

Værdien af patientspørgeskema udfyldt før konsultation hos egen læge

Kandidatspeciale, medicin
Aalborg Universitet

Jasmin Thangavel
Lægestuderende, 11. semester

Pernille Troelsen
Lægestuderende, 11. semester

Vejledere:

Kirsten S. Freund, speciallæge i almen medicin og klinisk lærer, Aalborg Universitet.

Mogens Lytken Larsen, professor og overlæge, Aalborg Universitetshospital.

Antal ord: 4999 ord (eksl. abstract: 254 ord og engelsk resumé: 651 ord)

Antal sider: 74 sider

Antal bilag: 9 (50 sider)

Afleveringsdato: 5. januar 2017



AALBORG UNIVERSITET

Abstract

Baggrund:

De fleste patienter i almen praksis har forventninger, når de kommer til egen læge, og det kan have betydning for udbyttet af konsultationen, hvorvidt disse forventninger bliver indfriet.

Formål

Formålet var at undersøge værdien af et elektronisk patientspørgeskema udfyldt før konsultationen hos egen læge.

Metode

Litteratursøgning på PubMed og EMBASE. Der blev udarbejdet et elektronisk patientspørgeskema baseret på de fire F'er, som blev integreret i WebPatient. Praksis udvalgte 2-3 dage om ugen, hvor patienter med elektronisk kontakt til klinikken få dage før konsultationen fik tilsendt spørgeskemaet. Efter konsultationen udfyldte både patient og læge et evalueringsskema, på en skala fra 1-10, omkring henholdsvis konsultationskvaliteten og lægens udbytte af patientens udfyldte spørgeskema. Alle patienter med konsultation hos den pågældende læge på undersøgelsesdagene besvarede evalueringsskema. Patienter der ikke besvarede det elektroniske spørgeskema udgjorde kontrolgruppen.

Resultater

5 læger fra 3 forskellige praksis deltog. I alt blev 63 spørgeskemaer udsendt, og 31 patienter besvarede dette. 65 patienter besvarede evalueringsskema, hvoraf 34 udgjorde kontrolgruppen. Gennemsnittet på patienternes evaluering af lægens forståelse for konsultationen og deres udbytte heraf var hhv. 9,7 og 9,6. Forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen var ikke signifikant (p-værdi på 0,45 og 0,73). 29 patienter besvarede, om spørgeskemaet var til gavn. Gennemsnittet var 6,4 fordelt på hele skalaen. 33 lægeevalueringer viste at oplysningerne fra spørgeskemaet blev brugt, men at de ikke havde værdi for konsultationen.

Konklusion

Spørgeskemaet blev integreret i WebPatient men ikke uden vanskeligheder. Evalueringsskemaerne fra patienter og læger viste generelt en meget høj patienttilfredshed, men ikke entydigt en gavnlige effekt af patientspørgeskemaet på konsultationen

Engelsk resume

Patients are experts on their own life, while the physicians have the professional knowledge. An important aspect in elucidating health issues is therefore patient-involvement, giving the patient a feeling of control of own health, having positive effect on patient engagement and treatment outcome. Methods to improve patient-involvement and patient-centered approach are for example to give the patients access to their own health records, better insight in treatment options or pre-visit questionnaire.

Patients visiting general practice frequently visit their doctor with more than one agenda, and the patients concerns are often related to symptoms instead of disease. Patients clarifying their agendas to the doctor might help the doctor to increase consultation quality and patient satisfaction, but this would require both doctor and patient having good communication skills. Patients preparing themselves before the consultation, considering what they want to discuss with the doctor and what they expect from the consultation, might facilitate common agenda.

This study was made to prepare and integrate a short pre-visit questionnaire electronically, and study effect on the consultation, when patients answered this before meeting with the doctor.

To evaluate the effect of a pre-visit questionnaire answered by the patients electronically, a pre-visit questionnaire with 5 questions was made and integrated in the system WebReq. Once the clinic had send out the questionnaire to a patient, the patient had to create an account in WebPatient to answer it. The questions were made from the, in Danish, 4 F's, referring to the patients' conception, function, feelings, and expectations.

11 GP clinics were invited, out of which three clinics accepted, resulting in only 5 doctors participating.

Two to three days a week the pre-visit questionnaires were send to patients with electronically and telephonic contact to the clinic. These patients represented the intervention group. After the visit, both the doctors and the patients were requested to evaluate the consultation and the effect of the pre-visit questionnaire, answering questions on scales from 1-10.

Patients, not requested to answer the pre-visit questionnaire, but who visited the doctor the same days as the patients from the intervention group, were also asked to fill in the post-visit evaluation. These patients represented the control group. Furthermore, the doctors were asked to answer an end-evaluation scheme about the study.

The inclusion period was decided to be one month, but due to a small amount of gathered data, the inclusion period was extended with 3 weeks. Only 2 clinics accepted to extend the period. The last clinic had to withdraw as the experiment was too time consuming.

63 patients were requested to participate in the intervention group. Of these 31 patients accomplished answering the pre-visit questionnaire.

65 patients answered the post-visit evaluation out of which 29 had answered the pre-visit questionnaire. The average score for question 1, about how well the doctor understood the patient's issue, was estimated to be 9,7, while question 2, about how satisfied they were with the out-come, was estimated to be 9,6. Comparing the intervention group and the control group, no significant difference was found in question 1 and 2. Evaluation of question 3 about the effect of the questionnaire, which only had been answered by the intervention group, posed an average score on 6,4.

The doctor evaluation consisted of 5 questions. Question 1 and 2 evaluating to which extend the doctors used the answers from the pre-visit questionnaire, and its value for the consultation, each posed an average score above 5. The last 3 questions evaluating to which extend the questionnaire helped the doctor to understand the patient's problem, and how the problem affected the patient, were each estimated to an average score below 5.

The study showed, that for patients to answer an electronic pre-visit questionnaire, the accessibility should be greater than possible in this study. The evaluations from both doctors and patients showed a high patient satisfaction of the study, but no significant effect of the pre-visit questionnaire.

Indholdsfortegnelse

Formål	6
Baggrund	6
Metode	8
Litteratursøgning.....	8
Population og studiedesign.....	8
Patientspørgeskema	9
Evalueringskemaer	9
Analyse.....	10
Resultater	11
Population og patientspørgeskema	11
Patientevalueringsskema.....	12
Lægeevalueringsskema.....	14
Sammenligning af patienter og lægers evalueringer	16
Slutevaluering fra lægerne.....	17
Diskussion.....	17
Studiets styrker	20
Studiets svagheder	20
Konklusion	21
Interessekonflikter.....	21
Referencer	21
Bilag	24
1. Patientspørgeskema	24
2. Evalueringskema patient.....	25
3. Evalueringskema læge	27
4. Slutevaluering til lægerne	28
5. Besvarelse af slutevaluering	29
6. Tekst til venteværelse	33
7. Tekst til hjemmeside	33
8. Søgeprotokol og flowdiagram	34
A. Søgeprotokol PubMed	34
B. Søgeprotokol EMBASE	38
C. Flowdiagram	41
9. Litteraturgennemgang.....	42

Formål

Formålet med dette studie var at undersøge, om det havde indflydelse på konsultationen i almen praksis, hvis patienterne forinden havde besvaret et kort elektronisk spørgeskema baseret på de fire F'er, forestilling, funktion, følelser og forventninger. Besvarelse af spørgeskemaet kunne være med til at forberede patienten til konsultationen og krævede, at patienten reflekterede over, hvad formålet med konsultationen var. Samtidig kunne det hjælpe lægen med at forberede sig på patienten og give et indblik i patientens forventninger. Hypotesen var, at besvarelse af spørgeskemaet ville have en positiv indvirkning på både lægens og patientens oplevelse af konsultationen.

Baggrund

Patientinddragelse er blevet et vigtigt begreb inden for sundhedssektoren, hvilket bl.a. ses ved, at der er blevet oprettet et nationalt Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (www.vibis.dk), som samler og formidler viden på området. Derudover lavede Sundhedsstyrelsen i 2008 en rapport om patientinddragelse med henblik på at øge indsigten og give inspiration inden for emnet¹.

I en pjece fra Center for Kvalitet, Region Syddanmark blev formålet med patientinddragelse beskrevet således: ”Det handler om at bygge bro mellem patienternes viden og personalets viden”². Patienten er ekspert på sit eget liv og de sundhedsprofessionelle har den faglige viden. Der findes forskellige former for patientinddragelse, den individuelle, hvor det er den enkelte patient, der inddrages bl.a. i form af patientadgang til egen journal, og den repræsentative patientinddragelse fx brugerundersøgelser². Forskning har vist, at patientinddragelse har positiv indflydelse på patientens følelse af kontrol over eget helbred³, samt på behandlingseffekten⁴ og patientens aktivitet og engagement⁵. Patientens ønsker må dog opvejes mod økonomiske rammer, praktiske muligheder og behandlerens faglighed.

Den individuelle patientinddragelse, hvor behandlingen tilpasses den enkelte patients præferencer, kan forsøges opnået med en patientcentreret tilgang, som er fundamentet for en god konsultation i almen praksis. I et observationsstudie, hvor patientcentreret tilgang ud fra patientens perspektiv blev undersøgt, var resultatet, at der er tre vigtige domæner inden for dette: kommunikation, læge-patient-forhold og sundhedsfremme⁶. Andre metoder til at fremme patientcentreret tilgang er ved at inddrage patienten elektronisk fx ved at give patienten adgang til egen journal⁵ eller give patienten mulighed for selv at lave notater heri⁷. Ligeledes kan forsøges at give patienten bedre indblik i behandlingsmuligheder og lade patientens ønske komme frem i beslutningen om behandlingstiltag⁸.

I almen praksis drejer mange konsultationer sig ikke om egentlig sygdom, men om symptomer, der bekymrer patienten. Læge-patient-kommunikationen er et vigtigt

element i den patientcentrede tilgang, hvor patientens agenda er et centralt udgangspunkt for konsultationen. Denne agenda kan sommetider være svær at få klarlagt⁹⁻¹¹. Den begrænsede tid til den enkelte konsultation, kan være en faktor, der bidrager til, at patientens agenda ikke kommer frem⁹, og den korte tid med patienten stiller ekstra krav til kommunikationen.

Kommunikationen er en vigtig faktor, for udbyttet og helheden af konsultationen¹²⁻¹⁴. Det er vist, at patienter, der over for lægen ikke lægger skjul på deres forventninger til konsultationen, har en større chance for at få forventningerne opfyldt¹⁴. Kommunikation har også betydning for patientens tilfredshed med konsultationen¹⁵. Flere studier har vist forskel på lægers kommunikation med patienter fra forskellige sociale klasser, og det hænger sammen med, at patientens måde at kommunikere på påvirkes af uddannelsesniveaet. Højtuddannede stiller flere spørgsmål og giver i højere grad udtryk for deres følelser, hvilket påvirker lægens kommunikation og medfører, at højtuddannede fx får mere information¹⁶⁻¹⁸.

De fleste patienter i almen praksis har forventninger, når de kommer til lægen, og det kan have betydning for tilfredsheden med konsultationen, hvorvidt disse forventninger bliver indfriet¹⁹⁻²¹. I et review blev der i 11 af 19 studier, som undersøgte patienternes tilfredshed efter konsultationen, fundet en positiv association mellem at møde patientens forventninger og patientens tilfredshed²². Et andet studie fandt dog ikke, at denne sammenhæng var signifikant, men fandt i stedet association mellem tilfredshed og følelse af kontrol over sit eget liv¹⁵. Det er ligeledes vist, at misforståelser mellem læge og patient kan opstå, hvis ikke patienten giver udtryk for sine præferencer og forventninger eller responderer på lægens beslutninger. Et negativt udbytte heraf kan være, at patienten ikke tager den ordinerede medicin²³.

Det kunne tyde på at en klarlagt agenda, øger muligheden for en god konsultation. Dog kan patientens forventninger ikke altid imødekommes – fx ønske om henvisning eller undersøgelse, som lægen ikke finder nødvendig. Der er lavet flere studier med spørgeskemaer før konsultationen mhp. forventningsafstemning mellem læge og patient^{19,24,25}. De forventninger, som patienterne oftest har til lægen, er en forklaring på deres problem^{19,20}, og at lægen viser interesse og lytter til dem¹⁹.

I en rapport af Pernille Hylleberg blev det undersøgt, om der forekom en større patienttilfredshed og en øget effektivitet, hvis patienten indrapporterede oplysninger elektronisk direkte til journalen før selve konsultationen²⁶. Hyllebergs undersøgelse foregik i én praksis, ved at patienterne før konsultationen, enten hjemmefra eller i venteværelset, elektronisk besvarede nogle spørgsmål baseret på de 4 F'er. Spørgeskemaet blev kun integreret i det specifikke IT-system, der blev brugt i det pågældende lægehuse. Patienternes besvarelser blev lagt ind i patientens journal, så lægen kunne se dem før konsultationen. Der var et positivt udbytte af de selvrapporterede data, men undersøgelsen havde nogle svagheder, og det var et meget lille antal, der benyttede sig af

systemet. Der var ingen kontrolgruppe, hvorved man kunne have dannet et billede af en evt. social skævhed.

I herværende studie blev det i flere praksis undersøgt, om konsultationen forbedredes og om patientens agenda og forventninger blev tydeliggjort, hvis patienten før konsultationen besvarede et kort elektronisk spørgeskema. Spørgeskemaet blev integreret i WebPatient, som er tilgængeligt for alle lægeklinikker. På den måde var det samme system, der blev brugt, uanset hvilket lægehus patienten var tilknyttet. Patienten modtog påmindelser om spørgeskemaet både på e-mail og på sms, og dette kunne måske have bidraget til, at flere patienter besvarede spørgeskemaet. Der blev kun udarbejdet ét spørgeskema, modsat i Pernille Hyllebergs studie, hvor skemaerne var forskellige afhængig af henvendelsesårsagen. I Hyllebergs studie blev kommenteret, at spørgeskemaet var for langt og uoverskueligt. Derfor blev det i dette studie forsøgt at gøre spørgeskemaet kort og forståeligt med kun 5 spørgsmål. På samme måde blev evalueringsskemaerne til både patient og læge reduceret til hhv. 3 og 5 spørgsmål, og besvarelsen blev lavet som afkrydsning.

Metode

Studiet var godkendt af multipraksisudvalget, og dataindsamling var anmeldt til Data-tilsynet.

Litteratursøgning

Der blev lavet systematisk litteratursøgning på PubMed og EMBASE, se bilag 8. PubMed fandt 3495 artikler i en bred søgning og 54 artikler ved en mere detaljeret søgning. EMBASE søgningen gav 51 artikler, hvoraf 41 var relevante og syv artikler også var inkluderet i søgningen på PubMed, se bilag 8.

Population og studiedesign

Det var et prospektivt case-kontrol studie med patienter fra almen praksis. Der blev udfærdiget et patientspørgeskema som, i samarbejde med Dansk Medicinsk Data Distribution (DMDD), via MedCom blev integreret i WebReq. WebReq bruges af de fleste praktiserende læger i Danmark til laboratorierekvisitioner, og heri findes et modul, WebPatient, som indeholder skemaer patienterne kan udfylde ifb. med målinger i eget hjem fx blodsukker og blodtryk. Patientspørgeskemaet blev integreret i WebPatient på linje med disse.

11 lægehuse blev inviteret til at deltage i studiet. Fire accepterede dette, hvoraf ét måtte melde fra af tekniske og tidsmæssige årsager.

Klinikkerne udvalgte dage, hvor alle patienter blev inkluderet og få dage før konsultationen fik tilsendt spørgeskema. Et inklusionskriterium herudover var, at der var mail-adresse og mobilnummer tilgængeligt på patienten, så besked om spørgeskemaet kun-

ne modtages. Konsultationen skulle være booket omkring tre dage forinden, så patienten kunne nå at besvare spørgeskemaet.

Ingen af lægehusene havde erfaring med at bruge WebPatient, mens alle brugte WebReq. Derfor blev mindst én i hvert lægehus introduceret til WebPatient, og hvordan spørgeskemaet skulle udsendes. Lægehusene fik tilsendt en kort tekst med præsentation af studiet, som de blev opfordret til at lægge op på deres hjemmeside. I inklusionsperioden blev der inkluderet patienter ud fra de nævnte inklusionskriterier. Kravet om tidsbestilling omkring tre dage forud medførte, at akutte patienter ikke blev inkluderet.

Patientspørgeskema

Spørgeskemaet blev sendt til patienten af enten lægen eller sekretæren via WebPatient. Patienten modtog efterfølgende en e-mail og en sms med teksten: *"Din læge har sendt dig et behandlingsskema som du skal udfylde. Gå ind på <https://mobil.web-patient.dk>."*

Linket åbnede WebPatient, hvor der kunne logges ind med NemID. Spørgeskemaet kunne herefter besvares og tilbagesendes til lægens korrespondancemodul. Det var muligt for patienten at takke nej til deltagelse og begrunde dette.

Spørgeskemaet indeholdt fire spørgsmål omkring patientens problemstilling, årsagen til problemet, forventninger til lægen og påvirkning af patientens funktionsniveau, se bilag 1. Spørgsmålene blev tilrettet i samarbejde med Annete Sofie Davidsen, speciallæge i almen medicin ph.d., dr.med. forskningsenheden for almen medicin, Københavns Universitet.

Evalueringskemaer

Der blev udfærdiget evalueringskemaer til både patient og læge, som skulle udfyldes efter konsultationen. Lægehusene modtog en kort præsentation af studiet, som kunne hænges op i venteværelset til information om studiet. På de udvalgte undersøgelsesdage fik alle deltagende lægers patienter udleveret evalueringskema efter konsultationen uafhængigt af, om de havde udfyldt spørgeskemaet forinden. Evalueringskemaet blev udleveret af lægen på papir, og heraf fremgik, at det efter udfyldelse skulle afleveres hos sekretæren. To praksis lavede i stedet en lukket kasse, hvori patienterne kunne aflevere besvarelsen. Evalueringskemaet indeholdt en samtykkeerklæring og spørgsmål om baggrundsoplysninger, foruden to spørgsmål til generel evaluering af konsultationen på en skala fra 1-10. Patienter, der havde besvaret det elektroniske spørgeskema, blev yderligere bedt om at vurdere, om spørgeskemaet var til gavn for konsultationen på en skala fra 1-10, se bilag 2.

Efter konsultationer med patienter, der havde besvaret det elektroniske spørgeskema, udfyldte lægen et kort evalueringskema omhandlende konsultationsforløbet og betydningen af spørgeskemaet på en skala fra 1-10, se bilag 3.

Patienter som ikke besvarede spørgeskema inden konsultationen, men udfyldte evalueringskema, blev brugt som kontrolgruppe.

Evalueringsskemaerne blev løbende indhentet fra de forskellige praksis for at følge, hvor mange patienter som deltog, og for at praksis kunne stille spørgsmål. Der var ligeledes blevet udleveret telefonnumre og mailadresser, så praksis kunne kontakte os.

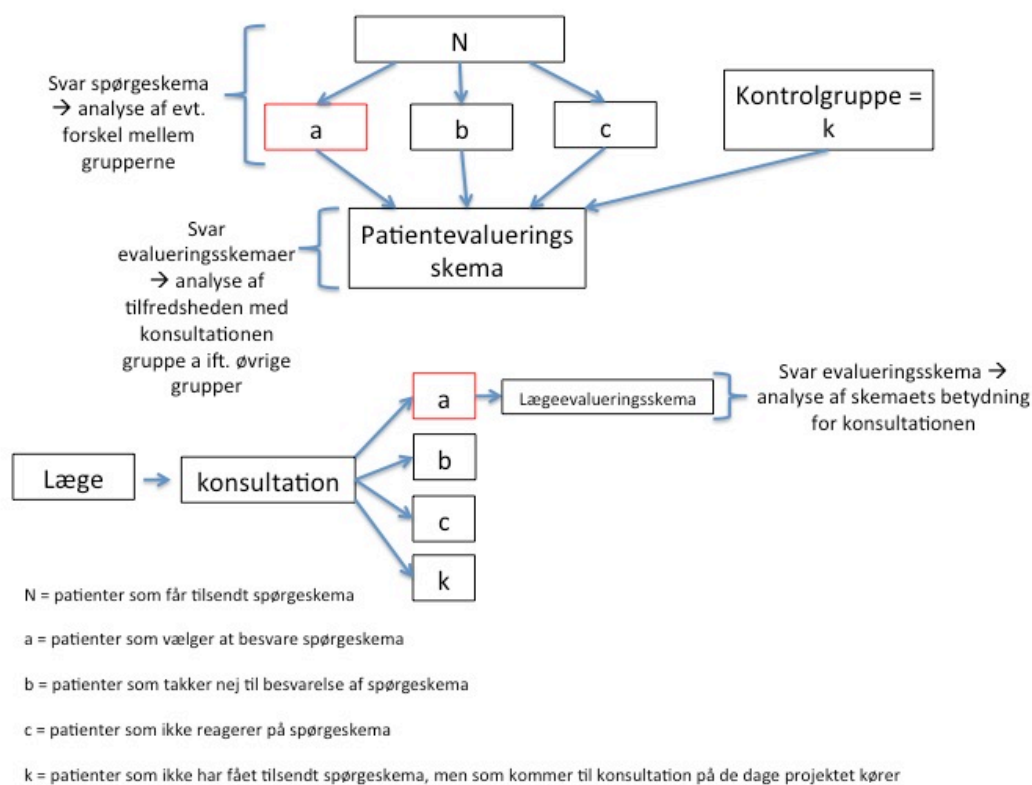
Efter endt inklusionsperiode blev der udfærdiget et slutevalueringsskema omkring erfaringer med studiet, som blev sendt til de deltagende læger, se bilag 4.

Analyse

Alle data fra evalueringsskemaerne både til lægerne og patienterne blev indtastet dobbelt i EpiData, for at minimere og korrigere fejlindtastninger. En statistiker havde lavet indtastningsmodulerne i EpiData.

Patienterne blev inddelt i tre grupper. Gruppe a var patienter, som havde besvaret patientspørgeskemaet inden konsultationen, gruppe b og c var patienter, som havde fået tilsendt spørgeskemaet og enten ikke reageret herpå eller havde takket nej til deltagelse. Den sidste gruppe k var kontrolgruppen, dvs. patienter som ikke havde fået tilsendt patientspørgeskemaet, se figur 1.

Figur 1



Figur 1: Flowchart, der viser de forskellige populationsgrupper i studiet.

Data blev efterfølgende overført til statistikprogrammet STATA/MP 14.0. Der blev beregnet et gennemsnit på besvarelserne af evalueringsskemaerne. Desuden blev der lavet histogrammer til at vise fordelingen af svarene.

Demografiske data i form af køn, alder og civilstand blev sammenlignet med en two-sample t-test, for at sammenligne gruppe a med gruppe k. For at vurdere patientspørgeskemaets effekt, blev der lavet two-sample t-test på besvarelserne af spørgsmål 1 og 2 omkring konsultationen. Gruppe a blev således sammenlignet med de øvrige grupper. Der blev beregnet en p-værdi for at vurdere om forskellen var signifikant.

Resultater

Litteratursøgning

Vedrørende kriterierne for udvælgelse af relevant litteratur, se bilag 8. Efter udvælgelse gav litteratursøgningen på PubMed 19 artikler i den brede søgning og 11 i den mere detaljerede søgning, mens EMBASE gav otte artikler, se bilag 8c. Udover søgningerne i databaserne blev yderligere 24 artikler inkluderet, hovedsageligt fundet via referencelister. Ud fra litteraturen blev der udarbejdet en tabel med gennemgang af den relevante litteratur. Litteraturen i tabellen blev grupperet i syv grupper: elektronik, spørgeskema omkring forventninger og tilfredshed, agenda, kommunikation, tid, patientaktivering og patientcentreret behandling. Derudover var der tre artikler, som ikke kunne kategoriseres, og de kom i en selvstændig gruppe kaldet øvrige. Alle interventionerne i studierne gav hovedsageligt et positivt outcome, se bilag 9.

Population og patientspørgeskema

11 praksis blev spurgt om deltagelse i projektet og fire praksis indvilgede. Én praksis måtte melde fra grundet tidspres og tekniske problemer, men havde forinden afprøvet spørgeskemaet med nogle få patienter, som blev ekskluderet fra studiet. En anden praksis forsøgte aktivt at få udsendt spørgeskemaet, men manglede i mange tilfælde patientoplysninger, enten mailadresse eller mobilnummer, hvorfor det kun lykkedes denne praksis at udsende fire spørgeskemaer uden at modtage besvarelser.

Der blev udarbejdet en kort præsentation af studiet, som kunne lægges på klinikens hjemmeside. Kun den praksis der senere meldte fra, benyttede sig af dette.

Undersøgelsens inklusionsperiode blev udvidet med 14 dage for at opnå større data-materiale. Én praksis meldte fra til forlængelse af undersøgelsen grundet tidspres. Samlet fik 63 patienter tilsendt et spørgeskema, hvoraf 31 besvarede skemaet før konsultationen, dvs. en svarprocent på næsten 50 procent. Hovedparten heraf udfyldte efterfølgende et evalueringsskema. Yderligere 34 patienter udfyldte et evalueringsskema efter konsultationen og blev brugt som kontrolgruppe.

Af de 65 der besvarede evalueringsskemaerne var 45 kvinder og 20 mænd, mens 22 kvinder og syv mænd havde besvaret spørgeskemaet inden konsultationen. Gennemsnitsalderen på hele populationen var 52,8 år (16-83 år) og hhv. 53,7 år for interventi-

onsgruppen og 51,8 år for kontrolgruppen. 18 patienter var pensionerede eller førtids-pensionister, heraf otte i interventionsgruppen.

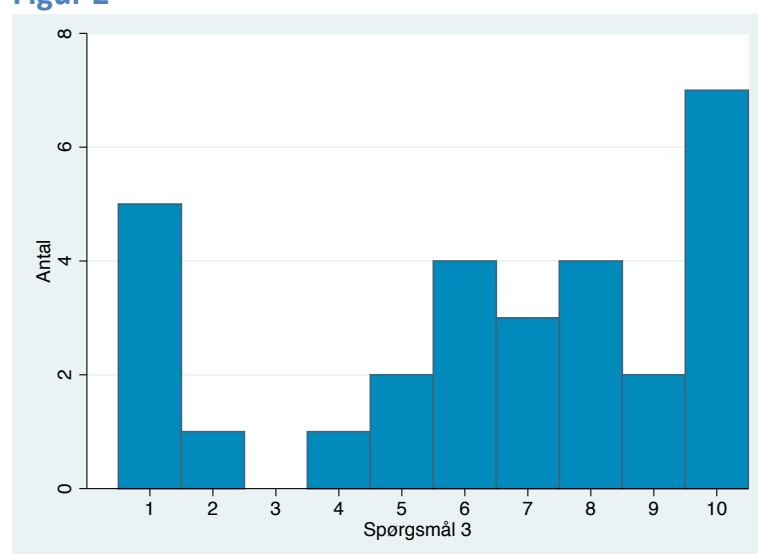
Besvarelsene af spørgeskemaet blev efter inklusionsperioden gennemgået. Alle patienter havde angivet en årsag til tidsbestillingen. Otte patienter besvarede ikke spørgsmål 2 omkring, hvad de troede var årsagen til problemet. Syv patienter svarede nej til spørgsmål 3, om hvorvidt de selv havde gjort noget for at mindske problemet, og 4 patienter havde ikke besvaret spørgsmål 4, om hvordan problemet påvirkede dem i dagligdagen. Kun tre patienter havde ikke angivet, hvad de forestillede sig, at lægen kunne gøre.

Patientevalueringskema

65 patienter besvarede spørgsmål 1 og 2, mens 29 besvarede spørgsmål 3 omkring patientspørgeskemaets effekt på konsultationen. For hele populationen var der for spørgsmål 1 en gennemsnitlig score på 9,7 (8-10). Den gennemsnitlige score på spørgsmål 2 var 9,6 (7-10). Kønsopdeling på spørgsmål 1 viste, at mænd i gennemsnit scorede lidt lavere sammenlignet med kvinderne med gennemsnitsscore på hhv. 9,55 og 9,78, men forskellen var ikke signifikant ($p=0,18$). På spørgsmål 2 var forskellen mellem kønnene meget lille 9,60 for mænd og 9,67 for kvinder og heller ikke signifikant ($p=0,72$).

29 af de 31 patienter, som havde besvaret spørgeskema før konsultationen, besvarede spørgsmål 3 om dettes værdi. Figur 2 viser fordelingen af besvarelsene. Gennemsnitsscoren for hele populationen var 6,4, og mænd scorede i gennemsnit højere end kvinderne, hhv. 7,14 og 6,18. Forskellen var ikke signifikant ($p=0,50$).

Figur 2



Figur 2: Fordeling af besvarelser på spørgsmål 3

Til sammenligning af interventionsgruppen med kontrolgruppen udførtes en two-sample t-test på besvarelsene af spørgsmål 1 og 2, se tabel 1 og 2. På spørgsmål 1 var der ikke nogen signifikant forskel på gruppernes vurdering af, om lægen forstod problemstillingen ($p=0,45$).

Tabel 1

Two-sample t test with equal variances						
Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	34	9.764706	.0949606	.5537105	9.571507	9.957905
1	31	9.645161	.1274091	.7093841	9.384957	9.905365
combined	65	9.707692	.0782104	.6305523	9.551449 9.863936	
diff		.1195446	.1571052		-.1944051	.4334943
diff = mean(0) - mean(1)				t = 0.7609		
Ho: diff = 0				degrees of freedom = 63		
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.7752		Pr(T > t) = 0.4495		Pr(T > t) = 0.2		

Tabel 1: Spørgsmål 1 fordelt på de to grupper.
Gruppe 0 = kontrolgruppen, gruppe 1 = interventionsgruppen

Tilsvarende var der ikke signifikant forskel på spørgsmål 2 og gruppernes vurdering af udbyttet af konsultationen, ift. deres forestilling herom ($p= 0,73$).

Tabel 2

Two-sample t test with equal variances						
Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	34	9.617647	.1267635	.7391521	9.359745	9.875549
1	31	9.677419	.1171994	.6525385	9.438066	9.916772
combined	65	9.646154	.0861315	.6944145	9.474086 9.818221	
diff		-.0597723	.1736468		-.4067778	.2872332
diff = mean(0) - mean(1)				t = -0.3442		
Ho: diff = 0				degrees of freedom = 63		
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.3659		Pr(T > t) = 0.7318		Pr(T > t) = 0.6341		

Tabel 2: Spørgsmål 2 fordelt på de to grupper.
 Gruppe 0 = kontrolgruppen, gruppe 1 = interventionsgruppen

Lægeevalueringsskema

I de tre deltagende praksis var der i alt ni læger, som deltog, men kun fem af disse gennemførte og udfyldte evalueringsskemaer. Heraf var tre læger mest aktive med over 5 besvarelser.

Det samlede antal af besvarede evalueringsskemaer fra lægerne var 33, hvilket ikke stemte overens med de 31 patientevalueringer udfyldt af interventionsgruppen.

Tabel 3 viser gennemsnittet af besvarelserne på de fem spørgsmål. Gennemsnittet af scoren på spørgsmål 1 og 2 var på over 5, hhv. 5,97 og 5,06. Gennemsnittet af de øvrige spørgsmål var under 5, og spørgsmål 5 havde det laveste gennemsnit på 3,61. Dermed var besvarelserne overordnet i den lave ende af skalaen.

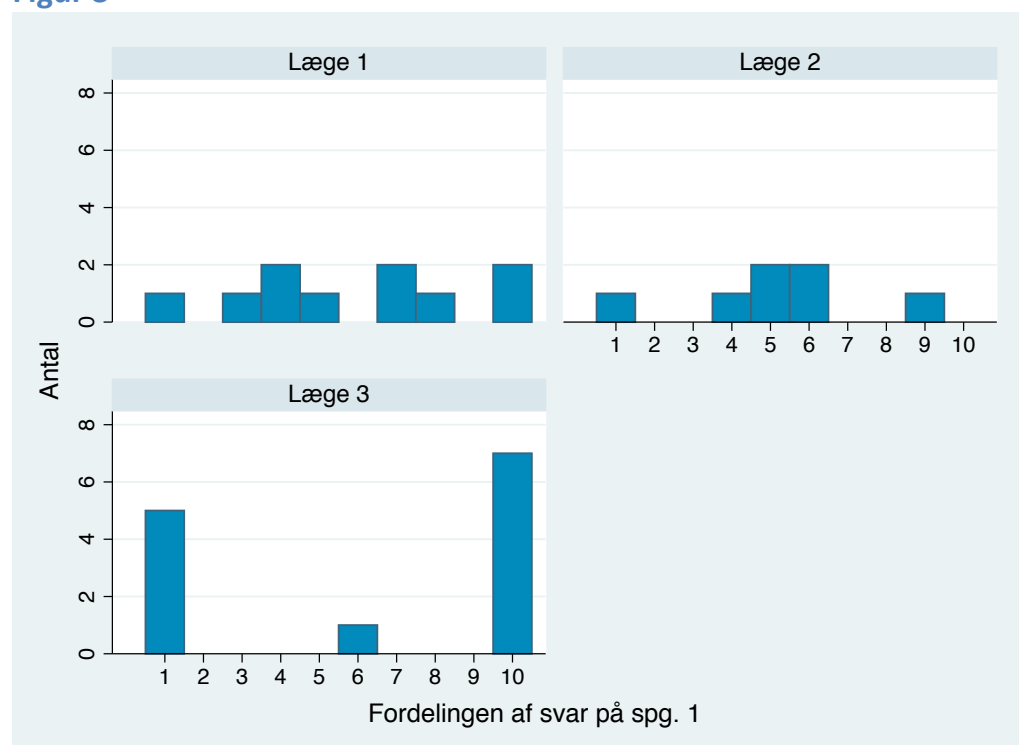
Tabel 3

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
sp1	33	5.969697	3.477471	1	10
sp2	33	5.060606	3.578926	1	10
sp3	33	4.272727	3.402873	1	10
sp4	33	4.606061	3.362843	1	10
sp5	33	3.606061	2.967947	1	10

Tabel 3: Gennemsnittet af lægernes besvarelser på evalueringsskemaet.

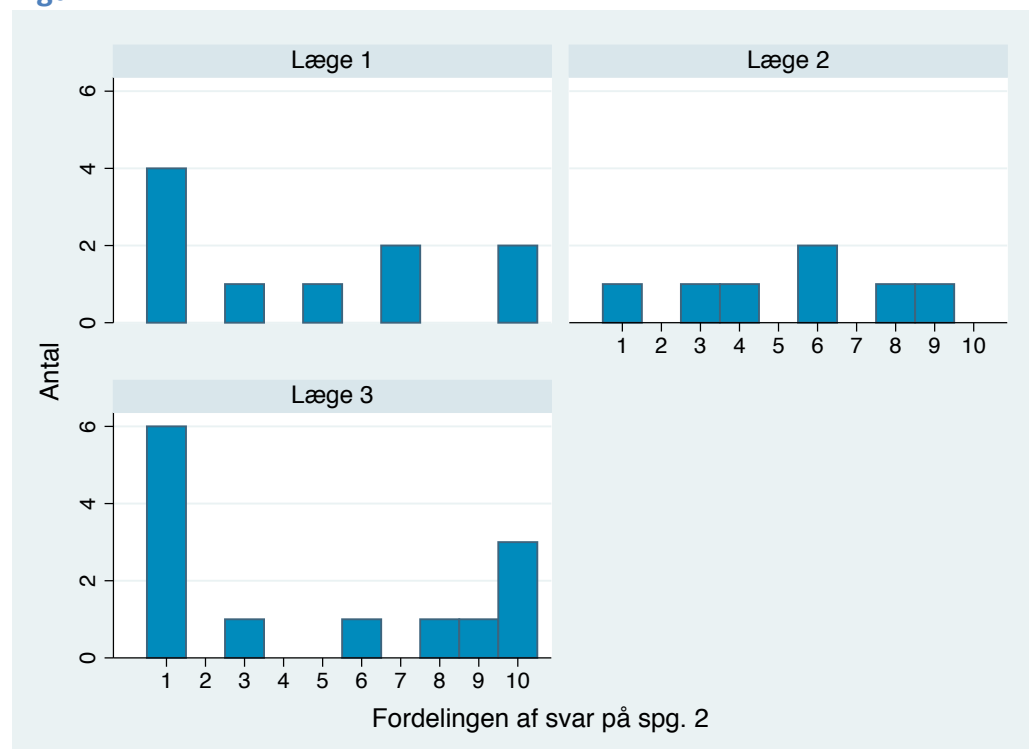
En fordeling af de tre mest aktive lægers besvarelser på spørgsmål 1 og 2, omkring deres brug af spørgeskemaet og dets værdi for konsultationen, ses i figur 3 og 4.

Figur 3



Figur 3: fordelingen af besvarelser på spg. 1 fra de 3 mest aktive læger.

Figur 4



Figur 4: Fordelingen af besvarelser på spg. 2 fra de 3 mest aktive læger.

Sammenligning af patienter og lægers evalueringer

For at sammenligne patientens og lægens evaluering af spørgeskemaets effekt, blev scorerne indsat i en tabel lavet med udgangspunkt i lægeevalueringerne, se tabel 4. Endvidere blev patientens problemstilling anført, for at vurdere en mulig sammenhæng mellem problemstilling og en høj score fra læge, patient eller begge. I to tilfælde angav patienten at have udfyldt et spørgeskema men besvarede ikke, hvorvidt dette var til gavn for konsultationen. Ved fire patienter udfyldte lægen et evalueringsskema, hvor patientens selv svarede nej til at have udfyldt et spørgeskema. Fire patienter svarede ja til at have udfyldt et spørgeskema, hvor lægen ikke udfyldte evalueringsskema. I 25 tilfælde var der besvarelser fra begge parter, og af disse var der i 14 tilfælde relativ enighed mellem lægen og patienten (markeret med rødt). Der fremkommer ikke en klar sammenhæng mellem problemstilling og den evaluerede værdi af spørgeskemaet.

Socialgrupper

Patienterne fra interventionsgruppen blev inddelt i socialgrupper, ud fra hvad de havde angivet som uddannelse og beskæftigelse på evalueringsskemaet. Inddelingen blev foretaget ud fra en definition, som blev anvendt i en pjece fra arbejdsmiljøinstituttet²⁷. Omkring halvdelen af patienterne tilhørte socialgruppe 3. Der ses ikke nogen tendens til, at patienterne i højere socialgruppe scorer hverken højere eller lavere og tilsvarende med patienterne fra en lavere socialgruppe.

Tabel 4

	Patient	Læge	Problemstilling	Socialklasse
1	10	10,10,10,10,10	Plet på fod	3
2	9	7,7,4,4,3	Årlig DM2 kontrol	5
3	10	8,5,2,5,5	Årlig DM2 kontrol	5
4	8	7,7,7,7,4	Dårlig ryg, svar på skanning	3
5	1	1,1,1,1,1	Fjernelse af vorte/modermærke	3
6	6	4,1,1,1,1	Rutineundersøgelse, celleskrab	3
7	5	3,3,3,3,3	Problemer med kolesterolmedicin	1
8	10	10,10,10,10,5	Nakkesmerter	3
9	7	10,10,10,10,7	Medicintjek	stud
10	1	3,4,7,4,4	Blive undersøgt. Ingen specifikation	2
11	8	6,8,8,8,5	Migræne	3
12	1	5,9,9,9,9	Neglesvamp	3
13	6	5,3,3,3,5	Vedvarende mavesmerter	4
14	Uoplyst	4,4,2,5,9	Opfølgende samtale, depression	stud
15	10	10,9,5,3,3	Smerter, gigt	3
16	4	1,1,1,1,1	KOL-tjek og blodprøve	4
17	8	10,8,7,7,6	Problemer med ben.	4
18	5	10,3,1,8,1	Hypertension	3
19	6	9,6,6,8,8	Opfølgende samtale, svimmelhed, hjertebanken og BT	4
20	10	10,6,6,3,1	Smerter i hofte og knæ	3

21	1	1,1,1,1,1	Rutinetjek, celleskrab	3
22	10	10,10,4,3,3	Gigtsmerter i ve. hofte, ønsker henv. til reumatologisk	4
23	7	10,10,7,8,3	Smerter i venstre skulder	3
24	6	1,1,1,1,1	Svar på blodprøver	4
25	1	1,1,1,1,1	Helbreds kontrol	4
26	7	10,10,1,5,1	Henvielse til privat forsikring /behandling	3
27	Nej til spg. 3	8,8,10,10,10	Uren hud	3
28	Nej til spg. 3	4,1,1,1,1	Har det ikke godt	3
29	Nej til spg. 3	1,1,1,1,1	Tidligere blodprop i hjernen	5
30	Nej til spg. 3	6,1,1,1,1	Ømhed i halsen igennem 2 mdr.	2
31	Uoplyst	6,6,8,8,3	Svar på skanning af knogleskørhed og på blodprøver	4

Tabel 4: Tabellen viser patienternes score på spørgsmål 3, ved siden af lægernes scorer på samme patient. Endvidere ses kort beskrivelse af hvilken problemstilling konsultationen omhandlede. De røde tal indikerer at lægen og patienten er relativt enige. Uoplyst betyder at patienten svarede ja til spg. 3, men ikke besvarede om spørgeskemaet var til gavn.

Slutevaluering fra lægerne

Efter endt inklusionsperiode besvarede fire læger slutevalueringen. Én af besvarelsenerne var fra lægeklinikken, der meldte fra grundet tidspres og tekniske problemer, mens en anden af disse var fra den praksis, der havde indvilliget i deltagelse, men ikke modtaget besvarelser.

I besvarelsenerne beskrev flere, at det kun i enkelte tilfælde gavnede konsultationen, at patienten havde udfyldt spørgeskemaet. Lægerne vurderede alle, at de ikke umiddelbart vil benytte sig af et sådant spørgeskema i fremtiden, se bilag 5.

Diskussion

Studiet må betegnes som et pilotprojekt.

Resultaterne af studiet viste ingen positiv forbedring af konsultationen, hvis patienten forinden udfyldte et elektronisk spørgeskema baseret på de fire F'er. Studiet indebar både udvikling og integrering af et elektronisk spørgeskema foruden afprøvning af dette og evaluering af dets effekt. Der blev således testet flere ting i ét studie, og tidsrammen for studiet var begrænset til ét semester. Inklusionsperioden blev derfor kort, og som resultat heraf blev datamængden begrænset.

Studiet var afhængig af, at nogle læger i almen praksis med kort varsel indvilligede i deltagelse. Ud af de fire lægehuse som sagde ja til deltagelse, fik kun to lægehuse integreret spørgeskemaet og indhentet besvarelser. Ét af de øvrige lægehuse måtte melde fra pga. tidspres. Det sidste lægehus forsøgte aktivt at få udsendt spørgeskemaerne, men fik kun udsendt fire skemaer, da det krævede både mailadresse og mobilnummer på patienten at sende spørgeskemaet via WebPatient. Dette viste sig at være en betydelig barriere på trods af, at en af lægerne brugte meget tid i forsøget på at skaffe de manglende oplysninger. Tilbage meldingen fra de øvrige praksis var ligele-

des, at det medførte et stort frafald af patienter, at der manglede oplysninger. Det samlede antal udsendte spørgeskemaer blev betydeligt påvirket heraf.

Svarprocenten på spørgeskemaet var høj, næsten 50 procent. Flere patienter viste interesse for deltagelse men oplevede problemer i form af, at mailen ang. skemaet endte i spamappen, eller at de af uvidenhed om hvad det var, ikke turde åbne mailen. Dette kunne være undgået, hvis patienterne var informeret om studiet af lægeklinikken, hvilket ofte ikke var tilfældet, bl.a. blev der aldrig lagt information om studiet ud på klinikkernes hjemmeside. Frafald af patienter kunne også skyldes, at det krævede NemID at logge på WebPatient, hvilket for nogle måske var for besværligt. Desuden fik patienterne besked om spørgeskemaet nogle dage før konsultationen og ikke i forbindelse med tidsbestillingen. Patienten kunne på trods af tilsendte påmindelser om spørgeskemaet på mail og sms have glemt at besvare skemaet. En læge kommenterede i slutevalueringen: *”En pop up direkte fra vores e-kons bestilling havde været bedre”*. På den måde ville alle patienter se spørgeskemaet, og besvarelse af spørgeskemaet ifb. med tidsbestillingen ville være mere naturlig. Denne opsætning ville dog kræve, at spørgeskemaet skulle integreres i de enkelte lægesystemer, hvorimod WebPatient kan benyttes af alle lægesystemerne. Poppede spørgeskemaet automatisk op ved tidsbestilling, ville det være mindre tidskrævende for lægeklinikken, da de dermed ikke behøvede manuelt at udsende spørgeskemaer. Ved en sådan opsætning ville barrieren med manglende kontaktoplysninger på patienten også kunne tilgodeses.

Alternativt kunne skemaet udleveres på papir til patienten, så det kunne udfyldes i venteværelset. Dette kunne fungere godt i en kortere undersøgelsesperiode, men vurderes ikke som en langsigtet løsning.

En mere permanent løsning var, at skemaet kunne udfyldes elektronisk i venteværelset, som det var tilfældet i Pernille Hyllebergs undersøgelse²⁶.

Én praksis oplevede, at en patient, som havde udfyldt spørgeskemaet, forventede, at lægen kendte til problemstillingen, og at anamnesen derfor var klarlagt på forhånd. Patienten manglede forståelse for, at lægen forventede, at patienten igen mundtligt skulle forklare punkterne fra spørgeskemaet. På den måde gik noget af patientens del af konsultationen tabt. Det er uklart, hvorvidt de øvrige læger oplevede samme negative indvirkning af det udfyldte spørgeskema.

Studiet viste, at patienterne generelt var meget tilfredse med lægernes forståelse af deres problemstilling og deres udbytte af konsultationen. Den gennemsnitlige score på spørgsmål 1 var 9,7 og 9,6 på spørgsmål 2. Dette høje gennemsnit, tæt på maksimumværdien, gør det svært at vise, om et spørgeskema før konsultationen forbedrer denne og lægens forståelse. En konsultationskvalitet på dette niveau kan betyde, at der ikke er behov for et forberedelsesskema, da patienterne i forvejen er tilfredse. I nogle tilfælde ses dog, at patienter, som deltager i undersøgelser, gerne vil svare det, der forventes for undersøgelsesresultatet. Dette sammenholdt med at patienterne muligvis

ikke ville udstille lægen negativt, kan have betydet, at patienterne i dette studie scorede højere, end hvad de reelt oplevede.

Det kunne overvejes, om de deltagende læger har været repræsentative for læger i almen praksis generelt, da det formodes at deltagende læger er ekstra engagerede og aktive. Patienttilfredsheden ved de læger der takkede nej pga. tidspres eller ikke blev inviteret til deltagelse kunne have været lavere og anvendelse af et patientspørgeskema før konsultationen kunne i sådanne tilfælde have haft større værdi.

31 patienter udfyldte spørgeskemaet, men kun 29 besvarede spørgsmål 3 på evalueringsskemaet. Blandt andet havde en patient, ifølge lægen, besvaret spørgeskemaet, men patienten svarede nej til at have udfyldt spørgeskema. Den anden der manglede, kunne være, hvor lægen glemte at udlevere evalueringsskemaet eller patienten ikke fik tilbageleveret dette.

Patienterne scorede gennemsnitligt 6,4 på spørgsmål 3 omkring, hvorvidt spørgeskemaet var til gavn for konsultationen. Svarene fordelte sig på hele skalaen og viste stor forskel på patienternes vurdering af spørgeskemaet. Dette kunne relateres til patienternes forskellige problemstillinger, som også ses i tabel 4. I tabellen ses, at det ved nogle problemstillinger var gavnligt for både læge og patient at benytte skemaet, mens det ved andre problemstillinger ikke var.

På evalueringsskemaerne blev besvarelsene lavet som afkrydsning på en skala fra 1-10. Dette er en stor skala med mange svarmuligheder og mange middelværdier. Det kunne måske have været bedre, hvis svarmulighederne var begrænset og med et lige antal, så det ikke var muligt at svare midt mellem. På den måde ville patient og læge være tvunget til at tage stilling til, om spørgeskemaet var positivt eller negativt. Skalaen fra 1-10 blev valgt, da en statistiker vurderede at denne var bedst egnet til et mindre datamateriale.

På lægernes evalueringsskema var det kun spørgsmål 1, hvor scoren var i den positive ende af skalaen med gennemsnitlig score på 5,96.

På de øvrige spørgsmål var gennemsnitsscoren på 5 eller derunder, tydende på, at spørgeskemaet kun havde en marginal effekt. Svarene fordelte sig på hele skalaen, hvilket gav indtryk af, at spørgeskemaet kun i nogle tilfælde havde værdi for konsultationen. Det tyder på, at lægerne brugte oplysningerne fra patientspørgeskemaet, men uden at dette forbedrede konsultationen.

Udformning af spørgeskemaet havde stor betydning, og på grund af tidsrammen blev spørgeskemaet ikke valideret før start af studiet. Da kommentarerne i Hyllebergs studie var, at spørgeskemaet var for stort og uoverskueligt, blev det forsøgt at afkorte og overskueliggøre skemaet i herværende studie, men en kommentar efterfølgende var at *”... ofte var svarerne for korte til at gøre forskel. Ofte angav ptt ikke alle problemstillinger de ønskede drøftet”*. Det kunne tyde på, at spørgsmålene ikke lagde op til en

uddybende besvarelse fra patienten. Tilretning og validering af skemaet før studiet kunne have imødekommet denne problemstilling.

Desuden blev det nævnt af én af lægerne, at konsultationen mere blev en snak om ønsker end om symptomer. Denne problematik er også blevet beskrevet i et andet studie, hvor det overvejes, om et spørgeskema om patientens forventninger er med til at øge forventningerne²⁵. Andre studier, der også undersøger brugen af et spørgeskema før konsultationen, har dog vist et positivt resultat^{7,26}. Hyllebergs studie brugte en metode lignende dette studies, men patienterne havde også mulighed for at besvare spørgeskemaet på papir i klinikkens venteværelse²⁶. Studiet konkluderede en positiv effekt på konsultationen både for lægen og patienten. Patienten følte sig bedre forberedt, medførende at konsultationen blev mere effektiv. I herværende studie kommenterede en enkelt patient også at være bedre forberedt til konsultationen, og denne patient scorede højt på evalueringen.

En sammenligning af patienternes og lægernes vurdering af spørgeskemaets betydning viste en rimelig enighed i omkring halvdelen af tilfældene. Det var ikke muligt entydigt at kategorisere typen af problemstilling, som medførte en høj score. Årsagen til variationen i score skønnes at være sammenhængende med patientens evne til uddybende at forklare sig på spørgeskemaet. Typen af problemstilling havde alligevel en vis betydning, da det i nogle tilfælde var mere oplagt end andre at lave en detaljeret besvarelse. Det var fx unødvendigt at udfylde et spørgeskema ved en rutinemæssig screening for livmoderhalskræft, hvorimod et nyttilkommet problem lagde mere op til en uddybende besvarelse.

Studier har vist, at patienters måde at kommunikere på bliver påvirket af uddannelsesniveaue¹⁶⁻¹⁸. Det forventedes, at der ville være en tendens til, at højtuddannede vurderede spørgeskemaets værdi enten højere eller lavere, sammenlignet med patienter med lavere uddannelsesniveau. De fleste af patienterne som deltog i studiet, og som besvarede spørgeskemaet inden konsultationen, var fra socialgruppe 3. Svarprocenten på spørgeskemaet var ca. 50 procent, og hvorvidt den halvdel, som ikke besvarede spørgeskemaet, tilhørte en lavere socialklasse, er uklart. Det kan dog have haft betydning for resultatet.

Studiets styrker

Spørgeskemaet blev integreret i WebPatient, som er et standardiseret system, og derfor kan bruges af alle lægesystemer i hele landet. Svarprocenten i studiet var høj, næsten 50%. Studiet undersøgte både lægers og patienters oplevelse.

Studiets svagheder

Studiet stillede store krav til det tekniske system, og det var en stor ulempe, at systemet krævede kontaktoplysninger på patienten i form af både mailadresse og mobilnummer. Tidsrammen var begrænset og som følge heraf blev spørgeskemaet ikke valideret inden inklusionsperioden. Ligeledes medførte tidsrammen, at et mindre antal

patienter blev inkluderet. Der blev ikke informeret om studiet på klinikernes hjemmeside.

Konklusion

Formålet med studiet var at undersøge værdien af, at patienten forud for konsultationen besvarede et elektronisk spørgeskema, hvilket derfor blev udviklet og integreret i WebPatient. Studiet viste, at spørgeskemaet hverken fra lægens eller patientens perspektiv, havde sikker værdi for konsultationen. Patienterne var i forvejen meget tilfredse med lægens forståelse for problemstillingen og deres udbytte af konsultationen. Der var en meget stor variation i, hvor høj score både læge og patient gav udbyttet af spørgeskemaet. I enkelte tilfælde vurderede begge parter, at spørgeskemaet var gavnligt. Gavnigheden af spørgeskemaet scorede patienterne i gennemsnit til 6,4. Det tyder på at faktorer, som hvor uddybende patienten besvarede spørgeskemaet, og hvilken problemstilling konsultationen drejede sig om, havde indflydelse på, hvor brugbart spørgeskemaet var.

Der var flere aspekter ved selve brugen af spørgeskemaet, der ikke fungerede optimalt. Væsentligste barriere var, at både patientens mailadresse og mobilnummer var påkrævet.

Hypotesen for dette studie var, at et elektronisk spørgeskema udfyldt af patienten før konsultationen ville have en positiv indvirkning på både lægens og patientens oplevelse af konsultationen. Denne hypotese kunne ikke bekræftes. I fremtidige studier bør spørgeskemaet valideres, før det anvendes. Ligeledes kunne det forsøges, at spørgeskemaet popper automatisk op ved tidsbestillingen. Der bør tilstræbes inkludering af et større antal patienter, hvilket evt. kunne opnås ved at indføre mulighed for, at patienten udfylder spørgeskemaet elektronisk i venteværelset. Systemet bør ændres, så der ikke kræves både mobilnummer og mailadresse for at patienten kan få tilsendt spørgeskemaet.

Interessekonflikter

Der er i studiet samarbejdet med DMDD, som har integreret spørgeskemaet i WebPatient.

Referencer

1. Jacobsen, C. *et al.* Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed –. ... : Sundhedsstyrelsen, *Enhed for ...* **8**, (2008).
2. Qvist, Lindegaard, Kudsk, Lund, P. Bruger- og patientinddragelse. *Reg. Cent.*

- Kvalitet. Syddanmark* 1–24 (2011).
3. England, S. L. & Evans, J. Patients' choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions. *Soc. Sci. Med.* **34**, 1217–1225 (1992).
 4. Stewart, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* **152**, 1423–33 (1995).
 5. Esch, T. *et al.* Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ Open* **6**, e010034 (2016).
 6. Little, P. *et al.* Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *Br. Med. J.* **322**, 468–472 (2001).
 7. Wald, J. S. *et al.* Implementing practice-linked pre-visit electronic journals in primary care: patient and physician use and satisfaction. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* **17**, 502–6 (2010).
 8. Fowler, F. J., Levin, C. A. & Sepucha, K. R. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Aff.* **30**, 699–706 (2011).
 9. Kroenke, K. Patient expectations for care: how hidden is the agenda? *Mayo Clinic proceedings* **73**, 191–193 (1998).
 10. Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson, F. A. & Barber, N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* **320**, 1246–1250 (2000).
 11. Hamilton, W. *et al.* The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial. *Fam. Pract.* **24**, 77–83 (2007).
 12. Little, P. *et al.* Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* **322**, 468–472 (2001).
 13. Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., Krupat, E. & Azari, R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J. Gen. Intern. Med.* **17**, 817–824 (2002).
 14. Keitz, S. A., Stechuchak, K. M., Grambow, S. C., Koropchak, C. M. & Tulskey, J. A. Behind closed doors: management of patient expectations in primary care practices. *Arch. Intern. Med.* **167**, 445–452 (2007).
 15. Bowling, A., Rowe, G. & McKee, M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J. R. Soc. Med.* **106**, 143–149 (2013).
 16. Street, R. L. Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Soc. Sci. Med.* **34**, 1155–1163 (1992).
 17. Street, R. L. Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc. Sci. Med.* **32**, 541–548 (1991).
 18. Verlinde, E., De, L. N., De, M. S., Deveugele, M. & Willems, S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int.J.Equity.Health* **11**, 12 (2012).
 19. Ruiz-Moral, R., Perula de Torres, L. A. & Jaramillo-Martin, I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J. Gen. Intern. Med.* **22**, 86–91 (2007).
 20. Williams, S., Weinman, J., Dale, J. & Newman, S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam. Pract.* **12**, 193–201 (1995).
 21. J.K., R., M., W., Rao, J. K., Weinberger, M. & Kroenke, K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: A literature review. *Arch. Fam. Med.* **9**, 1148–1155 (2000).

22. Rao, J. K., Weinberger, M. & Kroenke, K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch. Fam. Med.* **9**, 1148–1155 (2000).
23. Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N. & Bradley, C. P. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* **320**, 484–8 (2000).
24. Albertson, G. *et al.* Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. *Am. J. Manag. Care* **8**, 375–381 (2002).
25. Hornberger, J., Thom, D. & MaCurdy, T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* **12**, 597–606 (1997).
26. Smalbro, P., Vejleder, H. & Jensen, M. B. *Evaluering af selvrappede patientdata i almen praksis.*
27. Kvalitetskontoret - Sundhed og Sammenhæng. Social ulighed i sundhed i Nordjylland. *Reg. Nord.* 2–39 (2012). doi:10.1016/j.healeco.2007.11.005

Bilag

1. Patientspørgeskema

Vi er to medicinstuderende fra Aalborg universitet, der i efteråret 2016 vil undersøge om et spørgeskema, der besvares før selve konsultationen, kan være til hjælp for både patienten og lægen eller sygeplejersken.

Patientspørgeskema:

CPR nr.: _____ - _____

Kunne du tænke dig at være med i undersøgelsen, som består af at besvare 5 korte spørgsmål før konsultationen, og nogle få spørgsmål efter konsultationen?

Ja nej , hvis nej – hvorfor _____

Hvis ja:

1. Hvorfor har du bestilt tid hos lægen?

2. Hvad tror du er årsagen til dit problem?

3. Har du selv forsøgt at gøre noget for at mindske problemet?

Ja nej

Hvis ja, hvad?

4. Hvordan påvirker det dig i dagligdagen?

5. Hvad forestiller du dig lægen/sygeplejersken kan gøre?

Med venlig hilsen

Pernille Troelsen og Jasmin Thangavel, medicinstuderende, Aalborg Universitet.

Vejledere:

Kirsten S. Freund, speciallæge i almen medicin og klinisk lærer, Aalborg universitet.

Mogens Lytken Larsen, professor og overlæge, Aalborg universitetshospital.

2. Evalueringsskema patient

Evalueringsskema til patienten

Jeg giver hermed samtykke til, at mine oplysninger i forbindelse med dette forskningsprojekt må benyttes af medicinstuderende Pernille Troelsen og Jasmin Thangavel.

Underskrift: _____ dato: _____

Baggrundsoplysninger:

Navn _____

CPR-nr _____

Uddannelse _____

Beskæftigelse _____

Nationalitet _____

Civiltilstand: single/alene samboende

1. I hvor høj grad, følte du at lægen forstod din problemstilling? (sæt kryds)

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. I hvor høj grad fik du det udbytte af konsultationen, som du havde forestillet dig?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Besvarede du et spørgeskema før konsultationen? Ja nej

a. hvis ja:

i. Var spørgeskemaet til gavn for konsultationen?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Har du andre kommentarer? _____

Tak for din deltagelse. Vi beder dig aflevere evalueringsskemaet til sekretæren.

Lægeklinikken _____

3. Evalueringsskema læge

Evalueringsskema til lægen

Patintens CPR-nr: _____

1. I hvilken grad brugte du oplysningerne fra spørgeskemaet?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. I hvilken grad har spørgeskemaet værdi for konsultationen?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Medfører spørgeskemaet bedre indsigt i patientens aktuelle problemstilling?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Medfører spørgeskemaet en hurtigere gensidig forståelse?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Medfører spørgeskemaet bedre indsigt i, hvordan problemet påvirker patientens dagligdag?

Slet ikke

I høj grad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Har du andre kommentarer?

Lægeunderskrift: _____

4. Slutevaluering til lægerne

Slutevaluering til lægerne

Tak for jeres deltagelse i vores forskningssemesterprojekt, hvor der var mulighed for at anvende elektronisk patientspørgeskema via Web. Patient indlagt som med. com. standard.

1. *Hvad er dine erfaringer med det tekniske ift. spørgeskemaet, fungerede det optimalt eller kunne det gøres anderledes og mere brugervenligt?*
2. *Hvilke barrierer var der ift. at få en tekst på hjemmesiden til information om projektet til patienterne?*
3. *Hvad er dine erfaringer med at bruge spørgeskemaet i konsultationen?*
4. *I hvilke situationer fungerede det godt, og i hvilke situationer fungerede det ikke?*
5. *Oplevede du, at patienterne, som havde udfyldt spørgeskema, var bedre forberedte på konsultationen, og hvordan kom det til udtryk?*
6. *Har du nogle forbedringsforslag til forløbet/projektet?*
7. *Kunne du forestille dig at gøre brug af et lignende patientforberedelseskema i fremtiden?*

Tak for hjælpen!

5. Besvarelse af slutevaluering

Besvarelse 1

1. *Hvad er dine erfaringer med det tekniske ift. spørgeskemaet, fungerede det optimalt ?*
1b. Eller kunne det gøres anderledes og mere brugervenligt? I givet fald hvordan?
Det tekniske var oK
2. *Hvilke barrierer var der ift. at få en tekst på hjemmesiden til information om projektet til patienterne? Det var OK da vi fik tid til det*
3. *Hvad er dine erfaringer med at bruge spørgeskemaet i konsultationen? Ikke gode de 2 gange jeg gjorde det. Det gav en forkert indgang til problemet. Patienten sagde: " nu ved du jo hvad jeg vil" – men jeg ville jo høre det fra ham !*
4. *I hvilke situationer fungerede det godt, og i hvilke situationer fungerede det ikke?*
5. *Oplevede du, at patienterne, som havde udfyldt spørgeskema, var bedre forberedte på konsultationen, og hvordan kom det til udtryk? Ja men det var (ved de få tilfælde) ikke positivt. Konsultationen blev mere en snak om deres ønske end om deres symptomer.*
6. *Har du nogle forbedringsforslag til forløbet/projektet? Nej jeg tror I gjorde det fint nok – det passer bare ikke så godt til min konsultations process der handler meget om at høre patienten fortælle selv.*
7. *Kunne du forestille dig at gøre brug af et lignende patientforberedelseskema i fremtiden? Neejh- nok ikke lige generelt. Måske til udvalgte grupper.*

Besvarelse 2

1. *Hvad er dine erfaringer med det tekniske ift. spørgeskemaet, fungerede det optimalt ?*
1b. Eller kunne det gøres anderledes og mere brugervenligt? I givet fald hvordan?

En pop up direkte fra vores e-kons bestilling havde været bedre.

- 2. Hvilke barrierer var der ift. at få en tekst på hjemmesiden til information om projektet til patienterne?*

Tid til det.

*3. Hvad er dine erfaringer med at bruge spørgeskemaet i konsultationen?
Det gav i enkelte konsultationer værdi men ofte var svarene for korte til at gøre forskel.*

Ofte angav ptt alligevel ikke alle problemstillinger de ønskede drøftet

- 4. I hvilke situationer fungerede det godt, og i hvilke situationer fungerede det ikke?*

- 5. Oplevede du, at patienterne, som havde udfyldt spørgeskema, var bedre forberedte på konsultationen, og hvordan kom det til udtryk?*

Kun i meget få tilfælde.

- 6. Har du nogle forbedringsforslag til forløbet/projektet?*

Det er vigtigt fra start at gøre klart hvilke oplysninger der er behov for i projektet. Vi printede første uge kopi af webbestilling ud sammen med besvarelse – men fik indtryk af at I ikke skulle bruge det. Hvorefter vi efterfølgende bliver bedt om at gå tilbage og finde disse oplysninger. Det er ærgerlig brug af tid.

- 7. Kunne du forestille dig at gøre brug af et lignende patientforberedelsesskema i fremtiden?*

Nej det fylder for meget i indboksen og giver kun værdi i et begrænset antal konsultationer

Bevarelse 3

- 1. Hvad er dine erfaringer med det tekniske ift. spørgeskemaet, fungerede det optimalt ?*

1b. Eller kunne det gøres anderledes og mere brugervenligt? I givet fald hvordan?

- 2. Hvilke barrierer var der ift. at få en tekst på hjemmesiden til information om projektet til patienterne?*

For at rekvirere web-patient kræver opstillingen både mobil tlf nr og mailadresse. Det er mærkeligt, men sådan er det altså. Ofte havde vi ikke mobil tlf. nr. og så

stoppede projektet der.

Nogen pt synes det er for bøvlet at åbne e-box

En pt sagde at hun ikke havde læst SMSen for der kommer jo så meget af den slags fra firmaer hele tiden

3. *Hvad er dine erfaringer med at bruge spørgeskemaet i konsultationen?*
4. *I hvilke situationer fungerede det godt, og i hvilke situationer fungerede det ikke?*
5. *Oplevede du, at patienterne, som havde udfyldt spørgeskema, var bedre forberedte på konsultationen, og hvordan kom det til udtryk?*
6. *Har du nogle forbedringsforslag til forløbet/projektet?*
Jeg synes det var et projekt hvor man testede 2 ting samtidig, og så bliver det svært at konkludere noget. Dels testede man om den elektroniske kontaktform kan fungere for læge og patient. Dels testede man om forberedelseskemaet kan give bedre konsultationer.
Jeg vil foreslå man en anden gang nøjes med at teste det sidste, ved at udlevere et gammeldags stykke papir og en kuglepen.
7. *Kunne du forestille dig at gøre brug af et lignende patientforberedelseskema i fremtiden?*

Bevarelse 4

1. *Hvad er dine erfaringer med det tekniske ift. spørgeskemaet, fungerede det optimalt ?*
1b. Eller kunne det gøres anderledes og mere brugervenligt? I givet fald hvordan?

synes at det var meget smart og let at lægge spørgsmålet i web req. Har fået vores øjne op for web req generelt

2. *Hvilke barrierer var der ift. at få en tekst på hjemmesiden til information om projektet til patienterne?*

Vores hjemmeside var relativ ny, så vi var ikke så rutinerede i at skifte siderne - men det fik vi så lært.

3. *Hvad er dine erfaringer med at bruge spørgeskemaet i konsultationen?*
De patienter som havde udfyldt skemaet var det en stor hjælp
4. *I hvilke situationer fungerede det godt, og i hvilke situationer fungerede det ikke?*

Det fungerede ikke til patienter som var i et længere forløb - nogle blev fortørnede over at vi spurgte om noget, som de forudsatte fra tidligere konsultationer, at vi vidste.

5. Oplevede du, at patienterne, som havde udfyldt spørgeskema, var bedre forberedte på konsultationen, og hvordan kom det til udtryk?

De patienter som havde givet sig tid til at svare grundigt på skemaet havde tænkt forløbet bedre og længere igennem - var jo nået frem til hvad de egentlig forventede af os og det medførte, at konsultationen gled lettere frem imod en fælles aftale.

6. Har du nogle forbedringsforslag til forløbet/projektet?

Jeg vil indrømme at spørgeskemaet efter konsultationen som skulle udfyldes af læge, blev udfyldt sparsomt og hurtigt. Konsultationen er slut og den næste venter. Desuden skulle patienten tilbage til venteværelset og udfylde evaluering. Måske det ville være mere effektiv hvis vi evaluerede sammen med patienten i konsultationen med lidt færre spørgsmål

7. Kunne du forestille dig at gøre brug af et lignende patientforberedelsesskema i fremtiden?

Jeg anvender i mine konsultationer de 4 f'er automatisk og har vænnet mig til det - det synes for mig mere kunstigt at patienten ikke skal svare spontant mundtligt på spørgsmålene om frygt og forventning, men måske det var tilfredsstillende for patienten at være forbedret ?

6. Tekst til venteværelse

Lægehuset deltager i et forskningsprojekt sammen med to medicinstuderende fra Aalborg Universitet. Efter konsultationen kan du derfor blive spurgt, om du vil udfylde et kort skema med nogle oplysninger og spørgsmål vedrørende konsultationen, det er selvfølgelig fortroligt.

På forhånd TAK

7. Tekst til hjemmeside

DIN MENING ER VIGTIG

Lægehuset deltager i et forskningsprojekt.

Vi vil undersøge om konsultationerne bliver bedre, hvis patienten besvarer nogen spørgsmål inden mødet med lægen.

Hvis du booker tid via hjemmesiden, kan du derfor blive inviteret til at deltage i undersøgelsen.

Det er naturligvis frivilligt, og alt hvad du svarer er fortroligt og omfattet af tavshedspligten.

8. Søgeprotokol og flowdiagram

Der er lavet systematisk litteratursøgning på PubMed og EMBASE.

For at kunne lave en strukturel litteratursøgning, har vi dannet bokse med ord, som dækker forskellige hovedemner, som hele vores undersøgelse omhandler.

For at kunne lave en strukturel litteratursøgning, har vi arbejdet ud fra et boks-system. Hver boks er et hovedelement i vores undersøgelse, og vi har derefter kunne søge artikler, først hver boks for sig, og senere kunnet sætte boksene sammen i én søgning, således vi når frem til de mest relevante artikler.

A. Søgeprotokol PubMed

BLOKNAVN	Blok 1 – Speciale	Blok 2 - Formål	Blok 3 - Intervention
OR	General practi* (MeSH) General practioner* (MeSH) Family physician* (MeSH) Family doctor* (MeSH) Family practice (MeSH) Primary health care (MeSH) Primary care physician* Primary medicin	Patient participat* (MeSH) Physician-patient-relation* (MeSH) Patient involve-ment* Patient empower* Patient activat* Patient engag* Patient cooperat*	Surveys and questionnaires (MeSH) Survey* Pre-visit* Previsit* Pre-consultat* Preconsultat*

For at sammensætte de 3 bokse, søgte vi med AND mellem hver boks. Søgningsteksten kommer der ved til at så således ud:

```

((((preconsultat*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre visit*[Text Word]) OR survey*[Text Word]) OR ("Surveys and Questionnaires"[Mesh])) AND (((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh])) AND (((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care
  
```

physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))

Derudover lavede vi en søgning, hvor vi undlod at tage ”surveys and questionnaires”, grundet det store omfang af artikler, der kan have dette som MeSH ord og dermed give meget støj i vores søgning. Søgeteksten så derefter således ud:

(((((pre visit*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR preconsultat*[Text Word]) OR pre survey*[Text Word]) OR presurvey*[Text Word])) AND (((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh])) AND (((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))

Søgeresultater:

Blok 1: 250545

Blok 2: 85772

Blok 3: 1112253

Blok 1 og 2: 14377

Blok 1 og 3: 115

Blok 2 og 3: 20286

Blok 1, 2 og 3: 51

Søgning med filter (sprog: dansk, engelsk, tysk, norsk):

Search	Add to builder	Query	Items found
#70	Add	Search ((((((preconsultat*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre visit*[Text Word]) OR survey*[Text Word]) OR ("Surveys and Questionnaires"[Mesh])) AND (((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR	3477

Search	Add to builder	Query	Items found
		patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh])) AND ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh])) Filters: Danish; English; German; Norwegian	
#75	Add	Search (((((((((pre visit*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR preconsultat*[Text Word]) OR pre survey*[Text Word]) OR presurvey*[Text Word])) AND ((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh])) AND ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	51
#72	Add	Search pre survey*[Text Word]	93
#62	Add	Search (((((((((preconsultat*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre visit*[Text Word]) OR survey*[Text Word]) OR ("Surveys and Questionnaires"[Mesh])) AND ((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh])) AND ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	3645
#64	Add	Search (((((pre visit*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR preconsultat*[Text Word])) AND ((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empow-	49

Search	Add to builder	Query	Items found
		er*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh]) AND ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	
#63	Add	Search (((pre visit*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR preconsultat*[Text Word]	343
#61	Add	Search (((((preconsultat*[Text Word]) OR pre consultat*[Text Word]) OR previsit*[Text Word]) OR pre visit*[Text Word]) OR survey*[Text Word]) OR ("Surveys and Questionnaires"[Mesh])	1112253
#60	Add	Search preconsultat*[Text Word]	60
#59	Add	Search pre consultat*[Text Word]	57
#58	Add	Search previsit*[Text Word]	127
#57	Add	Search pre visit*[Text Word]	102
#56	Add	Search survey*[Text Word]	775005
#49	Add	Search "Surveys and Questionnaires"[Mesh]	783937
#47	Add	Search ((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh]) AND ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]))	14377
#46	Add	Search ((((((((((patient cooperat*[Text Word]) OR patient engag*[Text Word]) OR patient activat*[Text Word]) OR patient empower*[Text Word]) OR patient involvement*[Text Word]) OR physician-patient relation*[Text Word]) OR "Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR patient participat*[Text Word]) OR "Patient Participation"[Mesh]	85772
#45	Add	Search patient cooperat*[Text Word]	743
#44	Add	Search patient engag*[Text Word]	1078
#43	Add	Search patient activat*[Text Word]	623

Search	Add to builder	Query	Items found
#42	Add	Search patient empower* [Text Word]	782
#40	Add	Search patient involvement* [Text Word]	1476
#38	Add	Search physician-patient relation* [Text Word]	65057
#37	Add	Search "Physician-Patient Relations" [Mesh]	64223
#36	Add	Search patient participat* [Text Word]	21158
#34	Add	Search "Patient Participation" [Mesh]	20122
#23	Add	Search ((((((((((primary medicine[Text Word]) OR family doctor*[Text Word]) OR primary health care[Text Word]) OR primary care physician*[Text Word]) OR family physician*[Text Word]) OR General Practi*[Text Word]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]	250545
#22	Add	Search primary medicine [Text Word]	39
#20	Add	Search family doctor* [Text Word]	3907
#19	Add	Search primary health care [Text Word]	71818
#18	Add	Search primary care physician* [Text Word]	17050
#17	Add	Search family physician* [Text Word]	25270
#16	Add	Search General Practi* [Text Word]	76403
#15	Add	Search "Physicians, Primary Care" [Mesh]	1965
#13	Add	Search "Primary Health Care" [Mesh]	116108
#9	Add	Search "Physicians, Family" [Mesh]	15389
#7	Add	Search "General Practitioners" [Mesh]	4844
#5	Add	Search "General Practice" [Mesh]	69075

B. Søgeprotokol EMBASE

EMBASE

BLOKNAVN	Blok 1 -	Blok 2 -	Blok 3 -
OR	Exp general practitioner/ General practice/ (primary adj medicine).mp.	Exp patient participation Exp doctor patient relation patient* adj cooperat*	(pre adj visit*).mp. (previsit*).mp. (pre adj consultat*).mp. (preconsultat*).mp.

	(family adj doctor).mp. (primary adj health adj care).mp. (primary adj care adj physician*).mp. (general adj practitioner*).mp. (family adj physician*).mp. exp primary health care/	engag* activat* empower* involvement* participant*).mp. (physician adj patient adj relation*).mp. (doctor adj patient adj relation*).mp.	(pre adj survey*).mp. (presurvey*).mp.
--	---	---	---

Søgeresultater:

Blok 1 : 301002

Blok 2 : 126225

Blok 3 : 864

Blok 1+2 : 15140

Blok 1+3

Blok 2+3

Blok 1+2+3 : 54

Search History (19)

<input type="checkbox"/>	# ▲ Searches	Results	Type	Actions	Annotations
<input type="checkbox"/>	1 exp general practitioner/	88052	Advanced	Display Result More	Contract
<input type="checkbox"/>	2 general practice/	81212	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	3 (primary adj medicine).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading]	62	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	4 (family adj doctor*).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading]	5653	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	5 (primary adj health adj care).mp.	62149	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	6 (primary adj care adj physician*).mp.	21283	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	7 (general adj practi*).mp.	174443	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	8 (family adj physician*).mp.	15575	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	9 exp primary health care/	146069	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	301002	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	11 exp patient participation/	21564	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	12 exp doctor patient relation/	102218	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	13 (patient* adj (cooperat* or engag* or activat* or empower*or involvement*or participat*)).mp.	5037	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	14 (physician adj patient adj relation*).mp.	3424	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	15 (doctor adj patient adj relation*).mp.	102965	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	16 11 or 12 or 13 or 14 or 15	126225	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	17 10 and 16	15140	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	18 ((pre adj visit*) or previsit* or (pre adj consultat*) or preconsultat* or (pre adj survey*) or presurvey*).mp.	864	Advanced	Display Result More	
<input type="checkbox"/>	19 17 and 18	54	Advanced	Display Result More	

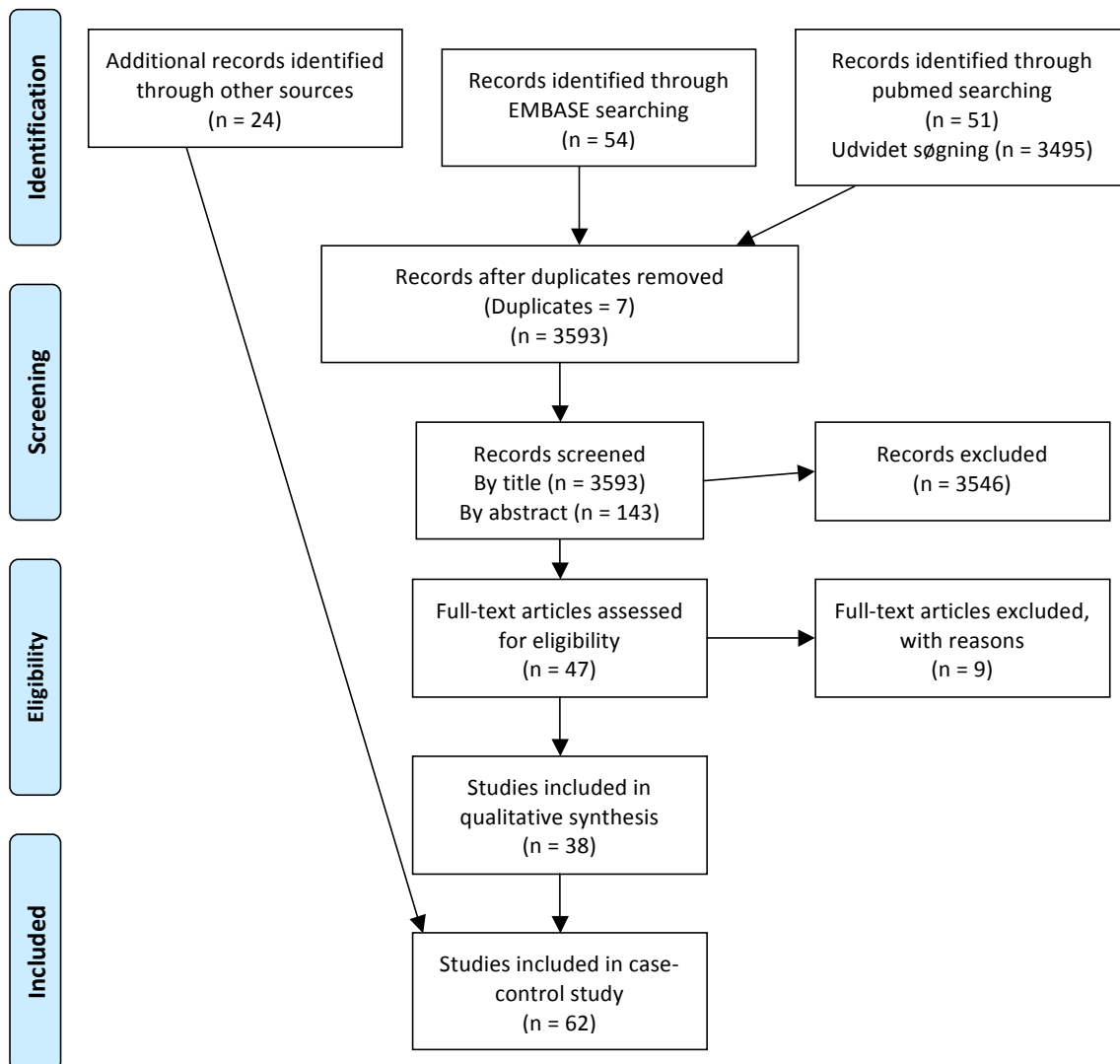
Combine with:

C. Flowdiagram

Baseret på Prisma 2009 Flow Diagram.



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

9. Litteraturgennemgang

Elektronik

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Bo Xie et al. ¹ <i>“Internet Use Frequency and Patient-Centered Care: Measuring Patient Preferences for Participation Using the Health Information Wants Questionnaire”</i>	Case study including 438 individuals - 226 undergraduates, and 212 older adults. Questionnaires about patients’ preferences for the amount of information desired about different aspects of a health condition, and the level of the decision-making autonomy desired across those same aspects.	Patient: Preferences for obtaining health information and decision-making autonomy, informed, participating, empowered. Doctor: Shared decision-making, communication.	Internet use frequency has a positive relationship with the overall preferences for obtaining health information and decision-making autonomy, but its relationship with different types of preferences varies.
M. A. Johansen et al. ² <i>“An Exploratory Study of Patient Attitudes towards Symptom Reporting in a Primary Care Setting”</i>	Data was collected from 83 respondents by use of convenience sampling in Northern Norway. Participants were asked about whether or not they acquired information about symptoms and problems prior to the medical consultation and their attitudes towards providing their GP with symptom information using electronic media. The last questions	Patient: Using technology for health purposes, electronic contact with doctor, save symptoms in health system for future consultations. Doctor: Providing health care electronically.	The results supported that applicability of electronically mediated pre-consultation systems both for improving primary care consultation and for use in symptom based surveillance, including real-time surveillance.

	focused on attitudes regarding storage, use and presentation of symptom-data.		
Pernille Hylleberg ³ <i>"Evaluering af selv-rapporterede patientdata i almen praksis"</i>	<p>Electronic and non-electronic questionnaire study including 49 patients, 3 doctors and 2 nurses in a primary care setting.</p> <p>Patient pre-consultative survey: reason for the visit, symptoms the patient had, how it affected the patient and the expectation to the doctor. Patient post-consultative survey: evaluation of the effect and usefulness of the pre-visit survey.</p> <p>Post-visit survey for physicians and nurses: assessment of the usefulness of the patient pre-visit survey.</p>	<p>Patient: Preparation for consultation, making agenda clear</p> <p>Doctor: Communication, preparation, finding patient agenda.</p>	<p>Patients want to rapport their symptoms directly to the journal. Doing so they felt better prepared for the consultation and the practitioners reported that they felt better prepared too. Furthermore the practitioners experienced the consultations being more effectively when patients had fulfilled the pre-consultative survey.</p> <p>Both the patients and the practitioners reported that the pre-visit survey contributed positively to the consultation.</p>
Jonathan S Wald et al. ⁴ <i>"Implementing practice-linked pre-visit electronic journals in primary care: patient and physician use and satisfaction"</i>	<p>RCT. Primary care patients were divided into study arm 1 and study arm 2 and completed different pre-visit electronic journals. Study arm 1: medication, allergies and diabetes modules. Study arm 2: health maintenance, family history and personal history modules.</p>	<p>Patient: Activation, viewing personal journal, understanding for own health.</p> <p>Doctor Patient involvement, engaging patients in participating.</p>	<p>Many patients reported electronic journal use improved visit preparation, communication with providers, and the accuracy of information they gave their provider.</p> <p>Physicians reported the electronic journal helped patients prepare for the visit, learn more about their health records and ask more questions.</p>

<i>faction”</i>	Physicians fulfilled surveys about their experience.		
Nicholas Huba and Yan Zhang ⁵ <i>”Designing patient-centered personal health records (PHRs): Health care professionals' perspective on patient-generated data”</i>	Explorative study investigating PHR's (personal health records) from the perspective of health care professionals. 21 practitioners with 10 different specialties were interviewed.	Patient: Keeping records of health issues. Doctor: Listening, being understanding.	The practitioners who participated seemed to value the information provided by patients and would advise them to keep such records. Practitioners with different specialties tended to look for different types of information and wished the information to be presented in ways supporting knowledge discovery. PHRs should be able to play a role in strengthening the partnership between patients and health care practitioners, and PHR tools or applications should be useful and efficient for both parties.
Konklusion: Studierne beskriver en positiv indstilling til brug af internet eller anden elektronisk media, brugt til enten at oplyse lægen om symptomer og bekymringer eller brugt af patienten til finde oplysninger omkring symptomer og sygdomme, der bekymrer dem.			

Spørgeskema om forventninger og tilfredshed

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Ann Bowling et al. ⁶ <i>"Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey"</i>	Pre- and post-consultative surveys about the patients' expectations of care and their satisfaction. Population included were 833 patients from 21 hospitals and 22 general practices across Greater London and Essex.	Patient: Satisfaction. Doctor: Focusing on effective communication, information giving and good outcomes.	It is the ability of the system to meet patients' expectations in respect of emotional and human features of the consultation, and clinical outcomes, that matter most to people.
Roger Ruiz Moral et al. ⁷ <i>"The effect of patients' met expectations on consultations. A Study with Family Medicine Residents"</i>	Prospective cohort study with patients attending family medicine consultations held by 38 doctors. 1301 were invited, 702 filled in all questionnaires. Pre-visit: expectation. Post-visit: the communicative interaction with the doctor. Later by telephone: fulfillment of expectations, satisfaction level and if they had followed the doctor's suggestions.	Patient: Satisfaction. Doctor: Understanding patient expectations, listening, doctor patient communication.	Patients prioritize expectations of a more general sort when they attend primary care consultations and these expectations are fulfilled acceptably. The fulfillment of expectations seemed to affect the studied outcomes more than other factors.
Richard Baker ⁸	Questionnaire study in a suburban practice of 12000 patients and 8 doc-	Patient: Satisfaction.	Principal components analyses of the patients' assessments of care revealed

<p><i>“Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice”</i></p>	<p>tors. Questions were to assess patients' satisfaction with consultations together with initial tests of the questionnaire's reliability and validity.</p> <p>239 completed forms were obtained.</p>	<p>Doctor: Improving consultation.</p>	<p>three factors of satisfaction: the professional aspects of the consultation, the depth of the patient's relationship with the doctor, and the perceived length of the consultation.</p>
<p>Nicky Britten and Obioha Ukoumunne⁹</p> <p><i>“The influence of patient's hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey”</i></p>	<p>Questionnaire study including 544 patients consulting four general practices in London.</p> <p>Patient's questionnaire: the presenting problem, prior drug treatment, expectations of receiving a prescription, exemption status for prescription charges, and demographic characteristics.</p> <p>Questionnaire to the doctor: the presenting problem, perception of whether the patient wanted a prescription, feeling pressurized to write a prescription and whether a prescription was written.</p>	<p>Patient: Expectations for prescription, patient satisfaction.</p> <p>Doctor: Writing prescriptions, decision-making, doctor-patient communication.</p>	<p>In an area of low prescribing and high expectations the decision to prescribe was closely related to actual and perceived expectations.</p>
<p>Robert A. Bell et al.¹⁰</p> <p><i>“Unmet Expectations for Care and</i></p>	<p>Patient and physician questionnaires before and after outpatient visits, and follow-up telephone surveys 2 weeks after the visit.</p> <p>909 patients were included.</p>	<p>Patient: Satisfaction, seeking information and treatment.</p> <p>Doctor:</p>	<p>Unmet expectations adversely affect patients and physicians alike. Physicians' nonfulfillment of patients' requests plays a significant role in patients' beliefs that their physician did</p>

<p><i>the Patient-physician Relationship”</i></p>	<p>Pre-visit patients rated their general health. Post-visit patient’s reported upon 8 types of unmet expectations and any request they made. Two weeks after patients rated their visit satisfaction, improvement and intention to adhere to the physician’s advice.</p>	<p>Understanding patient expectations, doctor-patient communication.</p>	<p>not meet their expectations for care.</p>
<p>John Hornberger et al.¹¹ <i>“Effect of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patient's concerns in primary care”</i></p>	<p>A balanced, two-arm trial in which physicians were randomized, including 10 physicians and 201 continuity-care patients. Patients completed a pre-visit questionnaire asking about the desire for medical information, psychosocial assistance, therapeutic listening, general health advice, and biomedical treatment. Physicians reviewed questionnaires with patients during the visit.</p>	<p>Patient: Patient-doctor communication, patient satisfaction. Doctor: Understanding patient’s concerns, doctor-patient communication.</p>	<p>Using a pre-visit questionnaire resulted in more diagnosis discussed per visit, but significantly longer visits. The questionnaire may entail a trade-off between conflicting goals: trying to respond to patient concerns while not significantly increasing the cost per visit.</p>
<p>Gail Albertson et al.¹² <i>“Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition</i></p>	<p>Prospective study in the internal medicine clinic of an academic medical center providing primary care to patients enrolled in a gatekeeper-model managed care plan. Participating were 12 faculty intern-</p>	<p>Patient: Satisfaction. Doctor: Recognizing patient’s concerns.</p>	<p>Using a brief pre-visit questionnaire about patient referral concerns increases primary care provider recognition of such concerns. The intervention does not adversely affect provider satisfaction with the referral discussion or the overall referral rate and may enhance</p>

<p><i>of patient referral concerns”</i></p>	<p>ists serving as primary care providers for 1495 consecutive patient visits.</p> <p>Pre-visit questionnaire: referral concerns.</p> <p>In the intervention phase the providers were shown the pre-visit questionnaire and in the control phase they were not.</p>		<p>patient visit satisfaction.</p>
<p>Sherri A. Henchey and Jeffrey L. Jackson¹³</p> <p><i>“A Cohort Study Assessing Difficult Patient Encounters in a Walk-In Primary Care Clinic, Predictors and Outcomes”</i></p>	<p>Prospective cohort study. 750 adults visiting a primary care walk-in clinic with a physical symptom were included.</p> <p>Pre-visit surveys: symptom, characteristics, expectations, functional status and presence of mental disorders. Post-visit surveys: satisfaction, unmet expectations and trust. Two-week assessment: symptom outcome, functional status and satisfaction. Clinicians rated encounter difficulty after each visit.</p>	<p>Patient: Trust and satisfaction with the clinician.</p> <p>Doctor: Dealing with psychosocial aspects.</p>	<p>Both patient and physician characteristics are associated with ”difficult” encounters, and patients involved in such encounters have worse short-term outcomes.</p>
<p>Jeffrey L. Jackson and Kurt Kroenke¹⁴</p> <p><i>“The Effect of Unmet Expectations</i></p>	<p>Prospective cohort study in a primary care walk-in clinic. 750 patients were included.</p> <p>Pre-visit questionnaires: symptoms,</p>	<p>Patient: Speaking their expectations and concerns, satisfaction</p> <p>Doctor:</p>	<p>Patients who seek care for physical symptoms and do not leave the encounter with an unmet expectation are more likely to be satisfied with their care and to have less worry about serious illness.</p>

<p><i>among Adults Presenting with Physical Symptoms”</i></p>	<p>the patient’s expectations of the visit, functional status and mental disorders. Right after the visit: patient satisfaction and unmet expectations. 2 weeks after the visit: patient satisfaction, unmet expectations, symptom outcome and functional status. Post-visit physician questionnaires: encounter difficulty and what the physician did in response to the patient’s symptom.</p>	<p>Doctor-patient communication, meeting patients’ expectations, giving diagnostic and prognostic information.</p>	<p>Diagnostic and prognostic information are particularly valued by patients and may be associated with greater improvement in symptoms and functional status 2 weeks after the visit.</p>
<p>Jaya K. Rao et al.¹⁵ <i>”Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review”</i></p>	<p>Review including 23 studies. Included studies were conducted in primary care settings, systematically recruited patients, elicited pre-visit and/or post-visit expectations relative to specific visits, and measured patient-centered outcomes.</p>	<p>Patient: Expectation, satisfaction. Doctor: Addressing patients visit expectations.</p>	<p>Addressing patients’ visit-specific expectations appears to affect satisfaction to a modest degree.</p>
<p>Susan Williams et al.¹⁶ <i>”Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satis-</i></p>	<p>504 patients attending 25 general practitioners at 10 London general practices were included. Pre-visit questionnaire: patients' expectations. Post-visit questionnaire: what the patient reportedly obtained. Satisfaction with the consultation was</p>	<p>Patient: Satisfaction. Doctor: Meeting patient expectations.</p>	<p>The most wanted item was 'explanation of the problem'. Patients with greater numbers of their expectations met reported significantly higher satisfaction with the consultation.</p>

<i>faction?”</i>	also measured.		
<p>A Bowling et al.¹⁷</p> <p><i>“The measurement of patients’ expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients’ expectations”</i></p>	<p>Review including 211 papers. Examines existing models and definitions of patient expectations in the literature and explores expectations with patients.</p> <p>Developed a questionnaire that aimed to measure pre-visit ideal and realistic expectations and post-visit experiences. The questionnaire was tested on 833 people in UK before and after consultations in general practice and hospital outpatient department.</p>	<p>Doctor: Awareness of patients met and unmet expectations, doctor-patient communication.</p>	<p>A fully integrated model of expectations needs to be dynamic, multidimensional and able to identify its determinants, including sociocognitive components.</p> <p>Most patients expected site cleanliness, information about where to go, convenient appointments, to be seen on time, helpfulness of reception staff and a knowledgeable doctor, a clear and easy to understand doctor, involvement in treatment decisions and a reduction in symptoms/problems.</p>
<p>John A. Robbins et al.¹⁸</p> <p><i>“The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction”</i></p>	<p>100 new patients in an outpatient facility were included.</p> <p>Pre-visit questionnaire to patients about their general level of satisfaction with health care. Post-visit questionnaire about visit-specific satisfaction. The encounters were videotaped and physician behavior characterized.</p>	<p>Patient: Satisfaction.</p> <p>Doctor: Talking about specific therapeutic interventions, examining patient, giving health education.</p>	<p>Patients are most satisfied if they talked about their specific therapeutic interventions, are examined and received health education.</p> <p>Extended general discussion of medical history is negatively related to satisfaction.</p>

<p>E. Zebiene et al.¹⁹</p> <p><i>“Agreement in patient–physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe”</i></p>	<p>Cross-sectional survey in four European countries using self-administered questionnaires.</p> <p>1332 post-consultation evaluations of doctor–patient communication, were made by patients and physicians and were compared with pre-consultation expectations of the patient.</p>	<p>Doctor: More emphasis on identifying and addressing patient expectations, getting patient agreement.</p>	<p>Primary care physicians should put more emphasis on identifying and addressing patient expectations in primary care consultation, including agreement with patient.</p>
<p>N J Perron et al.²⁰</p> <p><i>“Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland”</i></p>	<p>The study compares expectations of Swiss and immigrant patients attending the outpatient clinic of a Swiss university hospital. Over a 3-month period all patients were requested to complete pre-consultative surveys. 343 patients were included.</p> <p>The physicians completed post-consultative surveys about their perception of the patients’ expectations. 333 questionnaires were completed.</p>	<p>Doctor: Identifying expectations of immigrant patients, communication skills.</p>	<p>There was no evidence that immigrant patients’ expectations differed from those of Swiss patients, or that physicians had more difficulty identifying expectations of immigrant patients.</p> <p>The physicians were generally poor at identifying patients’ expectations.</p>
<p>Sheri A. Keitz et al.²¹</p> <p><i>“Behind Closed Doors. Management of Patient Expectations in Primary Care Practices”</i></p>	<p>Observational study including 55 physicians from 20 primary care practices and 211 patients.</p> <p>The clinic visits were recorded and modes of negotiation of patient expectations were determined. Patients completed pre-visit surveys</p>	<p>Patient: Involvement, participation, activation, asking for treatment, negotiate with doctor.</p> <p>Doctor: Giving information, opening possibilities matching expectations, negotiating</p>	<p>Patients generally received what they asked for and altered physician behavior nearly half of the time.</p>

	with expectations. Post-visit they were asked about fulfillment of expectations, satisfaction and trust.	treatment, patient-doctor communication, listen to patient.	
Jeffrey L. Jackson ²² <i>“Communication about symptoms in primary care: impact on patient outcomes”</i>	Questionnaire study including 500 patients presenting with physical symptoms in a primary care walk-in clinic. Patient pre-visit surveys: symptom characteristics, illness worry, stress, expectations, functional status, and mental disorders. Patient post-visit survey: satisfaction, the presence of unmet expectations, and what the clinicians did for them. Clinicians measured how difficult the encounter was. At 2 weeks, patient surveys assessed symptom outcome, functional status and satisfaction.	Patient: Satisfaction. Doctor: Giving information, listening.	Patients and clinicians disagreed about whether or not communication about symptom, diagnosis and prognosis occurred. Patient reports of receiving such information were associated with greater satisfaction, less worry, fewer unmet expectations, and better 2-week symptom outcomes.
A Delgado et al. ²³ <i>“Patient expectations are not always the same.”</i>	Cross-sectional study. 360 patients who had consulted their general practitioner (GP) during the previous 12 months were randomly selected from the lists of 30 GPs. A questionnaire was administered by interview to assess expectations in	Doctor: Finding patient expectation.	The factorial structure of expectations varied, indicating that expectations are not homogeneous in all clinical situations. The desire of the patient to participate in decision-making also differs according to the type of health problem.

	relation to five health problems, three biomedical and two psychosocial.		
R L Kravitz et al. ²⁴ <i>"Internal medicine patients' expectations for care during office visits"</i>	Questionnaire study, including 396 patients from an internal medicine outpatient facility in Southern California. Patient pre-visit survey: elements of care they thought necessary for their physicians to provide. Patient and physician post-visit survey: elements of care actually provided and patients' satisfaction with care.	Doctor: Eliciting patient expectation, doctor-patient relationship.	The patients had specific expectations for the content of their physician visits. However, they routinely failed to receive some of the items they thought necessary. Unless patients' expectations are carefully elicited and dealt with the physician-patient relationship may be adversely affected.
Warren Lewin et al. ²⁵ <i>"Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire"</i>	Retrospective review of adolescent medical charts, using a pre-post design in an outpatient primary care clinic in Montreal, Que. Including 210 adolescent patients aged 13 to 19 who visited the clinic between 2000 and 2004.	-	A pre-visit questionnaire is an effective strategy to improve adolescent screening for psychosocial issues and concerns. Implementing such a questionnaire requires no training and can therefore be easily incorporated into clinical practice.

Konklusion: Studierne benytter præ- og/eller postkonsultative spørgeskemaer med forskellige fokus. I flere studier ses, at det har betydning for patientens tilfredshed med konsultationen at forventningerne hertil indfries. Ligeledes undersøges, hvilke forventninger patienterne har, og her ses, at patienterne har mange generelle forventninger og ligeledes forventer en forklaring på problemet. Et prævisit spørgeskema medførte i et studie at flere diagnoser blev diskuteret og at konsultationerne tog længere tid, men samtidig ses i et andet studie, at det er en god måde at belyse det psy-

kosociale og øger lægens opmærksomhed på bekymringer.

Agenda

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Christine A. Barry et al. ²⁶ <i>“Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study”</i>	Qualitative study in southeast England and the West Midlands. 35 patients participated consulting 20 general practitioners in appointment and emergency surgeries. The study included interview with patients about their agendas, before meeting with the doctor, and both doctor and patient were interviewed after the meeting about the outcome.	Patient: Letting their agenda be heard, satisfaction, communication. Doctor: Finding patient's agenda, understanding, listening, doctor-patient communication.	Patients have many needs and when these are not voiced they cannot be addressed. When patients and their needs are more fully articulated in the consultation better health care may be affected.
William Hamilton et al. ²⁷ <i>“The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial”</i>	Single-blind randomized controlled trial. Unselected patients from ten general practices in Devon and Dorset, UK, achieving or not achieving a self-completed agenda form with 5 questions. 3124 patients agreed to randomization out of 4125 that were offered		The intervention did either not achieve the intention of communicating the patients' agendas, or if it did, patients may have been persuaded by doctors' explanations in the consultation.

	entry.		
Kurt Kroenke ²⁸ <i>“Patient expectations for care: how hidden is the agenda?”</i>	Editorial.	Patient Patient activation, communication. Doctor: Doctor-patient communication, asking questions, listening.	Patient-provider communication succeeds more often than it fails. 80% or more of patients do not report unmet expectations after outpatient visits. The utility and feasibility of more intensive interventions to supplement the usual clinical encounter – such as pre-visit expectation questionnaires, patient activation or demand management – need to be established.
Michael Peltenburg et al. ²⁹ <i>“The Unexpected in Primary Care: A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda”</i>	Observational cross-sectional study involving 2243 patients from 182 primary care practices in 9 European cultural regions. Patients completed pre- and post-consultation questionnaires assessing their expectations and perceived care. The consultations were videotaped and rated. Emerging agenda was defined as care perceived by the patient to be in addition to expected care.	Doctor: Addressing patient expectations.	Unexpected agenda emerges in every sixth to seventh consultation in outpatient primary care visits.
M. K. Marvel et al. ³⁰ <i>“Soliciting the patient's agenda: have</i>	A cross-sectional survey using linguistic analysis a convenience sample of 264 patient-physician interviews in US and Canada.	Doctor: Soliciting patient agenda, increasing achieved information from patient, improving interview efficiency, doctor-	Physicians often redirect patients' initial description of their concerns. Once redirected, the descriptions are rarely completed. Consequences of incom-

<i>we improved”</i>	The visits were audiotaped and transcribed and later analysed and coded to examine the extend, to which the physicians elicit the agenda of concerns patients bring to the office.	patient communication.	plete initial descriptions include late- arising concerns and missed opportuni- ties to gather potentially important pa- tient data. Soliciting the patient’s agen- da takes little time and can improve interview efficiency and yield increased data.
Konklusion: Studierne beskriver besværligheder med at finde patientens agenda og mulige interventioner til lettere at belyse denne.			

Kommunikation

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
H P Rodriguez et al. ³¹ <i>”Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention”</i>	Case study. Ten physicians participated in an agenda-setting intervention consisting of communication training. Eleven matched physicians were selected as controls. Changes in survey summary scores from pre- and post-intervention surveys were compared between the two groups.	Patient: Doctor-patient relationship, satisfaction. Doctor: Learning communication- and agenda setting skills, focusing on patients priorities of concerns, being patient, being relationship-centered, identification of important clinical concerns, improving doctor-patient interaction.	A simple and modest behavioral training for practicing physicians has potential to positively affect physician-patient relationship interaction quality.
Kelly B. Haskard et al. ³²	RCT in three primary medical care settings.	Patient: Communication training, satisfaction.	Patient training improved physicians’ satisfaction with data collection; if only

<p><i>“Physician and Patient Communication Training in Primary Care: Effects on Participation and Satisfaction”</i></p>	<p>Training intervention to improve physician communication skills. Patient training to be active participants.</p> <p>156 physicians treating 2,196 patients were randomly assigned to control group or one of three conditions: physician, patient, or both trained.</p>	<p>Doctor: Communication training, counseling, satisfaction.</p>	<p>physician or patient was trained, physician stress increased and physician satisfaction decreased.</p>
<p>Moira A. Stewart³³</p> <p><i>“Effective physician-patient communication and health outcomes: a review”</i></p>	<p>Review including 21 studies. Included were RCTs and analytic studies of physician-patient communication in which patient health was an outcome variable.</p>	<p>Doctor: Doctor-patient communication.</p>	<p>Most of the studies demonstrated a correlation between effective physician-patient communication and improved patient health outcomes.</p>
<p>Christa Zimmermann et al.³⁴</p> <p><i>“Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review”</i></p>	<p>Review including 59 observational studies based on patient-physician consultations and report findings on patient expressions of cues and/or concerns published between 1975 and 2006.</p>	<p>Doctor: Communication, detection of cues and concerns.</p>	<p>Definition of cues and concerns and methodological approaches differed widely.</p> <p>Physicians missed most cues and concerns and adopted behaviors that discouraged disclosure. Communication training improved the detection of cues and concerns.</p>
<p>Evelyn Verlinde et al.³⁵</p> <p><i>“The social gradient in doctor-patient”</i></p>	<p>Systematic research of literature published between 1965 and 2011 on the social gradient in doctor patient communication.</p>	<p>Patient: Expressing concerns and preferences.</p> <p>Doctor: Awareness of communicative differ-</p>	<p>By increasing the doctors’ awareness of the communicative differences and by empowering patients to express concerns and preferences, a more effective communication could be established</p>

<i>communication”</i>	Databases used were MEDLINE, psycINFO and Web Of Science. 129 studies were under review. 20 publications were labeled as relevant for the study.	ences, doctor-patient communication, doctor-patient relation and understanding.	
Nicky Britten et al. ³⁶ <i>”Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study.”</i>	Qualitative study including 20 general practitioners and 35 consulting patients in the West Midlands and south east England The consultation was audiotaped. Patient pre-consultation interview: experience of illness, expectations and relationship with the doctor. Patient post-consultation interview a week later: what happened in the consultation, medicine they had been prescribed and satisfaction. General practitioners post-consultations interview: what happened in the consultation, their relationship with the patient and satisfaction.	Patient: Participation, understanding for treatment. Doctor: Giving information, patient-doctor communication, doctor-patient understanding.	All the misunderstandings were associated with lack of patients’ participation in the consultation in terms of the voicing of expectations and preferences or the voicing of responses to doctors’ decisions and actions. They were all associated with potential or actual adverse outcomes such as non-adherence to treatment. Many were based on inaccurate guesses and assumptions. In particular doctors seemed unaware of the relevance of patients’ ideas about medicines for successful prescribing.
Konklusion: God kommunikation er vigtig og har betydning for tilfredshed, udbytte og læge-patientforholdet. Kommunikationen kan forbedres ved kommunikationstræning både af patient og læge. Dårlig kommunikation kan medføre misforståelser og det er derfor vigtigt, at patienten giver udtryk for sine bekymringer og forventninger.			

Tid

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Jane Ogden et al. ³⁷ <i>“I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation”</i>	A quantitative cross-sectional study, including 294 patients from 8 general practices in UK. Post-consultative questionnaire about satisfaction with the consultation, and how long time the patient thought the consultation had lasted, and how much time they would have preferred. The doctor recorded the actual consultation length.	Patient: Satisfaction. Doctor: Management of how time is spending, listening, level of being understand towards patients, doctor-patient communication.	A way to improve patient satisfaction is to change the way the consultation time is spent – doctors listening and tries to understand their patient makes the patients more satisfied.
Andrew Wilson and Susan Childs ³⁸ <i>“The relationship between consultation length, process and outcome in general practice: a systematic review”</i>	Systemic review of observational studies, using MEDLINE (1966 to 1999), EMBASE (1981 to 1999) and NHS. 13 papers with 10 studies were identified.	Patient: Satisfaction, re-visit speculations. Doctor: Inclusion of important elements of care, consultation duration time.	Evidence suggested that patients seeking help from a doctor who spends more time with them are more likely to have a consultation that includes important elements of care.
Thomas I Lemon and Rebecca H. Smith ³⁹ <i>“Consultation Con-</i>	A systematic review. Included 9 studies investigating the patient-general practitioner (GP) consultation in which the ‘intervention’ was consultation length and compari-	Patient: Satisfaction. Doctor: Exploration of patient’s psychosocial	It is not the length of time that is the variable responsible for improving patient satisfaction, but the exploration of a patient's psychosocial factors. This exploration acts as a mechanism for

<i>tent not Consultation Length Improves Patient Satisfaction”</i>	son was of the known lengths of consultations and any consultation variables that were investigated by the paper.	needs.	patient empowerment, and thus results in improved patient satisfaction. The effect of increased time is simply that the physician is more likely to explore such factors.
Chen L et al. ⁴⁰ <i>” Primary care visit duration and quality: does good care take longer?”</i>	A retrospective analysis of visits by patients to primary care physicians in the United States. Uses the National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS), a US representative survey and supplements these data with population estimates from the US Census Bureau. Creates a 9-year sample beginning in 2005 and including the previous 8 years of NAMCS data		Adult primary care visit frequency, quality, and duration increased between 1997 and 2005. Modest relationships were noted between visit duration and quality of care. Providing counselling or screening required additional physician time, but ensuring that patients were taking appropriate medications seemed to be independent of visit duration.
Konklusion: En god konsultation behøver ikke nødvendigvis at tage længere tid, men det har derimod betydning hvilke elementer, som indgår i konsultationen bl.a. det psykosociale.			

Patientaktivering

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Angela Coulter and Glyn Elwyn ⁴¹	Qualitative study. Considerations about what might be	Patient: strengthening coping skills, involve in quality improvement activities, in-	Contributions can include preferences (ideas about what should occur), evaluations (reactions to aspects of care) and

<p><i>“What does patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement?”</i></p>	<p>done to tackle the problems identified in a general practice consultation.</p>	<p>involvement in own health care, active self-management.</p> <p>Doctor: Involving patient, doctor-patient communication, activating patients, shared decision-making.</p>	<p>reports (observation on the organisation of process of care), and that it could be practical to involve patients in quality improvements.</p>
<p>Paul Little et al.⁴²</p> <p><i>“Randomized controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care”</i></p>	<p>RCT. 636 consecutive patients from five general practices in UK, randomized to receive a general leaflet, a depression leaflet, both, or neither.</p>	<p>Patient: Using leaflets, asking questions, patients satisfaction.</p> <p>Doctor: Encouraging patients to discuss issues and symptoms, eliciting expectations.</p>	<p>Encouraging patients to raise issues and to discuss symptoms and other health related issues in the consultation improve their satisfaction and perceptions of communication, particularly in short consultations.</p>
<p>Esch T et al.⁴³</p> <p><i>“Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods”</i></p>	<p>Primary care patients in Greater Boston, USA with electronic access to their primary care physician’s visit notes.</p> <p>Mixed methods, incl. survey data and free-text answer analyses, and quantitative-descriptive measures combined with semi structured individual interviews, patient activation measures and member checks.</p> <p>576 free text answers were analyzed and 13 patients were interviewed.</p>	<p>Patient: Understanding of health issues, self-care, engagement and involvement in medical care.</p>	<p>Patients’ assessment to office notes may increase patient activation and engagement in important ways. Still deeper understanding of possible benefits and harms are important.</p>
<p>S Greenfield et al.⁴⁴</p>	<p>RCT including 73 patients.</p>	<p>Patient: Negotiating medical decision with doc-</p>	<p>The authors conclude that the intervention is feasible and that it changes pa-</p>

<p><i>"Patients' Participation in Medical Care: Effects on Blood Sugar Control and Quality of Life in Diabetes"</i></p>	<p>Before the regular visit to a physician, a clinic assistant reviewed the medical record of each experimental patient with him/her, guided by a diabetes algorithm.</p> <p>The assistant encouraged patients to use the information gained to negotiate medical decisions with the doctor. A randomized trial was conducted in two university hospital clinics to compare this intervention with standard educational materials in sessions of equal length.</p>	<p>tor, eliciting information from doctor.</p>	<p>tient behavior, improves blood sugar control, and decreases functional limitations.</p>
<p>David B. Reuben and Mary E. Tinetti⁴⁵</p> <p><i>"Goal-Oriented Patient Care - An Alternative Health Outcomes Paradigm"</i></p>	<p>Perspective about goal-oriented care.</p>	<p>Patient: Selecting health outcome of highest priority, negotiating about treatment.</p> <p>Doctor: Using goal-oriented approach, shared-decision making, explaining possible health goals, provide treatment plan, encouraging patient.</p>	<p>Perhaps the most important barrier to goal-oriented care is that medicine is deeply rooted in a disease-outcome-based paradigm. Rather than asking what patients want, the culture has valued managing each disease as well as possible according to guidelines and population goals.</p>
<p>S Parsons et al.⁴⁶</p> <p><i>"The quality of patient engagement and involvement in primary care"</i></p>	<p>Research paper</p> <p>Explores the measurement of patients' engagement in the general practice consultation by reviewing qualitative studies and reviewing existing measures of patient engage-</p>	<p>Patient: Patient participation in decision-making, patient activation, involvement in treatment.</p> <p>Doctor: Encouraging patients to participate, shared decision-making, doctor-patient</p>	<p>The review of studies of patient and GP perceptions of the factors that enable patient engagement found that patients and GPs consistently identified very similar themes to each other. Some domains of engagement in primary care consultations were acceptable for both patient and the doctor, including among</p>

	<p>ment.</p> <p>Explores patients' involvement in the development of general practice services by exploring the national drivers of patient involvement in the development of general practice services, and the most likely mechanisms for achieving this involvement and by searching out and describing practical examples of best practice where these existed.</p>	<p>relationship, recognizing patients knowledge.</p>	<p>others:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agreement and understanding of patient and GP responsibilities - assessing and expressing needs and wants regarding engagement - confidence in engagement - consultation length. <p>Tools and measurements available to assess and monitor patient engagement in GP-consultations. Some of the common domains were listening, involvement in decision, information, explanation, consultations length and empathy.</p> <p>Results show that patients report high levels of patient confidence and trust in GPs, and good experience of doctors' communication skills.</p>
<p>Richard L. Street Jr, and Paul Haidet⁴⁷</p> <p><i>“How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients’ Health Beliefs”</i></p>	<p>Cross-sectional, observational study. 207 patients and 29 primary care physicians from 10 outpatient clinics.</p> <p>Patients and physicians' beliefs about the degree to which the patient's condition has a biological cause, is the patient's fault, is one the patient can control, has meaning for the patient, can be treated with natural remedies and patient preferences for partner-</p>	<p>Patient: Activation in consultation.</p> <p>Doctor: Understanding patient's health beliefs, doctor-patient partnership building, encouraging patients to actively participate.</p>	<p>Physicians were not good judges of patient's health beliefs, but had a substantially better understanding when patients more actively participated in the consultation.</p> <p>Pre-consultation assessment of patients' beliefs, implementing culturally appropriate patient activation programs, and greater use of partnership-building to encourage active patient participation can help increasing physicians aware-</p>

	<p>ship with the physician were measured.</p> <p>Physicians completed again on how they thought the patient responded.</p>		ness of patients' health beliefs.
<p>Peter Qvist et al.⁴⁸</p> <p><i>“Bruger- og patientinddragelse – kvalitetsudvikling med patienten i centrum”</i></p>	<p>Pjece fra Center for Kvalitet, Region Syddanmark med fem artikler omkring brugerrepræsentation og patientinddragelse:</p> <p>Feedbackmøder, brugerinddragelse via infostandere og telefoninterview, erfaringer fra project PaRIS (patientuddannelse på tværs af diagnose) og åbne samtaler.</p>		
<p>Becky A. Purkapple et al.⁴⁹</p> <p><i>“Encouraging Patient-Centered Care by Including Quality-of-Life Questions on Pre-Encounter Forms”</i></p>	<p>RCT in a family medicine practice. Two different pre-visit questionnaires.</p> <p>Intervention: included quality of life goals (QOL) and concerns.</p> <p>Control: questions about symptoms.</p> <p>Videotapes to determine whether the QOL goals were mentioned or used in decision-making.</p>	<p>Patient: Activation, preparation for consultation.</p> <p>Doctor: Asking about quality of life goals.</p>	<p>QOL goals were written but the patients did not mention it.</p> <p>QOL information was associated with reduced physician empathy.</p>
<p>Center for kvalitet⁵⁰</p> <p><i>”Notat om patientinddragelse”</i></p>	<p>Describes different efforts to improve patient involvement in Denmark and a few international efforts.</p>	<p>Patient: Understanding health situation, involvement, participation, activation.</p>	

		Doctor: Involving patients in health care.	
Floyd J. Fowler et al. ⁵¹ <i>“Informing And Involving Patients To Improve The Quality Of Medical Decisions”</i>	Describes issues surrounding informed patient decision making and the steps necessary to improve the way decisions are made. Reviews developments that could facilitate the development of tools and methods to improve patient-centered care.	Patient: Interaction with provider about goals and concerns, involvement. Doctor: Patient involving, listening, cooperative, shared decision-making, use of decision aids, using health information technology, using surveys.	Every patient has to be fully informed and involved in making the important decisions about their medical care. Patients facing decisions should routinely be given decision-support materials that objectively lay out the options in clear, accessible terms.
Stephanie Legg England and Jeremy Evans ⁵² <i>“Patients’ choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions”</i>	The study investigated responses of 143 patients in a cardiovascular risk management clinic to an invitation to make a decision about their treatment.	Patient: Decision making, taking control of treatment. Doctor: Giving information about treatment options, communication.	When patients were invited to choose their own treatment, most patients experienced some sense of personal control, while treatment decisions were still substantially influenced by external factors such as assessments of the individual’s health risk and health professionals.
Charlotte Bredahl Jacobsen et al. ⁵³ <i>“Patient inddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mel-</i>	Qualitative case study. Observations of clinical meetings at 2 hospital departments and further analysis of 50 of these meetings. Observations tested how the decision-making is done in the clinical meeting. 21 qualitative interviews with patients and 17 with their nurses and doctors.	Patient: Making the limits for their treatment, activation. Doctor: Shared-decision making, explaining possibilities for treatment, and giving patient more influence in the treatment.	There is a potential in working with supporting explicit patient involving dialogue. Different communication tools have been suggested in other reports and these tools could be used for further research on that topic.

<p><i>lem patient og behandler”</i></p>	<p>Investigates approaches, conceptions, and interests of patients and health care professionals concerning patient involvement, understood as patients having influence on their treatment.</p>		
<p>Hanan J. Aboumatar et al.⁵⁴</p> <p><i>“The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension”</i></p>	<p>Cross-sectional study including 41 primary care physicians and 275 of their patients.</p> <p>Prior to the visit physicians received a minimal intervention or communication skills training. Patients received a minimal intervention or a pre-visit coaching session. This resulted in four groups: minimal patient/minimal physician minimal patient/intensive physician intensive patient/minimal physician intensive patient/intensive physician</p> <p>Patients fulfilled pre-visit survey including demographics and interest in being involved in their healthcare. Visits were audiotaped and patients completed post-visit surveys about participation in decision-making and satisfaction.</p> <p>Blood pressure was measured before the visit.</p>	<p>Patient: Participating, activation, patient-doctor communication.</p> <p>Doctor: Shared decision-making, involving patients.</p>	<p>Patients with low and adequate literacy were similarly interested in participating in medical decision-making.</p> <p>Low literacy patients were less likely to experience participatory decision-making and in the intensive physician intervention groups they asked fewer medical questions. These patients may be less able to respond to physicians’ use of patient-centered communication approaches.</p>

Konklusion: Studierne undersøger forskellige måder at inddrage og engagere patienten i behandlingen bl.a. ved at give dem adgang til deres journal og motivere dem til at stille spørgsmål. Det øger lægens forståelse af patienten, hvis patienten aktivt deltager i konsultationen.

Patientcentreret behandling

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Paul Little et al. ⁵⁵ <i>“Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study”</i>	Questionnaire study. Including 835 consecutive patients in the waiting room of 3 doctors’ surgeries. The questionnaire was about what the patients wanted the doctor to do in the consultation, developed on basis of 5 principle domains of a patient centered model.	Patient: Expectation to doctor. Doctor: Focusing on communication, partnership and health promotion.	Patients in primary care strongly want a patient centered approach, with communication, partnership, and health promotion. Doctors should be sensitive to patients who have a strong preference for patient-centeredness – those vulnerable either psychosocially or because they are feeling unwell.
Ronald M. Epstein and Richard L. Street ⁵⁶ <i>“The values and value of patient-centered care”</i>	Editorial.	Doctor: Understanding patient-centered care.	What is patient-centered care and how should it be accomplished?
M. F. Clayton et al. ⁵⁷ <i>“Assessing patient-centered communication in a family”</i>	Case study. Evaluates variables that influences patient’s perceptions of patient-centeredness and compares two cod-	Doctor: facilitating a more positive patient perception of patient centeredness, addressing patients concerns, negotiating decision-making roles.	Patient factors contributing to positive perceptions of patient-centeredness were successful negotiation of decision-making roles and lower post-visit uncertainty.

<p><i>practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters?"</i></p>	<p>ing schemas that evaluate patient-centeredness.</p> <p>174 videotaped family practice office visits, and patient self-report measures were analyzed.</p>		<p>The two coding schemas operationalize patient-centeredness differently, illustrating a lack of conceptual clarity.</p>
<p>Dwamena F. et al.⁵⁸</p> <p><i>"Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations"</i></p>	<p>Review including 43 studies. To assess the effects of interventions for healthcare providers that aim to promote patient-centered care approaches in clinical consultations.</p>	<p>Patient: Satisfaction, health behavior, health status.</p> <p>Doctor: Using interventions promoting patient-centered care.</p>	<p>Interventions to promote patient-centered care within clinical consultations are effective across studies in transferring patient-centered skills to providers. However the effects on patient satisfaction, health behavior and health status are mixed.</p>
<p>Grover Sanjiv⁵⁹</p> <p><i>"Don't dismiss the little notes that patients bring"</i></p>	<p>Personal view.</p>	<p>Patient: Presenting health concerns.</p> <p>Doctor: Taking patient notes into account, doctor-patient communication.</p>	<p>The notes give an insight in the patient's psyche and may indicate a deeper disorder that requires a psychiatric or psychological assessment.</p> <p>Notes provide an opportunity for holistic treatment of the patient, not just the primary complaint he or she came with.</p>
<p>Konklusion: Studierne omhandler patientcentreret behandling og tilgang., og hvordan det kan fremmes.</p>			

Øvrige

Reference	Study design and method	Variables found improvable	Conclusion
Simon J. Griffin et al. ⁶⁰ <i>"Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials"</i>	Review including trial in primary and secondary care. Identifies 35 randomized trials of interventions to alter the interaction between patients and practitioners, develop taxonomies of the interventions and outcomes, and assess the evidence that such interventions improve patients' health and well-being.	Doctor: Changing behavior to improve patient's health.	There are few rigorous trials of well-specified interventions to inform best practice. Trial evidence suggests that a range of approaches can achieve changes in this interaction, and some show promise in improving patients' health.
Shifra Sagy and Helen Antonovsky ⁶¹ <i>"Structural sources of the sense of coherence – two life stories of holocaust survivors on Israel"</i>	Two partially structured life-story in-depth interviews to evaluate to what degree the independent variables "consistency", "emotional load balance" and "sense of belonging" contributed to the dependent variable SOC (sense of coherence)	Doctor: Better understanding of differences in patients' psychosocial behavior and health situations.	Through the time of growing up, <i>consistency</i> (extend of clear messages, order and structure instead of chaos), <i>emotional load balance</i> (extend of suffering of emotional overload or underload) and <i>sense of belonging</i> (extend of feeling a part of – or important in social group) are important variables to how people view on life will continue in later stages of life.
Maurice B. Mittelmark and Torill Bull ⁶² <i>"The salutogenic"</i>	Review of Antonovsky's central ideas about the ease/dis-ease continuum, focusing on "why has Antonovsky's health concept failed to stimulate research on breakdown" and "how can		The review shows that the breakdown concept of health as specified by Antonovsky is circular in definition, it is not measured on the 'required' ease/dis-ease continuum, it is not measurable by

<i>model of health in health promotion research”</i>	the present emphasis on disease be complemented by an emphasis on positive well-being in the salutogenic model?”		promotion, as it has not been considered at all. The study also shows that Antonovsky came to view breakdown as but one aspect of well being.
Supplerende litteratur.			

Samlet konklusion:

Studierne beskriver flere forskellige metoder til at forbedre konsultationen i almen praksis. Her bliver aspekter som kommunikationen mellem læge og patient, finde patientens agendaer, give en patientcenteret behandling, inddrage og engagerer patienten i deres eget helbred samt belysning af psykosociale aspekter beskrevet. Interventioner der beskrives er bl.a. brug af spørgeskemaer/agenda-skemaer, patientbrug af journaladgang eller anden elektronisk media og kommunikationstræning. I studierne ses hovedsageligt et positivt outcome til forbedringen af konsultationen, mens få beskriver negative aspekter ved brug af nogle af interventionerne.

1. Xie, B., Wang, M., Feldman, R. & Zhou, L. Internet use frequency and patient-centered care: Measuring patient preferences for participation using the Health. *Journal of Medical Internet Research* **15**, (2013).
2. M.A., J., G., B., N., S. & J.G., B. An exploratory study of patient attitudes towards symptom reporting in a primary care setting. Benefits for medical consultation and syndromic surveillance? *Methods of information in medicine* **50**, 479–486 (2011).
3. Smalbro, P., Vejleder, H. & Jensen, M. B. *Evaluering af selvrapporterede patientdata i almen praksis*.
4. Wald, J. S. *et al.* Implementing practice-linked pre-visit electronic journals in primary care: patient and physician use and satisfaction. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* **17**, 502–6 (2010).
5. Huba, N. & Zhang, Y. Designing patient-centered personal health records (PHRs): Health care professionals’ perspective on patient-generated data. *J. Med. Syst.* **36**, 3893–3905 (2012).
6. Bowling, A., Rowe, G. & McKee, M. Patients’ experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J. R. Soc. Med.* **106**, 143–149 (2013).
7. Ruiz-Moral, R., Perula de Torres, L. A. & Jaramillo-Martin, I. The effect of patients’ met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J. Gen. Intern. Med.* **22**, 86–91 (2007).
8. Baker, R. Development of a questionnaire to assess patients’ satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pr.* **40**, 487–490 (1990).

9. Britten, N. & Ukoumunne, O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ* **315**, 1506–10 (1997).
10. Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., Krupat, E. & Azari, R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J. Gen. Intern. Med.* **17**, 817–824 (2002).
11. Hornberger, J., Thom, D. & MaCurdy, T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* **12**, 597–606 (1997).
12. Albertson, G. *et al.* Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. *Am. J. Manag. Care* **8**, 375–381 (2002).
13. S.A., H. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *Journal of General Internal Medicine* **26**, 588–594 (2011).
14. Jackson, J. L., Kroenke, K. & J.L., J. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann. Intern. Med.* **134**, 889–897 (2001).
15. J.K., R., M., W., Rao, J. K., Weinberger, M. & Kroenke, K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: A literature review. *Arch. Fam. Med.* **9**, 1148–1155 (2000).
16. Williams, S., Weinman, J., Dale, J. & Newman, S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam. Pract.* **12**, 193–201 (1995).
17. Bowling, A. *et al.* The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. **16**, 1–532 (2012).
18. J.A., R., K.D., B., L.J., H., R., A. & E.J., C. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine* **25**, 17–20 (1993).
19. E., Z. *et al.* Agreement in patient-physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe. *Patient Education and Counseling* **73**, 246–250 (2008).
20. N., J. P., F., S., M., V. & A., P. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Family Practice* **20**, 428–433 (2003).
21. S.A., K. *et al.* Behind closed doors: Management of patient expectations in primary care practices. *Arch. Intern. Med.* **167**, 445–452 (2007).
22. Jackson, J. L. Communication about symptoms in primary care: Impact on patient outcomes. *J. Altern. Complement. Med.* **11**, S-56 (2005).
23. Delgado, A. *et al.* Patient expectations are not always the same. *J. Epidemiol. Community Health* **62**, 427–434 (2008).
24. Kravitz, R. L., Cope, D. W., Bhrany, V. & Leake, B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J. Gen. Intern. Med.* **9**, 75–81 (1994).

25. Lewin, W., Knauper, B., Roseman, M., Adler, P. & Malus, M. Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire. *Can. Fam. Physician* **55**, 742–3, 743–4 (2009).
26. Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson, F. A. & Barber, N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* **320**, 1246–1250 (2000).
27. Hamilton, W. *et al.* The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial. *Fam. Pract.* **24**, 77–83 (2007).
28. Kroenke, K. Patient expectations for care: how hidden is the agenda? *Mayo Clin Proc* **73**, 191–193 (1998).
29. M., P., J.E., F., O., B. & S., V. D. The unexpected in primary care: A multicenter study on the emergence of unvoiced patient agenda. *Annals of Family Medicine* **2**, 534–540 (2004).
30. Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K. & Beckman, H. B. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* **281**, 283–287 (1999).
31. Rodriguez, H. P. *et al.* Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. *BMC Med. Educ.* **8**, 3 (2008).
32. Haskard, K. B. *et al.* Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol.* **27**, 513–522 (2008).
33. Stewart, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* **152**, 1423–33 (1995).
34. Zimmermann, C., Del Piccolo, L. & Finset, A. Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychol. Bull.* **133**, 438–463 (2007).
35. Verlinde, E., De, L. N., De, M. S., Deveugele, M. & Willems, S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int.J.Equity.Health* **11**, 12 (2012).
36. Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N. & Bradley, C. P. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* **320**, 484–8 (2000).
37. Ogden, J. *et al.* 'I want more time with my doctor': a quantitative study of time and the consultation. *Fam. Pract.* **21**, 479–483 (2004).
38. Wilson, A. & Childs, S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br. J. Gen. Pract.* **52**, 1012–20 (2002).
39. Lemon, T. I. & Smith, R. H. Consultation Content not Consultation Length Improves Patient Satisfaction. *J. Fam. Med. Prim. care* **3**, 333–339 (2014).
40. Chen, L. M., Farwell, W. R. & Jha, A. K. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? *Arch. Intern. Med.* **169**, 1866–1872 (2009).
41. Coulter, A. & Elwyn, G. What do patients want from high quality general practice? How do we involve them in improvement? **In Press**, 22–25 (2002).

42. Little, P. *et al.* Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ* **328**, 441 (2004).
43. Esch, T. *et al.* Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ Open* **6**, e010034 (2016).
44. Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, J. E., Yano, E. M. & Frank, H. J. L. Patients' participation in medical care. *J. Gen. Intern. Med.* **3**, 448–457 (1988).
45. Reuben, D. B. & Tinetti, M. E. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. *N. Engl. J. Med.* **366**, 777–779 (2012).
46. Parsons, S., Winterbottom, A., Cross, P. & Redding, D. The quality of patient engagement and involvement in primary care. *King's Fund* (2010).
47. R.L., S. J. How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *Journal of General Internal Medicine* **26**, 21–27 (2011).
48. Qvist, Lindegaard, Kudsk, Lund, P. Bruger- og patientinddragelse. *Reg. Cent. Kvalitet. Syddanmark* 1–24 (2011).
49. Purkale, B. A., Mold, J. W. & Chen, S. Encouraging Patient-Centered Care by Including Quality-of-Life Questions on Pre-Encounter Forms. *Ann. Fam. Med.* **14**, 221–226 (2016).
50. Center for kvalitet. Notat om patientinddragelse. 3 (2012).
51. Fowler, F. J., Levin, C. A. & Sepucha, K. R. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Aff.* **30**, 699–706 (2011).
52. England, S. L. & Evans, J. Patients' choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions. *Soc. Sci. Med.* **34**, 1217–1225 (1992).
53. Jacobsen, C. *et al.* Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed –. ... : Sundhedsstyrelsen, Enhed for ... **8**, (2008).
54. H.J., A., K.A., C., M.C., B. & D.L., R. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine* **28**, 1469–1476 (2013).
55. Little, P. *et al.* Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *Br. Med. J.* **322**, 468–472 (2001).
56. Epstein, R. M. & Street, R. L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine* **9**, 100–103 (2011).
57. Clayton, M. F., Latimer, S., Dunn, T. W. & Haas, L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Educ. Couns.* **84**, 294–302 (2011).
58. Dwamena, F. *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane database Syst. Rev.* **12**, CD003267 (2012).
59. Grover, S. Don't dismiss the little notes that patients bring. *BMJ* **350**, h20 (2015).

60. Griffin, S. J. *et al.* Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann. Fam. Med.* **2**, 595–608 (2004).
61. Sagy, S. & Antonovsky, H. Structural sources of the sense of coherence. Two life stories of Holocaust survivors in Israel. *Isr. J. Med. Sci.* **32**, 200–5 (1995).
62. Mittelmark, M. B. & Bull, T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Glob. Health Promot.* **20**, 30–8 (2013).