tilgang til behandling i almen praksis, samt at sikre at denne tilgang under de nye omstændigheder er baseret på evidensbaseret forskning.

2 Baggrund

Følgende afsnit har til formål at skabe en dybere forståelse for specialets problemstilling. Indledningsvist kortlægges telemedicin og videokonsultationer, samt relevansen og potentialet heraf med henblik på anvendelse i almen praksis. Efterfølgende introduceres patientcentreringsbegrebet og herunder læge-patient forholdet. Slutteligt inddrages relevant eksisterende litteratur om videokonsultationer.

2.1 Hvad er telemedicin?

I gennem 2010'erne har telemedicin været et fokus i debatten, og blandt sundhedsprofessionelle og politikere er forventningerne høje til de økonomiske og sundhedsfaglige gevinster inden for dette spirende område (Musgrove, 2019). Telemedicin er en sundhedsydelse, der kan tilbydes, når der er geografisk separation mellem sundhedsudbyderen og patienten. En række af forskellige kommunikationsforme, som stemme, lyd, fotos, video og tekstbeskeder er inkluderet under den telemedicinske paraply (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Med telemedicin leveres sundhedsydelser på en ny måde i forhold til sundhedsvæsenets nuværende veletablerede praksis; den sundhedsprofessionelle og brugeren ikke er i samme rum, men hvor ydelsen leveres over afstand ved hjælp af en teknologi. Ydelsen leveres typisk fra en sundhedsperson i sine vante omgivelser på sin arbejdsplads til en bruger i sine vante hjemmeomgivelser, der på egen hånd betjener den telemedicinske løsning og eventuelt måleudstyr (Musgrove, 2019). Modellen er til dels kendt fra telefonkonsultationer, som er

blevet brugt i mange årtier, men med telemedicin indgår brugerens egne målinger og observationer direkte i behandlingsforløbet, hvilket i praksis understøttes af telemedicinsk teknologi og eventuelt også medicinsk måleudstyr betjent af brugeren selv (Musgrove, 2019).

Telemedicin er et område under konstant udvikling, hvilket gør det svært at pege på en enkelt definition som den endegyldigt rigtige. Der findes derfor en række forskellige definitioner, der beskriver telemedicin forskelligt, herunder er WHO's definition som følgende:

" 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" (WHO, 2010, p. 9).

Der fokuseres således i WHO's definition i mindre grad på patientens rolle i den telemedicinske ydelse, da kontakt mellem sundhedsprofessionelle til uddannelsesmæssigt formål også er omfattet af definitionen. I dansk kontekst er definitionen af begrebet gjort smallere og omfatter kun "sundhedsydelser, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle gøres uafhængige af et fysisk fremmøde"

(Sundhedsdatastyrelsen, 2015) – hvor *sundhedsydelse* i denne definition hævdes at være synonymt med *sundhedsintervention*, hvilket yderligere defineres som en "handling, der har til formål at ændre en tilstand eller hindre en igangværende udvikling" (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Således er den danske definition mere handlingsfokuseret og med fokus på brugere, da telemedicin i Danmark, modsat WHO's definition, *ikke* inkluderer dialog og kontakt mellem sundhedsprofessionelle, selvom dette måtte være it-understøttet.

Forventningerne på tværs af telemedicinske projekter er at opnå en række gevinster for både brugere og de sundhedsfaglige (Musgrove, 2019). Mulige gevinster i patientperspektiv er heraf:

- Øget sygdomsmestring, følelse af kontrol og tryghed
- Sparet transport, færre indlæggelser
- Færre eksacerbationer, kortere sygdomsforløb, hurtige dosistilpasning af medicin
- Sammenhængende forløb og bedre samarbejde blandt sundhedsprofessionelle.

Desuden er forventningerne, at sundhedsvæsenet kan opnå fordele ved:

- Færre hospitalskontakter
- Kortere gen-/indlæggelser, færre akutte besøg
- Bedre udnyttelse af faglige ressourcer
- Øget mødestabilitet hos brugere
- Bedre samarbejde med kollegaer på tværs af sektorgrænser

Efter årtusindeskiftet har anvendelse af telemedicin i Danmark vakt stor sundhedspolitisk interesse. Den demografiske udvikling for Danmark peger i retning af en forskydning i befolkningssammensætningen med et stigende antal ældre. Andelen af borgere over 80 år forventes mere end fordoblet i 2030, men samlet forventes befolkningstallet kun at stige med ca. 4 pct. (Danmarks Statistik, 2020). Udfordringen fremadrettet er derfor, at der bliver færre til at tage sig af flere. Andelen af borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme stiger samtidig – det skønnes, at dobbelt så mange i 2030 vil leve med type 2 diabetes og ca. 45 pct. flere vil have lungesygdommen KOL (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). Hver femte voksne danskere levede i 2017 med kronisk sygdom, hvoraf ca. 13 pct. havde mere end én kronisk sygdom (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Vi bliver dermed både ældre og flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme.

Da telemedicinske afprøvningsprojekter viser mulighed for, at sundhedsvæsenet med korrekt anvendelse vil kunne levere bedre kvalitet i sundhedsydelserne med et lavere ressourceforbrug, skaber det ganske vist en naturlig politisk interesse (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2018).

2.1.1 Videokonsultationer i almen praksis

Under den telemedicinske paraply findes videokonsultationer, der giver mulighed for at konsultationer kan gennemføres online, på afstand og i realtid. Som følge af covid-19 pandemien blev på mindre end to uger 898 alment praktiserende lægeklinikker tilkoblet videoløsningen i appen ”Min læge”, som er en sikker kommunikationsløsning mellem læge og patient (Wentzer, 2020). ”Min Læge”-appen har været nationalt tilgængelig siden 2018 og giver danske borgere mulighed for at booke tid hos egen læge, lave (skriftlig) e-konsultation, få overblik over egne vaccinationer, henvisninger, diagnoser og medicin via integration i Medicinkortet (Praktiserende Lægers Organisation, 2019). Videoløsningen kom på som en del af et pilotprojekt i 2019 og blev i forbindelse med pandemien lynimplementeret i marts 2020 (Ølholm, Kvistgaard, Høiberg, Kidholm, & Bergholz-Knudsen, 2020).

En solid og grundig evidensbase om anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis er imidlertid manglende. Forskning er derfor afgørende for politikere og klinikere og ikke mindst patienter med henblik på at sikre kvalitet i brugen af videokonsultationer. Implementering og vedligeholdelse af telemedicinske løsninger i praksis er ikke entydigt, men en kompleks sammensætning af strukturelle, tekniske, organisatoriske og relationelle faktorer. Gevinsterne af en vellykket implementering af videokonsultationer i almen praksis kan forventes at være høje, netop fordi almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet - desuden har næsten alle patienter med kronisk sygdom kontakt til almen praksis (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). Grundet udviklingen i demografien og samtidige ændringer i sygdomsmønstret, forventes der i de kommende år en stigning i antallet af patienter med behandlingskrævende kroniske sygdomme. Dette forhold, sammen med den medicinske- og teknologiske udvikling og den strukturelle udvikling i sundhedsvæsenet, stiller almen praksis over for nye udfordringer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008).

2.2 Patientcentrering

Selvom værdien af patientcentrering er universalt bekræftet, er det stadig svært at finde en entydig definition på, hvad begrebet præcist indebærer (Ishikawa, Hashimoto, & Kiuchi, 2013). Patientcentreret behandling kan dog defineres af, hvad det *ikke* er; nemlig sygdomscentreret, teknologicentret, lægecentreret eller hospitalscentreret. Patientcentreret behandling er et selvstændigt mål for at opnå et behandlingsforløb og resultat af højeste faglige kvalitet og tager udgangspunkt i den enkelte patients præferencer, behov og livssituation samt med bevarelse af patientens integritet og autonomi (Mabeck, 1994). Patientcentreret behandling er ikke blot at overgive sig til patientens præferencer eller smide information afsted og lade patienten ordne det på egen hånd - konceptet hviler på kerneprincipperne om et ligeværdigt forhold mellem patient og behandler, fælles beslutningstagen og en helhedsorienteret indsats (Mead & Bower, 2000). *Et ligeværdigt forhold mellem patient og behandler* er baseret på at der lyttes til patienten, gensidig respekt, deling af informationer og samarbejde. *Fælles beslutningstagen* antyder, at lægen gennemgår og drøfter de relevante behandlingsmuligheder med patienten, og sammen træffer de det endelige valg afhængigt af den kliniske situation og patientens ønsker. *En helhedsorienteret indsats* tager hensyn til patientens samlede sygdoms- og livssituation, og rækker således ud over den konkrete sygdomsbehandling. Patientens egne ressourcer afdækkes og bringes i spil, og patienten rustes dermed til at indgå i dialog om forløb og behandling (Langberg, Dyhr, & Davidsen, 2019; Mead & Bower, 2000).

Patientens autonomi er et centralt element af patientcentreret kommunikation og behandling, og forståelse af dette bidrager til at opretholde tillid i forholdet. I sundhedslovens §2 fastsættes kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse ("Sundhedsloven," 2019). Patienters retsstilling i lovgivningen tager således udgangspunkt i patientens autonomi, hvilket betyder, at patienten som hovedregel selv bestemmer, om han/hun vil modtage behandling, gennemføre en udredning eller lignende. Lægen kan komme med forslag eller informationer til en patient om sygdom og behandling, men det er i bund og grund patientens ret ikke at følge bestemmelserne. Det er ikke lægens opgave at tjene patientens liv, men patientens planer med livet. Med patientens planer for livet menes der patients præferencer, værdier og projekter. Læger er forpligtede til at anvende deres faglige viden på en måde, som giver patienten de bedste udfoldelsesmuligheder for deres livsplaner, også selvom lægen mener, at det ikke vil tjene patientens interesser. Hermed sagt er målet med autonomien ikke blot at forøge informationerne om patientens sygdom, for forøget information giver ikke nødvendigvis en bedre refleksion over livsforhold, hvilket også er i overensstemmelse med ideen bag en patientcentreret tilgang (Elsass & Lauritsen, 2006).

For at kunne yde en patientcentreret behandling, forudsætter det, at lægen besidder en række kommunikative færdigheder. Kommunikationen skal sigte efter at fremhæve patientens egen agenda ved at stille åbne spørgsmål og uden at afbryde patienten samt ved at engagere sig ved aktiv lytning (Lang, Floyd, & Beine, 2000; Levinson, Gorawara-Bhat, & Lamb, 2000). At forstå patientens perspektiv på sygdommen samt udtrykke empati er derfor nøgelfunktionerne i patientcentreret kommunikation. Forståelse af patientens perspektiv indebærer at udforske patientens følelser, ideer, bekymringer og erfaring ift. sygdommens indvirkning, samt patientens forventninger til lægen. Empati kan udtrykkes ved at navngive følelser, kommunikere forståelse, respekt og støtte samt udforske patientens sygdomsoplevelse og følelser (Hashim, 2017).

Patienter præsenterer ofte *clues* under samtaler med deres læge – dette kan være både direkte og indirekte kommentarer om personlige aspekter af deres liv eller deres følelser. Disse clues repræsenterer lægens muligheder for at udtrykke forståelse og empati og dermed dybdegøre den terapeutiske alliance, hvilket anses som værende kernen i klinisk pleje (Levinson et al., 2000; Pinto et al., 2012).

I et kontinuum af kommunikationsmedier og deres evne til at formidle informationer og reducere usikkerheden og tvetydigheden, er face-to-face kommunikation det rigeste medie, der giver øjeblikkelig feedback og formidler mange signaler i form af naturligt sprog. Menneskelig kommunikation er komplekst og er baseret på udveksling af en kombination af verbale og non-verbale signaler. Herunder er øjenkontakt og kropssprog nogle af de vigtigste non-verbale signaler i kommunikation, og derfor også vigtige forudsætninger for etablering af en stærk relation med henblik på patientcentrering (Leach, 2005). Tidligere forskning har primært fokuseret på patientcentreret kommunikation, hvor konteksten har været fysisk fremmøde, hvorfor forudsætningerne for bl.a. øjenkontakt og kropssprog er på sit højeste. Imidlertid kan det opleves svært at skabe øjenkontakt og aflæse kropssignaler via video, hvilket ændrer kommunikationsprocessen og kan dermed skabe barrierer ift. at aflæse clues og signaler og begrænse patientcentrering (Bohannon, Herbert, Pelz, & Rantanen, 2013).

2.2.1 Læge-patient forholdet

Læge-patient forholdet er et vigtigt perspektiv i sundhedsarbejde og en væsentlig del af patientcentreringsbegrebet. Læge-patient forholdet rækker sig udover konsultationen og repræsenterer en generel relation, som kan sammenlignes med enhver relation mellem to mennesker. Det er ligeledes et komplekst emne, hvis betydning differentierer mellem forskellige mennesker. Et review af Ridd et al. (2009) søger at definere læge-patient forholdet og dets underliggende faktorer fra et patientperspektiv med det endelige formål at udarbejde et konceptuelt værktøj. Ridd et al. fremhæver at læge-patient forholdet omfatter fire hovedelementer: viden, tillid, loyalitet og respekt. Disse elementer afspejler patienternes gennemgående synspunkter om deres forhold til lægen *uden for* konsultationer (Ridd, Shaw, Lewis, & Salisbury, 2009).

Viden fremkommer som et dominerende aspekt, der bidrager til dybden af læge-patient forholdet. Mange patienter fortrækker at 'kende' lægen (Gabel, Lucas, & Westbury, 1993). Dette begynder formentlig med hvordan lægen ser ud, og kan derefter udvikle til at kende lægen på et mere personligt plan. Ideen om at patienten ved eller kan forudse, hvordan lægen vil opføre sig eller reagere er af særlig betydning og bidrager således til at patienten 'kender' sin læge. Tilsvarende, med hensyn til lægens viden om patienten, er udgangspunktet grundlæggende fysisk fortrolighed – dét at kunne sætte navn på et ansigt, men også at have kendskab til patientens sygdomshistorie. Patienter værdsætter netop disse to aspekter af to grunde: fordi lægen er i stand til at se ændringer i deres udseende

og dermed muligvis i deres helbred, og fordi det giver et indtryk af en fælles historie. Patienter kan generelt ikke lide at skulle gentage information: det kan være vanskeligt for dem at gennemgå det samme om igen eller det kan være tidskrævende at sætte ord på alt, hver gang de ser en ny læge (von Bltzingslwen, Eliasson, Sarvimki, Mattsson, & Hjortdahl, 2006). Lægens viden om patientens personlige forhold såsom baggrund, herunder social status og familie, og forventninger bidrager til at patienten føler sig forstået og behandles som et individ i konteksten af deres eget liv og sygdom. Patienten får en opfattelse af at lægen har opnået dybere forståelse for dem på et mere følelsesmæssigt og personligt niveau (Ridd et al., 2009).

Tillid er ligeledes endnu et væsentligt aspekt af læge-patient forholdet. I modsætning til 'viden', dannes tillid på et generisk niveau af 'tillid til læger generelt', som udspringer af en personlig 'tillid til min læge'. På baggrund af dårlige erfaringer antager patienter normalt, hvorvidt læger generelt er pålidelige. Svendsen (2012) fremhæver desuden, at tillid som samfundets gennemslagskraft og er forudsætningen for det danske velfærdssamfund – derfor indgår tillid i et stort omfang i vores daglige rum med hinanden og systemerne (Svendsen, 2012). Tillidsforholdet mellem patient og læge er et grundlæggende begreb i det moderne sundhedsvæsens virke. Tillid er en stærk følelse og indebærer dét at kunne tro på, stole på og regne med nogen eller noget i en given situation. Sociologien definerer tillid i en relation mellem deltagere i det sociale rum – relationen gør de sociale handlinger forudsigelige, skaber fornemmelse af samhørighed og gør det nemmere for personer at arbejde sammen uden nedskrevne regler. Den basale måde at opnå tillid på, er ved at fjerne tvivl og mistillid mellem de sociale aktører (Friis-Hasché & Witt, 2013). Patienters tillid er ikke mindst baseret på deres syn på lægens åbenhed og ærlighed, men også deres erkendelse af deres egne færdigheder og villighed til at henvise til andre. Tillid i relation til læge-patient forholdet bliver ofte defineret som en metafor for det ideelle forhold, hvilket bygger på empati, anerkendelse af lægens autoritet og konsensus om behandlingsstrategien. I ethvert forhold bør tillid gå begge veje, hvilket også er tilfældet mellem læge og patient - den forudsætter en form for enighed og inddrager empati (Friis-Hasché & Witt, 2013).

Loyalitet opfattes at være tæt sammenhængende med længerevarende behandling, netop fordi at længerevarende behandling beskriver patienters besøgs mønster over tid. Ser man loyalitets aspektet i dybden af læge-patient forholdet beskriver det nærmere patientens præference for at se den givne læge. Patienters præferencer formes muligvis ud fra deres tidligere erfaringer og nuværende

problem. Generelt foretrækker patienter at se den samme læge ved længerevarende, komplekse eller emotionelle problemstillinger, men de kan være normalvis nøjes med at se en hvilken som helst læge ved mindre problemer. Desuden er patienters loyalitet også mål for deres tolerance overfor utilfredsstillende behandling – dette beskrives som et tilfredshedsparadoks af Lings et al (2003): *”[...] seemingly contradictory phenomenon, whereby patients express dissatisfaction with certain procedures or events but still maintain a positive relationship.”* (p. 183). Sådan en utilfredshed kan for eksempel være relateret til praksissens karakteristika, herunder lang distance, ringe tilgængelighed og mangel på tilbagemeldinger fra praksissen. Patienter, der har udviklet et forhold til deres læge, kan bedre være i stand til at acceptere og tolerere mindre end den optimale behandling, hvis den sædvanligvis er god og tilfredsstillende (Lings et al., 2003).

Respekt antages som et vigtigt træk for dybden af læge-patient forholdet – det omfatter komfort og ’dét at kunne lide’ og afspejler respekt i forholdet. Som konsekvens af at læger ser ud til at være interesserede og på samme side med patienter, får patienter til at føle, at de betyder noget for lægen. Ling et al (2003) definerer ligeledes ’dét at kunne lide’ som ”at have et let og behageligt forhold til lægen” (Lings et al., 2003). Nogle patienter sammenligner desuden et godt læge-patient forhold med et venskab (Gabel et al., 1993).

2.3 Eksisterende forskning om videokonsultationer og patientcentrering

Få studier har undersøgt videokonsultationer med henblik på patientcentrering og læge-patient forholdet. I et review af Miller fra 2001 undersøges effekten af videokonsultationer ift. kvaliteten af kommunikationen under konsultation. Reviewet inddrager varierede specialeområder, herunder psykiatri, otolaryngologi, dermatologi, pædiatri, ortopædi, ontologi og akut medicin. I alt blev der inddraget 38 studier, hvoraf de fleste var baseret på evalueringsspørgeskemaer efter endt konsultation. Derudover blev der i reviewet inddraget få kvalitative undersøgelser af adfærd under konsultationen. I reviewet blev fundene fra hvert studie bedømt positivt eller negativ i 23 kategorier. Ca. 80 % af fundene blev påviste i sin helhed positive resultater, på nær i to af kategorierne – ’non-verbal adfærd’ og ’mangel på berøring’ (Miller, 2001). Det pågældende review favoriserer i høj grad videokommunikation specielt med afsæt i evalueringsspørgeskemaer efter endt konsultation, hvor patienter rapporterer høj tilfredshed. I de kvalitative undersøgelser er andelen af positive fund imidlertid markant lavere, hvilket fører til konklusionen om at sammenhængen mellem videokonsultationer og kommunikation mellem læge og patient differentieres afhængigt af om, det er baseret på

patienternes tilfredshed eller forskernes bedømmelse af kvalitativt data. Størstedelen af de inkluderede studier i reviewet af Miller (2001) er desuden fra psykiatrisk kontekst. Der fremkommer generelt en bredere litteratur om telepsykiatri sammenlignet med andre specialer. Telepsykiatri er i Danmark også mere udbredt og i vækstende udvikling (Folker, Helverskov, Nielsen, Jørgensen, & Larsen, 2018). En kortlægning af eksisterende litteratur af Voss (2009), finder at telepsykiatri giver gode behandlingsmuligheder og ikke mindst at patienterne er særdeles tilfredse med det. Dog synes der blandt psykiatere at være en opfattelse af, at behandling via video er ringere end face-to-face. Baggrunden for psykiaternes tilbageholdenhed er en bekymring for, hvad der sker med læge-patientforholdet (Voss, 2009).

2.4 Afgrænsning

Af ovenstående fremkommer det at der ses mangel på konkret viden om de relationelle aspekter af videokonsultationer – særligt med henblik på almen praksis. Det er på nuværende tidspunkt utydeligt, hvorvidt tilgangen til videokonsultationer er funderet i videnskabelig evidens. Derfor vurderes det, at der er behov for en systematisk gennemgang af eksisterende forskningslitteratur med formål om at sikre kvalitet i behandling, hvor der anvendes videokonsultationer. Der anlægges således et perspektiv på patientcentrering i dette speciale, som tager udgangspunkt i kerneprincipperne om et ligeværdigt forhold mellem patient og læge, fælles beslutningstagen og en helhedsorienteret indsats med et specielt fokus på videoløsningens påvirkning på læge-patient forholdet.

2.5 Formål

Dette speciale har til formål at bidrage med evidensbaseret viden om anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis med henblik på at sikre en patientcentreret behandling. Herunder bidrage til viden om muligheder og begrænsninger i brugen af videokonsultationer i almen praksis. Specialet baseres på en systematisk litteratur gennemgang, kritisk kvalitetsvurdering samt syntetisering af den bedste tilgængelige evidens om de relationelle aspekter af videokonsultationer med henblik på en patientcentreret tilgang.

3 Problemformulering

Hvilken betydning har det for patientcentrering, at konsultationer foregår på video?

Forskningsspørgsmål

- Hvordan påvirkes indholdet og kvalitet af kommunikationen i en videomedieret konsultation? Herunder påvirkning af non-verbal såvel som verbal kommunikation.
- Hvordan påvirkes læge-patient forholdet af videokonsultationer?
- Hvilke erfaringer med videokonsultationer har læger og patienter?

3.1 Evidensbaseret praksis

Evidensbaseret medicin blev et begreb i begyndelsen af 1990'erne, hvor Institut for Klinisk Epidemiologi på McMaster Universitetet i Canada udviklede en række metoder til hurtig og effektiv litteratursøgning, samt metoder til kritisk læsning af forskellige typer artikler. Evidensbaseret medicin kan defineres som en systematisk og afvejet brug af den bedste foreliggende evidens i udredning og behandling af den enkelte patient (Andersen & Peter, 2014). Siden hen har begrebet bredt sig til store dele af verden og i forskellige sammenhænge har man valgt at anvende andre udtryk, som i bund og grund henviser til det samme koncept. *Evidensbaseret praksis* er det mest anvendte udtryk i Danmark, da det understreger anvendelsen af forskningsresultater i en klinisk praksis. Et centralt element i evidensbaseret praksis er oversættelsen af resultater fra videnskabelige artikler, hvor undersøgelsen er foretaget på udvalgte patientgrupper, til den enkelte patient. Det vil sige, at evidensbaseret praksis er at integrere den individuelle kliniske ekspertise med den bedst tilgængelige eksterne kliniske evidens, som den fremgår af en systematiske søgning. Vigtigheden med evidensbaseret praksis er, at den fundne videnskabelige evidens supplerer sammenspillet mellem patienten, den professionelle og de givne rammer (Lund, Juul, Andreasen, & Møller, 2014). Med syntetiseringen af viden om dette speciales problemfelt, stilles den samlede viden til rådighed for beslutningstagere i politik og praksis. Dette vidensgrundlag kan således fungere som fundament for fremtidige beslutningsprocesser, der omhandler anvendelse af videokonsultationer i almen praksis.

4 Metodologi

Med formålet om at kortlægge og syntetisere den eksisterende evidens om anvendelsen af videokonsultationer med henblik på patientcentrering og læge-patient forholdet udføres et systematisk review. Indledningsvist vil specialets positionering præsenteres samt den videnskabsteoretiske tilgang. Herefter præsenteres og argumenteres der for de metodiske refleksioner og valg. Valg af design, metode og analyse samt struktureringen heraf tager udgangspunkt i Cochrane Handbook (2020) hertil med inspiration fra Booth et al. (2016) - dette medvirker til et kontinuerligt fokus på systematikken i udførelsen af dette systematiske review. For at sikre at reviewet udføres systematisk, transparent og reproducerbart afrapporteres specialets systematiske review med anvendelse af PRISMA som afrapporterings-guide.

4.1 Specialet positionering

Dette speciale tager afsæt i Wulff og Gøtzsches (2007) tilgang til klinisk beslutningstagen (Wulff & Gøtzsche, 2007). Med denne position anses grundlaget for kliniske beslutninger også at omfatte en forståelse for patientens perspektiv. Kliniske beslutninger bliver ofte anskuet ud fra en naturvidenskabelig tankeramme. Klinikere ræsonnerer ud fra deres teoretiske viden, hvilket tager udgangspunkt i deres kendskab til den menneskelige organismes funktioner under normale og patologiske forhold og herefter søger at udlede, hvad den enkelte patient fejler og dermed hvilken behandling patienten vil have bedst effekt af. Desuden kan klinikere ræsonnere på baggrund af erfaringer, der er opnået ved tidligere undersøgelser og behandlinger af lignende patienter i ukontrollerede eller kontrollerede omstændigheder. Under ét repræsenterer disse beslutninger det naturvidenskabelige grundlag for den kliniske beslutning – disse er ifølge Wulff og Gøtzsche (2007) ikke udelukkende de komponenter der er til stede ved beslutningstagen. Den menneskelige natur har nemlig to sider, som begge kræver opmærksomhed af den kliniske beslutningstager. Vi betragter mennesket som et biologisk væsen – et naturfænomen – som ligeledes andre naturfænomener kan observeres og udforskes ved hjælp af de naturvidenskabelige metoder. Resultater af disse observationer vil den praktisk arbejdende kliniker udnytte, når han eller hun undersøger og behandler sin patient. For ikke at glemme, er den moderne lægevidenskabs fremskridt et resultat af naturvidenskabelig tænkning. Men mennesket er ikke desto mindre andet end et biologisk væsen – nemlig et væsen, som er sig selv bevidst, som kan reflektere, lægge planer, træffe moralske valg og handle i overensstemmelse med sine planer og valg, nemlig et autonomt individ. Denne side af menneskets natur er årsagen til

at klinikere ikke blot kan forholde sig naturvidenskabeligt over for sine patienter, men må desuden møde sin patient som medmenneske. På én gang er lægevidenskaben en naturvidenskabelig og humanistisk disciplin. Forståelsen for patienten og moralske overvejelser omfattes også af grundlaget for kliniske beslutninger (Wulff & Gøtzsche, 2007).

For at kunne favne denne nuancerede tilgang til klinisk beslutningstagning, vil der i dette systematiske review både inddrages kvantitative og kvalitative forskningsstudier. Med inddragelse af studier med forskellige typer af design og dermed også forskellige evidensstypologier øges potentialet til netop at opnå et helhedsorienteret perspektiv (Rieper & Hansen, 2007). Med den kvantitative forskning sigtes der efter at belyse effektspørgsmålene om kvaliteten af videokonsultationerne. Ved at inddrage kvalitativ forskning sigtes der efter at anse problemstillingen i et mere humanistisk perspektiv. Dette speciale vil hermed være funderet i en flervidenskabelig tilgang.

4.2 Videnskabsteoretisk position

”Trying to work within a paradigm (or theory) that doesn’t fit your assumptions is like trying to do a physically demanding job in clothes that don’t fit—at best you’ll be uncomfortable, at worst it will keep you from doing the job well.” (Maxwell, 2005, p. 37)

Formålet med en undersøgelse udspringer ifølge Launsø et al. (Launsø, Rieper, & Olsen, 2017) af et paradigmatisk bagland, som har konsekvenser for den forskningstype undersøgelsen tager afsæt i. Det videnskabelige paradigme betragtes som de ”briller”, som forskeren ”ser” igennem og heraf undersøger genstandsfeltet. Dette speciale indtager med afsæt i problemformuleringen i høj grad position inden for positivismen, samt med inddragelse af en hermeneutisk komponent, som ligeledes understøttes af Wulff og Gøtzsche (2007).

Med specialets fokus på effekterne af videokonsultationers indtages en position inden for positivismen. Positivismen placeres i det empirisk-analytiske paradigme (Launsø et al., 2017) – dette paradigme bygger på testning, empirisk iagttagelse, på det objektiverende og værdineutrale. Positivismen kan karakteriseres som ontologisk og epistemologisk realisme. Positivismens ontologi er det, der er givet for sanserne, og som følge af dette kan observeres objektivt. Realister anskuer epistemologisk videnskaben som metode til at opnå sikker viden om virkeligheden, der er i overensstemmelse med virkeligheden, som den er (Thurén, 2008). ”Ifølge positivismen har vi mennesker to og

kun to kilder til erkendelse, det, vi kan iagttage med vore sanser, og det vi kan regne ud ved hjælp af vores logik” (Thurén, 2008). Positivismen udspringer altså af naturvidenskaben og præsenterer den filosofiske grundholdning, at viden er det, vi kan se, høre, måle og veje, og at denne viden kun kan nås gennem metodisk videnskabelig observation af virkeligheden, hvor formålet er at forklare forholdet mellem indsats og effekt, årsag og virkning, som også kaldes kausalitet eller årsagssammenhæng. At der påvises en kausal relation mellem en indsats og en virkning, indikerer netop at den undersøgte indsats forårsager en observeret virkning eller effekt (Launsø et al., 2017).

Inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme kan hermeneutikken placeres. I den hermeneutiske videnskabsteoretiske position anses mennesket som et bevidst subjekt med tanker og følelser, der er relateret til den verden, som det er den del af (Birkler, 2005). Udover erkendelseskilder som de fem sanser og den logiske analyse, der er karakteriseret ved positivismen, tager hermeneutikken udgangspunkt i indfølingen og empatien. Det går ud på at forstå og ”ikke bare forstandsmæssigt begribe” (Thurén, 2008). Hermed adskiller hermeneutikken sig radikalt fra positivismen.

Hermeneutisk tolkning er essentielt, når man ønsker at forstå mennesker, deres handlinger og resultaterne af dem. Dog er tolkning usikkert, da det sjældent eller aldrig kan testes intersubjektivt, fordi det påvirkes af fortolkerens vurderinger, fortolkerens forforståelse og konteksten (Thurén, 2008).

Det hermeneutiske komponent i tillæg til den positivistiske position vil hermed bidrage med en mere nuanceret tilgang til besvarelse af problemformuleringen.

4.3 Litteraturreviewet som metode

Med hensigten om at sammenfatte og danne et overblik over allerede eksisterende viden inden for et bestemt område, bruges litteraturreviewet som metode. Således placerer litteraturreviewet sig øverst i evidenshierarkiet - konkluderet på empiri af primærstudier. Der skelnes overordnet mellem to typer af litteraturreview – *det traditionelle review*, som har tendens til at være idiosynkratisk. Det subjektive review vælger artikler uden at retfærdiggøre, hvorfor de er valgt, og kan give tiltro til studier af både dårlig og god kvalitet. Resultatet af traditionelle reviews er ofte baseret på dele af den eksisterende, tilgængelige litteratur, og dermed kan fundene være ukorrekte og endda falske. I kontrast til det traditionelle litteraturreview findes *det systematiske litteraturreview*, hvor der systematisk eksamineres alle kilder samt beskrives og retfærdiggøres for, hvad der er gjort. Det gør det muligt for andre at reproducere metoden og bestemme, hvorvidt resultatet af reviewet er acceptabelt (Fink, 2019)

Forskellen mellem de to typer af reviews er overordnet set, at det systematiske review forudsætter præcise og fokuserede forskningsspørgsmål, hvorimod det traditionelle litteraturreview er bredere og mindre tydelig i sin tilgang. Udvalgelsen af de inkluderede studier i det traditionelle litteraturreview sker altså på baggrund af forfatterens viden, holdninger og ikke ud fra en reproducerbar systematisk tilgang (Pors & Johannsen, 2013c). Forud for forskerens reelle undersøgelse anvendes det traditionelle litteraturreview ofte som en selektiv søgen, hvorimod det systematiske review betjener udtømmende undersøgelser i sig selv. Valget af den type af litteraturreview, der anvendes, afgøres således af undersøgelsens formål (Rieper, 2013).

Ifølge Fink (2019) karakteriseres et godt systematisk litteraturreview ved fire nøgleord: *systematic* (systematisk), *explicit* (eksplicit), *comprehensive* (omfattende) og *reproducible* (reproducerbart). *Systematisk* i sin måde at følge en metodologisk tilgang, heraf *eksplicit* i sin fremgangsmåde ved at forklare processen, og ligeledes skal det inkluderede relevante materiale være *omfattende*. Hvilket fører til at det er *reproducerbart*, således at andre forskere har muligheden for at efterfølge metoden og afgøre objektivt, om resultaterne kan accepteres (Fink, 2019).

Systematiske reviews er altså en metode til at kortlægge og sammenfatte den allerede eksisterende litteratur på et bestemt forskningsområde eller problemfelt, såkaldte primærstudier (Rieper, 2013). Et systematisk review søger at identificere alle relevante studier, der omhandler en given problemstillingen. Formålet med systematiske reviews er, på baggrund af den bedste eksisterende forskning, at understøtte kliniske beslutninger og dermed bedste mulige behandling og indsats til gavn for patienter, sundhedspersonale, deres pårørende og andre brugere af velfærdsydelser (Rieper, 2013). Et fokuseret forskningsspørgsmål og formulering af klare inklusions- og eksklusionskriterier er essentielt for udarbejdelsen af et systematisk review. Det er medvirkende til, at læseren kan genkende, hvorfor valgte studier er inkluderet, hvorfor systematikken i udvælgelsesprocessen er afgørende. Efter en kritisk vurdering af primærstudiernes kvalitet besluttet det at inkludere nogle i reviewet, mens andre ekskluderes. Resultaterne af de inkluderede primærstudier syntetiseres. Dette kan fx ske statistisk via en metaanalyse eller narrativt.

Systematiske reviews betragtes som særligt valide, fordi de sammenfatter resultaterne af større data-materialer. Endvidere betragtes de som et middel til at skabe overblik i den hastigt voksende jungle af forsknings- og evalueringsresultaterne. Derfor er de systematiske reviews ikke blot til at dække behov i forskningsverdenen, men også udenfor. De systematiske review retter sig uden for

forskningsverdenen mod praktikere og mod de, der udformer overordnede retningslinjer og rammer for offentlige indsatser, herunder planlæggere, politikere og andre policy makers. Denne metode er blevet et middel til at undgå at miste overblikket og drukne i viden (Rieper, 2013).

4.3.1 Om valget af det systematisk review

I forbindelse med dette speciale er der gjort overvejelser om hvilken type af litteraturreview, der er mest hensigtsmæssig ift. besvarelsen af problemformulering. Idét specialet har til formål at bidrage med evidensbaseret viden om anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis med henblik på at sikre en patientcentret behandling, har jeg endeligt besluttet at gøre brug af det systematiske review's metode.

Som nævnt tidligere, skelnes der overordnet mellem to typer af litteraturreview – *det traditionelle review* og *det systematiske review*. Udvidelsen af evidensbaseret praksis på tværs af sektorer har med årene ført til en stigende variation af reviewtyper. Grant og Booth (2009) forsøger derfor i et review at samle og beskrive de mest almindelige typer af litteraturreview, som ifølge dem kan bidrage til at det fulde potentiale for disse reviewtyper ikke går tabt i forvirring og forkert anvendelse. Grant og Booth identificerer og kortlægger de 14 mest anvendte typer af litteraturreviews, herunder også de to førnævnte (Grant & Booth, 2009). En af disse reviewtyper er *mixed methods reviewet*, hvor der anvendes princippet fra det velkendte mixed method studiedesign i reviewprocessen. Denne form for review udføres ligeledes systematisk, men sigter efter at kombinere blandede metoder fra forskellige forskningsdiscipliner med fokus på ét emne. Der ses et stigende antal af *single method* systematiske reviews, der fokuserer på forskellige typer af evidens relateret til et bestemt emne. Da beslutningstagere og klinikere søger klare anvisninger for beslutningstagen fra systematiske litteraturreviews, er det sandsynligt, at det bliver mere og mere vanskeligt for dem at identificere "hvad de skal gøre", hvis de er påkrævet at finde og forstå en overflod af synteser relateret til ét bestemt emne. Ved at inkludere divergerende evidens, forsøger et mixed methods reviewtypen at tackle denne problematik og har dermed potentialet til at producere systematiske reviews, som er direkte relevant for beslutningstagere og klinikere (Pearson et al., 2015). Et mixed methods review tager udgangspunkt i samme systematik som i et systematisk review - dog med den forskel, at der inddrages flere typer af studiedesign. Det er på baggrund af specialets formål og ønske om at udføre en så valid og pålidelig undersøgelse som muligt, valgt at udføre nærværende litteraturreview som et *systematisk mixed methods review*.

4.3.2 Det systematiske reviews procedure

Forskellige organisationer, som arbejder med og publicerer systematiske reviews som Cochrane, Sage og Campbell m.fl., beskriver deres procedure med udarbejdelsen af et review på flere forskellige måder. Overordnet gennemgår arbejdet med systematiske litteraturreviews de samme 4-5 hovedtrin, som der i det følgende vil blive beskrevet.

Valg af emne og formulering af forsknings spørgsmål er *det første trin* og adskiller sig i princippet ikke fra andre forskningsprojekter. Forskningsspørgsmålet er afgørende for hvilken metode, der er mest hensigtsmæssig at gøre brug af og er herfra afgørende for de videre valg i processen. *Det andet trin* omfatter en søgestrategi, hvilket indebærer en beslutning om afgrænsning af søgningen, så forskningsspørgsmålet besvares bedst muligt. Det er afgørende for reviewets kvalitet at søgeprocessen er komplet, transparent og veldokumenteret – at det indebærer en grundig gennemgang af søgestrengen, kriterier for selektion af studier samt de databaser, der er valgt at søge i.

Det tredje trin omfatter relevans- og kvalitetsvurdering af primærstudier. Disse to processer kan betragtes som to trin i reviewprocessen. Relevansvurderingen er det, der afgør, hvilke studier, der inkluderes i det systematiske review og er dermed afgørende for reviewets udsagnskraft, dybde og endelige resultat. Relevans bestemmes ud fra, om studiets resultat kan bidrage til besvarelse af forskningsspørgsmålet. En kvalitetsvurdering vedrører en omfattende undersøgelse af primærstudiernes metode og styrke, altså om resultatet er til at stole på. Overordnet set handler dette trin om først at screene primærstudierne for relevans og herefter sortere for kvalitet (Gough, Oliver, & Thomas, 2017; Rieper, 2013). Målet er, at der skal foreligge og være dokumenteret en gennemskuelig systematik og klare begrundelser for hvert eneste primærstudie, heraf hvorfor det er blevet inkluderet på baggrund af relevans eller ekskluderet på baggrund af kvalitet (Dyssegaard, Lindstrøm, Larsen, & Johannsen, 2013).

Herefter beskrives i *det fjerde trin* de primærstudier, som er fundet via litteratursøgningen. Dette trin i reviewprocessen indebærer en kortlægning eller mapping af studierne, oftest illustreret ved et flowdiagram, med formålet om at skabe større overblik for forskeren selv og læseren (Dyssegaard et al., 2013).

Når primærstudierne, som er inkluderet i reviewet, er udvalgt og vurderet, foretages en sammenfatning af disses resultater også kaldet en syntetisering – dette er reviewprocessens *femte* og sidste trin. Der findes forskellige måder at gøre dette på, både kvantitative og kvalitative (Rieper,

2013). En sammenfatning af de enkelte resultater fra de forskellige studier, så de således udgør en sammenhængende helhed, er definitionen på en syntese (Thomas, O'Mara-Eves, Harden, & Newman, 2017).

Der arbejdes overordnet med to typer litteraturreviews – det *aggregative*- og det *konfigurative* review. I det aggregative review bygger syntesen i overvejende grad på en *kvantitativ og statistisk sammentælling* af data fra de inkluderede primærstudier, mens syntesen i det konfigurative review i overvejende grad bygger på en *kvalitativ og narrativ sammentælling*. Valget af synteseform behøver ikke at være et enten/eller-valg, da det oftest kan være fordelagtigt at kombinere de to former (Pors & Johannsen, 2013c). Ved kun at fokusere på kvantitative eller kvalitative metoder, kan forskere overse vigtig evidens, hvilket Pluye og Hong (2014) i det følgende ligeledes beskriver vigtigheden af: "[...] *mixing methods combines the power of stories and the power of numbers. In public health, stories have the power to change policies, and statistics traditionally provide a strong rationale to make changes.*" (Pluye & Hong, 2014, p. 30). Som nævnt tidligere og på baggrund af problemformuleringens udformning, kan dette review synes at være et *systematisk mixed methods review*, da der inkluderes studiedesigns af forskellig art. I det følgende afsnit vil jeg gå mere i dybden med den anvendte analysemetode.

4.4 Dataindsamling

I de følgende afsnit præsenteres processen for dataindsamlingen til det systematiske review, som omfatter første til tredje trin af det systematiske reviews procedure. Først gennemgås afgrænsning af forskningsfeltet ved hjælp af PICO-modellen, hvorefter søgestrategien og søgestregen præsenteres. Efterfølgende kortlægges reviewets inklusions- og eksklusionskriterier, som danner grundlag for screeningsprocessen. Slutteligt præsenteres kvalitetsvurderingen med inddragelse af evidenshierarkiet og evidensstypologier samt valget af kvalitetsvurderingsværktøjer.

4.4.1 Afgrænsning af emne

Som i andre forskningsprojekter, skal der i systematiske reviews også arbejdes konsekvent med temaer og emner med formål om præcisering af forskningsspørgsmålet. Hertil formulering af klare inklusions- og eksklusionskriterier, som afgør hvilke primærstudier, der skal inddrages og hvilke der skal udelukkes (Pors & Johannsen, 2013a). Anvendelse af konceptualiseringsmodellen PICO,

kan hjælpe forskeren med at identificere de vigtigste elementer til afgrænsning af emnet, samt til formulering af præcise forskningsspørgsmål. PICO-modellen udgør fire hovedelementer: *Participants/population*, *Intervention*, *Comparison* og *Outcome*.

I PICO-modellen anvendes der blokke, som hver indeholder et element. Ved identifikation af centrale begreber inden for hvert element afhjælpes processen med søgning og sortering af relevant litteratur. *Participants/population* afgrænser reviewets målgruppe og kan specificeres yderligere ift. karakteristika som fx køn, alder, patientgruppe eller brugere af bestemte ydelser. *Intervention* kan forstås som den indsats man ønsker at undersøge. Her kan der være tale om en velafgrænset indsats eller en gruppe af indsatser rettet mod et bestemt socialt eller samfundsmæssigt problem. Man kan ligeledes afgrænse og præcisere, hvad interventionen ønskes sammenlignet med – dette indgår som *Comparison* i den oprindelige model, hvilket ikke er medtaget i denne afgrænsning. *Outcome* er også de resultater af indsatsen og dækker over et bredt spekter af virkninger (Pors & Johannsen, 2013a).

Participants	Intervention	Outcome
Almen praksis - Patienter - Praktiserende læger/ professionelle	Anvendelse af videokonsultationer	- Patientcentrering - Læge-patient forholdet

Tabel 1

Udgangspunktet for de systematiske litteratursøgninger i de forskellige databaser og valget af de relevante søgeord er opstillet i den ovenstående tabel. Begreberne stammer blandt andet fra den viden, der er opnået gennem baggrundssøgning samt fra den litteratur, der er anvendt hertil. Anvendelsen af PICO-modellen har således bidraget til afgrænsning af emnevalget, præcisering af forskningsspørgsmålet samt identifikation af relevante begreber og søgeord, som vil blive uddybet i de følgende afsnit.

4.4.2 Søgestrategi og søgestreng

Der må altid udarbejdes en søgeprotokol forud for udarbejdelsen af det systematiske review. En søgeprotokol indeholder en redegørelse for reviewets processer og metoder med formålet om at øge transparens. Reviewets søgeprotokol kan opdeles i to: søgestrategien og søgestrengen.

Søgestrategien indebærer en formaliseret beskrivelse af den planlagte fremgangsmåde til løsning af en bestemt søgningsopgave, herunder valg af informationskilder og databaser samt søgeteknikker. Valget af informationskilder og databaser afhænger af det fokuserede spørgsmål og derfor er det indledningsvist vigtigt at undersøge, hvilke databaser der omfatter det valgte emne (Pors & Johannsen, 2013b). Tilgangen til søgningen kan enten være at optimere *recall*, dvs. at finde så meget som muligt indenfor emnet, eller at optimere *precision*, hvor man sigter efter at få en høj andel af relevante fund (Kristiansen & Hjørland, 2013). Der stræbes efter en god balance mellem førnævnte i dette speciale, da formålet er at danne et vidensgrundlag og overblik over relevant litteratur, dermed en balance mellem præcision og bredde.

Det er særdeles vigtigt at udarbejde en søgestrategi for hver enkelt database, der er valgt at søge i. De fleste databaser har dog en ensartet opbygning i forhold til struktur, brug af kontrollerede emneord, fritekstsøgning og mulighed for at kombinere og afgrænse søgninger. For at genere flest mulige relevante studier, skal der identificeres præcise søgetermer med afsæt i den givne problemstilling. Dette gøres blandt andet indledningsvist med en kædesøgning, hvilket har styrke i at føre én fra en god reference til en anden – en bevidst, tilfældig søgning, hvor man kan lade sig inspirere. Der skelnes overordnet mellem kontrollerede emneord og fritekstsøgning – mange databaser har sit eget bibliotek af kontrollerede emneord og fritekstsøgning kan foregå på flere niveauer, herunder søgning på artiklernes titler, abstracts og/eller alt indhold. Databasernes kontrollerede emneord er med til at sikre et bedre søgeresultat (bedre *recall*) og kan ligeledes være med til at vælge de rigtige synonymmer for de centrale begreber og dermed øge præcisionen af søgningen. Det er derfor essentielt at kortlægge de forskellige databasers kontrollerede emneord ved udførelsen af et systematisk review (Lund et al., 2014)

For at gøre litteratursøgningen udtømmende, hævder Cochrane (2020) at det er et krav, at der søges på både fritekst og kontrollerede emneord samt at der anvendes en bred varians af synonymmer for de centrale søgetermer (Lefebvre et al., 2020). I dette systematiske review er der derfor indledningsvist udført talrige og omfattende søgninger med formålet om at identificere de mest præcise synonymmer for forskningsspørgsmålets fagbegreber.

Litteratursøgningen er udført ved en *bloksøgning* (building blocks search strategy) – dette for at gøre søgningen så overskuelig som muligt (se bilag 1). Bloksøgningen tager afsæt i en nedbrydning

af forskningsspørgsmålet til centrale facetter og kan dermed også afspejles i PIO-modellen. Dermed udgør hvert element i PIO-modellen én blok i søgningen. Søgeteknisk anvendes *boolske operatoren* "AND" og "OR" til at kombinere søgningerne – alle databaser er opbygget efter samme princip. Søgningen kan udvides ved at kombinere søgetermerne med "OR" og dermed opnås *foreningsmængden* af søgningerne. Ved at kombinere søgetermerne med "AND" kan søgningen ligeledes indsnævres, hvoraf *fællesmængden* af søgningen opnås. Princippet er at anvende OR indenfor hver blok mellem de enkelte synonymer for søgeordet, herunder de kontrollerede emneord og fritext, herfra at kombinere alle blokke med AND (Lund et al., 2014).

Databaser

Der må søges i flere forskellige databaser, for at få en reelt udtømmende søgning, som kan besvare specialets forskningsspørgsmål, hvilket også vil resultere i et tværfagligt vidensgrundlag (Lund et al., 2014). Det er imidlertid acceptabelt at udvælge og prioritere i de databaser, der, efter alt at dømme, kan bidrage med evidens indenfor det givne problemfelt (Hjørland, 2010).

I dette systematiske review er der valgt at søge i fire forskellige databaser: *PubMed*, *Embase*, *PsycInfo* og *SocIndex*. Dette på baggrund af at de tilsammen repræsenterer en bred vifte af medicinsk, sociologisk, psykologisk og samfundsvidenskabelig litteratur, hvilket synes at afdække problemfeltet tilstrækkeligt.

4.4.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Et systematisk review adskiller sig fra et traditionelt review især ved at have præspecificerede inklusions- og eksklusionskriterier. Efter litteratursøgningsprocessen, hvor fokus er på at opnå en fuldstændig og udtømmende søgning, gælder nu dette næste trin i reviewprocessen.

Blandt de mange referencer, der er indhentet, skal der udvælges og inkluderes de relevante studier, mens de ikke-relevante skal fravælges og ekskluderes. Udarbejdelsen af tydelige inklusions- og eksklusionskriterier anses som afgørende for reviewet og tydeliggørelsen af sådanne kriterier medvirker til at forskeren kan holde fokus under gennemlæsningen af søgningens resultater - og ikke mindst til at gøre processen transparent for læseren (Lund et al., 2014). Denne del af processen benævnes også tidligere som relevansvurdering. Inklusionskriterierne har også en ekskluderende funktion, hvorfor jeg har valgt ikke at benævne eksklusionskriterierne. Kriterierne i denne systematiske litteratursøgning omhandler særligt konteksten og interventionen, hvor begge er opstillet i tabel 2 på næste side:

Inklusionskriterier
- Studier skal foregå i almen praksis eller tilsvarende, hvor konteksten kan overføres til dansk kontekst. - Deltagerne skal være over 18 år - Studier skal omhandle brugen af videokonsultationer - Studier skal omhandle patientcentrering og/eller læge-patient-forholdet. - Studier skal være primærforskning på dansk, engelsk, svensk eller norsk - Studier skal være eksperimentelle studier, observationelle effektevalueringer eller kvalitative studier/evalueringer af indsatser

Tabel 2 - Inklusionskriterier

Som det fremgår af ovenstående tabel, skal studierne foregå i almen praksis eller i en kontekst som er tilsvarende dansk almen praksis. I mange lande, herunder Danmark, skelnes sundhedsvæsenet mellem den primære, sekundære og tertiære sundhedssektor. Den primære sundhedssektor er karakteriseret ved geografisk nærhed, åben adgang for alle borgere, uselektet patienter og lav specialisering. Dette udgøres i Danmark af de almen praktiserende læger. Den sekundære sundhedssektor har i dag en regional placering, hvor adgangen sker via henvisninger fra den primære sektor eller anden høj specialisering. Derved er patienterne i den sekundære sundhedssektor selekteret. I Danmark udgøres dette af vores sygehuse, speciallæger og private hospitaler (Vallgård, 2014). Den tertiære sundhedssektor er ifølge WHO's definition sundhedstjeneste i sundhedsvæsenet med høj specialiseret behandling – i Danmark omfatter dette vores universitetssygehuse og plejehjem (WHO, 1998). Denne opdeling går igen i de fleste lande over verden, men betydningen af hvert begreb kan variere fra land til land. Oftest er sundhedsvæsenet komplekst og der er generelle træk, som er vigtige at tage med i overvejelserne, når man søger sammenlignelighed, herunder hvordan de er organiseret og finansieret samt hvordan patienterne har adgang til dem. Derfor er kriteriet om almen praksis eller tilsvarende kontekst essentielt, da reviewets formål netop er at bidrage med evidensbaseret viden, som kan bruges i relation til den danske almene praksis.

4.4.4 Screeningsprocessen

Udarbejdelsen af tydelige inklusions- og eksklusionskriterier medvirker som nævnt til at forskeren kan holde fokus under gennemlæsningen af søgningens resultater og til at gøre processen transparent for læseren. Måden hvorpå udvælgelsen af den relevante litteratur foregår er principielt ved at læse igennem og screene litteraturen på baggrund af de opstillede selektionskriterier. Afgørelsen

bygger på en konkret vurdering hvorvidt den enkelte fundne reference findes relevant. Det er igen vigtigt at fremgangsmåden for screening er velbeskrevet for at sikre systematik og konsistens (Dyssegaard et al., 2013).

I dette studie blev alle referencer identificeret ved søgningen og herefter importeret til referencehåndteringsprogrammet EndNote. EndNote tillader en funktion, som udpeger alle dupletter, det vil sige de referencer, der går igen på tværs af databaserne. Herefter er screeningsprocessen opdelt i fire runder, hvorigennem der afgøres om studierne opfylder selektionskriterierne. Den første del af processen selekterer primært ud fra om artiklen er relevant eller ej. I den anden del ekskluderes der nærmere på baggrund af artiklens relevans, samt hvorvidt den af kvalitetsmæssige årsager ikke kan anvendes. Anvendelsen af to bedømmere i screeningsprocessen anses typisk at være en vigtig kvalitetsmarkør for det systematiske litteraturreview (Lefebvre et al., 2020). Dette var ikke muligt, hvorfor jeg senere vil diskutere de mulige konsekvenser heraf.

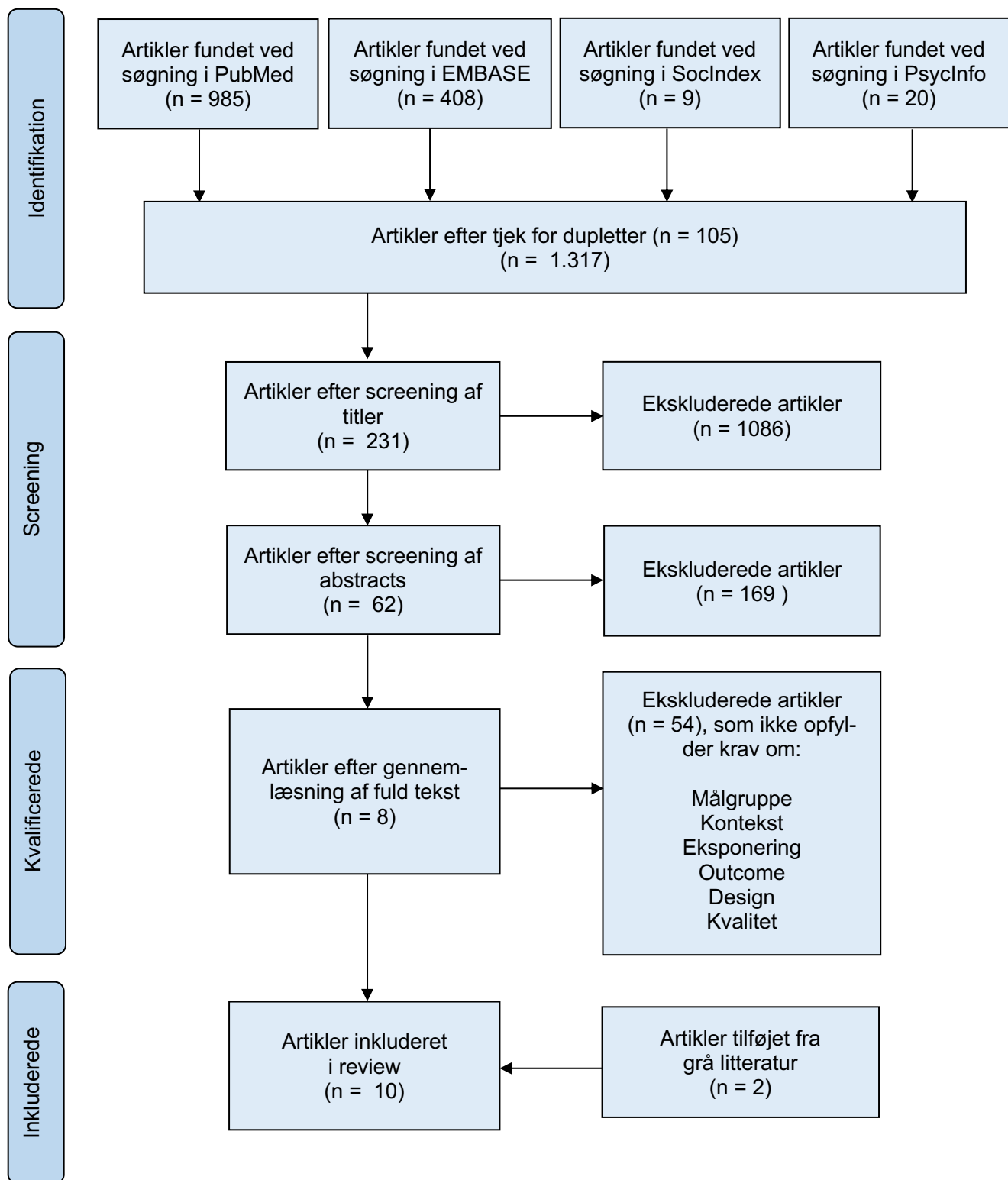
Indledningsvist screenede jeg for umiddelbar relevans ved at gennemlæse artiklernes titler. Artikler med åbenlyse, irrelevante titler blev ekskluderet i denne runde (1.086 ud af 1.317). Herefter screenede jeg yderligere alle abstracts i anden gennemgang – artikler med ikke-sigende titler og hvis relevans i første gennemgang ikke var gennemskueligt, blev gemt til denne gennemgang. I denne runde blev flere af selektionskriterier taget i betragtning. Artiklernes abstracts forklarer oftest overordnet studiets metode, og dermed kunne jeg udelukke de studier, som ikke levede op til kriteriet om studiedesign. Ligeledes er patientgruppen, eller konteksten, oftest specificeret i abstractet og er dermed muligt at vurdere, hvorvidt studiet er relevant for nærværende review. Abstracts, som ikke benævner videokonsultationer eller telemedicin, blev udelukket. Ligeledes blev artikler, som ikke omhandlede patientcentrering eller læge-patient-forhold, også udelukket (169 ud af 231).

I tredje gennemgang screenede jeg de inkluderede artiklerne på baggrund af den fulde tekst. For at lette processen valgte jeg først og fremmest at fokusere på artiklernes metodeafsnit, fordi dette afsnit oftest indeholder oplysninger, som besvarer hvorvidt studiet lever op til opstillede selektionskriterier. Hvis dette ikke var tilfældet, blev hele artiklen gennemlæst. I denne gennemgang foregår der også en vurdering af den valgte metodes kvalitet. I denne vurdering indgår forhold baseret på almindelige videnskabelige standarder, hvilke er uafhængige af det valgte forskningsdesign. Derfor er det også vigtigt at afrapportere, hvorfor de valgte studier er ekskluderet for at sikre transparens.

54 studier blev ekskluderet ved fuldtekstscrening på baggrund af målgruppe, kontekst, eksponering, outcome, studiedesign og kvalitet. Ekskluderingen af studier, på baggrund af deres målgruppe, er baseret på et ønske om at en tilnærmelsesvis heterogen patientgruppe, da dette præsenterer den typiske almene praksis. Ligeledes er der ekskluderet en stor andel af studier på baggrund af kontekst, som ikke gør det muligt at sammenligne med dansk kontekst. Størstedelen af de fundne studier gennem litteratursøgningen finder sted i den sekundære sektor, altså psykiatrien eller i speciallægepraksisser, hvor patientgrupperne ligeledes er homogene. Brugen af kontrollerede emneord og den brede varians af synonymmer i centrale søgebegreber for videokonsultationer har resulteret i en bred søgning, som også indeholdte andre former for telemedicinske løsninger. Studier, hvor der undersøges brugen af telefonkonsultationer, apps, e-mails etc. fremtrådte derfor som meget støj i søgningens resultater, og størstedelen af studierne blev derfor ekskluderet af denne årsag. Derudover frembragte denne del af søgningen også mange studier, hvor der blev undersøgt patientadfærd vedrørende sundhedsrelateret søgning på internettet, samt lægers brug af computer under konsultation, hvilket ligeledes blev ekskluderet.

Slutteligt valgte jeg ved en kædesøgning at afdække *grå litteratur*. Ved at gennemgå referencerne af de inkluderede studier og eksisterende systematiske review er det muligt at opspore relevant litteratur, som ikke blev identificeret ved egen søgning. Det er ifølge PRISMA's tjekliste et krav at afdække grå litteratur (PRISMA, 2015). Dette kan som nævnt gøres ved en kædesøgning, men også ved en simpel fritekstsøgning i Google Scholar. Dette er udført mindre systematisk, men med søgestrengens centrale facetter. Der blev yderligere inkluderet to artikler ved denne søgning.

Figur 2 på næste side illustrerer screeningsprocessen ved et flowdiagram inspireret af PRISMA Flow Diagram.



Figur 2 - Flowchart inspireret af PRISMA

4.4.5 Kvalitetsvurdering

Efter screening af studierne udføres en kritisk kvalitetsvurdering af de inkluderede studier. Hvorvidt et systematisk review kan drage konklusioner, afhænger af om dataene og resultaterne fra de inkluderede studier er gyldige. Cochrane samarbejdet hævder derfor at en vurdering af gyldigheden af de inkluderede studier er en væsentlig komponent og har dermed indflydelse på analysen, fortolkningen og konklusionerne af reviewet (Higgins, Savović, Page, Elbers, & Sterne, 2020). Kvalitetsvurderingen udarbejdes med afsæt i relevante kvalitetsvurderingsredskaber passende til det valgte studiedesign – disse fremgår som tjeklister med kvalitetskriterier for de enkelte studier. De kvantitative studier vurderes ud fra i hvilken grad principperne for metoden er fulgt, herunder hvor god studiets *reliabilitet* samt *intern-* og *ekstern validitet* er. Reliabilitet referer til, hvorvidt det er muligt for andre forskere at reproducere samme resultater med afsæt i de metodemæssige valg (Juul, Bech, Dahm, & Rytter, 2017). Intern validitet referer til risiko for bias, confounding etc. og om den valgte metode tillader forskeren at måle det studiet er designet til at undersøge. Ekstern validitet refererer til studiets generaliserbarhed, altså hvilke andre studiepopulationer og kontekster studiets resultater kan generaliseres til (Juul et al., 2017). Endvidere kan kvantitative studier rangeres med afsæt i evidenshierarkiet, hvor studiedesignet afgør placeringen (tabel 3). God validitet afspejles i en højere placering i evidenshierarkiet (Rieper & Hansen, 2007).

Niveau	Studietype
1	Randomiserede kontrollerede eksperimenter (dobbelblindede, enkeltblindede eller ublindede)
2	Kvasieksperimenter: Kontrollerede forsøg baseret på matching
3	Forløbsstudier
4	Tværsnitsundersøgelser
5	Kvalitative casestudier og etnografiske feltstudier
6	Procesevaluering, aktionsforskning o. lign.
7	Erfaringer og eksempler på god praksis
8	Ekspertvurderinger
9	Brugervurderinger

Tabel 3 – Evidenshierarki (Pawson, 2006)

Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015) kan de førnævnte kvalitetskriterier for kvantitative studier oversættes til kvalitetskriterier for kvalitative studier: *transparens*, *gyldighed* og *overførbarhed*. Reliabilitet oversættes hermed til transparens, der referer til at det er muligt at kigge forskeren over

skulderen; intern validitet oversættes til gyldighed, som refererer til om det valgte studiedesign er hensigtsmæssig i forhold til problemstillingen og ekstern validitet oversættes til overførbare, der refererer til om resultaterne af undersøgelsen kan overføres til anden kontekst (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Evidenshierarkiet tager afsæt i at nogle studiedesigns er stærkere end andre - derfor kan det være mere hensigtsmæssigt at belyse om det valgte studiedesign er tilpasset til den enkelte problemstilling, der undersøges. Med reference til Rieper og Hansen (2007) er det dermed valgt, at alle inkluderede studier også vægtes ud fra evidensstypologi udover evidenshierarki. En typologi angiver skematisk de enkelte studiedesigns relevans ift. den givne problemstilling og er illustreret i tabel 4 nedenfor (Rieper & Hansen, 2007).

	Kvalitative undersøgelser	Survey	Case-kontrol studier	Kohortestudier	RCT	Kvasi-eksperimenter
Effektivitet Virker det? Virker det bedre end det eksisterende?				+	++	+
Proces for servicelevering Hvordan virker det?	++	+				
Bemærkelsesværdig Betyder det noget?	++	++				
Sikkerhed Vil det gøre mere godt end skade?	+		+	+	++	+
Accept Vil patienter og professionelle være villige til eller tage imod den tilbudte service?	++	+			+	+
Omkostningseffektivitet Er det værd at købe denne service?					++	
Hensigtsmæssighed Er det den rigtige service for målgruppen?	++	++				
Tilfredshed med servicen Er brugere, udbydere og andre interessenter tilfredse med servicen?	++	++	+	+		

Tabel 4 – Evidensstypologier (Rieper & Hansen, 2007)

Evidenshierarkiet og evidensstypologi anvendes hermed til en overordnet rangering af de inkluderede studier. Kritisk kvalitetsvurdering foretages herefter ud fra anvendt kvalitetsvurderingsværktøj passende til det enkelte studie, hvilket i dette litteraturreview er CASP, ROBINS-I og RoB 2.0 (CASP, 2018; Sterne et al., 2016; Sterne et al., 2019). CASP anvendes ved kvalitative studier, ROBINS-I til kvasiek eksperimenter og tværsnitsstudier og RoB 2.0 anvendes til randomiseret kontrolleret forsøg. Her fokuseres der primært på hvorvidt studiernes resultater kan anses for at være valide og medvirker til at belyse styrker og begrænsninger ved de enkelte studier (Booth, Sutton, & Papaioannou, 2016). Dette vil få betydning for hvor meget resultatet af det pågældende studie, vil blive vægtet de endelige fund.

4.5 Databehandling

Som den sidste del af reviewprocessen præsenteres i det følgende databehandlingen herunder dataekstraktion og syntese strategien.

4.5.1 Dataekstraktion

Når der er valgt hvilke studier, der skal indgå i reviewet, er det næste step i processen at vurdere evidensbasen i detaljer. Dette ved at fordybe sig i de valgte studier, og blive fortrolig med hver enkelt studie, for at kunne afgøre hvordan analysen og fremstillingen af det indsamlede data skal forekomme. For at kunne samle og syntetisere al information, skal hvert studie gennemgås i detaljer og al relevant information i forhold til forskningsspørgsmålet identificeres for hvert enkelt studie (Booth et al., 2016). Denne del af reviewprocessen kaldes dataekstraktion og er basen for syntesen og kernen i det systematiske review. Derfor er det særdeles vigtigt og kritisk for reviewets endelige resultater og konklusion. Hvilke data, der skal fokuseres på i hvert studie, specificeres ud fra en forudbestemt og struktureret formular og med afsæt i forskningsspørgsmålet nærlæses alle inkluderede studier, og kun relevante data trækkes ud. Den strukturerede formular til dataekstraktionen har jeg udarbejdet med inspiration fra Booth et al. (2016) og Cochrane Data Collecting Form (se bilag 2). For at danne overblik overføres den ekstraherede mængde data til matricer.

4.5.2 Syntese strategi

Som en væsentlig del af reviewprocessen skabes der i dataekstraktionen data til syntesen. I syntesen skabes ny viden ved at sammenfatte data fra de forskellige studier og heraf sammenlægge fund for

at identificere mønstre og retninger i resultaterne (Lefebvre et al., 2020). I de følgende afsnit beskrives hvorledes data syntetiseres og kombineres. Ved en konvergent, adskilt tilgang foregår syntetisering af hhv. kvantitativ og kvalitativ evidens separat efterfulgt af integration af de to synteser (Noyes et al., 2020; Thomas et al., 2004). I de følgende afsnit uddybes syntetisering af hhv. kvantitative og kvalitative studier.

4.5.2.1 Syntese af kvantitative studier

Ifølge Cochrane samarbejdet bør en metaanalyse foretages; såfremt data ligner hinanden. Hvis det ikke er muligt at foretage en metaanalyse, foretages en narrativ opsummering, hvilket kan suppleres med relevante tabeller og figurer (Deeks, Higgins, & Altman, 2020). En metaanalyse bruges til systematisk at vurdere samt kombinere resultaterne fra mindst to kvantitative studier ved brug af statistiske analyseværktøjer. En metaanalyse foretrækkes, men forudsætter at de inkluderede studier statistisk kan kombineres. Dette er dog ikke muligt, hvis studierne er heterogene. *Klinisk heterogenitet* refererer til forskelle i studiepopulationer, interventioner og resultater. *Metodisk heterogenitet* refererer til forskelle i undersøgelsesdesign og kvalitet og *statistisk heterogenitet* til forskelle i effektstørrelse, der er forårsaget af klinisk eller metodologisk heterogenitet eller blot ved tilfældighed (Deeks et al., 2020). Inden syntetiseringen af resultater fra de inkluderede kvantitative studier undersøges det, om studierne ligner hinanden med henblik på at bestemme, hvorvidt data kan syntetiseres til en metaanalyse.

4.5.2.2 Syntese af kvalitative studier

Cochrane samarbejdet refererer til en metasyntese som en syntese på tværs af kvalitative studier med formålet om at udvide fortolkning og forståelse. Der er flere forskellige tilgange til en kvalitativ metasyntese, hvor metaaggregering og metaetnografi er de mest anerkendte tilgange (Hannes, Petry, & Heyvaert, 2017). En metaaggregering kan ifølge Hannes et al. (2016) beskrives som en proces, der til dels ligner processen for en metaanalyse, men er mere følsom over for den kontekst, der fremkommer i de kvalitative studier. Denne tilgang er specifikt designet til forskere, der forsøger at sammenfatte fund ift. et bestemt fænomen med henblik på at stille fund til rådighed for beslutningstagere på et klinisk eller politisk niveau. Med en metaggregering er formålet at kategorisere fund i grupper ud fra en ensartethed i betydning og generere et sæt udsagn på baggrund af denne aggregering (Hannes et al., 2017). Hvis en metaggregering ikke er muligt at gennemføre, kan syntesen ifølge Pearson et al. (2011) foretages ved en narrativ opsummering af fund (Pearson,

Robertson-Malt, & Rittenmeyer, 2011). Inden syntetiseringen af resultaterne fra de inkluderede kvalitative studier undersøges det, om det er muligt at kategorisere fund af samme betydning.

4.5.2.3 Integration af kvantitative og kvalitativ evidens

Med reference til Cochranes Handbook indebærer en konvergent, adskilt tilgang til integration, at den kvantitative og kvalitative evidens konstant sammenlignes (Noyes et al., 2020). Det undersøges om kvalitativ evidens understøtter eller modstrider kvantitativ evidens, og om der fremkommer fund i resultaterne af de kvantitative studier, men ikke i de kvalitative studier og vice versa (Hong, Pluye, Bujold, & Wassef, 2017; Noyes et al., 2020). Således består processen for integration i at konstant sammenligne kvantitativ og kvalitativ evidens med henblik på at undersøge, om syntesen af kvantitative studier er i overensstemmelse med erfaringer og oplevelser fra deltagere i de kvalitative studier.

5 Kvalitetsvurdering af inkluderede studier

I det følgende afsnit præsenteres de inkluderede studier og tilhørende beskrivelser af studiernes metodiske kvalitet samt vurdering heraf. Indledningsvist rangeres studierne ud fra evidenshierarkiet og evidensstypologi, hvilket præsenteres i tabel 5.

5.1 Rangordning af inkluderede studier ud fra studiedesign

Studierne af Stahl og Dixon (2010) og Dixon og Stahl (2009) rangeres som studiedesign til at være 1 på evidenshierarkiet, da disse bygger på en randomiseret kontrollerede forsøg (tabel 3). Studierne af Hammersley et al. (2019) og Liu et al. (2006) samt Dixon og Stahl (2007) er kvasieksperimenter og rangeres derfor på evidenshierarkiet som værende 2. Herefter rangeres tværsnitsstudierne af Johnston et al. (2016) og Roettl et al. (2016) til at være 3 i hierarkiet, de kvalitative studier af Donaghy et al. (2019), Hiratsuka et al. (2013) og Bulik (2008) rangeres til at være 5 i evidenshierarkiet. Der forventes hermed af Dixon og Stahl (2009) og Stahl og Dixon (2009) er af bedre metodisk kvalitet end de resterende studier, såfremt principperne for videnskabelig metode er fulgt, da studiedesignet placeres øverst i evidenshierarkiet.

I studiet af Bulik (2008) fokuseres der på deltagernes holdninger og erfaringer med videokonsultationer, hvorfor et kvalitativt design har stor udsagnskraft ift. studie undersøgelsesfelt. Dette studie tildeles derfor ++ ud fra evidensstypologi. Et kvalitativt studiedesign har yderligere stor udsagnskraft, når der i studiets udforskes accept. Dette er tilfældet i studierne af Hiratsuka et al. (2013) samt Donaghy et al. (2019), hvorfor disse også rangeres med ++ ud fra evidensstypologi. Det forventes på baggrund heraf, at de kvalitative studier alle er troværdige ift. at besvare forskningsspørgsmålet i hvert studie.

Randomiserede kontrollerede forsøg har desuden stor udsagnskraft, når der udforskes effektivitet, hvorfor Stahl og Dixon (2010) og Dixon og Stahl (2009) rangeres med ++ ud fra evidensstypologi. Kvasieksperimenterne af Hammersley et al. (2019) og Liu et al. (2006) samt Dixon og Stahl (2007) tildeles + med afsæt i, at de undersøger effektivitet og accept. Tværsnitsstudierne af Johnston et al. (2016) og Roettl et al. (2016) rangeres begge med ++, da denne type af studiedesign har stor udsagnskraft, når der undersøges hensigtsmæssighed og accept, hvilket er tilfældet. Rangeringen fremgår af tabel 5 på næste side.

Forfatter, årstal, titel, land	Studiedesign	Evidens-niveau	Evidens-typologi
Stahl og Dixon, 2010: <i>Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial</i> USA	Randomiseret kontrolleret forsøg	1	++
Dixon og Stahl, 2009: <i>A randomized trial of virtual visits in general medicine practice</i> USA	Randomiseret kontrolleret forsøg	1	++
Hammersley, Donaghy, Parker, McNeilly, Atherton, Bikker, Campbell og McKinstry, 2019: <i>Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomized, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care</i> Skotland	Kvasieksperiment	2	+
Dixon og Stahl, 2008: <i>Virtual Visits in a General Medicine Practice: A Pilot Study</i> USA	Kvasieksperiment	2	+
Liu, Sawada, Takizawa, Sato, Sato, Sakamoto, Utsugi, Sato, Sumino, Okamura og Sakamari, 2006: <i>Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation</i> Japan	Kvasieksperiment	2	+
Johnston, MacDougall og McKinstry, 2016: <i>The use of video consulting in general practice: semi-structured interviews examining acceptability to patients</i> Skotland	Tværsnitsstudie	4	++
Roetttl, Bidmon og Terlutter, 2016: <i>What Predicts Patient's Willingness to Undergo Online Treatment and Pay for Online Treatment? Results from a Web-based Survey to Investigate the Changing Patient-Physician Relationship</i> Tyskland	Tværsnitsstudie	4	++
Donaghy, Atherton, Hammersley, McNeilly, Bikker, Robbing, Camphell og McKinstry, 2019: <i>Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care</i> Skotland	Kvalitativt studie	5	++
Hiratsuka, Delafield, Starks, Ambrose og Mau, 2013: <i>Patient and provider perspectives on using telemedicine for chronic disease management among Native Hawaiian and Alaska Native people.</i> USA	Kvalitativt studie	5	++
Bulik, 2008: <i>Human factors in primary care telemedicine encounters</i> USA	Kvalitativt studie	5	++

Tabel 5 - Inkluderede studier og studiedesigns

5.2 Samlet kritisk vurdering for inkluderede kvantitative studier

I følgende afsnit præsenteres den overordnede samlede kvalitetsvurdering af de kvantitative studier. Da studierne af Dixon og Stahl (2009) og Stahl og Dixon (2010) indebærer et randomiseret kontrolleret forsøg foretages den kritiske vurdering vha. kvalitetsvurderingsværktøjet RoB 2.0, som er udarbejdet af Cochrane for randomiseret kontrolleret forsøg (Sterne et al., 2019). Dixon og Stahl (2007), Hammersley et al. (2019) og Liu et al. (2006) er kvasiek eksperimenter og hertil foretages den kritiske kvalitetsvurdering ved brug af ROBINS-I, som er et værktøj udarbejdet af Cochrane for non-randomiserede forsøg (Sterne et al., 2016). Johnston et al. (2016) og Roettl et al. (2016) er tværsnitsstudier og den metodiske vurdering af disse bygger ligeledes også på ROBINS-I for non-randomiserede forsøg. Værktøjerne anvendes til at vurdere i hvilken grad, studierne adresserer muligheden for bias i design, udførelse og analyse.

Dixon og Stahl (2009), Stahl og Dixon (2010): Disse to artikler er publiceret på baggrund af det samme studie, derfor vil den metodiske kvalitet vurderes samlet. Der er tale om et randomiseret kontrolleret crossover forsøg, hvor patienter bliver randomiseret til to grupper, som modtager interventionerne i forskellig rækkefølge: en videokonsultation og en face-to-face konsultation. Studiets undersøgelsesfelt, metodiske valg og analyse er velbeskrevet og giver dermed læseren mulighed for at vurdere studiets relevans, formål og udførelse af studiet. Forsøget forløber over ca. syv måneder og rekruttering af patienter foregår undervejs, hvor patienter bliver spurgt om de vil deltage i forsøget, når de ankommer i den pågældende lægepraksis og straks efter rekruttering modtager patienten interventionen. Der angives desuden tydelige inklusions- og eksklusionskriterier, hvorfor begrundelse for deltagelse er velbeskrevet: patienter bliver herunder ekskluderet, hvis de, efter lægens vurdering, har brug for akut behandling. Yderligere bliver fire læger randomiseret til at foretage enten den første eller anden konsultation med patienten – ingen af lægerne udfører dermed begge konsultationer med den samme patient. Der rapporteres, at der ikke er bortfald i studiet, dette kan skyldes at rekruttering og intervention er efterfulgt af hinanden øjeblikkeligt. Dog rapporteres patienters fravalg for at deltage og begrundelser herom. Dette kan imidlertid være skyld i selektionsbias og have betydning for studiets endelige udfald.

Det fremgår ikke yderligere, hvorvidt deltagerne har kendskab til undersøgelsens formål, hvilket giver risiko for informationsbias i form af systematisk over- eller undervurdering i forbindelse med spørgeskemaerne. Det beskrives, hvordan eksponeringen måles, men ikke tydeligt nok til at læseren kan gennemskue præcis, hvordan målinger er udført. Derudover er rapportering af resultater ved

tabeller mangelfulde i form af konfidensintervaller, og konklusioner er draget uden rapporterede resultater. På trods af at der er indhentet samtlige demografiske variabler, er der yderligere ikke justeret for potentielle konfoundere, da der kun er gjort brug af deskriptiv statistik og t-tests. Samlet vurderes studiets metodiske kvalitet til at være middel med visse bekymringer.

Hammersley et al. (2019): Formålet med studiet, de metodiske valg og udførelse af den statistiske analyse er velbeskrevet og giver dermed læseren mulighed for at vurdere undersøgelsens relevans. Der er tale om et non-randomiseret kvasiekperiment, hvori tre interventionsgrupper sammenlignes ved analyse af videooptaget konsultationer samt anvendelse af spørgeskemaer.

Rekruttering af patienter til undersøgelsen foregår ved selvvalg; patienter bliver spurgt, hvorvidt de vil gennemføre deres næste follow-up konsultation via video, telefon eller face-to-face. Dette frembringer den største bekymring om bias, hvilket forfatterne også fremhæver. Der vil dermed være en tendens til, at patienter der vurderede, at deres problemer var mere komplekse ville vælge face-to-face konsultationstypen frem for andet, hvilket kan have haft en betydning for undersøgelsens endelige resultater. Ydermere havde klinikerne, som rekrutterede patienter til undersøgelsen, svært ved at rekruttere til videokonsultation, og størstedelen af de som valgte denne type var af yngre aldersgruppe. Derudover kan det ikke udelukkes, at nogle af resultaterne er påvirkede af informationsbias, da deltagerne har indflydelse på udfaldet via selvrapportering, og der ikke fremkommer oplysninger om, hvorvidt deltagerne var bevidste om undersøgelsens formål. Endvidere er der øget risiko for under- eller overrapportering, da et selvrapporteringsspørgeskema anvendes. Dog er størstedelen af analyserne lavet på objektive mål ved brug af et valideret interaktionsanalysesystem, hvilket er med til at øge den interne validitet af undersøgelsen. Bortfald i undersøgelsen, og begrundelsen heraf, rapporteres og vurderes ikke til at udgøre en risiko for bias.

Med afsæt i undersøgelsens formål om at undersøge indhold og kvalitet af de tre typer af konsultationer samt at sammenligne disse, formår forfatterne at rapportere de relevante resultater. Analyserne er lavet med fokus på at sammenligne konsultationstyperne ved brug af deskriptiv statistik og t-tests - dermed er der ikke udført regressionsmodeller, hvor der kontrolleres for potentielle konfoundere, hvilket ses at være i overensstemmelse med undersøgelsens formål. På baggrund af ovenstående vurderes studiets metodiske kvalitet til at være høj.

Dixon og Stahl (2007): Studiets undersøgelsesfelt, metodiske valg og analyse er velbeskrevet og giver dermed læseren mulighed for at vurdere studiets relevans og formål samt udførelse af studiet.

Der er tale om et non-randomiseret kvasiexperiment, hvor alle patienter først gennemfører en videokonsultation straks efterfulgt af en face-to-face konsultation. Der angives tydelige inklusions- og eksklusionskriterier, dog findes præsentation af deltagernes karakteristika manglende, hvorfor læseren ikke kan vurdere tilstedeværelsen af selektionsbias.

Det fremgår desuden ikke, hvorvidt deltagerne er informeret om undersøgelses formål, hvilket giver risiko for informationsbias i form af systematisk over- eller undervurdering i forbindelse med spørgeskemaerne. Det beskrives, hvordan eksponeringen måles, men ikke gennemsigtigt nok til at læseren kan gennemskue præcist, hvordan målinger er udført. Analysestrategien vurderes at være passende ift. studiet formål. Dog er rapportering af resultater ved tabeller mangelfulde og konklusioner er draget uden rapporterede resultater. Imidlertid er det vigtigt at pointere, at der er tale om et pilotstudie, hvilket bruges som et indledende trin i en forskningsproces. Formålet med et pilotstudie er dermed at undersøge gennemførligheden af en tilgang, der er beregnet til at blive brugt i en større undersøgelse. Samlet vurderes studiets metodiske kvalitet til at være middel med visse bekymringer.

Liu et al. (2006): Studiets metodiske valg og udførelse er overordnet velbeskrevet, hvilket gør det muligt for andre forskere at genskabe undersøgelsen. Der er tale om en non-randomiseret kvasiexperiment med et crossover design, hvor patienter bliver opdelt i to grupper, som modtager interventionerne i forskellig rækkefølge; en videokonsultation og en face-to-face konsultation med to forskellige læger. Forfatterne gør ikke rede for, hvordan patienter er rekrutteret til undersøgelsen, hvilket kan være grund for selektionsbias. Dog er inklusions- og eksklusionskriterierne velbeskrevet og de lægger særligt vægt på at hverken læger eller patienter i undersøgelsen har tidligere erfaring med videokonsultationer og at patienternes diagnoser er varierende.

Patienters erfaringer blev indsamlet ved brug af et valideret spørgeskema, og dette blev oversat af forfatterne til også at kunne afspejle lægernes erfaringer. Det kan ikke udelukkes, at nogle af resultaterne er påvirket af informationsbias, da det fremgår at lægerne er blevet informeret om at undersøgelsen havde fokus på læge-patient kommunikation, hvilket øger risiko for under- eller overrapportering. Der bliver yderligere ikke beskrevet hvorvidt patienter er informeret om undersøgelsens formål, men kun at de bliver bedt om at lade som om de var flyttet til et nyt sted med deres pågældende problem og at dette er deres første besøg ved en ny læge.

Udover spørgeskemaer blev videooptaget konsultationer transskriberet og analyseret ud fra en velovervejet analysestrategi, der tager udgangspunkt i litteraturens tidligere anvendte metoder.

Yderligere blev der indsamles data på baggrund af lægenotater. Der redegøres tydeligt for de anvendte måleenhederne og de efterfølgende statistiske analyser. Analyserne er udført ved brug af deskriptiv statistik, t-tests og McNemar tests, hvilket er hensigtsmæssigt ift. formålet om at sammenligne indhold og kvalitet i de to typer af konsultationer. Relevante resultater bliver rapporteret og illustreret ved tabeller og figurer. Der rapporteres, at der ikke er bortfald ved undersøgelsen, hvilket derfor ikke udgør en risiko for bias. Studiet inkluderer i alt 20 patienter i alderen 50 til 89 år – dette er en overvejende lille studiepopulation og repræsenterer primært en ældre generation, dog er studiet repræsentativt ift. køn og diagnose. Samlet vurderes studiets metodiske kvalitet til at være middel.

Johnston et al. (2016): Undersøgelsens formål, metodologiske valg og udførelse af analyse er velbeskrevet og er passende ift. studiets design, hvilket er med til at øge studiets reliabilitet. Undersøgelsen er udført som et tværsnitstudie på en stikprøve af 296 ved brug af semistruktureret interviews på baggrund af et spørgeskema. Konstruktion af spørgeskemaet er baseret på elementer fra Innovation Adoption Theory – hertil formår forfatterne yderligere at redegøre for de valgte eksponeringsmål. Spørgeskemaet er pilottestet på en mindre stikprøve af 12 respondenter og justeret efterfølgende.

De statistiske analysemetoder vurderes passende, herunder brugen af chi²-tests og logistisk regressionsmodel – her justeres der bl.a. for potentielle konfoundere, der er identificeret på forhånd.

Forfatterne rapporterer missing data og begrundelsen herfor. Hertil tilføjer de, at dette usandsynligt kan have en indvirkning på undersøgelsens konklusioner, hvilket i indeværende vurdering vurderes holdbart.

Studiet eksterne validitet vurderes at være god og med en svarrate på 91,2% samt en heterogen målgruppe, vurderes det, at stikprøven er repræsentativ for de tre pågældende praksisser. Dog består størstedelen af stikprøven af patienter under 60 år og af samme SIMD kvintil; SIMD er et valideret nationalt måleværktøj for socioøkonomisk status baseret på postnummer. Dette kan medvirke til stikprøvebias, da denne gruppe er mere tilbøjelige til at foretrække brugen af nyere teknologi – undersøgelsen viser også, at denne gruppe associeres med øget computerfærdigheder samt bedre adgang til teknologi. Derudover ekskluderer undersøgelsen respondenter, der ikke behersker god engelsktalen, hvilket også kan medvirke til at undersøgelsens konklusioner er biased. Studiet anses at være repræsentativ for de tre pågældende praksisser og lignende, men er ikke generaliserbar til andre populationer. Samlet set vurderes studiets metodiske kvalitet til at være middel.

Roettl et al. (2016): Indsamling af data og de metodologiske valg beskrives tydeligt og giver læseren mulighed for indsigt i undersøgelsens udførelse og relevansen heraf. Studiet er gennemført som et tværsnitstudie på en stikprøve af 1006 tilfældige tyske patienter. Stikprøven er trukket fra et panel, der vedligeholdes af GFK HealthCare, som er et verdensomspændende analysevirksomhed. Der angives desuden tydelige inklusions- og eksklusionskriterier samt håndtering af missing values og begrundelse herfor, hvilket bidrager til at øge den interne validitet. Konstruktion af spørgeskemaet er baseret på eksisterende litteratur - tilgængelige skalaer fra litteraturen blev anvendt, hvor det var anvendeligt og items, hvor ingen litteratur var tilgængeligt, blev udviklet af forfatterne. I et bilag, bliver der tydeligt redegjort for alle items og hvor i litteraturen de enkelte items har oprindelse. Dette bidrager til at læseren gennemsnitligt kan vurdere studiets metode. Det vurderes yderligere, at den statistiske analysestrategi er hensigtsmæssigt ift. studiets formål. Der gøres indledende brug af exploratory factor analysis, hvilket er med til at identificere de underliggende forhold mellem de målte variabler. Efterfølgende medtages resultaterne af denne analyse i multiple regressionsmodeller. Dette vurderes til at være en gennemtænkt og omfattende analysestrategi og bidrager yderligere til den interne validitet.

Studiet er baseret på en online stikprøve, hvorfor det kun var patienter med internetadgang, der havde mulighed for at besvare spørgeskemaet. Konsekvensen af dette er, at respondenterne muligvis i forvejen er fortrolige med online sundhedsrelateret færden, og dermed er mere tilbøjelige til at modtage internetbaseret behandling sammenlignet med andre, som ikke har adgang til internettet. Dette kan medvirke til stikprøvebias - dog retfærdiggør forfatterne denne problematik ved at pointere at studiets formål, ikke desto mindre, er mest relevant for de patienter, der har et tilhørsforhold til internettet. Ydermere består undersøgelsens studiepopulation af en forholdsvis stor stikprøve med respondenter både på tværs af uddannelsesniveau, indkomst, alder og køn. Undersøgelsens resultater kan således generaliseres til andre populationer på tværs af fornævnte variabler - dog kun til lignende kontekst. Forfatterne pointerer i forlængelse af dette, at der på daværende tidspunkt ikke var politisk medhold i forbindelse med tilbud af online behandling sammenlignet med andre europæiske lande, hvilket gør undersøgelsen eksplorativ i sin natur og ikke generaliserbar til andre kontekster. Samlet vurderes studiets metodiske kvalitet til at være høj.

5.3 Samlet kritisk vurdering for inkluderede kvalitative studier

I følgende afsnit præsenteres den overordnede samlede kritiske kvalitetsvurdering af de kvalitative studier. Da studierne af Donaghy et al. (2019), Hiratsuka et al. (2013) og Bulik (2008) er kvalitative studier foretages kritisk vurdering vha. kvalitetsvurderingsværktøjet CASP for kvalitative undersøgelser udarbejdet af NHS (National Health Service i England) (CASP, 2018). Formålet med at anvende dette værktøj er at vurdere kongruens mellem forskningsmetodologi og forskningsspørgsmål samt valg af metode til dataindsamling.

Donaghy et al. (2019): Studiet indeholder udmærket argumentation og beskrivelse af metode og analysestrategi, hvortil der anvendes citater til at understøtte resultaterne, hvilket øger studiets gyldighed og transparens. Til indsamling af data anvendes kvalitative semistruktureret interviews, hvor der både blev gjort brug af telefon- og face-to-face interviews. Endnu en styrke for studiets transparens og gyldighed er, at der fremgår oplysninger om de personer, der foretager interviewsne. Det vurderes derudover, at der er kongruens mellem forskningsmetodologien og den anvendte metode til indsamling af data; de metodiske valg beskrives klart med detaljeret indsigt i design og analysestrategi, hvilket bidrager til studiets gyldighed.

Formålet med studiet var at undersøge patienters og lægers erfaringer med videokonsultationer – interviewsene er hermed lavet som en evaluering af en intervention, hvor deltagerne gennemfører videokonsultationer. Patienter blev rekrutteret til undersøgelsen ved selvvalg; der vil dermed være en tendens til, at patienter der vurderede, at deres problemer var mere komplekse ikke ville vælge at gennemføre en videokonsultation, hvilket kan have haft en betydning for undersøgelsens endelige resultater og studiets overførbarehed.

Yderligere nævner forfatterne, at interventionen har været udfordrende for lægerne, og at deres færdigheder og opfattelse kan have ændret sig med stigende antal gennemførte videokonsultationer. Heraf kunne dette have påvirket resultaterne, da de bedre tekniske færdigheder i visse cases kunne have medført varierende resultater. Samlet set vurderes studiets metodiske kvalitet til at være middel.

Hiratsuka et al. (2013): Denne artikel er baseret på en kvalitativ undersøgelse af patienter og professionelles holdninger til brugen af telemedicin, herunder videokonsultationer. Det vurderes, at der er kongruens mellem det angivet perspektiv, metodologi og forskningsspørgsmålet, hvilket er med til at styrke studiets gyldighed. Til at udforske deltagerne holdninger og erfaringer anvendes

fokusgruppeinterviews som kvalitativ metode. Hertil vurderes det at den anvendte metode til indsamling af data er i overensstemmelse med forskningsmetodologien – de metodiske valg beskrives klart med detaljeret indsigt i design og analysestrategi, hvilket giver læseren mulighed for at kigge forskeren over skulderen. Deltagerne gennemførte indledningsvist et spørgeskema om demografi samt deres erfaringer med telemedicin, heraf rapporteres deltagernes karakteristika tydeligt, hvilket vurderes som en styrke for transparens og gyldighed. Forskningsspørgsmålet fokuserer på bestemte lokationer, hvilket på forhånd er defineret som udkantsområder, hvor adgang til sundhedsvæsenet er begrænset. Trods deltagernes karakteristika er heterogen på tværs af køn, alder, uddannelse etc. vil lokationerne mindske overførbareheden af studiet. Der fremgår yderligere ikke overvejelser i forhold til interviewers rolle, hvilket vurderes som en svaghed for studiets resultater.

Ud fra ovenstående vurderes studiet metodiske kvalitet til at være middel.

Bulik (2008): Studiet har til formål at undersøge patienters og lægers syn på brugen af videokonsultationer i et humanistisk perspektiv. Det vurderes, at der er kongruens mellem forskningsspørgsmålet og studiedesign, hvilket styrker studiets gyldighed. Til at udforske deltagernes oplevelser og holdninger anvendes fokusgruppeinterviews som kvalitativ metode - interviews tager udgangspunkt i besvarelser fra indledende spørgeskemaer samt optaget videokonsultationer. Der er i alt udført tre fokusgruppeinterviews på tværs af patienter, læger og deres erfaring med videokonsultationer.

Yderligere beskrivelse af deltagerne og redegørelsen for rekruttering og metodologien er mangelfuld, hvilket er med til at mindske transparens og gør det dermed ikke muligt for læseren at kigge forskeren over skulderen. Derudover er der ikke rapporteret overvejelser om forskerens rolle i interviewsne eller om etik, hvormed dette vurderes mangelfuldt. Det tilsigtede undersøges i studiet, hvilket styrker studiets gyldighed – dette er dog truet af manglende citater fra transskription, der ikke illustreres i undersøgelsen. Ydermere gør manglen på studiepopulationens karakteristika ikke studiet overførbart. Samlet set vurderes studiets metodiske kvalitet til at være lav.

6 Karakteristika af de inkluderede studier

Fundene i det systematiske litteraturreview vil danne basis for det evidensbaserede vidensgrundlag anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis og ligeledes bidrage til forståelsen for dets betydning for patientcentrering og læge-patient forholdet. Med afsæt i dataekstraktion for hvert studie udarbejdes matricer for at skabe overblik over de inkluderede studier. Disse indeholder studierne generelle informationer; herunder studiedesign, inklusions- og eksklusionskriterier, metodologi, studiepopulation, geografisk placering og setting samt formål, intervention og fundne resultater. De præsenterede resultater tager særligt afsæt i dette speciales fokus på patientcentrering og læge-patient forholdet, dermed med henblik på at give en præsentation indeholdende tilstrækkelige detaljer, således at det er muligt for læseren at bekræfte, at de inkluderede studier stemmer overens med inklusionskriterierne til litteraturreviewet.

Titel: Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial Forfattere: J. E. Stahl og R. F. Dixon Årstal: 2010			
Studiedesign: Randomiseret kontrolleret forsøg Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter i alderen 18-85 år og eksisterende patient i den pågældende praksis. Patienter blev ekskluderet, hvis de efter lægen vurdering krævede akut hjælp. Metodologi: Patienter blev konsulteret og eksamineret både face-to-face og virtuelt. Rækkefølgen blev randomiseret. Evaluerings af konsultationer foregik ved et spørgeskema til patienter og læger efter endt konsultation. Data blev analyseret ved t-test og regressionsanalyser med henblik på lægens og patientens præferencer og tilfredshed, demografi, teknisk kunnen, kvalitet af læge-patient interaktion, diagnose og terapi, rejse og personlige omkostninger samt rækkefølgen af konsultationstyperne.	Geografisk placering: Boston, Massachusetts, USA Setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: 152 patienter blev inkluderet i studiet, heraf 47 i kontrolgruppen, 37 og 68 i interventionsgrupperne. Den gennemsnitlige alder var 46 år (range 22-84), heraf var 40 % mænd. De hyppigste klager og diagnoser vedrørte: hjerte-kar, muskler og led, mave-tarm, luftveje, gynækologi/urologi og øre, næse, hals.	Formål: At undersøge gennemførlighed effektivitet og accept af en face-to-face fysisk konsultation sammenlignet med en videokonsultation. Herunder blev der undersøgt følgende: 1) Lægens evne til at diagnosticere og behandle i begge typer af konsultationer 2) Patienter og lægers accept af videokonsultation 3) Betingelser, hvor evaluering via videokonsultation var acceptabel af klinikere 4) Hvor meget patienter værdsætter adgang til denne service og ved hvilke omstændigheder Intervention: Patienterne blev randomiseret til to interventionsgrupper. De gennemførte en konsultation med lægen enten via video eller ved face-to-face. Efter den første konsultation udfyldte både patienter og læge et evalueringsspørgeskema. Anden konsultation gennemførte patienterne med en anden læge i et separat lokale i samme klinik samme dag straks efter første konsultation. Efterfølgende udfyldte både patienter og læger igen et spørgeskema. En kontrolgruppe af patienter havde begge konsultationer face-to-face med to forskellige læger. I alt deltog fire læger i studiet.	Resultater: Lægerne var meget tilfredse med videokonsultation, med foretrak overordnet face-to-face konsultationer ($p < 0,001$). I videokonsultationer var den fysiske eksamination samt muligheden for at udføre laboratoriske tests det mindst tilfredsstillende elemente. Patienter var overordnet også meget tilfredse med videokonsultationer, men foretrak face-to-face konsultationer ($p < 0,001$). Tilfredsheden i interventionsgrupperne var signifikant forskellige for diagnosekategorierne mave-tarm, muskler og led og luftveje. Derudover fandt de overordnet ingen forskel i kvaliteten af læge-patient interaktionen, herunder ingen forskel mellem interventionsgrupperne i "attention given to what was said", "explanation of what was done for you" og "doctor manner". Der sås derimod en signifikant forskel mellem grupperne ift. lægens kompetencer ($p = 0,07$) og overordnet kvalitet ($p < 0,001$).

Matrice 1

Titel: A randomized trial of virtual visits in a general medicine practice Forfattere: R. F. Dixon og J. E. Stahl Årstal: 2009			
Studiedesign: Randomiseret kontrolleret forsøg Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter i alderen 18-85 år og eksisterende patient i den pågældende praksis. Patienter blev ekskluderet, hvis de efter lægen vurdering krævede akut hjælp. Metodologi: Patienter blev konsulteret og eksamineret både face-to-face og virtuelt. Rækkefølgen blev randomiseret. Evaluering af konsultationer foregik ved et spørgeskema til patienter og læger efter endt konsultation. Data blev analyseret deskriptivt og ved t-test med henblik på kvalitet af læge-patient interaktion, konsultationslængde samt kvalitet af klinisk beslutningstagen.	Geografisk placering: Boston, Massachusetts, USA Setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: 152 patienter blev inkluderet i studiet. De hyppigste klager og diagnoser vedrørte: hjerte-kar, muskler og led, mave-tarm, luftveje, gynækologi/urologi og øre, næse, hals.	Formål: At undersøge gennemførlighed effektivitet og accept af en face-to-face konsultation sammenlignet med en videokonsultation. Herunder blev der undersøgt følgende: 1) Lægens evne til at diagnosticere og behandle i typer af konsultationer 2) Identificerer forskelle i diagnostiske og terapeutiske evner hos lægen 3) Undersøge læge- og patienttilfredshed. Intervention: Patienterne blev randomiseret til to interventionsgrupper. De gennemførte en konsultation med lægen enten via video eller ved face-to-face. Efter den første konsultation udfyldte både patienter og læge et evalueringsspørgeskema. Anden konsultation gennemførte patienterne med en anden læge i et separat lokale i samme klinik samme dag straks efter første konsultation. Efterfølgende udfyldte både patienter og læger igen et spørgeskema. En kontrolgruppe af patienter havde begge konsultationer face-to-face med to forskellige læger. I alt deltog fire læger i studiet.	Resultater: Patienterne fandt videokonsultationerne tilsvarende face-to-face konsultationer på de fleste parametre, herunder tiden de brugte med lægen, interaktionen med lægen og det personlige aspekt af interaktionen. Videokonsultationen scorede signifikant lavere på målene for kliniske færdigheder og alt i alt tilfredshed skønt bedømmelsen stadig var i top. Resultaterne viser at lægerne gjorde tilsvarende kliniske beslutninger i de to konsultationstyper på trods af kvaliteten af den fysiske eksamination var forskellig. Den overordnet kvalitet af videokonsultationer blev bedømt signifikant lavere sammenlignet med face-to-face konsultationer.

Matrice 2

Titel: Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care Forfattere: V. Hammersley, E. Donaghy, R. Parker, H. McNeilly, H. Atherton, A. Bikker, J. Campbell og B. McKinstry Årstal: 2019			
Studiedesign: Kvasiekperiment Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter over 16 år, som havde brug for en opfølgning og som var i stand til at give samtykke. Deltagerne skulle have adgang til en computer med kamera og internetforbindelse, tablet eller smartphone med 4G og/eller Wi-Fi, samt en mailadresse, som var i brug. Metodologi: Konsultationerne blev optaget og indhold og kvalitet blev analyseret. RIAS (Roter Interaction Analysis System) blev brugt til at måle det specifikke indhold af konsultationerne. Et andet scoringssystem designet af Royal College of General Practitioners (RCGP) blev brugt til at analysere kvaliteten af konsultationerne. Demografiske og andre sygdomshistorie relateret informationer blev indsamlet gennem patientens journal. Deltagernes oplevelse af konsultationerne blev efterfølgende undersøgt gennem et spørgeskema efter endt konsultation. Data blev analyseret deskriptivt og ved brug af t-tests.	Geografisk placering: Lothian region, Skotland, UK Setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: I alt 13 læger i alderen 29-55 år (otte mænd og 5 kvinder) fra seks forskellige praksisser tog del i undersøgelsen. 203 patienter accepteret at være med i undersøgelsen, heraf blev 149 konsultationer medtaget i analysen. Patienter, der valgte videokonsultation, var i gennemsnit yngre (42 år) sammenlignet med dem der valgte telefon-(54,3 år) eller face-to-face-konsultation (52,3 år). De patienter var ligeledes mere tilbøjelige til at være kvinder, dog var andelen af kvinder også størst i den yngre aldersgruppe. Patienterne, der valgte face-to-face konsultation havde flere konsultationer i det foregående år (median 10) sammenlignet med de andre to grupper (telefonkonsultationer median 6, videokonsultation median 5)	Formål: At undersøge indhold, kvalitet og patienterfaringer af videokonsultationer, telefonkonsultationer og face-to-face konsultationer i almen praksis. Intervention: Almen praksis fik leveret udstyr til at gennemføre videokonsultationer. For det deltagende patienter krævede det en smartphone, tablet eller computer med kamera. Patienter, som krævede opfølgning, blev inviteret af læger og blev bedt om at vælge en konsultationsform – video-, telefon- eller face-to-face-konsultation.	Resultater: Af alle optagelse var 149/163 tilstrækkelig for analysen. Rekruttering til videokonsultationer var yngre og mere erfaren med online kommunikation. Face-to-face konsultationer var længere end videokonsultationer i gennemsnit 3,7 min længere (95%CI: 2,1-5,2). I gennemsnit hævdede patienter færre problemer i videokonsultationer (mean=1,5, SD=0,8) sammenlignet med face-to-face konsultationer (mean=2,1, SD 1,1). Ligeledes sås færre forekomst af information fra både patient og læge i videokonsultationer. Face-to-face konsultationer scorede højere end video- og telefonkonsultationer i mål for konsultationskvalitet.

Matrice 3

Titel: Virtual Visits in an General Medicine Practice: A Pilot Study Forfattere: R. F. Dixon og J. E. Stahl Årstal: 2009			
Studiedesign: Kontrolleret forsøg Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter i alderen 18-85 år. Patienter blev ekskluderet, hvis de var nye patienter i praksissen eller hvis de efter lægen vurdering krævede akut hjælp. Metodologi: Patienter blev konsulteret og eksamineret både face-to-face og virtuelt. Rækkefølgen blev randomiseret. Evaluerings af konsultationer foregik ved et spørgeskema til patienter og læger efter endt konsultation Data blev analyseret deskriptivt og ved t-test med henblik på kvalitet af læge-patient interaktion, konsultationslængde samt kvalitet af klinisk beslutningstagen.	Geografisk placering: Boston, Massachusetts, USA Setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: 30 patienter blev inkluderet i studiet. Der forekommer ingen yderligere information om studiepopulationen.	Formål: At undersøge gennemførlighed effektivitet og accept af en videokonsultation sammenlignet med en face-to-face fysisk konsultation. Herunder blev der undersøgt følgende: 1) Sammenligne lægens evne til at diagnosticere i begge typer af konsultationer 2) Sammenligne lægens evne til at være terapeutisk i begge typer af konsultationer 3) Undersøge både læge- og patienttilfredshed med begge typer af konsultationer Intervention: Patienterne blev randomiseret til to interventionsgrupper. De gennemførte en konsultation med lægen enten via video eller ved face-to-face. Efter den første konsultation udfyldte både patienter og læge et evalueringsspørgeskema. Anden konsultation gennemførte patienterne med en anden læge i et separat lokale i samme klinik samme dag straks efter første konsultation. Efterfølgende udfyldte både patienter og læger igen et spørgeskema. En kontrolgruppe af patienter havde begge konsultationer face-to-face med to forskellige læger. I alt deltog fire læger i studiet.	Resultater: Patienterne fandt videokonsultationerne tilsvarende face-to-face konsultationer på de fleste parametre, herunder tiden de brugte med lægen, niveauet af opmærksomhed givet til patienten og lægens kliniske kompetencer Videokonsultationen scorede signifikant lavere på målene for personlige bemærkninger af lægen. Alt i alt tilfredsheden med videokonsultationer var signifikant lavere end tilfredsheden med face-to-face konsultationer. Resultaterne viser at lægerne gjorde tilsvarende kliniske beslutninger i de to konsultationstyper på trods af kvaliteten af den fysiske eksamination var forskellig. Den overordnet kvalitet af videokonsultationer blev bedømt signifikant lavere sammenlignet med face-to-face konsultationer.

Matrice 4

Titel: Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultaion and Face-to-Face Consultation Forfattere: X. Liu, Y. Sawada, T. Takizawa, H. Sato, M. Sato, H. Sakamoto, T. Utsugi, K. Sato, H. Sumino, S. Okamura og T. Sakamari Årstal: 2006			
Studiedesign: Kvasieksperiment	Geografisk placering: Sanyo, Japan.	Formål: At undersøge: 1) Om konsultationstiden, taletiden, talehastigheden og lægens verbale adfærd (antal og type af spørgsmål og patientcentreret udsagn) i telemedicinske konsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer. 2) Hvorvidt omfanget og deltagerne i patientens journal vil blive påvirket af brugen af telemedicinsk teknologi. 3) Om deltagernes tilfredshed med videokonsultation vil være bedre end tilfredsheden med face-to-face konsultationer	Resultater: Studiet fandt at der tid der blev brugt i telemedicinske konsultationer var væsentligt længere end den tid der blev brugt i face-to-face konsultationer. Der blev ikke fundet nogen statistisk signifikante forskelle i antallet af lukkede og åbne spørgsmål mellem de to typer af konsultationer. Empatiske, rosende og fremmende udtalelser blev set mindre i de telemedicinske konsultationer. Mængden af medicinske notater var statistisk færre i de telemedicinske konsultationer. Patienterne var tilfredse med den telemedicinske konsultationsform, hvorimod lægerne var utilfredse med den og følte sig hæmmet af kommunikationsbarrierer.
Inklusion- og eksklusionskriterier: Nye patienter, der ikke tidligere har været bekendt med lægerne i studiet	Setting: Urban Finder sted på universitetshospital	Intervention: Lægen og patienten sad hver en meter foran en skærm i separate rum med telemedicinsk udstyr. Et kamera blev indstillet til at vise hove-skuldre-billede af hver på modpartens skærm. Hver patient havde både en face-to-face og videokonsultation med forskellige læger samme dag. En gruppe gennemførte først konsultationen face-to-face (n=10), og den anden gruppe havde videokonsultation først (n=10). Alle konsultationer blev optaget. Efter hver konsultation udfyldte både lægen og patienten et spørgeskema	
Metodologi: Konsultationerne blev optaget og analyseret. 14 items blev valgt til dette studier, herunder ni items til forståelsen for konsultations karakteristika og fem items for at undersøge lægens verbale adfærd: 1) Total konsultationstid 2) Antal udtalelser i alt 3) Antal udtalelser pr. minut 4) Antal udtalelser fra lægen 5) Antal udtalelser fra patienten 6) Antal samtaleture 7) Antal samtidige udtalelser 8) Antal samtidige udtalelser pr. minut 9) Antal efterspørgsler af gentagelse 10) Antal åbne spørgsmål (læge) 11) Antal lukkede spørgsmål (læge) 12) Antal fremmende udtalelser (læge) 13) Antal empatiske udtalelser (læge) 14) Antal rosende udtalelser (læge) Medicinske notater med patientens basale attributter, hovedklager, nuværende og tidligere sygdomshistorie blev indsamlet. Kvantiteten af informationer blev målt ved at tælle antal ord. Deltagernes oplevelse af konsultationerne blev efterfølgende undersøgt gennem et spørgeskema efter endt konsultationer med fokus på kommunikation og kommunikationsbarriere. Data blev analyseret ved brug af t-test og McNeimar test.	Studiepopulation: Fem læger med speciale i intern medicin heraf to mænd og tre kvinder. Lægerne har praktiseret medicin i 8 til 18 år (gns: 13) og havde ingen tidligere erfaring med telemedicin. 20 patienter uden tidligere erfaring med telemedicin, heraf otte mænd og 12 kvinder i alderen 50-89 år (gns: 69). 13 patienter medkontrolleret diabetes, tre med tidligere slagtilfælde eller blodprop i hjernen men er kommet sig godt, én med hjertefejl med ingen begrænsninger i hverdagen og tre med tidligere lungebetændelse, hovedpine eller depression. Alle patienter havde tilstrækkelige evner med talen, forståelsen og hørelsen.		

Titel: The use of video consulting in general practice: semi-structured interviews examining acceptability to patients Forfattere: S. Johnston, M. MacDougall og B. McKinstry. Årstal: 2016			
Studiedesign: Tværsnitsstudie Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter over 18 år og bosat i Lothian regionen. Metodologi: Enkelt semistruktureret interviews baseret på elementer fra Innovation Adoption teorien. Data fra interviews bearbejdes kvantitativt og analyseres deskriptivt, samt ved Chi2 test og logistisk regressions analyse.	Geografisk placering: Lothian region, Skotland, UK Setting: Urban Interviews foretages i praksissen i deres åbningstider over to dage. Alle patienter i alderen 18 år eller derover, der var fremmødt i deres praksis for en aftale, da undersøgelse foregik blev i venteværelset spurgt om de ville være med i undersøgelsen. Studiepopulation: 270 patienter fra tre forskellige lægepraksisser. Studiepopulationen er forholdsvis heterogen ift. køn, alder, social berøvelse og antal gange de ser deres læge årligt.	Formål: At undersøge patienters holdning til videokonsultationer med deres praktiserende læge. Intervention: Patienter blev indledningsvist spurgt om postnr., alder, køn, årlig konsultationsfrekvens, adgang til computer enheder der understøtter videokommunikation samt selv vurderet computerfærdighed i kategorierne god, middel eller dårlig. Patienter blev derudover spurgt om deres brug og fornøjelse af videokommunikation i sociale eller arbejdsmæssige sammenhænge. Og de blev patienter bedt om at vurdere hvorvidt de mente at deres læge ville gøre brug af videokonsultationer. Slutteligt blev der stillet åbne spørgsmål, for at undersøge deres ræsonnement og potentiel anvendelse af videokonsultationer med specifikke patientgrupper eller helbredsproblemer.	Resultater: 50 % (CI: 43,9%-56,1%) af patienterne ville gøre brug af videokonsultationer. Patienter under 60 år var mere en to gange tilbøjelig til at bruge det (OR: 2.2, CI: 2,1-6,6). Der blev fundet en sammenhæng mellem at være villig til at gøre brug af videokonsultationer med øget computerfærdigheder ($\chi^2=43,97$, $p<0,0005$, $n=270$). Patienter, der normalt gør brug af video-services var ca. seks gange mere tilbøjelige til at foretrække videokonsultationer (OR 5,9, CI:3,5-9,9). 139/270 patienter angav begrundelser for hvorfor de ville eller ikke ville gøre brug af video med deres læge. Den største andel begrundede hvorfor de ville med, at det ville spare tid ($n=19$). Den største andel begrundede hvorfor de ikke, fordi de foretrak at se deres læge face-to-face ($n=22$), anden største grund var fordi det ikke vidste hvordan de skulle bruge det ($n=19$) og tredje mest almindelige grund var fordi de meste at det var mindre personligt ($n=12$)

Matrice 6

Titel: What Predicts Patient's Willingness to Undergo Online Treatment and Pay for Online Treatment? Results from a Web-based Survey to Investigate the Changing Patient-Physician Relationship Forfattere: J. Roettl, S. Bidmon og R. Terlutter Årstal: 2016			
Studiedesign: Tværsnitsstudie Inklusion- og eksklusionskriterier: Personer, der har været ved lægen mindst én gang de seneste tre måneder. Metodologi: Online spørgeskema designet af forfatterne på baggrund af eksisterende litteratur. Tilgængelige skalaer fra litteraturen blev anvendt, hvor det var anvendeligt. Items, hvor ingen litteratur var tilgængeligt, blev udviklet af forfatterne. Alle items blev målt på syvtrinsskala, på nær kategoriske variable. Som alternativ havde alle items en "no answer"-kategori. Data om patienternes informations-søgende personlighed (9 items) og deres motiv for internet brug (18 items) blev analyseret ved en exploratory factor analysis. Heraf blev generet to nye variable, som blev brugt i endelige multiple regressions analyse til at estimere patienternes villighed til at foretage samt betale for online behandling.	Geografisk placering: Tyskland Setting: Online Studiepopulation: I alt var 958 deltagere med i undersøgelse i alderen 18-70, heraf 54% mænd og med en gennemsnitlig alder på 43,73 år. 57% af deltagerne havde en uddannelse på niveau med gymnasium eller højere.	Formål: At identificere sociodemografiske og psykosociale variable samt variable for internetforbrug, der kan forudse villighed til at deltage i samt betale for online behandling Intervention: Et online spørgeskema udsendt til 1006 tilfældige tyske patienter. Stikprøven blev trukket fra et panel vedligeholdt af GFK HealthCare.	Resultater: Sociodemografiske variable som alder, køn, uddannelsesniveau og indkomst samt psykosociale variable som tillid til lægen blev ikke fundet signifikant associeret med villigheden for at foretage online behandling med en praktiserende læge. Derimod var <i>perceived usefulness</i> for sundhedsrelateret informationssøgen på internettet ($B=0,092$, $p=0,08$), villighed til at kommunikere med lægen oftere i fremtiden ($B=0,495$, $p<0,001$), sundhedsrelateret informationsøgende personlighed ($B=0,369$, $p<0,001$), aktuelt brug af online kommunikation med lægen ($B=0,198$, $p<0,001$) og socialt motiv ($B=0,178$, $p=0,002$) signifikante prædiktorer. Villighed til at betale for online behandling var associeret med indkomst og uddannelsesniveau.

Matrice 7

Titel: Acceptability, benefits, and challenges of video consulting Forfattere: E. Donaghy, H. Atherton, V. Hammersley, H. McNeilly, A. Bikker, L. Robbing, J. Camphell og B. McKinstry, Årstal: 2019			
Studiedesign: Kvalitativt studie Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter over 16 år, som havde brug for en opfølgning, men ikke krævede fysisk eksamination. Metodologi: Enkelt semistruktureret interviews med patienter og lægen efter endt videokonsultation efterfulgt af tematisk analyse	Geografisk placering: Lothian region, Skotland, UK Setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: 45 patienter blev rekrutteret til en opfølgning, hvoraf 40 accepterede at være med i interviewet. 21 patienter blev valgt til undersøgelsen. Patienter der valgte videokonsultationer var i gennemsnit ca. 10 år yngre og havde gjort brug af web-baseret kommunikation oftere end dem som valgte telefon- eller fysisk konsultation. Patienterne præsenterede i gennemsnit 1,5 problemer i hver konsultation. Størstedelen var fysiske (n=35, 80%) og psykologiske problemer (n=13, 29%) Fra de seks praksisser blev 10 læger og tre sygeplejesker yderligere interviewet. Overordnet fordeling af køn var ens.	Formål: At undersøge patienters og lægers erfaringer med videokonsultationer. Intervention: Patienter blev indledningsvist spurgt om postnr., alder, køn, årlig konsultationsfrekvens, adgang til computer enheder der understøtter videokommunikation samt selv vurderet computerfærdighed i kategorierne god, middel eller dårlig. Patienter blev derudover spurgt om deres brug og fornøjelse af videokommunikation i sociale eller arbejdsmæssige sammenhænge. Og de blev patienter bedt om at vurdere hvorvidt de mente at deres læge ville gøre brug af videokonsultationer. Slutteligt blev der stillet åbne spørgsmål, for at undersøge deres ræsonnement og potentiel anvendelse af videokonsultationer med specifikke patientgrupper eller helbredsproblemer.	Resultater: Fire hovedtemaer blev identificeret i analysen: - Adgang til konsultation på afstand - Visuel element af videokonsultation - Erfaring med konsultation gennemført via video - Læge-patient forholdet. Deltagerne rapporterede positive erfaringer med videokonsultationer og udtalte, at det især var nyttigt dem som arbejdende og for dem med mobilitets- og mentale problemer. Videokonsultationer blev anset som overlegen ift. telefonkonsultationer, da det giver visuelle signaler og tryghed, bygger rapport og forbedre kommunikationen.

Matrice 8

Titel: Patient and provider perspectives on using telemedicine for chronic disease management among Native Hawaiian and Alaska Native people Forfattere: V. Hiratsuka, R. Delafield, H. Starks, A. J. Ambrose og M. M. Mau Årstal: 2013			
Studiedesign: Kvalitativt studie Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter med diabetes blev inkluderet i studier Læger og patienter var alle fra de pågældende praksisser, der var med til at udføre studiet Metodologi: Seks fokusgruppeinterviews. Data analyseret ved en tematisk tilgang. Temaer der mødte følgende kriterier blev ekstrakteret til analysen: a) Nævnt i en enkelt fokusgruppe b) Påtegning eller uddybning af en anden fra samme fokusgruppe c) Nævnt af lignende perspektiv i mere end én gruppe per sted. Temaer blev organiseret per sted og per gruppe (patienter og udbydere) og derefter gennemgået i kombination for at identificere fællestræk og forskelle mellem sted og gruppe.	Geografisk placering: Alaska og Hawaii, USA Setting: Rural Finder sted i sundhedshuse Studiepopulation: 40 informanter deltog i seks fokusgruppeinterview. Størst andel af patienterne var indfødte fra hawaii eller alaska (82%), kvinder (76%), i alderen 45 eller derover (77%) og havde en del af eller hel universitetsuddannelse (76%). Af sundhedsudbydere var størst andel læger (70%), mænd (57%) og af kaukasisk herkomst (57%).	Formål: At undersøge patienter og udbyderes perspektiv in to indfødte populationer i Alaska og Hawaii om brugen af telemedicin i almen praksis for kronisk sygdomshåndtering. Intervention: Forud for alle fokusgruppeinterviews gennemførte alle deltagere et spørgeskema om demografi og erfaring med telemedicin. I Alaska blev tre fokusgruppeinterviews blev udført: a) En gruppe med ikke-læger b) En gruppe med læger og specialister c) En gruppe med voksne indfødte fra Alaska som anvender Anchorage Native Primary Care Center med selv-rapporteret type 2 diabetes. d) I Hawaii blev ligeledes udført tre fokusgruppeinterviews: a) En gruppe med læger og ikke-læger fra primærplejen på Molokai b) To grupper med patienter bosiddende på Molokai med selvrapporteret type 2 diabetes og/eller plejere af personer med selvrapporteret type 2 diabetes.	Resultater: Tre hovedtemaer fælles for begge steder blev identificeret i analysen: a) Fordele og begrænsninger ved brugen af telemedicin b) Opbygning af læge-patient forholdet c) Elementer fra et accepteret møde med telemedicinsk primærpleje To hovedtemaer fælles for patienter og læger med identificeret: a) En indledende læge-patient interaktion bør være face-to-face. Patienter må se samme læge ved opfølgning

Matrice 9

Titel: Human factors in primary care telemedicine encounters Forfattere: R. J. Bulik Årstal: 2008			
Studiedesign: Mixed method studie, med kvantitative og kvalitative komponenter Inklusion- og eksklusionskriterier: Patienter med og uden erfaring med telemedicin og praktiserende læger med erfaring med telemedicin. Metodologi: Spørgeskema til patienter og læger og videooptagelser af konsultationer danner grundlag for diskussionen i to fokusgruppeinterviews	Geografisk placering: Texas, USA. Kontekst og setting: Urban Finder sted i lægepraksis Studiepopulation: Gruppe 1: 20 patienter med erfaring med mindst en telemedicinsk konsultation Gruppe 2: Syv patienter med ingen telemedicinsk erfaring Gruppe 3: Læger med erfaring med telemedicin løbende	Formål: At undersøge patienters og lægers syn på brugen af videokonsultationer i et humanistisk perspektiv. Intervention: Gruppe 1: Spørgeskema til patienter efter endt konsultation til mål for effekten af telemedicin på læge-patient forholdet. Herunder alt i alt tilfredshed med telemedicinsk konsultation sammenlignet med fysisk konsultation. Gruppe 2: Fokusgruppeinterview til om patienter sidste fysiske konsultation med deres praktiserende læge. Patienter blev stillet spørgsmål om lægen verbale og non-verbale adfærd, der bidrog til oprettelse af et godt læge-patient forhold. Gruppe 3: Fokusgruppeinterview med læger, som regelmæssigt gennemføre telemedicinske besøg om deres opfattelse af kommunikation og faktorer, som er associeret med et godt læge-patient forhold. Læger blev indledningsvist bedt om at reflektere over sammenligne deres fysiske konsultationer med de telemedicinske. Derudover blev de stillet spørgsmål om deres evne til beslutningstagen, forholdet med patienter og deres bekvemmelighed ved brug af telemedicin. Videooptagelser af fire telemedicinske konsultationer med tre forskellige sundhedsudbydere og fire forskellige patienter.	Resultater: Syv temaer blev identificeret: - Førstehåndsindtryk - Spørgsmålstype - Synsfelt - Fysisk interaktion - Social snak - Kontrol over møde - Hjælpeydelse Resultaterne antyder, at kommunikation kan forbedres og at der kan udvikles bedre læge-patient forhold i almen praksis, hvis der tages hensyn til fire elementer af interaktionen: - Verbal - Non-verbal - Relationel - Handlinger/transaktioner Den menneskelige dimension af telemedicin er et vigtigt element, når der leveres sundhedsydelser på afstand. Og dette er en af de faktorer, som sundhedsudbyderen/lægen har direkte kontrol over.

Matrice 10

7 Fund

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af syntesen samt fundene af integrationen for kvantitativ og kvalitativ evidens. Som det fremgår af matrice 1-7 er de kvantitative studier både metodisk og klinisk heterogene ift. studiepopulation, intervention og resultater, hvorfor det ikke er muligt at udføre en metaanalyse. Der foretages i stedet en narrativ opsummering af fund i de kvantitative studier. Studiernes metodiske kvalitet, herunder styrker og begrænsninger ved de enkelte studier fremgår af afsnit 5.2 under kvalitetsvurdering. Det har endvidere ikke været muligt at danne kategorier ud fra fund af samme betydning i de kvalitative studier, da studierne er forskellige ift. hvordan fænomenet udforskes, hvilket derfor også narrativt fremgår af matrice 8-10. Desuden fremgår de kvalitative studiers metodiske kvalitet af afsnit 5.3.

7.1 Narrativ opsummering af de inkluderede kvantitative studiers fund

Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009): Af resultaterne i studiet fremkommer en signifikant forskel i lægernes overordnede tilfredshed med videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer ($p < 0,001$). Lægerne foretrak overordnet face-to-face konsultationer med et gennemsnit på 4,8 på en skala fra 1-5, hvor 5 indikerer højest tilfredshed. Trods tilfredsheden var højst for face-to-face konsultationer, blev videokonsultationer overordnet bedømt med et gennemsnit på 4,3, hvilket antyder at tilfredsheden af videokonsultationer ligeledes er høj blandt lægerne. Tilfredsheden blandt lægerne blev målt på flere parametre, herunder bedømmelse den fysiske undersøgelse, sygdomshistorie, terapi, henvisning og laboratorie tests. Resultaterne af studiet viser at forskellen i lægernes tilfredshed mellem de to typer af konsultationer specielt afhang af, at muligheden for fysisk undersøgelse samt laboratorie tests var begrænset i videokonsultationerne.

Der fremkommer ligeledes af studiet en signifikant forskel i patienternes overordnede tilfredshed med videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer ($p < 0,001$). Patienterne foretrak også face-to-face konsultationer med et gennemsnitlig score på 4,6, hvor tilfredsheden af videokonsultationer overordnet var 4,3. Denne forskel var specifikt signifikant for patienter med diagnoser indenfor mave-tarm, muskler og led samt luftveje. Tilfredsheden blandt patienter i de øvrige diagnosekategorier; hjertekar, gynækologi/urologi, øre-næse-hals, infektionssygdomme, psykiatri, endokrinologi og neurologi var ikke signifikant forskellige. Samme tendens sås også i lægernes overordnede tilfredshed med undtagelse af kategorien med øre-næse-hals, hvor tilfredsheden med den fysiske undersøgelse bidrager til forskellen mellem de to konsultationstyper.

Måling af patienternes overordnede tilfredshed indebar også tilfredshed med læge-patient interaktionen, som er baseret på fem items og danner mål for kvaliteten af interaktionen. Heraf fremgår der af studiets resultater, at der overordnet findes en statistisk signifikant forskel i kvaliteten af læge-patient interaktionen mellem face-to-face konsultationerne og videokonsultationerne (4,8 vs. 4,4, $p < 0,0001$) samt ift. lægens kompetencer (5,0 vs. 4,9, $p = 0,07$). Specifikt indenfor følgende items påvises der ingen forskel mellem interventionsgrupperne; *attention given to what was said* (4,9 vs. 4,8), *explanation of what was done for you* (4,9 vs. 4,8) og *doctor manner* (5,0 vs. 4,9). Trods face-to-face konsultationer gennemsnitlig scorede højest, ses en tydelig tendens til at tilfredsheden med videokonsultationerne også er høj.

Yderligere fremgår det, at konsultationslængden var signifikant kortere i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationerne baseret på patienternes opfattelse ($p = 0,04$). Den estimerede tid for videokonsultation var 11,3 min (SD: 5,9), mens den for face-to-face var 13,2 min (SD: 6,2). Endvidere fremkommer der, at tilfredsheden med videokonsultationerne var signifikant associeret med den tekniske kvalitet ved konsultationen. Mål for den tekniske kvalitet indebærer seks items; *ease of seeing doctor on video screen*, *ease of hearing doctor via speaker*, *ease of understanding doctor via speaker*, *overall ease of communication*, *doctor comfort* og *overall patient comfort*. Både lægernes og patienternes tilfredshed med videoløsningen havde en stærk signifikant sammenhæng med lægens færdigheder ift. brugen af teknologien ($p < 0,001$).

Hammersley et al. (2019): Af resultaterne i studiet fremkommer, at lægerne overordnet syntes at videokonsultationer var mindst nyttige sammenlignet med face-to-face og telefonkonsultationer; 36/42 (86 %) af lægerne syntes at face-to-face konsultationen var brugbar ift. håndtering af patientens problemer sammenlignet med 38/49 (78 %) for telefonkonsultationer og 26/40 (65 %) for videokonsultationer. Da lægerne blev spurgt om de ville benytte videoløsningen igen, ville blot 4/40 (10 %). Denne forskel gjorde især gældende på baggrund af tekniske vanskeligheder; 21/40 (52 %) rapporterede at de oplevede få problemer med teknikken, mens 6/40 (15 %) rapporterede så ringe en oplevelse, at de var nødsaget til at afslutte konsultationen. Alt i alt rapporterede patienterne deres generelle oplevelse med alle konsultationstyper godt, men face-to-face scorede oftere 'very good' sammenlignet med telefon- og videokonsultationer. Ifølge patienter var den største ulempe ved videokonsultationerne det tekniske aspekt ift. at kunne se og høre lægen korrekt (7/43, 16 %), mens en mindre andel følte sig *less cared for* (3/43, 7%). Over halvdelen af patienterne i videokonsultationerne rapporterede ikke at der var nogle ulemper ved den konsultationstype (23/43, 53 %).

Ifølge patienterne var den største fordel ved videokonsultationerne, at det var praktisk (33/43, 77 %) og tidsbesparende; herunder ingen rejsetid (36/43, 84 %), besparet tid generelt ift. konsultationslængde (26/43, 60 %) og ventetid til at få en konsultation (21/43, 49 %) samt at de ikke behøvede at tage fri fra arbejde (17/43, 40 %).

Endvidere fremgår det af studiets resultater, at patienter gennemsnitlig drøfter færre problemer i videokonsultationer; 1,5 (SD 0,8) sammenlignet med face-to-face konsultationer, hvor patienter gennemsnitlig drøfter 2,1 (SD 1,1) problemer. Ligeledes blev der løst færre problemer i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face. Disse forskelle var statistisk signifikante ($p < 0,01$). Med hensyn til kvaliteten af konsultationerne, fandtes alle konsultationstyper nogenlunde ens. Blandt videokonsultationer var to indikatorer af signifikant ringere kvalitet sammenlignet med face-to-face ($p < 0,05$); i 38 % (17/45) af videokonsultationerne forekom *seeking health understanding* sammenlignet med 61 % (31/51) i face-to-face, og i 27 % (12/45) af videokonsultationerne forekommer *placing problems in psychosocial context* sammenlignet med 51 % (26/51) i face-to-face konsultationerne. Endvidere blev der givet færre livstilsråd i videokonsultationerne (6/43, 14%) sammenlignet med face-to-face konsultationerne (22/50, 44 %). Yderligere fremgår det, at konsultationslængden var kortere i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationer. Den gennemsnitlige tid for videokonsultation var 5,94 min (95% CI: 5,15 – 6,73), mens gennemsnittet for face-to-face konsultationer var 9,61 min (95% CI: 8,34 – 10,89).

Det fremkommer yderligere af resultaterne fra studiets interaktionsanalyse, at læger generelt er signifikant mere engagerede i patientuddannelse og rådgivning i face-to-face konsultationerne sammenlignet med telefon- og videokonsultationer ($p < 0,05$) til gengæld gav patienterne også flere informationer i face-to-face konsultationerne sammenlignet med de andre. Overordnet scorer face-to-face konsultationerne bedre ift. engagement i patientuddannelse og rådgivning, dataindsamling med henblik på åbne og lukkede medicinske og psykosociale spørgsmål, partnerskabsopbygning, uenighed samt i at give instrukser. Derimod sås en omvendt tendens ift. overordnet *building rapport* – specielt med henblik på personlige bemærkninger, bekræftelse og legitimering, hvor videokonsultationer var signifikant bedre scoret sammenlignet med face-to-face konsultationerne.

Dixon og Stahl (2007): Det fremgår af studiets resultater, at patienterne vurderede videokonsultationerne og face-to-face konsultationerne nogenlunde ens på de fleste parametre, herunder opfattet tid de brugte med lægen, niveauet af den opmærksomhed de fik, lægens evne til at forklare den kliniske plan samt niveauet af lægens kliniske kompetencer. Dog blev videokonsultationer på en skala

fra 1-5, hvor 5 indikerer højest tilfredshed, vurderet signifikant lavere ift. lægens personlige tone (4,7 vs. 4,9, $p=0,067$) og den overordnede tilfredshed med videokonsultationerne var ligeledes også signifikant lavere (4,1 vs. 4,7, $p<0,0001$). Endvidere fremkommer der ingen forskel mellem *quality of history* (4,6 vs. 4,9) og *quality of therapeutic management* (4,5 vs. 4,6) mellem videokonsultationer og face-to-face konsultationer baseret på lægernes vurdering. Dog fandtes en signifikant forskel mellem i de to konsultationstyper ift. *quality of examination* ($p<0,0001$), hvor lægernes vurderingen af videokonsultationstypen var betydeligt lavere sammenlignet med face-to-face konsultationerne (2,3 vs. 4,8). Lægernes overordnede vurdering af konsultationernes kvalitet blev ligeledes rangeret lavere i videokonsultationerne (4,3 vs. 4,9, $p=0,0008$). Der blev yderligere spurgt ind til om patienterne ville anbefale videokonsultation til venner og kolleger, heraf bekræftede 26 ud af 30 patienter, at de gerne ville, tre patienter ville ikke, mens en enkelt ikke var sikker. Patienter, der bekræftede spørgsmålet, nævnte bl.a. begrundelser så som "ease of use", "saving time and money" og "reduced travel time". De patienter, der var negative overfor at videregive en anbefaling, nævnte begrundelser som "lack of 'hands on' personal approach between clinician and patient" og at den fysiske undersøgelse ikke var mulig.

Liu et al. (2006): Af resultaterne i studiet fremkommer en signifikant forskel i lægernes tilfredshed med videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer med henblik på de *gode kommunikative oplevelser* og *kommunikationsbarrierer*. Lægerne mente, at de havde en god kommunikation med deres patienter i 90 % af face-to-face konsultationerne, mens blot 40 % rapporterede at de havde en god kommunikation i videokonsultationerne ($p<0,01$). Denne forskel gør sig også gældende ift. udsagnet *I understood what was on the patient's mind* heraf rapporterede lægerne i 45 % af videokonsultationerne, at var uenige i udsagnet, mens 85 % af face-to-face konsultationerne var enige ($p<0,05$). Men henblik på kommunikationsbarrierer, var 30 % af lægerne i videokonsultationerne tilfredse med *time spent on small talk*, 40 % enige i *a bit difficult to ask questions* og 45 % enige i *a bit difficult to connect with the patients*, hvilket er statistisk signifikant lavere sammenlignet med face-to-face konsultationerne ($p<0,01$, $p<0,01$ og $p<0,05$). I face-to-face konsultationerne var disse værdier hhv. 80 %, 85 % og 80 %.

Der fremgår af studiets resultater, at der ikke ses en signifikant forskel på gruppen som gennemfører face-to-face konsultationer og dem som gennemfører videokonsultationer med henblik på patienternes perspektiv af førnævnte kommunikative oplevelser og kommunikationsbarrierer. Til gengæld rapporterede patienter overordnet høj tilfredshed ift. tilstrækkelig god kommunikation under

konsultationen; for videokonsultationerne lå tilfredsheden mellem 70-90 %, mens den for face-to-face konsultationerne lå mellem 75-95%.

Yderligere fremgår det, at konsultationslængden var signifikant kortere i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationer ($p < 0,01$). Den gennemsnitlige tid for videokonsultation var 13,6 min (SD 4,0), mens gennemsnittet for face-to-face konsultationer var 20,6 min (SD 5,2). Resultaterne af studiets interaktionsanalyse påviser endvidere en signifikant forskel mellem konsultationstyperne ift. *antal udtalelser i alt, lægens udtalelser, patients udtalelser* samt *antal samtaleture* ($p < 0,01$), hvoraf disse var signifikant færre i videokonsultationerne. Antallet af *efterspørgsler for gentagelse* var derimod signifikant højere i videokonsultationerne ($p < 0,01$), men blev ikke påvist en forskel i antallet af *samtidige udtalelser*.

Med henblik på lægens verbale kommunikation, viser resultaterne af studiet, at der ikke var nogen forskel mellem konsultationstyperne ift. hvor mange åbne og lukkede spørgsmål lægen stillede.

Dog fandtes et signifikant mindre antal af empatiske ($p < 0,01$), rosende ($p < 0,05$) og fremmende ($p < 0,05$) udtalelser i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationerne.

Ser man nærmere på indholdet af journalerne efter de pågældende konsultationer, fremgår der yderligere af resultaterne, at *chief complains* ($p < 0,05$) og *history of present illness* ($p < 0,01$) var beskrevet signifikant med færre detaljer i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face. Samtidig var de totale antal ord, der blev brugt i journalen også signifikant mindre i videokonsultationerne ($p < 0,01$). Der var ingen signifikant forskel mellem konsultationstyperne ift. hvor mange ord, der blev brugt til at beskrive *past history and family history*.

Johnston et al. (2016): Af resultaterne findes, at 135/270 (50%, 95% CI: 43,9-56,1) af de adspurgte patienter, er villige til at gøre brug af video til konsultation med deres praktiserende læge. Der blev fundet en stærk signifikant sammenhæng mellem villigheden til at gøre brug af videokonsultation og øget computerfærdigheder ($\chi^2=43,97$, $p < 0,0005$, $n=270$). Patienter, der tidligere havde gjort brug af videokonsultationer, var yderligere ca. seks gang mere tilbøjelige til at besvare 'ja' til at være villige til at gøre brug af videokonsultationer (OR 5,9; 95% CI: 3,5-9,9, $n=270$). Der fandtes også en lignende association med tidligere brug af andre former for videokommunikation ($\chi^2=11,152$, $p=0,001$, $n=134$).

Patienter under 60 år var mere end to gange villige til at gøre brug af videokonsultationer sammenlignet med patienter over 60 år (OR: 2.2, CI: 2,1-6,6, $n=248$). Derudover viser studiets resultater, at der ikke var nogen sammenhæng mellem villigheden og køn samt socioøkonomisk status.

Ud af 270 patienter angav 139 begrundelser for hvorfor de var villige eller ikke til at gøre brug af video med deres læge. Den største andel begrundede deres villighed med at det ville spare tid (38 %, n=19). Den største andel begrundede deres modvillighed med at de foretrak at se deres læge face-to-face (24 %, n=22), anden største begrundelse var at de ikke vidste hvordan de skulle bruge teknologien (21 %, n=19) og tredje mest almindelige begrundelse var at det var mindre personligt (24 %, n=12). Ud af 270 patienter foreslog 177 af dem, hvilke helbredsproblemer, de anså for at være egnet til en videokonsultation, hvor 145 foreslog hvilke, de anså for at være mindst egnet. Den største andel anså 'mindre sygdom' som værende det egnet til videokonsultation (26 %, n=62), efterfulgt af 'most problems' (13 %, n=31). Størstedelen af patienterne angav, at videokonsultationer ville være uegnet, hvis helbredsproblemet krævede en fysisk undersøgelse (45 %, n=65), hvis det drejede sig om svær eller kompleks sygdom (24 %, n=35) eller hvis det indebar sensitive eller personlige problemer (11 %, n=16)

Roettl et al. (2016): Studiet fokuserede på at identificere sociodemografiske samt psykosociale prædiktorer for patienters villighed til at gennemføre online videobaseret behandling med deres praktiserende læge samt deres villighed til at betale for denne ydelse. Af studiets resultater identificeres, at *health-related information-seeking personality* var signifikant associeret med villigheden til at gennemføre online videobaseret behandling ($B=0,369$, $p<0,001$). Health-related information-seeking personality refererer til det fænomen, at nogle patienter har et større behov for kognition og information end andre til at tage beslutning som patient. Behovet for kognition afspejler individets tilbøjelighed til anstrengende kognitive aktiviteter, hvilket betyder at individer med et stort behov for kognition, er mere villige til at engagere sig i informationssøgende aktiviteter sammenlignet med andre, der har lavere behov for kognition. Desuden har individer, der er tilbøjelig til at søge information sandsynligvis en større tendens til at evaluere information grundigt, bruge flere informationskilder og stole på information.

Der fremgår også at studiets resultater, at *socialt motiv* ($B=0,178$, $p=0,002$), aktuelt brug af online kommunikation med lægen ($B=0,198$, $p<0,001$) og villighed til at kommunikere med lægen oftere i fremtiden ($B=0,495$, $p<0,001$) er signifikante prædiktorer for patienternes villighed til at gennemføre online videobaseret behandling. Socialt motiv er baseret på items, der beskriver respondentens sandsynlighed for at bruge andre former for webportaler, herunder sociale medier, fora og lignende, det sociale komponent i let at vedligeholde kontakt med andre, behovet for at være up-to-date,

præferencen i at indsamle information anonymt samt sandsynligheden for at han/hun deler information med andre. Patienternes tillid til deres læge viste sig derimod ikke som en signifikant prædiktator.

Resultaterne af studiet fandt desuden, at ingen af de sociodemografiske variable prædikterede villigheden til at gennemføre online videobaseret behandling, herunder køn, alder, uddannelsesniveau og indkomst. Derimod var uddannelsesniveau ($B=0,178$, $p<0,001$) og indkomst ($B=0,115$, $p=0,01$) signifikant positivt prædikterende ift. at være villig til at betale for ydelsen.

7.2 Narrativ opsummering af de inkluderede kvalitative studiers fund

Donaghy et al. (2019): For patienter, der pendlede til og fra arbejde og for dem, hvis liv er struktureret omkring arbejde, studier eller børnepasning, var fjernadgang via videokonsultationer særligt praktisk. Nogle nævnte store tidbesparelser, fordi de ikke behøvede at tage en halv dag fri fra arbejde eller afholde rejseomkostninger for at komme til lægen. Lægerne mente derimod ikke at videokonsultationer havde en tidsmæssig rolle for dem med undtagelse for hvis de skulle på hjemmebesøg. Mange patienter talte yderligere om, at videokonsultationer var 'mindre stressende' end at besøge lægen, hvor fysisk fremmøde nogle gange kunne medføre uventet ventetider. Derimod nævnes tidsforsinkelsen via video som værende en udfordring – for ikke at tale i munden på hinanden, blev der holdt flere pauser, hvilket påvirkede konsultationen. Med tiden og med mere erfaring, vil det dog være muligt at vænne sig til. Ligeledes bemærkede både patienter og læger, at der grundet deres første erfaring med videokonsultationer, var en mindre grad af fortrolighed omkring systemet. Lægerne bemærkede yderligere, at de med stigende antal videokonsultationer blev mere fortrolige med løsningen og at det dermed blev lettere. Det fremgår endvidere af resultaterne, at alle deltagere så muligheden for de visuelle signaler som værende positivt for kommunikationsprocessen. Flere læger fremhævede, at dette var den største fordel ved videokonsultationerne sammenlignet med telefonkonsultationer – at de var i stand til at indhente non-verbale signaler, og dermed kunne reducere risikoen for fejlkommunikation, der sandsynligvis kunne opstå via telefon. Non-verbale signaler gjorde det lettere for lægerne at opdage, om patienten måske ikke forstår, hvad der bliver sagt. Overordnet blev videokonsultationerne anset for at skabe en mere personlig interaktion. Ligeledes blev muligheden for visuelle signaler opfattet som en fordel for patienterne, da deres tillid til konsultationen blev øget sammenlignet med telefonkonsultationer. Blandt patienterne var der generelt også en fornemmelse af, at videokonsultation var mere personlig og betryggende end

telefonkonsultation. Endvidere ændrede videokonsultationens dynamik sig, heraf mente både patienter og læger, at video skabte mere fokus ift. telefon.

Erfaringer med hvor godt videokonsultation fungerede teknisk var blandede – problemer med teknologien forstyrrede undertiden konsultationsprocessen, hvilket medførte skift af nogle videokonsultationer til telefon i stedet. Desuden var videokonsultationerne ikke fritaget for lange ventetider eller forsinkelser sammenlignet med face-to-face, da patienter i stedet ventede i et visuelt venteværelse. I det virtuelle venteværelse følte patienterne en vis usikkerhed, som de ikke ville have oplevet i et reelt venteværelse, hvor det er muligt at fornemme forsinkelse og hvor man kan se andre patienter gå ind og ud af konsultation. Dette skyldes netop den manglende fysiske tilstedeværelse.

Både patienter og læger nævnte vigtigheden af et eksisterende læge-patient forhold og det, at have haft flere konsultationer med den samme person inden en follow-up videokonsultation. Der blev nævnt at videokonsultationer muligvis ikke er et optimalt alternativ, når konsultationen drejer sig om mere personlige og seriøse emner eller når der skulle gives svære eller dårlige nyheder.

Selvom både patienter og læger havde en positiv indstilling til videokonsultationer som follow-up, var der konsensus blandt alle deltagere om, at face-to-face konsultationer forbliver 'gold standard' sammenlignet med telefon- og videokonsultationer.

Hiratsuka et al. (2013): Af studiet fremgår, at både patienter og læger vurderer den primære fordel ved videokonsultationer, at være den reducerede transporttid og pris. For patienter kan det være en potentiel barriere at rejse fra deres hjem udenfor byen til klinikken på trods af at rejseomkostninger bliver dækket af forsikringen. Andre fordele inkluderede øget adgang og mindre ventetid for patienter og for læger og specialister, som normalvist måtte rejse langt ud af byen for at yde behandling. Alle benævnte udfordringer med teknologien ift. forbindelsessvigt og billede- og lyd forsinkelser og at der var brug for mere ekspertise i klinikken for at sikre effektiv brug af det telemedicinske udstyr. Derudover blev der i studiet identificeret barrierer relateret til fraværet af face-to-face kontakt. Både patienter og klinikere benævnte en form for uro pga. manglen på fysisk kontakt og praktisk interaktion, når der benyttes videokonsultationer. Patienter fokuserede især på problemer ved den non-verbale kommunikation og den personlige kontakt samt behovet for at udvikle et forhold mellem patient og læge. Klinikere fokuserer derimod på sandsynligheden for at "overse noget", når den fysiske undersøgelse gennemføres på afstand. Graden af hvorvidt klinikernes syn på videokonsultationerne var påvirket af den fysiske afstand, afhang især af deres personlige erfaringer, speciale og hvilken type af teknologi, der blev brugt. Patienter, der indledningsvist kun nævnte ulemper ved

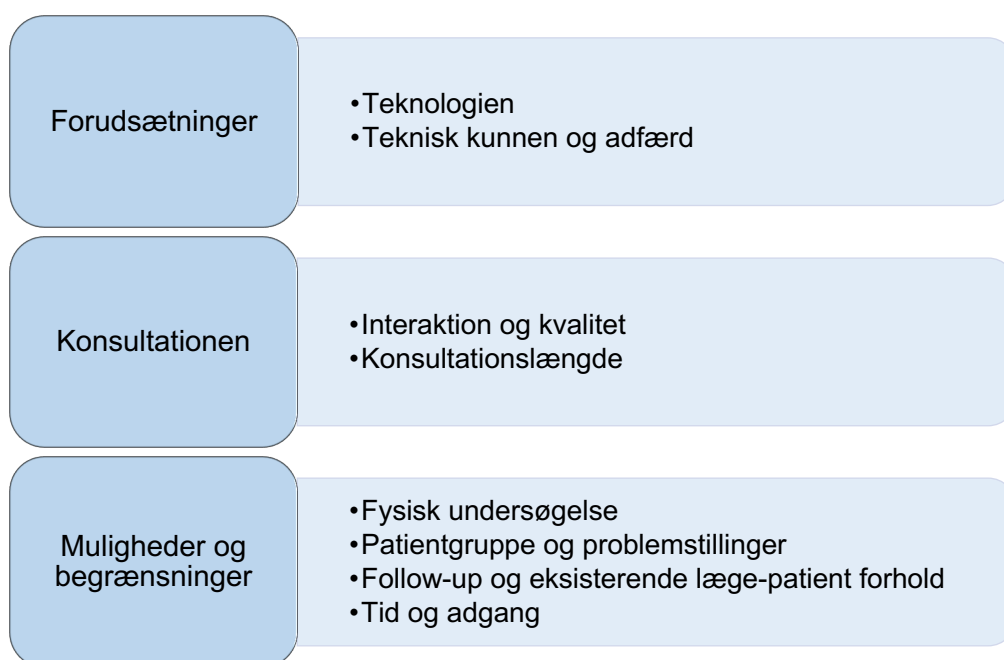
videokonsultation og angav, at de ikke kunne se fordele, trak det tilbage og pointerede, at hvis teknologien blev forbedret, kunne de se potentielle fordele.

Både patienter og læger bekræftede stærkt, at læge-patient relationen var essentiel til etableringen af en tilfredsstillende og effektiv interaktion, om det var via video eller ej. Alle deltagerne var enige om, at den indledende konsultation bør foregå face-to-face, og at patienter bør se den samme læge ved follow-up. Klinikere tilføjer hertil, at det at etablere et forhold med en patient er både hurtigere og mere effektivt, hvis det gøres in-person, og at det er en nødvendighed med en grundig klinisk vurdering inden. Derudover understregede klinikere, at kontinuitet i behandlingen har en vigtig rolle ift. accept og potentiel effekt af videokonsultationer – og at kunne tilbyde kontinuitet ofte betyder, at patienter opfatter at lægen er engageret i deres behandling. Ligeledes benævnte patienter, at kontinuitet ved at se den samme læge over tid bidrager til en mere åben kommunikation.

Bulik (2008): I resultaterne fremgår det, at deltagerne af fokusgruppeinterviewsene alle bemærkede, at førstehåndsindtrykket i videokonsultationer var ofte mere reserveret sammenlignet med efter den verbale interaktion gik i gang. Patienter pointerede, at lægens stemme, væremåde og type af spørgsmål han/hun stiller var vigtige. Ved dannelse af førstehåndsindtrykket, virkede det til at lægens stemme havde en større effekt sammenlignet med det visuelle billede. Derudover nævnte deltagerne, at den normale non-verbale adfærd normalt vist var ubemærket i hverdagen, men at opmærksomheden omkring dette blev forstærket i videokonsultationen. Hertil blev der observeret, at det var svært at opretholde øjenkontakt i videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer. Læger refererede rutinemæssigt til patientens journal og illustrationer heraf, hvilket blev anset for at være meget distraherende i videokonsultationer. Det skyldes også at den reducerede visuelle information, som lægen modtager via video skaber en nødvendighed for at trække information primært fra patientens journal. Ligeledes ser patienten også mindre gennem kameraet, og har derfor mindre besked om hvad der sker på den anden side. Patienter bemærkede også, at der var mindre small talk og socialisering i løbet af videokonsultationer – og oplevede at lægen straks gik i gang med, hvad der skulle gøres. Ligeledes oplevede lægerne, at de var mere ”konservative”, mens de gennemførte en videokonsultation. De følte mindre kontrol over tiden og directionen af samtalen, herunder at de talte anderledes og mindre ift. hvad de på normalt vist ville have gjort i en face-to-face konsultation – de oplevede kun at have verbal kontrol over konsultationen, hvor de i en face-to-face konsultation både ville kunne dirigere samtalen verbalt og non-verbalt. Endvidere oplevede lægerne, at der blev bragt færre emner op udover det pågældende problem.

7.3 Integration af kvantitativ og kvalitativ evidens

I ovenstående afsnit foretages en narrativ opsummering af fund for de inkluderede kvantitative og kvalitative studier på baggrund af studiernes forskelligheder. Den narrative opsummering danner grundlag for integrationen af kvantitativ og kvalitativ evidens og er dermed med til at identificere, hvor det er muligt at integrere fund fra de enkeltstående kvantitative studier med fund fra enkeltstående kvalitative studier. Resultatet af integration for hhv. kvantitativ og kvalitativ evidens præsenteres i nedenstående afsnit. Dette involverer en konstant sammenligning mellem fund fra kvantitative og kvalitative studier med henblik på at analysere, hvilke fund i kvalitative studier, der kan forklare eller nuancere fund i kvantitative studier. Ligeledes hvilke fund i kvantitative studier, der ikke fremkommer af fund i kvalitative studie og vice versa. I forlængelse heraf identificeres ved integrationen også sammenhængen mellem kvantitativ og kvalitativ evidens med henblik på modsigelser i fundene. Processen for integration af kvantitativ og kvalitativ evidens resulterer i følgende fokuspunkter, som fremgår af nedenstående figur 3:



Figur 3 - Fokuspunkter

7.3.1 Forudsætninger

I afsnittet præsenteres resultatet af integration for kvantitativ og kvalitativ evidens ift. fund, der identificeres som forudsætninger for brugen af videokonsultationer, herunder teknologiens betydning og deltagerens tekniske kunnen og eksisterende adfærd.

Teknologien:

I det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009) finder de en signifikant sammenhæng mellem den tekniske kvalitet af videokonsultationerne og patienternes tilfredshed med samme. Dette indebærer bl.a. kvaliteten af billede og lyd og kvaliteten af kommunikationen. Resultaterne tyder på at jo bedre den tekniske kvalitet vurderes desto højere er tilfredsheden. Studiets crossover design samt randomisering øger sikkerheden af resultaterne i at det tekniske aspekt reelt har en betydning på den endelige tilfredshed. Lignende sammenhæng findes i resultaterne af kvasiekperimentet af Hammersley et al. (2019), hvor patienterne udtrykker den største ulempe ved videokonsultationerne som værende netop det tekniske aspekt ift. at kunne se og høre lægen korrekt. I dette studie inddeles patienterne i tre interventionsgrupper efter selvvalg; en gruppe gennemfører face-to-face konsultationer, en anden gennemfører telefonkonsultationer og tredje gennemfører videokonsultationer. Begrænsningen ved dette studies resultater, er at patienter ikke er randomiseret og derudover tillader studiedesignet ikke at undersøge en årsagssammenhæng, da patienten kun gennemfører en slags konsultation. Det blev observeret, at de tekniske vanskeligheder havde en betydning ift. at kunne gennemføre videokonsultationerne optimalt - i 6/40 videokonsultationer oplevedes så ringe en teknisk kvalitet, at man har været nødsaget til at afslutte konsultationen og i stedet gennemføre telefonkonsultation. I et kvalitativt studie af Donaghy et al. (2019), hvor der blev udført interviews som evaluering af en intervention, hvor deltagerne gennemfører videokonsultationer. Deltagerne nævner tidsforsinkelsen via video som værende en udfordring, og for ikke at tale i munden på hinanden, blev der holdt flere pauser, hvilket påvirkede konsultationen. Ligeledes bemærkede både patienter og læger, at det grundet det var deres første erfaring med videokonsultation, var der en mindre grad af fortrolighed omkring systemet. Desuden fremhæver resultaterne af Donaghy et al. (2019) også, at videokonsultationerne ikke var fritaget for lange ventetider eller forsinkelser sammenlignet med face-to-face, da patienter i stedet ventede i et visuelt venteværelse. I det virtuelle venteværelse følte patienterne en vis usikkerhed, som de ikke ville have oplevet i et reelt venteværelse, hvor det er muligt at fornemme forsinkelse og hvor man kan se andre patienter gå ind og ud af konsultation. Dette skyldes netop den manglende fysiske tilstedeværelse.

Udfordringer ift. forbindelsessvigt og billede- og lyd forsinkelser fremgår ligeledes af resultaterne i et kvalitativt studie af Hiratsuka et al. (2013), hvor der ved fokusgruppeinterviews undersøges patienters og lægers holdninger til brugen af videokonsultationer. I dette studie var der ydermere bred enighed om at en forbedring af teknologien ville skabe flere fordele og mere villighed til at gøre brug af den. Forskellen på hhv. Donaghy et al. (2019) og Hiratsuka et al. (2013) er at deltagerne i førstnævnte evalueres på baggrund af, at de har gennemført en videokonsultation og dermed har erfaring med det, hvor deltagerne i sidstnævnte derimod ikke nødvendigvis har erfaring med videokonsultationer og at deres holdninger er dannet på baggrund af en forestilling.

Af både kvantitativ og kvalitativ evidens ses der således en indikation af, at det tekniske aspekt er af stor betydning for oplevelsen og kvaliteten af en videokonsultation. Særligt ift. kvaliteten af softwaren og forbindelsen til internettet, da netop disse er forudsætninger for god kommunikation uden forbindelsessvigt og billede- og lydforsinkelser. Derudover er designet og sikkerheden af videoløsningen også et vigtigt perspektiv ift. at skabe gennemsigtighed for patienterne og øge brugbarheden og dermed villigheden til at gøre brug af videokonsultationer.

Teknisk kunnen og adfærd: I forlængelse af ovenstående viser flere af de kvantitative studier, at deltageres tilfredshed med kvaliteten af videokonsultationer også har en betydelig sammenhæng med patientens og lægens fortrolighed ift. brugen af teknologien. I det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009) finder de en signifikant sammenhæng mellem lægens fortrolighed ift. brugen af videokonsultationerne og patienternes tilfredshed med samme.

Desuden viser resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse af Johnston et al. (2016), hvor patienters holdninger til videokonsultationer undersøges, at deres begrundelser for ikke at ville benytte videokonsultation netop er manglende fortrolighed omkring løsningen. Spørgeskemaundersøgelsen blev udført på en tilfældig stikprøve og tager derfor ikke overordnet højde for om patienter har tidligere erfaring med videokonsultationer, men der blev fundet en tydelig tendens til at de patienter, der i forvejen gjorde brug af andre former for videokommunikation var mere villige til at gøre brug af videokonsultationer. Den observerede relation mellem fortrolig ved teknologien og tilfredshed samt villighed til at benytte sig af den fremkommer også af resultaterne i et kvalitativt studie af Hiratsuka et al. (2013), hvor der i fokusgruppeinterviews undersøges patienters og lægers holdninger til brugen af videokonsultationer. Et centralt tema i dette studie er manglen på ekspertise og praksis erfaring, som ifølge deltagerne ville sikre mere effektivt brug. Desuden var lægernes syn på

videokonsultationerne stærkt påvirket af deres personlige erfaringer. På baggrund heraf, formodes det, at både lægens og patientens fortrolighed er relevante fokusområder, idet det tyder på, at manglen på færdigheder kan opleves som en begrænsning.

I en spørgeskemaundersøgelse af Roettl et al. (2016), som havde til formål at identificere sociodemografiske og psykosociale variable ift. villighed til at foretage videokonsultationer findes det, at respondenternes informationssøgende adfærd var signifikant associeret med villigheden til at gennemføre online videobaseret behandling. Yderligere fremgår det af studiets resultater, at patienter der i forvejen gjorde brug af online kommunikation og generelt færdes online havde øget villighed til at gennemføre videokonsultationer. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført på en tilfældig udvalgt stikprøve, hvor det eneste inklusionskriterie er at respondenterne har været hos lægen mindst én gang de seneste tre måneder. Desuden fandtes i resultaterne af kvasieksperimentet af Hammersley et al. (2019) en tydelig tendens til at yngre patienter tilvalgte videokonsultation sammenlignet med de patienter, der valgte face-to-face konsultation. Ligeledes fremkommer det af resultaterne i spørgeskemaundersøgelse af Johnston et al. (2016), at yngre patienter var villigere til at gøre brug af videokonsultationer. Af ovenstående udledes dermed, at patientens personlighed, eksisterende online adfærd og alder kan prædiktere deres villighed til at benytte videokonsultation.

I et kvalitativt studie af Donaghy et al. (2019) var formålet at undersøge patienters og lægers erfaringer med videokonsultationer. Dette blev gjort ved at udføre interviews som evaluering af en intervention, hvor deltagerne gennemfører videokonsultationer. I dette studie finder de ligeledes, at videokonsultationer særligt var praktiske for patienter, der pendlede til og fra arbejde og for dem, hvis liv er struktureret omkring arbejde, studier eller børnepasning. Yderligere at de store tidsbesparelser, fordi de ikke behøvede at tage en halv dag fri fra arbejde, var af stor begejstring. Det formodes at arbejdende, studerende og personer med behov for børnepasning tilhører en yngre generation. Desuden, at denne yngre generation har bedre vilkår ift. at tilpasse sig ny teknologi, udvise øget informationssøgende adfærd og i forvejen oftere gør brug af moderne kommunikationsmedier.

7.3.2 Konsultationen

I afsnittet præsenteres resultatet af integration for kvantitativ og kvalitativ evidens ift. fund, der omhandler selve videokonsultationen, herunder interaktionen mellem læge og patient samt kvaliteten af dette sammenlignet med face-to-face konsultationer.

Interaktion og kvalitet: Kvasiek eksperimenter af Hammersley et al. (2019) og Liu et al. (2006) har begge til formål, at sammenligne videokonsultationer med face-to-face konsultationer ved at analysere indholdet og kvaliteten af kommunikationen under konsultation. Dette udføres bl.a. ved brug af valideret interaktionsanalyseværktøjer, som sikrer objektive mål, der kan sammenlignes, samt i form af spørgeskemaer efter endt konsultation til patienter og læger. Af resultaterne i disse to studier ses en generel tendens til at kvaliteten af face-to-face konsultationerne fremkommer bedre end videokonsultationer målt på en række objektive kvalitetsindikatorer. Der blev blandt andet observeret i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationerne, at det er sværere at sætte patienternes problemstilling i en psykosocial kontekst og at patienten udviser ringere forståelse for egen sygdom og helbred. Ydermere drøftes der færre problemer i videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer, og som følge heraf, blev der også løst færre problemer i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face. Der tegnes et generelt billede af, at de relationelle aspekter har de bedste vilkår i face-to-face konsultationerne, og at der er en tydelig indikering af, at den fysiske afstand mellem parterne via video giver udfordringer i konsultationen. Hertil observeres der også i studierne af Hammersley et al. (2019) og Liu et al. (2006) at rådgivning og generelle livsstilsråd fremtræder i mindre grad sammenlignet med face-to-face konsultationer, hvilket kan være grundet af ringere informationsudveksling, som også observeres i studierne. Derimod fandtes der i Hammersley et al. (2019) en tendens til, at der i højere grad optrådte relationsopbyggende adfærd i videokonsultationerne, specielt med henblik på personlige bemærkninger, bekræftelse og legitimering.

Hvad angår lægernes perspektiv, fremgår det af spørgeskemaerne i studiet af Liu et al. (2006) at lægerne generelt oplevede bedre kommunikation i face-to-face konsultationerne sammenlignet med videokonsultationerne. De udtrykte, at det var nemmere at aflæse patientens tanker i face-to-face konsultationerne, og at det oplevedes sværere at stille spørgsmål og skabe en god kontakt til deres patienter via video, derudover at der blev brugt for meget tid på small talk. Disse udsagn stemmer overens med de observationer, der blev gjort under konsultationerne. Studiet af Liu et al. (2006) er

desuden gennemført med et crossover design, hvilket betyder at de to typer af konsultationer individuelt kan sammenlignes og dermed øges resultaternes sikkerhed.

Af resultaterne i det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010) og Dixon og Stahl (2009), hvor der også anvendes et crossover design, fandtes at den overordnede kvalitet af læge-patient interaktionen var bedre i face-to-face konsultationerne end videokonsultationerne set ud fra patienternes perspektiv. I et andet kvantitativt studie af Dixon og Stahl (2007) vurderede patienterne derimod videokonsultationerne og face-to-face konsultationerne nogenlunde ens på de fleste parametre, der omhandlede læge-patient interaktionen. Dog skal dette studies resultater fortolkes med forsigtighed, da studiepopulationen er bemærkelsesværdigt lille og risikoen for type 2 fejl dermed er høj. Det kan derfor være svært at påvise statistisk signifikans.

Af de førnævnte kvantitative studier fremkommer en generel tendens til at kvaliteten af interaktionen i videokonsultationerne overordnet er ringere sammenlignet med face-to-face konsultationer. I de kvalitative studier af Hiratsuka et al. (2013), Bulik (2008) og Donaghy et al. (2019) fremgår desuden et stort fokus på den non-verbale adfærd og dens betydning for kommunikationen.

I studiet af Hiratsuka et al. (2013), hvor der i fokusgruppeinterviews undersøges patienters og lægers holdninger til brugen af videokonsultationer udtrykker både patienter og læger ligeledes en form for uro pga. manglen på fysisk kontakt. Patienter fokuserede især på begrænsninger ved den non-verbale kommunikation og udfaldet af mindre personlig kontakt samt behovet for at udvikle et forhold mellem patient og læge. Samme perspektiv deler deltagerne i studiet af Bulik (2008). I dette studie blev læger og patienter i fokusgruppeinterviews bl.a. bedt om at diskutere ud fra en række videoptaget videokonsultationer ift. hvad de observerede i disse sammenlignet med deres egne erfaringer med face-to-face konsultationer. Den non-verbale adfærd går normalt vist ubemærket i hverdagen, men opmærksomheden omkring dette bliver forstærket i videokonsultationen. Deltagerne i Bulik (2008) bemærkede og diskuterede desuden, at det var svært at opretholde øjenkontakt i videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer. Dette skyldes, at læger rutinemæssigt refererer til patientens journal og illustrationer heraf, hvilket anses for at være meget distraherende i videokonsultationer, da patienten ikke kan se den anden side af skærmen. Den reducerede visuelle information, som lægen modtager via video skaber muligvis en nødvendighed for at trække information primært fra patientens journal. Endvidere bemærkede patienterne, at der var

mindre small talk og socialisering i løbet af videokonsultationer, hvilket modsiger resultaterne af Liu et al. (2006), dette kan imidlertid skyldes variation i studiepopulation og intervention.

I interviewstudiet af Donaghy et al. (2019), hvor formålet var at undersøge patienters og lægers erfaringer med videokonsultationer. Parallelt med videokonsultationer gennemførte lægerne også telefonkonsultationer, som en del af et større studie, hvilket medvirker til at der i interviewene opstår en naturlig sammenligning mellem de to typer af konsultationer. Interviews evaluerede en intervention, hvor deltagerne gennemfører videokonsultationer som follow-up. Muligheden for de visuelle signaler ansås derfor som værende positivt for kommunikationsprocessen, når det sammenlignes med telefonkonsultationer. Flere læger fremhævede, at dette var den største fordel ved videokonsultationerne – at de var i stand til at indhente non-verbale signaler, og dermed kunne reducere risikoen for fejlkommunikation, der sandsynligvis kunne opstå via telefon. De non-verbale signaler gør det dermed lettere for lægerne at vurdere, om patienten udviser forståelse i samtalen. Ifølge lægerne blev videokonsultationerne derfor anset for at skabe en mere personlig interaktion. Ligeledes blev muligheden for visuelle signaler også opfattet som en fordel for patienterne, da deres tillid til konsultationen blev øget sammenlignet med telefonkonsultationer. Blandt patienterne var der generelt også en fornemmelse af, at videokonsultation var mere personlig og betryggende end telefonkonsultation.

Konsultationslængde:

I resultaterne af de kvantitative eksperimenter af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009), Hammersley et al. (2019), Dixon og Stahl (2007) og Liu et al. (2006) observeres, at konsultationslængden er signifikant kortere i videokonsultationerne sammenlignet med face-to-face konsultationer. Variationen af konsultationslængden kan muligvis forklares ved at socialisering og snak udover det nødvendige forekommer markant mindre i videokonsultationerne, hvilket det kvalitative studie af Bulik (2008) også understreger. I dette studie blev læger og patienter i fokusgruppeinterviews bl.a. bedt om at diskutere ud fra en række videooptaget videokonsultationer ift. hvad de observerede i disse sammenlignet med deres egne erfaringer med face-to-face konsultationer. Læger, der havde erfaring med videokonsultationer i forvejen, gav udtryk for at de følte sig mere ”konservative” mens de gennemførte en videokonsultation. De udtrykte desuden en følelse af mindre kontrol over tiden og directionen af samtalen, herunder at de talte anderledes og mindre ift. hvad de på normalt vist ville have gjort i en face-to-face konsultation. Dette blev observeret og diskuteret af patienter i fokusgruppeinterviewsene. Observationerne ift. kortere konsultationslængde i videokonsultationer

kan således skyldes, at konsultationen afkortes grundet manglende small talk og non-verbal kommunikation samt fordi der bliver bragt færre emner op udover det pågældende problem, hvilket jeg tidligere i afsnittet har uddybet.

7.3.3 Muligheder og begrænsninger

I følgende afsnit præsenteres resultatet af integration af kvantitativ og kvalitativ evidens ift. de identificerede muligheder og begrænsninger ved videokonsultationer.

Fysisk undersøgelse: I resultaterne af det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009) fremkommer der, at tilfredsheden blandt lægerne mellem face-to-face- og videokonsultationer specielt afhang af muligheden for en fysisk undersøgelse, hvilket var begrænset i videokonsultationerne. Samme tendens viser resultaterne i kvasiekperimentet af Dixon og Stahl (2007), hvor kvaliteten af den fysiske undersøgelse af lægerne blev vurderet markant lavere i videokonsultationerne. Manglen på den fysiske berøring og undersøgelse blev af patienterne i dette studie ligeledes nævnt som en begrænsning ved videokonsultationerne. I spørgeskemaundersøgelsen af Johnston et al. (2016) identificeres ligeledes en generel holdning til den fysiske undersøgelsens begrænsning ved videokonsultationer er en primær grund til at patienter fravælger denne form for konsultation. I et kvalitativt studie af Hiratsuka et al. (2013), hvor der i fokusgruppeinterviews undersøges patienters og lægers holdninger til brugen af videokonsultationer, udtrykte lægerne stor bekymring ved umuligheden af den fysiske undersøgelse. Når den fysiske undersøgelse gennemføres på afstand øges risikoen for at ”overse noget”.

Patientgruppe og problemstillinger: I det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009) fremgår det af resultaterne, at patienter overordnet foretrak face-to-face konsultationer sammenlignet med videokonsultationer. Denne forskel var specifikt signifikant for patienter med diagnoser inden for mave-tarm, muskler og led samt luftveje. Tilfredsheden blandt patienter i de øvrige diagnosekategorier; hjertekar, gynækologi/urologi, øre-næse-hals, infektionssygdomme, psykiatri, endokrinologi og neurologi, var derimod ikke signifikant forskellige. Samme tendens fandtes også i lægernes overordnede tilfredshed med undtagelse af kategorien med øre-næse-hals, hvor det netop er umuligheden af den fysiske undersøgelse, der bidrog til at lægerne vurderede videokonsultationer lavere i netop denne kategori. Studiets crossover design samt randomisering øger sikkerheden i resultaterne, da patienterne både gennemfører en face-to-face- og

en videokonsultation. I spørgeskemaundersøgelsen af Johnston et al. (2016) identificeres yderligere, at den største andel patienter anså 'mindre sygdomme' som værende mest egnet til videokonsultation, hertil at videokonsultationer ville være uegnede, hvis det drejede sig om svær eller kompleks sygdom eller hvis det indebar sensitive eller personlige problemstillinger. Denne holdning bakkes op af deltagerne i det kvalitative studie af Donaghy et al. (2019). Gennem individuelle interviews evalueres en intervention af videokonsultationer, hvor der findes bred enighed både blandt patienter og læger om, at videokonsultationer ikke er et optimalt alternativ, når konsultationen drejer sig om mere personlige og alvorlige emner eller når der skulle gives svære eller dårlige nyheder. Heraf kan det således udledes, at patientens diagnose og pågældende problemstilling bør indgå som en del af vurderingen ift. om videokonsultation er egnet til netop denne patient.

Follow-up og eksisterende læge-patient forhold: De eksperimentelle studier af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009), Hammersley et al. (2019) og Dixon og Stahl (2008) tager udgangspunkt i at videokonsultationen udføres som en follow-up konsultation samt at deltagerne er eksisterende patienter i de pågældende praksisser, hermed bliver nye patienter ekskluderet fra studierne. I det eksperimentelle studie af Liu et al. (2006) er det derimod patienternes første konsultation med lægen, der undersøges. Da ingen af studierne undersøger flere setups, kan resultaterne dermed ikke fortælle noget om forskellen mellem det ene setup og det andet. Det er ligeledes svært at sammenligne disse studier, da det ikke fremgår om hvorvidt patienter ser en kendt læge. I det randomiserede kontrollerede forsøg af Stahl og Dixon (2010), Dixon og Stahl (2009) og i kvasieksperimentet af Liu et al. (2006) anvendes der yderligere et crossover design, hvor patienten ser to forskellige læger. Betydningen af konsultationstypen samt det eksisterende læge-patient forhold anses for at være et vigtigt perspektiv i de kvalitative studier. I studiet af Donaghy et al. (2019), hvor patienters og lægers erfaringer med videokonsultationer som follow-up blev undersøgt med interviews, fremgår det at både patienter og læger ser vigtigheden af et eksisterende læge-patient forhold og det, at have haft flere konsultationer med den samme person inden en follow-up videokonsultation. Selvom både patienter og læger havde en positiv indstilling til videokonsultationer som follow-up, var der konsensus blandt alle deltagere om, at face-to-face konsultationer forbliver 'gold standard' sammenlignet med telefon- og videokonsultationer. I et kvalitativt studie af Hiratsuka et al. (2013), hvor der i fokusgruppeinterviews undersøges patienters og lægers holdninger til brugen af videokonsultationer bekræftede både patienter og læger ligeledes, at læge-patient forholdet er essentielt til etableringen af en tilfredsstillende og effektiv interaktion, om det er via video eller ej. Alle deltagerne var

enige om, at den indledende konsultation bør foregå face-to-face, og at patienter bør se den samme læge ved follow-up. Hertil, at det at etablere et forhold med en patient både er hurtigere og mere effektivt, hvis det gøres in-person, og at det er en nødvendighed med en grundig klinisk vurdering inden. Derudover understregede lægerne, at kontinuitet i behandlingen har en vigtig rolle ift. accept og potentiel effekt af videokonsultationer – og at kunne tilbyde kontinuitet ofte betyder, at patienter opfatter at lægen er engageret i deres behandling. Ligeledes udtrykte patienter, at kontinuitet ved at se den samme læge over tid bidrager til en mere åben kommunikation.

Tid og adgang: Af resultaterne i kvasiekksperimenterne af Hammersley et al (2019) og Dixon og Stahl (2007) fremgår det, at den tidsmæssige besparelse, der opnås ved videokonsultationer, er den primære fordel for patienterne. Dette indebærer især, at der ikke er rejsetid til og fra lægen, besparet tid generelt ift. konsultationslængde og ventetid til at få en konsultation, desuden at den besparet transport også har økonomiske fordele. Spørgeskemaundersøgelsen af Johnston et al. (2016) præsenterer ligeledes en bred enighed om, at det tidsbesparende aspekt ved videokonsultationerne er den potentielt bedste fordel for patienter. Samme tendens findes ligeledes i de kvalitative studier af Donaghy et al. (2019) og Hiratsuka et al. (2013), hvor der af patienterne blev nævnt store tidsbesparelser, fordi de ikke behøvede at tage en halv dag fri fra arbejde eller overholde rejseomkostninger for at komme til lægen. Mange patienter talte yderligere om, at videokonsultationer var 'mindre stressende' end at besøge lægen, fordi fysisk fremmøde nogle gange kunne medføre uventede ventetider. Studiet af Hiratsuka et al. (2013) inkluderer hovesagligt patienter der bor i yderområder – specielt for disse patienter er der stor fordel ved øget adgang. I begge kvalitative studier bliver der desuden nævnt, at det tidsbesparende aspekt ikke giver bemærkelsesværdige fordele for lægen med undtagelse af, hvis der skulle foretages hjemmebesøg.

7.4 Opsummering af fund

I dette afsnit præsenteres en opsummering af de primære fund fra integrationen af den kvantitative og kvalitative evidens. Af de inkluderede studier identificeres, at det tekniske aspekt er af stor betydning for oplevelsen og kvaliteten af en videokonsultation. Særligt ift. kvaliteten af softwaren og forbindelsen til internettet, da netop disse er forudsætninger for god kommunikation uden forbindelsessvigt og billede- og lydforsinkelser. Derudover er designet og sikkerheden af videoløsningen også et vigtigt perspektiv ift. at skabe gennemsigtighed for patienterne og øge brugbarheden og dermed villigheden til at gøre brug af videokonsultationer. Desuden fremkommer det både blandt patienter og læger, at generel teknisk kunnen og fortrolighed ift. brugen af videokonsultationer ligeledes bidrager til deres villighed til at benytte sig af dem, og at mangler herpå opleves som en begrænsning. Desuden fremgår det af fundene, at patientens personlighed, eksisterende online adfærd og alder også er med til at prædiktere deres villighed til at benytte videokonsultation.

Ses der nærmere på konsultationen, tegnes et generelt billede af, at de relationelle aspekter har de bedste vilkår i face-to-face konsultationer ift. videokonsultationer, og at den fysiske afstand mellem parterne via. video giver udfordringer i konsultationen. Relationsopbyggende adfærd optrådte i højere grad i videokonsultationerne. Dette kan skyldes at manglen på den non-verbale kommunikation skaber et behov for at etablere en mere personlig kontakt mellem parterne. Sammenlignes videokonsultationer med telefonkonsultationer, skaber muligheden for de non-verbale kommunikation mere fokus i konsultationen, men ikke på niveau med face-to-face konsultationer. Videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer er desuden kortere, hvilket skyldes manglende socialisering og non-verbal kommunikation. Der bliver ydermere bragt færre emner op udover det pågældende problem og der findes en generel oplevelse af at videokonsultationer er præget kortfattet-hed både fra lægens og patientens perspektiv.

Video kan begrænse konsultationen særligt med henblik på at fysiske undersøgelser teknisk set er umulig, hvilket øger risikoen for fejl og overseelser. Dette medvirker også til at nogle problemstillinger og diagnoser, der potentielt kræver en fysiske undersøgelse, er mere egnet end andre. Af de inkluderede studier findes også, at videokonsultationer egner sig bedst som follow-up konsultationer og i tilfælde, hvor patient og læge i forvejen har etableret et forhold in-person.

Slutteligt fremgår det, at den tidsmæssige besparelse, der opnås ved videokonsultationer, og heraf også økonomiske besparelse, er den primære fordel for patienterne.

8 Diskussion af fund

Syntesen har bidraget med flere gennemgående temaer på tværs af de inkluderede studier. I følgende afsnit diskuteres fund fra det systematiske review i henhold til eksisterende relevant forskning. Indledningsvist vil begrænsningerne for patientcentrering i videokonsultationer diskuteres, hvorefter syntesens fund diskuteres ift. de sundhedsstrategiske og sundhedspolitiske forventninger om øget adgang. Slutteligt vil der blive inddraget et teoretisk perspektiv ift. at anse teknologien som en del af relationen og som en del af normen.

8.1 Begrænsninger for patientcentrering i videokonsultationer

I den tværgående syntese af de inkluderede studier, tegnes et generelt billede af, at de relationelle aspekter har forringede vilkår i videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer. Der forekom især et udpræget fokus på, at den non-verbale adfærd i videokonsultationer ændrede interaktionen, reducerede kvaliteten af kommunikationen og skabte barrierer ift. etablere en stærk relation.

Som nævnt i baggrundsafsnittet er øjenkontakt og kropssprog nogle af de vigtigste non-verbale signaler i kommunikation, og derfor også vigtige forudsætninger for etablering af en stærk relation med henblik på patientcentrering (Leach, 2005). Fundene i syntesen bekræfter at manglen på øjenkontakt medvirker til at patienten ikke føler sig hørt i en videokonsultation og ligeledes at etableringen af en stærk relation reduceres. Øjenkontakt medieret gennem video er praktisk ikke muligt, hvorfor det ligeledes kan begrænse lægerne i at udvise aktiv lytning og opfange hvorvidt patienten forstår, det der bliver sagt. Et studie, der undersøger netop sammenhængen mellem øjenkontakt og patientcentreret kommunikation finder, at øjenkontakt optræder som en væsentligt komponent i patientcentreret kommunikation, og fremkommer som en integreret del af samtalen (Gorawara-Bhat & Cook, 2011). Det 'at lytte' bliver beskrevet som en bevidst og aktiv opførsel, hvor læger forsøger at have fokus på opmærksomhed til patienten. At udvise opmærksomhed til patienten ved et blik ses derfor som et vigtigt element i patientcentreret kommunikation. Med andre ord er det 'at lytte' ikke blot at lytte, men karakteriseres samtidig ved at udvise bekræftelse ved 'at se' (Gorawara-Bhat & Cook, 2011). Dette understøtter syntesens fund i den forstand, at kommunikationen i videokonsultationerne opleves upersonlig og samtidig præget af kortfattedhed - både fra lægens og patientens perspektiv.

Der fremgår yderligere af syntesens fund en øgning af lægens relationsopbyggende adfærd i videokonsultationerne, specielt med henblik på personlige bemærkninger, bekræftelse og legitimering. Dette kan tyde på, at lægen forsøger at opbygge en relation ved at forstærke andre følelser. Særligt understøttes dette af den begrænset non-verbale kommunikation gennem video. Her er behovet for at skabe en mere personlig kontakt mellem parterne vigtigt. Dermed danner relationsopbyggende adfærd vej for en stærk relation, hvorfor det er en vigtig del i patientcentreret behandling (Leach, 2005).

Studier af videokonsultationer i andre kontekster finder en tendens til at denne form for konsultation er mere lægecentreret end patientcentreret. Fundene i et studie af Agha et al. (2009) indikerer, at lægen hovedsagligt er i kontrol over dialogen, hvor patienten tager en mere passiv rolle (Agha, Roter, & Schapira, 2009). Lignende fund fremgår også i et review af Miller (2011). I reviewet kortlægges eksisterende studier, der undersøger videokonsultationer ved brug af interaktionsanalyseværktøjer primært RIAS (Miller, 2011). RIAS er et valideret værktøj, som bruges til at kode og analysere interaktioner i medicinsk kontekst (Roter & Larson, 2002). Dette review inkluderede studier fra en række af forskellige medicinske specialeområder. I fundene af reviewet observeres en mindre grad af patientinvolvering, hvilket sandsynligvis medfører en mere klinisk informationsdeling på bekostning af den psykosociale informationsdeling, hvorfor der gås på kompromis med patientens psykosociale forhold og præferencer (Miller, 2011). Indeværende reviews fund antyder ligeledes, at patienterne kommer mindre til orde i videokonsultationer og bringer desuden færre emner op ud over det pågældende problem. Derudover viser fundene, at den reducerede visuelle information, som lægen modtager via video, skaber en nødvendighed for at trække information primært fra patientens journal. Heraf tegnes en tydelig tendens af, at patientcentreret kommunikation er under risiko i videokonsultationer, hvorfor der bør skabes mere opmærksomhed på andre eller måske nye teknikker til at aflæse clues og dermed opretholde kvaliteten i kontakten på trods af manglende visuelle informationer.

Af fundene fra syntesen fremkommer det derudover, at videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer er kortere. Reviewet af Miller (2011) finder derimod varierende fund ift. konsultationslængde. Dette kan ifølge Miller bunde i det tekniske aspekt i henhold til forbindelsen, hyppigheden af forbindelsessvigt og brugernes tekniske færdigheder. Derudover kan variationen

også udledes af konsultationstyper – herunder hvorvidt der er tale om en indledende konsultation eller follow-up konsultation. Det indeværende review inkluderer hovedsagligt studier, hvor videokonsultationer undersøges som værende follow-up konsultation, hvorfor det delvist kan forklare fundet om at videokonsultationer sammenlignet med face-to-face konsultationer fremkommer af kortere længde. Desuden afspejler det også fundende om manglende socialisering, da dette yderligere vil bidrage til en forkortelse af konsultationen.

Af de inkluderede studier findes også, at videokonsultationer egner sig bedst som follow-up konsultationer og i tilfælde, hvor patient og læge i forvejen har etableret et forhold in-person, både ift. at det anses mere tidseffektivt og fordi initierende konsultationer kan kræve en nærmere klinisk undersøgelse, hvilket videokonsultationer ikke understøtter. Lignende perspektiv fremgår også af reviewet af Miller (2011). De inkluderede studier i dette review antyder, at kommunikationens udførelse delvist afhænger af et eksisterende forhold mellem parterne og hvor veletableret dette forhold i forvejen er. Læge-patient forholdet er i sin forstand en central del af patientcenteret behandling bl.a. i henhold til at skabe tillid og fortrolighed mellem parterne.

8.2 Adgang og den digitale kløft

Det fremgår yderligere af syntesens fund, at den tidsmæssige besparelse, der opnås ved videokonsultationer, og heraf også økonomiske besparelse, er den primære fordel for patienterne. Dette indebærer især, at der ikke er rejsetid til og fra lægen, hvilket bidrager til økonomisk besvarelse på transporten. Ydermere er der besparet tid ift. konsultationslængde, og ventetiden til at få en konsultation kan ligeledes være kortere. Det giver derfor flere økonomiske incitamenter for brug af videokonsultation. Disse fund stemmer overens med, hvad de sundhedsstrategiske og politiske forventninger er til anvendelsen af videokonsultationer (Musgrove, 2019). Videokonsultationerne er en løsning, der åbner op for en ny tilgængelighed i sundhedsvæsenet – ikke blot nu mens pandemien står på, men også for patienter, der ellers ville være afskåret fra fysiske konsultationer. Videokonsultationer kan give en mere fleksibel adgang til lægen, hvilket kan lette hverdagen for mange patienter, som håndterer et liv med sygdom. Den sparede tid kan yderligere være med til at understøtte patienters mulighed for at indgå mere aktivt i deres behandlingsforløb (Danske Regioner, 2020a).

Det danske sundhedsvæsen bygger på idealet om lige adgang til sundhedsydelser. Udbuddet af sundhedsydelser målt som geografisk afstand til praktiserende læger, skadestuer, sygehuse etc. har

betydning for brugen af sundhedsydelser. Hertil fremkommer, at flere geografiske områder med mange lave indkomster og høj sygelighed har sværere ved at skaffe praktiserende læger (Sundhedsstyrelsen, 2011). Forventninger til videokonsultationer og telemedicin generelt er bl.a. at skabe lige adgang for patienter uanset geografisk placering og dermed til dels at gøre op med den geografiske ulighed i sundhed. Som fundene af syntesen antyder, giver videokonsultationer en tidsmæssig besparelse og en mere fleksibel adgang sammenlignet med fysisk fremmøde, men man bør have in mente, at anvendelsen af videokonsultation også afhænger af patientens adgang til den pågældende teknologi og internetforbindelse, hvorfor en forbedret adgang for nogle patienter kan betyde ulighed i adgang for andre patienter.

The Digital Divide, på dansk *den digitale kløft*, betegner den kløft mellem dem, der har let adgang til informationsteknologi og ligeledes har færdighederne til at gøre brug af disse teknologier, og dem, der ikke har adgang eller færdighederne til at bruge de samme teknologier (OECD, 2001). Den digitale kløft er ligeledes tæt associeret med social ulighed (Latulippe, Hamel, & Giroux, 2017). Af syntesens fund fremkommer det både blandt patienter og læger, at generel teknisk kunnen og fortrolighed ift. brugen af videokonsultationer bidrager til deres villighed til at benytte sig af dem, og at mangler herpå opleves som en begrænsning. Desuden fremgår det af fundene, at patientens personlighed, eksisterende online adfærd og alder ligeledes er med til at prædiktere deres villighed til at benytte videokonsultation.

Der mangler således et yderligere fokus på de konsekvenser, det har, når sundhedsvæsenet digitaliseres, og ansvaret for egen sundhed og sygdomsforløb i stigende grad pålægges patienten selv. I henhold til principperne om adgang, bør det derfor være muligt for patienten at vælge alternative løsninger, hvis patienten vurderes til at have utilstrækkelige tekniske og digitale færdigheder. I et dansk studie fra 2019 observeres, at den digitale kløft i e-konsultationer med praktiserende læger er eksisterende (Andersen, Nielsen, & Kim, 2019). Fundene indikerer bl.a., at dem med højere indkomst og uddannelse generelt er mere proaktive brugere af online sundhedsinformation og -kommunikation. Desuden fremgik der af studiet en kønsforskel, hvor kvinder primært er mere proaktive, og ligeledes en aldersforskel dog af aftagende betydning (Andersen et al., 2019). Dette antyder en tendens, der potentielt også er gældende for videokonsultationer, hvorfor dette bør få mere opmærksomhed i de sundhedspolitiske beslutninger.

8.3 Teknologien som en del af relationen og som en del af normen

Det internationalt anerkendte forskningsfelt Science & Technology Studier (STS) har de seneste årtier udviklet sig til et selvstændigt og udbytterigt forskningsfelt, der er optaget af de alsidige relationer mellem videnskab, teknologi og samfund. STS formår at kaste nyt udfordrende lys over, hvordan videnskabelig viden, såvel som teknologiske fund og processer, er sammenkoblet med social agens og strukturer. I stigende grad har det danske og internationale samfund oplevet uventede eller uforståelige følger af teknologiske muligheder. Der synes derfor at være behov for andre måder at se teknologierne og videnskaberne på, netop for at nuancere forståelsen af disse centrale dimensioner ved det moderne liv og dets vilkår. STS tilbyder akkurat en anden og bredere form for forståelse af disse forhold med inddragelse af forskellige discipliner (Hunice & Olesen, 2014; Philip, 2001). Dette tværfaglige felt identificeres ofte med teoretikeren Bruno Latour.

Ifølge Latour er den sociale verden fyldt med hybrider, og derfor har sociale fænomener ikke kun sociale årsager (Latour, 2006). I Latours optik er videnskabelige teorier ikke sociale konstruktioner og heller ikke kun repræsentationer af den objektive virkelighed. Han mener, at videnskab er et produkt og en del af hybrider/komplekse netværk. Hybrider betegnes hos Latour som sammenblandinger af menneskelige og ikke-menneskelige elementer – tilsvarende ordets almen betydning af et sammensat fænomen (Blok & Jensen, 2009). Latour udtrykker bl.a., at fakta er fabrikerede af f.eks. forskere i laboratorier, hvilket han påpeger ikke gør dem mindre virkelige, men at det er en manipuleret og konstrueret virkelighed (Blok & Jensen, 2009). For Latour er viden netop indfældet i hybride netværker, og det er dette, der bør afdækkes, da disse netværk i høj grad påvirker menneskelige aktørers handlinger (Blok & Jensen, 2009). Det er således interessant i Latours optik og i dette speciales kontekst, at have blik for det netværk, som kan siges at udgøre en videokonsultation. Ligeledes kan det være interessant at se teknologien som en del af det sociale og ikke kun en videnskab. Som konsekvens af at se virkeligheden gennem hybrider kan der ikke konkluderes årsags-sammenhænge, idet virkeligheden vil afhænge af en bestemt kontekst.

Latours navn forbindes ofte med aktør-netværksteorien (ANT), som han grundlagde sammen med kollegaerne Michel Callon og John Law igennem 1980'erne (Blok & Jensen, 2009). ANT er en dominerende teori inden for STS, og afspejler i høj grad Latours anti-modernistiske tanker (Sismondo, 2004). I ANT betragtes relationer som byggestenene i den sociale virkelighed. Subjekter og objekter får først mening i relationer mellem aktører der danner netværk, hvori alle fænomener i den

sociale verden skabes. ANT skelner ikke mellem menneskelige og materielle aktører, hvilket betyder, at både humane og nonhumane aktører anses for at være i stand til at forme deres omgivelser (Javier, 2005). Ligestillingen af aktører og netværksforståelse forklarer, hvorfor alle fænomener anses for at være konstrueret i relationer til andre fænomener. Denne teoretiske tilgang går ud på at kortlægge og følge aktørerne og identificere de netværk, de indgår i, for herved at opnå indblik i konstruktionen af et givent fænomen i relationer til andre fænomener. Derved kan der belyses, hvordan fænomener former hinanden, f.eks. teknologier og brugere. En medicinsk teknologi former brugerne ved, at dens design, form eller måden den skal bruges på, fordrer en bestemt adfærd og særlige kompetencer af brugerne. Teknologier er på den måde ikke neutrale redskaber, der kan installeres eller implementeres med forudsigelige effekter. Teknologier gør noget i og ved de sammenhænge, de indgår i. I henhold til dette speciales problemstilling, kan det således anskues, at lægen, patienten og videoteknologien, der anvendes, alle har lige afgørende roller at spille i relationen. Den bagvedliggende idé for en sådan anskuelse er, at mennesker og genstande spiller aktivt sammen, og at det er disse kontinuerlige interaktioner, der binder de sociale relationer og danner det sociale felt med dets mulige betingelser for handling. Det kan ligeledes, af indeværende reviews fund, bekræftes, at teknologien spiller en betydelig rolle i interaktionen mellem læge og patient, og at det angiveligt former deres kommunikation og derved deres relation. Dette afspejles specielt i fundende om en kortere konsultation og øget relationsopbyggende adfærd. Derudover indtager teknologien en anden aktiv rolle i form af, at den primære information optages fra patientens elektroniske journal.

En anden vigtig gren af STS er postfæmonologien, som kendetegner en position, der i lighed med ANT er optaget af den teknologiske mediering af virkeligheden, men afviger fra ANT's antagelse om nonhumane agens. Peter-Paul Verbeek, som en af de centrale teoretikere i denne retning, understreger, at teknologien ikke er neutrale redskaber. De kan som nævnt tidligere, også i følge ANT, ikke opfattes som neutrale redskaber for menneskers moralske handlinger, men på den anden side heller ikke optræder som selvstændige moralske agenter (Verbeek, 2011)

"Contrary to what many people intuitively think, these technologies are not simply neutral instruments that facilitate our existence. While fulfilling their function, technologies do much more: they give shape to what we do and how we experience the world. And in doing so they contribute actively to the ways we live our lives" (Verbeek, 2011, s. 1).

Eftersom menneskers forhold til verden er medieret af teknologier, er teknologier altid en del af vores moralske beslutninger, og moralsk handlen ansues derfor som en grundlæggende hybrid affære. Den centrale ide her er, som i ANT, at sammenstillingen af de heterogene agenter, der er med til at skabe en ny virkelighed, hverken kan reduceres eller forklares med det, der var der i forvejen. Udvikling eller introduktion af teknologier forandrer dermed ikke alene arbejdsgange eller processer, men også det genstandsfelt, der er knyttet til disse arbejdsgange. Berg (1998) finder eksempelvis, at introduktionen af computere i videnskabeligt arbejde ikke kun har forandret den videnskabelige arbejdsgang, men også hvad der menes med 'videnskabelighed' (Berg, 1998). Af samme slags finder Pols (2010) i studier af telemedicin i sygepleje, at introduktionen af teknologien ikke alene ændrede plejepraksis, men også normerne for 'god pleje' (Pols & Moser, 2009). Teknologi laver om på forholdene og skaber forandringer, der hvor de deltager. Altså er teknologier ikke neutrale redskaber, der optræder præcist som der forventes med dem; de sammenflettes med normen og værdier i specifikke netværk og praksisser, og bliver på den måde til teknologier der gør, kan eller fordrer noget bestemt. Den patientcentreret tilgang afspejler i normale omstændigheder høj kvalitet i behandling, men måske ændres normerne om 'høj kvalitet i behandling' sig ligeledes, når videokonsultationer introduceres.

Man kan hævde, at vi allerede ved fra politiske strategier, at telemedicin generelt er tilknyttet overordnede sundhedspolitiske værdier som bl.a. øget adgang, øget sygdomsmestring, autonomi og tryghed. Med indeværende litteraturreview var formålet at bidrage med viden, der kunne bidrage til at skabe konsensus om de relationelle aspekter af videokonsultationer med fokus på at sikre en patientcentreret tilgang til behandling i almen praksis, samt at sikre at denne tilgang under de nye omstændigheder er baseret på evidensbaseret forskning. STS forskningsfeltet kan fremtidigt være med til at nuancere forståelsen af sammenhængen mellem videoteknologien og de forventninger, som i forskellige forklædninger dukker op i politiske strategier (Brown & Michael, 2003).

9 Metodediskussion

I de følgende afsnit diskuteres specialets videnskabsteoretiske og metodiske tilgang til det systematiske review, herunder selve reviewprocessen og den på forhånd opstillede strategi herfor. Formålet med metodediskussionen er at diskutere specialets reliabilitet samt ekstern og intern validitet af selve reviewet, som skal bidrage med en vurdering af specialets kvalitet, herunder styrker og begrænsninger.

9.1 Videnskabsteoretisk position og specialets positionering

Dette speciales videnskabsteoretiske position tager afsæt i Wulff og Gøtzsches (2007) tilgang til klinisk beslutningstagen, som argumenterer for, at humanistisk videnskab også bør inddrages i grundlaget for kliniske beslutninger, når mennesker er involveret og at det er fejlagtigt udelukkende at fokusere på den naturvidenskabelige disciplin. Med afsæt i dette, har det været væsentligt at supplere den nødvendige viden om evidensen for effekt, med en forståelse for patienterne og lægernes oplevelse af videokonsultationer, og ligeledes hvordan den enkeltes forudsætninger har påvirket udfaldet.

Specialets vægtning af kvantitativ forskning i udvælgelsen af de fremsøgte studier tog afsæt i den positivistiske videnskabsteoretiske position. Ifølge Cochrane samarbejdet er randomiserede kontrollerede forsøg det mest robuste forskningsdesign, der kan påvise kausale sammenhænge, netop fordi dette design minimerer bias og risiko for konfounding. Det randomiserede kontrollerede forsøg er dermed placeret øverst i evidenshierarkiet. Det bør dog ikke vælges ukritisk at indtage denne tilgang til forskning, alene af den grund at det anses som 'bedste evidens' (Hjørland, 2010). Det kan være mere hensigtsmæssigt at belyse hvorvidt det valgte studiedesign er tilpasset til den enkelte undersøgte problemstilling, hvorfor jeg har inddraget evidensstypologi på lige fod med evidenshierarkiet. Da formålet med dette systematiske review er at bidrage med forståelse for at styrke anvendelsen af videokonsultationer, har det netop været afgørende at fremsøge kvantitative forskningsstudier, der kunne bidrage med viden om effekter og statistiske sammenhænge. Som Wulff og Gøtzsche argumenterer for, er det fejlagtigt kun at indtage en positivistisk tilgang med fokus på evidens for effekt, hvorfor der ligeledes bør inddrages et hermeneutisk komponent indeholdende kvalitativ forskning. Anvendelsen af kvalitative studier i det systematiske review har heraf bidraget med nuanceret viden om brugernes oplevelser af anvendelsen af videokonsultationer.

9.2 Systematisk litteraturreview

Et systematisk reviews kvalitet kan beskrives med afsæt i begreberne reliabilitet og validitet, herunder intern og ekstern validitet. Kriterierne om reliabilitet og validitet kan refereres tilbage til det positivistiske ideal om sand og objektiv viden (Juul et al., 2017). Reliabilitet refererer til hvorvidt det er muligt for andre forskere at reproducere samme resultater med afsæt i de metodemæssige valg. Intern validitet refererer til risiko for bias, konfounding etc. og om den valgte metode tillader at måle det, studiet er designet til at undersøge. Ekstern validitet refererer til studiets generaliserbarhed - altså hvilke andre studiepopulationer og kontekster studiets resultater kan generaliseret til (Juul et al., 2017). I det følgende diskuteres reliabilitet og validitet i søgestrategi, screeningsproces, dataekstraktion og kvalitetsvurdering.

Søgestrategi

I den systematiske litteratursøgning tog søgestrategien afsæt i Cochrane Handbook (2019) og sigtede efter at være udtømmende men samtidig med høj sensitivitet for at fremsøge flest mulige relevante studier. Det kunne dog ikke undgås at møde visse metodiske udfordringer i denne del af reviewprocessen.

Der blev anvendt en række søgetermer som en del af participantblokken i flere databaser, der søgte at afgrænse studier inden for almen praksis. Som det fremgår af afsnit 4.4.3, var formålet at inkludere studier, hvis kontekst kunne sammenlignes med den danske almene praksis. Dog fremkom dette som værende en reel udfordring i søgestrategien, da definitionerne i sundhedsvæsenet internationalt ikke er entydige. Eksempelvis bruges 'family doctor' på lige fod med 'general practitioner' i USA – dette er dog ikke et udtryk vi bruger i dansk kontekst. Det vurderes ikke, at resultatet af den systematiske søgning heraf, har været berørt af betydelige metodiske eller kvalitetsmæssige implikationer, da de irrelevante studier senere i screeningsprocessen blev ekskluderet. Primært var konsekvensen, at antallet af hits, der skulle screenes, blev øget, hvilket muligvis har forlænget processen for screeningen af studierne.

Som en del af søgestrategien blev der yderligere anvendt en række søgetermer om patientcentrering og læge-patient forholdet, der skulle sigte efter at afgrænse outcome-blokken i søgestrengen. Som det også er nævnt i baggrundsafsnittet, er disse begreber ikke entydige og kan være svært at afgrænse i sig selv. Patientcentrering og læge-patient forholdet indebærer ligeledes en række af

underbegreber, såsom empati, tillid, autonomi etc. Det har derfor været en udfordring i søgestrategien af afgrænse søgetermerne inden for disse begreber, men samtidig at sikre at søgningen blev fyldestgørende. Patientcentrering og læge-patient forholdet er ligeledes ikke direkte målbare outcomes, derfor har strategien bag en overordnet søgning på disse begreber, været at åbne op for forskellige studiedesigns og mål.

Der blev desuden anvendt en række søgetermer for videokonsultationer, som en del af interventionsblokken. Her blev der brugt en lang række af forskellige kombinationer, som jeg er stødt på undervejs i min indledende søgning til projektet. Der blev ligeledes erfaret, at videokonsultationer ikke er en entydig definition, men især er brugt i danske sammenhænge. Nogle af søgetermerne var *telemedicine* og *ehealth* – disse begreber er bredt anvendt og dækker en lang række af forskellige teknologier. Ved at bruge disse begreber blev søgningen bredere, for netop at sikre at ramme de relevante studier. De mange og brede søgetermer resulterede i et øget antal hits, hvoraf konsekvens igen var en forlængelse af processen for screeningen af studierne

Overordnet vurderes implikationerne af søgestrategien til kun at have tidsmæssige konsekvenser og at disse ikke har haft en betydning for kvaliteten eller specialet. Idet søgestrategien er eksplicit og transparent, og dermed ville kunne gentages, vurderes at det systematiske reviews reliabilitet ikke giver grund til bekymring.

Der blev desuden ikke søgt på comparison, som jeg i afsnit 4.4.1 gør rede for er en del af PICO-modellen. Jeg har valgt ikke at medtage denne blok i min søgning, da jeg havde et ønske om at medtage forskellige studiedesigns og ikke kun studier, hvor designet tillod sammenlignelighed. Det kan ligeledes diskuteres hvorvidt PICO-modellen har været den mest optimale model at bruge til at afgrænse søgestrategien. Det anbefales derfor, at der i mixed methods systematisk reviews udarbejdes to søgestrategier, der hhv. repræsenterer en kvantitativ og en kvalitativ tilgang (Noyes et al., 2020). PICO-modellen er mest hensigtsmæssig ift. at fremsøge kvantitative studier, da der er et specielt fokus på outcomes (Methley, Campbell, Chew-Graham, McNally, & Cheraghi-Sohi, 2014). Et andet værktøj, der kunne have været brugt i forbindelse med at fremsøge kvalitative studier, er SPIDER modellen, der står for *Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation og Research type*. Denne model hævdes at være mere sensitiv og mere passende ift. kvalitative og mixed methods søgninger (Cooke, Smith, & Booth, 2012). Dog har valget om at bruge PICO-modellen og en

samlet søgestrategi virket efter hensigten om at udføre en udtømmende systematisk søgning, hvorfor dette ikke bør skabe bekymring for specialets interne validitet.

Screeningsprocessen

Screeningsprocessen, som beskrevet i afsnit 4.4.4, er udført igennem flere faser, for at undgå at relevante studier ekskluderes. Dette har medført at udvælgelsen af de inkluderede studier er foregået på systematisk vis. Ifølge Cochranes Handbook (2008) bør screeningsprocessen foretages af mindst to personer, der uafhængigt af hinanden screener og herefter diskuterer processen og de udvalgte studier. Således sikres det at relevante studier ikke ekskluderes og der opretholdes systematik. Dette var ikke muligt, da jeg har været alene om specialet. Dog har jeg haft en systematisk tilgang til screeningen ved at bruge referenceværktøjet EndNote til at følge faserne og gruppere referencerne med udgangspunkt i de opstillede eksklusionskriterier. At screeningsprocessen er foretaget af en enkelt person, kan muligvis stadig have påvirket det systematiske reviews kvalitet, da reproducerbarheden af søgestrategien dermed ikke er efterprøvet af andre end mig selv. Derudover er relevansen af studierne ikke blevet vurderet af andre, hvilket principielt kan have medført, at jeg har overset eller fejlvurderet udvælgelsen af studierne i screeningsprocessen. Reliabiliteten er trods dette forsøgt øget, som tidligere nævnt, ved at sikre en transparent og systematisk tilgang. Den interne validitet er desuden sikret i, at de inkluderede studier har medvirket til at besvare specialets problemformulering.

Der er opstillet inklusions- og eksklusionskriterier (tabel 2), som var med til at sikre systematikken og var retningsgivende for, hvorvidt studier skulle inkluderes eller ekskluderes under screeningsprocessen.

Af de fremsøgte studier blev en stor mængde allerede ekskluderet på screening af titel og abstract, hvilket anses som værende normal praksis ud fra litteraturen af flere årsager (Dyssegaard et al., 2013). Først og fremmest har det høje antal fremsøgte artikler i sig selv været et omfangsrigt udgangspunkt i de første faser af screeningen – dette bundede i intentionen om at søgningen skulle være udtømmende og med høj sensitivitet efter Cochranes (2020) anvisning. Desuden er der, som tidligere nævnt i diskussionen om søgestrategien, anvendt mindre præcise søgeord, hvilket har bidraget til et øget antal hits, hvoraf mange kunne frasorteres allerede i de første faser af screeningen. De første faser af screeningen har derfor været præget af, at tilgangen til reviewet i højere grad har været udtømmende og mindre præcis. Forventningen om at foretage en udtømmende systematiske

søgning er dermed udført efter hensigten, hvilket anses som værende en kvalitetsmæssig styrke for udførelsen af de metodiske valg i specialet. Dette indikerer ydermere, at den interne validitet er god.

I følge Lund et al. (2014) vedrører den eksterne validitet, hvorvidt populationen i de inkluderede studier er overførbart til den kontekst problemet netop gør sig gældende i. Et af inklusionskriterierne, der blev udformet ift. screening af studierne, var at studierne skulle foregå i almen praksis eller tilsvarende, hvor konteksten kunne overføres til dansk kontekst. Med afsæt i dette blev studier, der er lavet i lande, hvor denne del af sundhedsvæsenet ikke er sammenlignelige med det danske, ekskluderet. For eksempel er studiet af Liu et al. (2006) inkluderet selvom det finder sted i specialet af intern medicin. Dette på baggrund af at intern medicin i Japan har samme funktion som almen praksis i Danmark. Denne del af processen har ligeledes fyldt en stor del af arbejdet, da det har krævet yderligere informationssøgen og viden om den pågældende kontekst og respektive sundhedsvæsen. Dette inklusionskriterie har hermed virket efter intentionen, og har medvirket til en screeningsproces efter hensigten. Karakteristika, af de populationer studierne omhandler, kan dog udgøre en bekymring ift. overførbareheden og den eksterne validitet, bl.a. fordi nogle studier omhandler en bestemt patientgruppe og andre mere heterogen repræsentation af patienter.

Søgetekniske udfordringer

I de pågældende databaser er der normalvis mulighed for at benytte en filtreringsfunktion, ift. til kun at fremsøge primærstudier og filtrere f.eks. reviews, protokoller etc. der også fremkommer ved søgningen. Jeg valgte ikke at benytte at databaserne filtreringsfunktioner. Jeg fravalgte denne funktion, da jeg har tidligere har erfaret, at filteringsmuligheden ikke fungerer optimalt og der opstår en usikkerhed om hvorvidt der bliver frasorteret relevante studier. Dette resulterede naturligvis i øget antal hits, hvoraf konsekvensen var en forlængelse af processen for screening af studierne. Det har dermed ikke påvirket det endelige resultat af den systematiske søgning, da jeg har været opmærksom herpå gennem hele screeningen.

Som tidligere nævnt, brugte jeg referenceværktøjet EndNote til håndtering af screeningsprocessen til systematiske inddeling af artiklerne. Desuden er værktøjet blevet brugt til at tjekke på duplikater som første trin i screeningsprocessen. Da der er søgt i flere databaser, vil der typisk være gengange på tværs af disse, hvilket betyder at de samme artikler vil fremkomme flere gange. Trods EndNote tilbyder automatisk duplikattjek, oplevede jeg at dette ikke var konsekvent senere i

screeningsprocessen, hvorfor jeg måtte tjekke for duplikater manuelt undervejs. Dette har selvfølgelig haft tidsmæssige konsekvenser, men har ikke påvirket det endelige resultat af søgningen.

Dataekstraktion

Dataekstraktionen bør, ifølge Cochranes Handbook (2020), foretages af mindst to personer, der uafhængigt af hinanden ekstraherer data fra de udvalgte studier og herefter sammenligner og diskuterer resultaterne. Dette anbefales for at minimere fejl og potentielle bias, der kan medføres af revieweren (Lefebvre et al., 2020). Som nævnt tidligere, har jeg været alene om specialet, hvorfor ovenstående ikke har været muligt. Således har det medført at jeg har måtte betro mig til min egen faglige dømmekraft. En del af processen i dataekstraktionen er ligeledes at fordybe sig i de valgte studier, og blive fortrolig med hver enkelt studie, for netop at kunne afgøre hvordan analysen og fremstillingen af det indsamlede data skal forekomme. Selvom jeg har været alene om at udarbejde den strukturerede formular for dataekstraktionen og selve dataekstraktionen, har jeg indledningsvist sparret med vejleder og kollega om de udvalgte studier, hvilket således har skabt mulighed for at diskussion. Reviewets reliabilitet og validitet i forhold til dataekstraktionen giver således ikke grund til bekymring og at jeg principielt har været alene om ekstraktionen anses derfor ikke som en begrænsning for reviewprocessen.

Kritisk kvalitetsvurdering

Hvorvidt et systematisk review kan drage konklusioner, afhænger ifølge Cochranes Handbook (2020), om dataene og resultaterne fra de inkluderede studier er gyldige. Det hævdes, at en vurdering af gyldigheden af de inkluderede studier derfor er en væsentlig komponent og dermed har indflydelse på analysen, fortolkningen og konklusionerne af reviewet (Higgins et al., 2020). Med afsæt i dette har hver af de inkluderede studier i dette speciales systematisk review undergået en kritisk kvalitetsvurdering ved brug af forskellige kvalitetsvurderingsværktøjer, som er angivet i afsnit 4.4.5. Et kvalitetsvurderingsværktøj har til formål at facilitere en konsistent og objektiv vurdering. Undervejs i denne proces funderede jeg over hvor meget eller hvor lidt spørgsmålene i vurderingsværktøjerne skulle vægtes specielt ift. de kvantitative studier. Hjørland (2010) reflekterer ligeledes over, hvorvidt forskere kan forholde sig neutrale og ensartet i kritiske vurderinger (Hjørland, 2010). I forlængelse heraf, er det muligt at mit eget udgangspunkt, og eksempelvis statistiske forståelse, har påvirket vurderingerne af de inkluderede studier. Der er derfor risiko for, at jeg som subjekt ikke har kunnet forholde mig objektivt og værdineutralt i vægtningen af studierne.

En del af specialet indtager en positivistisk position, hvorfor den påvirkede objektivitet og værdifrihed, må anses som en begrænsning ved det indeværende review, hvilket kan have påvirket reliabiliteten og den interne validitet. Det kan dog diskuteres, hvorvidt udførelse af en kritisk kvalitetsvurdering overhovedet kan udføres uden påvirkning af revieweren. Desuden er der ikke ekskluderet nogle studier efter kvalitetsvurderingen.

10 Konklusion

Både internationalt og i Danmark er der i stigende grad et fokus på digitalisering af sundhedsvæsenet med henblik på at tilbyde lige adgang for alle borgere og med forventninger om øget kvalitet i behandling. Men der forekommer stadig utydelighed omkring hvordan de relationelle aspekter påvirkes af videokonsultationer. Med afsæt heri har dette speciale til formål at bidrage med evidensbaseret viden om anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis med henblik på at sikre en patientcentreret behandling. Herunder bidrage til viden om muligheder og begrænsninger i brugen af videokonsultationer i almen praksis. I anskuelsen af problemfeltet, har specialet positioneret sig i Wulff og Gøtzsches (2007) tilgang til klinisk beslutningstagen, hvilket bidrager til et nuanceret og flervidenskabeligt perspektiv.

Specialets fund er genereret på baggrund af et mixed methods systematisk review med afsæt i Cochranes Handbook (2020). Fundene af det systematiske review indikerer, at de relationelle aspekter har de bedste vilkår i face-to-face konsultationer sammenlignet med videokonsultationer, og at den fysiske afstand mellem parterne via video skaber udfordringer i konsultationen. Videokonsultationer er præget af reduceret non-verbal kommunikation, der modvirker den visuelle informationsdeling. Herudover anses denne form for konsultationstype som værende mere lægecentreret end patientcentreret, da patienten kommer mindre til orde, hvoraf der går på kompromis med patientens psykosociale forhold og præferencer. Det tekniske aspekt af konsultationen er ligeledes af stor betydning for oplevelsen og kvaliteten af kommunikationen. Særligt med henblik på forbindelsen, da dette netop er forudsætning for god kommunikation uden forbindelsessvigt og billede- og lydforsinkelser. Fundende af dette speciale antyder, at overvejelser om anvendelsen af videokonsultationer bør overvejes i betragtning af den enkelte patients præferencer og tekniske færdigheder. Dette på baggrund af, at både lægens og patientens generelle tekniske kunnen, og fortrolighed ift. anvendelsen af videokonsultationer, bidrager til deres villighed til at benytte sig af dem, og at mangler herpå opleves som en betydelig begrænsning. Hertil bidrager patientens personlighed, eksisterende online adfærd og alder ligeså. I forventningerne om at videokonsultationer reducerer ulige adgang til behandling, kan patienters varierende tekniske færdigheder dermed resultere i lignende ulighed. Der identificeres derfor et behov for yderligere forskning, hvor teknologien ikke udforskes som et neutralt redskab, men nærmere hvor det anses som en del af relationen, samt hvordan det patientcentrerede kan styrkes indenfor rammerne af teknologien. Derudover er der behov for yderligere forskning på området, der mere entydig besvarer effektspørgsmål ift. klinisk kvalitet.

11 Litteraturliste

- Agha, Z., Roter, D. L., & Schapira, R. M. (2009). An Evaluation of Patient-Physician Communication Style During Telemedicine Consultations. *Journal of Medical Internet Research*, 11(3), e36.
- Andersen, I. B., & Peter, M. (2014). *Evidensbaseret medicin* (4. ed.). København: Gads Forlag.
- Andersen, K. N., Nielsen, J. A., & Kim, S. (2019). Use, cost, and digital divide in online public health care: lessons from Denmark. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 13(2), 197-211.
- Berg, M. (1998). The Politics of Technology: On Bringing Social Theory into Technological Design. *Science, Technology, & Human Values*, 23(4), 456-490.
- Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori* (1. ed.). København: Munksgaard.
- Blok, A., & Jensen, T. E. (2009). *Bruno Latour: hybride tanker i en hybrid verden* (1. ed.). København: Hans Reitzel.
- Bohannon, L., Herbert, A., Pelz, J., & Rantanen, E. (2013). Eye contact and video-mediated communication: A review. *Displays*, 34, 177-185.
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2. ed.). California: Sage Publications Ltd.,
- Brown, N., & Michael, M. (2003). A Sociology of Expectations: Retrospecting Prospects and Prospecting Retrospects. *Technology Analysis & Strategic Management*, 15(1), 3-18.
- Bulik, R. J. (2008). Human factors in primary care telemedicine encounters. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(4), 169-172.
- CASP. (2018). CASP Qualitative Checklist. Retrieved from <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf> 13.09.2020
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443.
- Danmarks Statistik. (2020). FRDK120: Befolkningsfremskrivning 2020 for hele landet efter herkomst, køn og alder. Retrieved from www.statistikbanken.dk/FRDK120 19.10.2020
- Danske Regioner. (2020a). Det er blevet almindeligt at gå til lægen over skærmen. Retrieved from <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/det-er-blevet-almindeligt-at-gaa-til-laegen-over-skaermen> 20.10.2020
- Danske Regioner. (2020b). Videokonsultationer skal mindske smittespredning hos de praktiserende læger. Retrieved from <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2020/marts/videokonsultationer-skal-mindske-smitterisikoen-hos-de-praktiserende-laeger> 14.10.2020
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2020). Analysing data and undertaking meta-analyses. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (6.1 ed.). England: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.
- Dixon, R. F., & Stahl, J. E. (2008). Virtual visits in a general medicine practice: a pilot study. *Telemedicine Journal and e-Health*, 14(6), 525-530.
- Dixon, R. F., & Stahl, J. E. (2009). A randomized trial of virtual visits in a general medicine practice. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(3), 115-117.
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., . . . McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594.

- Dyssegaard, C. B., Lindstrøm, M., Larsen, M. S., & Johannsen, C. G. (2013). Inklusion og eksklusion af forskningsresultater. In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en introduktion* (1. ed.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Elsass, P., & Lauritsen, P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning: teori, metode, praksis* (1. ed.). København: Hans Reitzel.
- Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
- Fink, A. G. (2019). *Conducting Research Literature Reviews: Form the Internet to Paper* (5. ed.). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Folker, M. P., Helverskov, T., Nielsen, A. S., Jørgensen, U. S., & Larsen, J. T. (2018). Telepsykiatri giver nye muligheder for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom. *Ugeskrift for Læger*, 22(V07170572), 2-6.
- Friis-Hasché, E., & Witt, K. (2013). Behandleren. In E. Friis-Hasché, L. Frostholt, & A. Schröder (Eds.), *Klinisk sundhedspsykologi* (2. ed.). København: Munksgaard.
- Funderskov, K. F., Raunkiær, M., Danbjørg, D. B., Zwisler, A.-D., Munk, L., Jess, M., & Dieperink, K. B. (2019). Experiences With Video Consultations in Specialized Palliative Home-Care: Qualitative Study of Patient and Relative Perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e10208.
- Gabel, L. L., Lucas, J. B., & Westbury, R. C. (1993). Why do patients continue to see the same physician? *Family Practice Research Journal*, 13(2), 133-147.
- Gorawara-Bhat, R., & Cook, M. (2011). Eye contact in patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 82, 442-447.
- Gough, D., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). *An Introduction to Systematic Reviews* (2. ed.). UK: Sage Publications Ltd.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*, 26(2), 91-108.
- Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente journal*, 16(3), 49-53.
- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., . . . McKinstry, B. (2019). Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e595-e604.
- Hannes, K., Petry, K., & Heyvaert, M. (2017). The meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis: a worked example on experiences of pupils with special educational needs in inclusive education. *International Journal of Research & Method in Education*, 41, 1-15.
- Hashim, M. J. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. *American Family Physician*, 95(1), 29-34.
- Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. (2020). Risk of bias in a randomized controlled trial. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (6.1 ed.). England: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.
- Hiratsuka, V., Delafield, R., Starks, H., Ambrose, A. J., & Mau, M. M. (2013). Patient and provider perspectives on using telemedicine for chronic disease management among native Hawaiian and Alaska native people. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(SUPPL.1).
- Hjørland, B. (2010). Evidensbaseret praksis i videnskabsteoretisk belysning. *Dansk Biblioteksforskning*, 6(2/3), 35-47.

- Hong, Q. N., Pluye, P., Bujold, M., & Wassef, M. (2017). Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev*, 6(1), 61.
- Hunich, L., & Olesen, F. (2014). *Teknologi i sundhedspraksis* (1. ed.). København: Munksgaard.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centeredness” in patient–physician communication research. *Social Science and Medicine*, 96, 147-153.
- Javier, T. S. F. (2005). Bruno Latour: Reassembling the Social: an introduction to Actor-Network-Theory. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*(1).
- Johnston, S., MacDougall, M., & McKinstry, B. (2016). The use of video consulting in general practice: semi-structured interviews examining acceptability to patients. *BMJ Health & Care Informatics*, 23(2).
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3. ed.). København K.
- Kristiansen, H. M., & Hjørland, B. (2013). Litteratursøgningens metodik. In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en introduktion* (1. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Lang, F., Floyd, M., & Beine, K. (2000). Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Archives of Family Medicine*, 9, 222-227.
- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228-1236.
- Latour, B. (2006). *Vi har aldrig været moderne : et essay om symmetrisk antropologi* (1. udgave. ed.). Kbh: Hans Reitzel.
- Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e136.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen* (7. ed.). København: Forfatterne og Munksgaard.
- Leach, M. J. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(4), 262-265.
- Lee, S. A., & Zuercher, R. J. (2017). A current review of doctor–patient computer-mediated communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 10(1), 22-30.
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.-I., . . . Wieland, L. S. (2020). Searching & selecting studies. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention* (6.1 ed.): The Cochrane Collaboration.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA*, 284(8), 1021-1027.
- Lings, P., Evans, P., Seamark, D., Seamark, C., Sweeney, K., Dixon, M., & Gray, D. P. (2003). The Doctor-Patient Relationship in US Primary Care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 180-184.
- Liu, X., Sawada, Y., Takizawa, T., Sato, H., Sato, M., Sakamoto, H., . . . Okamura, S. (2007). Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. *Internal Medicine*, 46(5), 227-232.
- Lund, H., Juul, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. ed.). København: Munksgaard.
- Mabek, C. E. (1994). *Lægen og patienten. Patientcentreret medicin i teori og praksis* (1. ed.). København: Munksgaard.

- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach* (2. ed.). USA: SAGE Publications, Inc.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1), 579.
- Miller, E. A. (2001). Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 1-17.
- Miller, E. A. (2011). The continuing need to investigate the nature and content of teleconsultation communication using interaction analysis techniques. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(2), 55-64.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2008). *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. København K
- Musgrove, M. P. (2019). Telemedicin. In M. S. Bergstedt & M. Sølvkjær (Eds.), *Sundhedsteknologi i praksis* (1. ed.). København K: FADL's Forlag.
- Noyes, J., Booth, A., Cargo, M., Flemming, K., Harden, A., Harris, J., . . . Thomas, J. (2020). Qualitative evidence. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (6.1 ed.). England: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.
- OECD. (2001). *Understanding the digital divide*. Paris, France
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: a realist perspective* (1. ed.). London: Sage Publications.
- Pearson, A., Robertson-Malt, S., & Rittenmeyer, L. (2011). *Synthesizing Qualitative Evidence* (1. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Walter Kluwer business.
- Pearson, A., White, H., Bath-Hextall, F., Salmond, S., Apostolo, J., & Kirkpatrick, P. (2015). A mixed-methods approach to systematic reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 121-131.
- Philip, K. S. (2001). Indigenous Knowledge: Science and Technology Studies. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7292-7297). Oxford: Pergamon.
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77-87.
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29-45.
- Pols, J., & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *Alter*, 3(2), 159-178.
- Pors, N. O., & Johannsen, C. G. (2013a). Afgrænsning af population, intervention og effekter og formulering af forskningsspørgsmål. In N. O. Pors & C. G. Johannsen (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en introduktion* (1. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Pors, N. O., & Johannsen, C. G. (2013b). Forskningsdesign og protokoller. In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en introduktion* (1. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Pors, N. O., & Johannsen, C. G. (2013c). Syntetisering - meta-analyser og narrative synteser. In N. O. Pors & C. G. Johannsen (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en introduktion* (1. ed.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

- Praktiserende Lægers Organisation. (2019). Min Læge. Appen som bringer dig tættere på din praktiserende læge. Retrieved from <https://minlaegeapp.dk/>
- PRISMA. (2015). PRISMA Checklist. Retrieved from <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist> 31.10.2020
- Regeringen, KL, & Danske Regioner. (2012). *Telemedicin - en nøgle til fremtidens sundhedsydelser. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin - kort fortalt*. København K
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(561), e116-e133.
- Rieper, O. (2013). Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjerner det? In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews: En introduktion*. 1970 Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens* (9788775098330). Kbh
- Roettl, J., Bidmon, S., & Terlutter, R. (2016). What Predicts Patients' Willingness to Undergo Online Treatment and Pay for Online Treatment? Results from a Web-Based Survey to Investigate the Changing Patient-Physician Relationship. *Journal of Medical Internet Research*, 18(2), e32.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.
- Sismondo, S. (2004). *An Introduction to Science and Technology Studies*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Stahl, J. E., & Dixon, R. F. (2010). Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16(3), 147-151.
- Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., . . . Higgins, J. P. T. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ*, 355(I4919).
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., . . . Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool to assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366(I4898).
- Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, & KL. (2018). *Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle. Strategi for digital sundhed 2018-2022*. København
- Sundhedsdatastyrelsen. (2015). *NBS Telemedicinbegreber - Rapport vedrørende udarbejdelse af begrebssystem og definitioner*. København S
- Sundhedsdatastyrelsen. (2019). *Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom*. København
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Borgere med multisygdom. Borgere med kroniske sygdomme i 2017*. København
- Sundhedsloven, §2, <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>, Pub. L. No. 1901998 (2019).
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. København K
- Svendsen, G. T. (2012). *Tillid* (1. ed.). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 521-531). København K.: Hans Reitzels Forlag.
- Thomas, J., Harden, A., Oakley, A., Oliver, S., Sutcliffe, K., Rees, R., . . . Kavanagh, J. (2004). Integrating qualitative research with trials in systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7446), 1010-1012.

- Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Harden, A., & Newman, M. (2017). Synthesis Methods for Combining and Configuring Textual or Mixed Methods Data. In D. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Eds.), *An Introduction to Systematic Reviews* (2. ed.). UK: Sage Publications Ltd.
- Thurén, T. (2008). *Videnskabsteori for begyndere* (1. ed.). København: Gyldendals Bogklubber.
- Trabjerg, T. B., Jensen, L. H., Søndergaard, J., Trabjerg, N. D., Sisler, J. J., & Hansen, D. G. (2020). Investigating whether shared video-based consultations with patients, oncologists, and GPs can benefit patient-centred cancer care: a qualitative study. *BJGP Open*, 4(2).
- Trabjerg, T. B., Jensen, L. H., Søndergaard, J., Sisler, J. J., & Hansen, D. G. (2019). Improving continuity by bringing the cancer patient, general practitioner and oncologist together in a shared video-based consultation – protocol for a randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 20(1), 86.
- Trabjerg, T. B., Jensen, L. H., Søndergaard, J., Trabjerg, N. D., Sisler, J. J., & Hansen, D. G. (2020). Investigating whether shared video-based consultations with patients, oncologists, and GPs can benefit patient-centred cancer care: a qualitative study. *BJGP Open*, 4(2).
- Vallgård, S. (2014). Sundhedsvæsen - centrale begreber og definitioner. In S. Vallgård & A. Krasnik (Eds.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (2. ed.). København: Munksgaard.
- Verbeek, P.-P. (2011). *Moralizing technology: understanding and designing the morality of things*. Chicago: University of Chicago Press.
- von Blitzingslwen, I., Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2), 210-219.
- Voss, H. (2009). *Telepsykiatri i Danmark – hvad ved vi fra udlandet? Udenlandske erfaringer med anvendelse af videokonference i psykiatrien*. København Ø
- Wentzer, H. (2020). Videokonsultationer: Genistreg eller åbning af Pandoras æske? *Dagens Medicin*. Retrieved from <https://www.vive.dk/da/udgivelser/videokonsultationer-genistreg-eller-aabning-af-pandoras-aeske-14878/>
- WHO. (1998). *Terminology. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services* Copenhagen
- WHO. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth*. Geneva
- Wulff, H. R., & Gøtzsche, P. C. (2007). *Rationel klinik: evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger* (5. ed.). København: Munksgaard Danmark.
- Ølholm, A. M., Kvistgaard, L., Høiberg, L., Kidholm, K., & Bergholm-Knudsen, M. (2020). *Evaluering af Video i almen og speciallægepraksis*. Odense

12 Bilag

Bilag 1: Søgestreng

PubMed		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
MeSH Terms: General Practitioners[MeSH Terms] OR Primary Health Care [MeSH Terms] 165.844	MeSH Terms: Remote Consultation[MeSH Terms] OR Videoconferencing[MeSH Terms] OR Telemedicine[MeSH Terms] OR Tele- communications[MeSH Terms] 92.304	MeSH Terms: Physician-Patient Relations[MeSH Terms] OR Professional-Family Relations[MeSH Terms] OR Professional-Patient Relations[MeSH Terms] OR Patient-Centered Care[MeSH Terms] OR Interpersonal Relations[MeSH Terms] 342.034
Fritekst: "family?practice"[Title/Abstract] OR "general?practice"[Title/Abstract] 45.805	Fritekst: "online?consultation*"[Title/Abstract] OR "video?consultation*"[Title/Abstract] OR "tele?consultation*"[Title/Abstract] OR "remote?consultation*"[Title/Abstract] OR "virtual?consultation*"[Title/Abstract] OR "video?appointment*"[Title/Abstract] OR "online?appointment*"[Title/Abstract] OR "virtual?appointment*"[Title/Abstract] OR "tele?practice*"[Title/Abstract] OR "re- mote practice*"[Title/Abstract] OR "virtual practice*"[Title/Abstract] OR "video confer- enc*"[Title/Abstract] OR "virtual?confer- enc*"[Title/Abstract] OR "tele?confer- enc*"[Title/Abstract] OR "virtual?confer- enc*"[All Fields] OR "video?communica- tion*"[Title/Abstract] OR "virtual?commu- nication*"[Title/Abstract] OR "tele?com- munication*"[Title/Abstract] OR "online?communication*"[Title/Abstract] OR "remote?communication*"[Title/Ab- stract] OR "tele?care"[Title/Abstract] OR "tele?medicine"[Title/Abstract] OR "tele?psychiatry"[Title/Abstract] OR "tele?health"[Title/Abstract] OR "e?health"[Title/Abstract] 5.507	Fritekst: relation*[Title/Abstract] OR interper- sonal*[Title/Abstract] OR "patient?cen- ter*"[Title/Abstract] 1.853.096
MeSH Terms og fritekst kombineret: 205.179	MeSH Terms og fritekst kombineret: 95.672	MeSH Terms og fritekst kombineret: 2.113.151
Kombineret med AND: 985		

PsycInfo		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Index Terms: DE General Practitioners OR DE Family Physicians OR DE Primary Health Care 28.182	Index Terms: DE "Telemedicine" OR DE "Teleconferencing" OR DE "Online Therapy" OR DE "Teleconsultation" OR DE "Telepsychiatry" OR DE "Telepsychology" OR DE "Telerehabilitation" 9.494	Index Terms: DE "Interpersonal Relationships" OR DE "Patient Centered Care" 63.427
Fritekst: TI ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*") AND AB ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*") 12.789	Fritekst: AB (((video OR tele OR remote OR virtual OR online) AND (consultation* OR appointment* OR practice* OR conferenc* OR communication*))) OR AB (tele!care OR tele!medicine OR tele!psychiatry OR tele!health OR video!conferenc* OR e!health)) OR TI (((video OR tele OR remote OR virtual OR online) AND (consultation* OR appointment* OR practice* OR conferenc* OR communication*))) OR TI (tele!care OR tele!medicine OR tele!psychiatry OR tele!health OR video!conferenc* OR e!health)) 35.523	Fritekst: TI (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) OR AB (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) 3.518
Index Terms og fritekst kombineret: 29.788	Index Terms og fritekst kombineret: 42.798	Index Terms og fritekst kombineret: 1.067.563
Kombineret med AND: 20		

SocIndex		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Fritekst: TI ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*") AND AB ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*") 11.542	Fritekst: AB (((video OR tele OR remote OR virtual OR online) AND (consultation* OR appointment* OR practice* OR conferenc* OR communication*))) OR AB (tele!care OR tele!medicine OR tele!psychiatry OR tele!health OR video!conferenc* OR e!health)) OR TI (((video OR tele OR remote OR virtual OR online) AND (consultation* OR appointment* OR practice* OR conferenc* OR communication*))) OR TI (tele!care OR tele!medicine OR tele!psychiatry OR tele!health OR video!conferenc* OR e!health)) 7.790	Fritekst: TI (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) OR AB (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) 1.146
Kombineret med AND: 9		

Embase		
Blok 1	Blok 2	Blok 3
Index Terms: Primary Health Care/ OR General Practice/ 138.738	Index Terms: Telemedicine/ OR Telehealth/ OR Teleconsultation/ OR Telepsychiatry/ Or Teleconference/ 40.915	Index Terms: Doctor patient relationship/ or professional-patient relationship/ 13.798
Fritekst: General practice OR General practitioner OR Primary care 312.428	Fritekst: online-consultation*.mp. OR video-consultation*.mp. OR virtual-consultation*.mp. OR remote-consultation*.mp. OR teleconsultation*.mp OR video-appointment*.mp. OR virtual-appointment*.mp. OR tele-conferenc*.mp. OR virtual-conferenc*.mp. OR online-conferenc*.mp. OR tele-communicati*.mp. OR remote-communicati*.mp OR telecare.mp. OR tele-health.mp. OR e-health.mp. 5955	Fritekst: TI (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) OR AB (TI doctor patient relationship OR TI doctor-patient relations OR TI doctor-patient interaction OR TI doctor patient communication OR patient centered care OR patient centred care) 155.985
Index Terms og fritekst kombineret: 348.187	Index Terms og fritekst kombineret: 43.652	Index Terms og fritekst kombineret: 164.779
Kombineret med AND: 408		

Bilag 2: Dataekstraktionsformular

Publikationsdetaljer

Titel		
Forfattere	Årstal	
Tidsskrift		
Volume	Issue	Sider

Studiets karakteristika

Studiedesign	
Studiets formål	
Land, hvor studier er udført	
Setting og kontekst	
Deltagernes karakteristika	Antal deltagere
Inklusions- og eksklusionskriterier	
Rekrutteringsmetode	
Teorier eller konceptuelle værktøjer, der er brugt	
Etisk godkendelse	
Dataindsamlingsmetode	
Metodeværktøjer, der er brugt	
Analysemetode	

Interventionen

Interventionens formål
Aktører i interventionen
Beskrivelse af interventionen
Total antal randomiserede
Dropout, og begrundelse
Ændring af interventionsgruppe, og begrundelse
Periode for interventionen

Resultater

Outcome variable
Uforudsigelige konsekvenser
Missing outcomes
Detaljer af fund
Studiets styrker og begrænsninger