E-sundhedskompetence og nytteværdis påvirkning på anvendelsen af 'Min Læge'-patientportal

Speciale

Gruppe 20gr10517

Klinisk Videnskab & Teknologi

Aalborg Universitet

Den 2. juni 2020

Vejleder: Romulus Lontis

School of Medicine and Health
Klinisk Videnskab og Teknologi
Niels Jernes Vej 12
9220 Aalborg Øst
https://www.smh.aau.dk

Titel:

E-sundhedskompetence og nytteværdis påvirkning på anvendelsen af 'Min Læge'-patientportal

Projekt:

Speciale

Projektperiode:

03.02.2020 - 02.06.2020

Projektgruppe:

20gr10517

Deltagere:

Signe Honoré Albers
Jesper Beck Nielsen

Vejleder:

Romulus Lontis

Sidetal: 63

Bilag: 9

Aflevering: 02.06.2020

Synopsis:

Introduktion: Den demografiske udvikling i Danmark bærer præg af flere ældre og færre yngre. Der er behov for patientinddragelse for at imødekomme denne udvikling. Patientportaler kan være med til at øge patientinddragelsen. Det skyldes, at patientportaler blandt andet skaber bedre forudsætninger for kommunikation mellem patient og læge samt overblik over egne sundhedsinformationer. Eksisterende litteratur vurderer, at anvendelsen af disse portaler er utilstrækkelig. Der ses en tendens til, at e-sundhedskompetence og nytteværdi påvirker anvendelsen af patientportaler. Derfor findes det relevant at undersøge, hvordan de to elementer påvirker anvendelsen af 'Min Læge'.

Metode: I specialet er der anvendt mixed method i form af interview og en spørgeskemaundersøgelse af patienter, der dels anvender, dels ikke anvender 'Min Læge'. Derudover er der foretaget et ekspertinterview.

Resultater: Resultaterne viser, at personer, der anvender 'Min Læge', har overvejende bedre e-sundhedskomptence end dem, der ikke anvender applikationen. Der er ingen sammenhæng mellem de to grupper målt på nytteværdi. Derudover ses det, at mænd i højere grad anvender 'Min Læge'. I de tilfælde, hvor den ikke bliver anvendt, er årsagen oftest manglende kendskab til applikationen. Interviewene viser, 1) at informanterne i nogen grad anvender internettet til informationsøgning, 2) at informanterne forstår flere af de sundhedsfaglige termer, der bruges, 3) at det er tidsbesparende, og 4) at det skaber overblik at bruge patientportaler.

Konklusion: Høj e-sundhedskompetence påvirker anvendelsen af 'Min Læge' positivt, hvorimod nytteværdi af patientportaler ikke har en påvirkning på anvendelsen.

Projektets indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse må kun ske efter aftale med forfatterne.

School of Medicine and Health
Clinical Science and Technology
Niels Jernes Vej 12
9220 Aalborg Øst
https://www.smh.aau.dk

Title:

How eHealth literacy and perceived usefullness affect the use of 'Min Læge'

Project:

Master Thesis

Project period:

03.02.2020 - 02.06.2020

Project group:

20gr10517

Participants:

Signe Honoré Albers
Jesper Beck Nielsen

Supervisor:

Romulus Lontis

Pages: 63

Appendix: 9

Completion Date: 02.06.2020

Abstract:

Introduction: The demographic development in Denmark is characterised by an aging population which calls for patient engagement. Patient portals is a tool, which enhances patient engagement. That is because these tools create better preconditions for communication between patient and doctor, and the possibility for personal health information overviews. However these portals are not being used sufficiently. Existing literature shows that eHealth literacy and perceived usefulness can influence adoption of patient portals which makes it relevant to investigate how these aspects affect adoption of 'Min Læge'.

Methods: The methodology of the thesis is based on a mixed method research design in the form of interviews and patient questionnaires. Furthermore, an expert interview has also been conducted

Results: The results of this paper show that patients who uses 'Min Læge' have better eHealth literacy than patients who do not use the 'Min Læge' application. There is no difference between the two groups measured by perceived usefullness. Furthermore this the results from the questionnaires show that men have adopted the application often than women and the reason for not using the application is not knowing about its existence. The interviews points out that the internet is used to search for information about health and that the interviewees have some knowledge about medical language. The interviewees also feel that the patient portals help them save time and creates an overview of their current health

Conclusion: A higher level of eHealth literacy affects the adoption of 'Min Læge' positively. In opposition perceived usefullness have no effect on adoption.

The report is freely accessible, but publication may be made only after agreement with the authors.

Forord

Dette speciale er et 4. semesters projekt udarbejdet af specialegruppe 20gr10517 på kandidatuddannelsen Klinisk Videnskab og teknologi på Aalborg universitet i foråret 2020.

Baggrunden for specialet udsprang af en undren over, hvordan patienter kan inddrages mere i egen behandling og på den måde øge patientsikkerheden. Derudover ses det, at patientportalen 'Min Læge' ikke var anvendt i særlig grad, selvom portalen tilbyder en del funktioner, der kan afhjælpe både patienter og læger i almen praksis. Projektet henvender sig til fagpersoner, der finder interesse i patientportaler og mere specifikt i 'Min Læge'-applikationen. Derudover henvender det sig til såvel patienter hos den alment praktiserende læge som til de praktiserende læger.

Vi vil rette tak til de seks interviewdeltagere i specialet for deres erfaring, ekspertise og tid. Derudover vil vi takke de syv lægeklinikker, der tillod **os?**at gøre spørgeskemaet synligt på deres hjemmesider. Ydermere vil vi gerne takke A-data for deres samarbejdsvillighed i forbindelse med lægeklinikkernes hjemmesideændringer. Vi takker også PLO for at dele deres indsigt i 'Min Læge'. Sidst vil vi takke vores vejleder, lektor Romulus Lontis, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Center for Sanse-Motorisk Interaktion, Neural Engineering and Neurophysiology, Center for Neuroplasticity and Pain, for vejledning.

Læsevejledning

Referencesystem: Det anvendte referencesystem er Harvard, hvormed der refereres med forfatter(e) og årstal (navn, årstal). Ved reference efter punktum refereres der til hele afsnittet. Ved reference før punktum henvises der til en del af et afsnit. Henvises der i teksten til en videnskabelig artikel, skrives forfatterens navn, eventuelt efterfulgt af et al. ved mere end to forfattere, samt årstal for udgivelse.

Kapitel og bilag: Kapitler angives med tal, og bilag angives med bogstaver for at skelne mellem kapitler og bilag. Referencelisten er at finde til sidst i projektet efterfulgt af bilag.

"speciale"og "studie": Studier af andre forfattere omtales konsekvent som "studier". Indeværende speciale omtales som "speciale"for at skelne mellem, hvornår der henvises til dette speciale, og hvornår der refereres til andre studier.

Forkortelser: I projektet er der anvendt forkortelser. Første gang et udtryk af bliver anvendt, skrives hele udtrykket efterfulgt af en parentes med en præsentations af udtrykkets forkortelse. Herefter vil forkortelse af ordet blive anvendt gennem resten af specialet.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Problemanalyse **1**

1.1 Flere ældre – flere syge . . . 1

1.2 Patientsikkerhed . . . 3

1.3 Patientinddragelse . . . 3

1.4 Digitalisering af patientinddragelse – patientportaler . . . 3

1.5 Danske patientportaler . . . 4

1.6 Årsager til manglende adoption af patientportaler . . . 6

1.7 Afgrænsning . . . 7

1.8 Problemformulering . . . 7

1.8.1 Forskningsspørgsmål . . . 7

Kapitel 2 'Min Læge' **8**

2.1 Formålet med 'Min Læge' . . . 8

2.2 Infrastrukturen i 'Min Læge' . . . 8

2.3 Datasikkerhed og sikkerhed i forbindelse med 'Min Læge' . . . 9

2.4 Funktioner i 'Min Læge' . . . 10

2.4.1 Tidslinje for 'Min Læge' . . . 12

Kapitel 3 Metode **14**

3.1 Litteratursøgning . . . 14

3.1.1 Indledende søgninger . . . 14

3.1.2 Systematiske søgninger . . . 14

3.1.3 Udvælgelse af videnskabelige artikler . . . 15

3.1.4 Citationssøgning . . . 16

3.2 Mixed method . . . 16

3.3 Interview . . . 17

3.4 Faginterview . . . 17

3.4.1 Interviewguide . . . 17

3.4.2 Udførelse af interviewet . . . 17

3.5 Interview af brugere og ikke-brugere af 'Min Læge' . . . 18

3.5.1 Interviewguides . . . 18

3.5.2 Pilotinterview . . . 18
3.5.3 Rekruttering af informanter . . . 19
3.5.4 Samtykke til informanter . . . 19
3.5.5 Udførelse af interviews . . . 19
3.6 Transskription . . . 19
3.7 Interviewanalyse af brugere og ikke-brugere . . . 20
3.7.1 Trin 1: Helhedsindtryk – fra vildnis til foreløbige temaer . . . 22
3.7.2 Trin 2: Meningsbærende enheder – fra foreløbige temaer til koder og sortering 22
3.7.3 Trin 3: Kondensering – fra kode til abstraheret indhold . . . 22
3.7.4 Trin 4: Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreber og resultater . 22
3.8 Spørgeskema . . . 22
3.8.1 Spørgeskemakonstruktion og opbygning . . . 23
3.9 Pilottest . . . 25
3.10 Lovgivning om samtykke . . . 26
3.11 Etiske udfordringer med spørgeskemaet . . . 26
3.12 Gennemførelse af dataindsamling . . . 26
3.13 Databehandling . . . 27
3.13.1 Respondenterne i spørgeskemaet . . . 29
3.13.2 Samplesize beregning . . . 30
3.14 Scenarieplanlægning for dataindsamling grundet coronavirus . . . 31

Kapitel 4 Interviewfund 34

4.1 eSundhedskompetence . . . 34
4.1.1 Internettet til informationssøgning . . . 34
4.1.2 Forståelse af medicinsk sprog . . . 35
4.2 Nytteværdi ved anvendelse af patientportaler . . . 36
4.2.1 Anvendelse af patientportaler . . . 36
4.2.2 Holdninger til kommunikation med lægen . . . 37

Kapitel 5 Resultater spørgeskemaer 39

5.1 eSundhedskompetence og nytteværdi . . . 39
5.1.1 Power beregning – spørgeskema . . . 41
5.2 Sociodemografiske karakteristika . . . 42
5.2.1 Sammenhæng mellem køn og anvendelse . . . 42
5.2.2 Sammenhæng mellem alder og anvendelse af 'Min Læge' . . . 42
5.2.3 Sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge' . . . 43

5.2.4 Manglende anvendelse 43
5.2.5 Sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge' 44
5.2.6 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge' . . . 44
5.2.7 Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og anvendelse af 'Min Læge' . 45

Kapitel 6 Diskussion **46**
6.1 Resultatdiskussion 46
6.1.1 eSundhedskompetence 46
6.1.2 Nytteværdi og kendskab til 'Min Læge' 47
6.1.3 Køn og anvendelse 48
6.1.4 Selvvurderet helbred, langvarig sygdom og anvendelse 49
6.1.5 Alder og anvendelse 49
6.1.6 Uddannelse og anvendelse 50
6.2 Metodediskussion af interview 51
6.2.1 Interviewguide 51
6.2.2 Informanterne 51
6.2.3 Datamætning 51
6.2.4 Analyse 52
6.3 Metodediskussion af spørgeskema 52
6.3.1 Covid-19 52
6.3.2 Sample size og population 53
6.3.3 Spørgeskemakonstruktion 53

Kapitel 7 Konklusion **55**

Kapitel 8 Perspektivering **56**

Litteraturliste **57**

Bilag A Interviewguides **64**
A.1 Interviewguide til ekspertinterview 64
A.2 Interviewguide til brugere 66
A.3 Interviewguide til ikke-brugere 69

Bilag B Samtykkeerklæringer **73**
B.1 Samtykkeerklæring faginterview 73
B.2 Samtykke til brugere og ikke-brugere 74

Bilag C Transkriptionsguide **75**

Bilag D Malteruds analyse **76**

D.0.1 Trin 1: Helhedsindtryk - fra vildnis til foreløbige temaer 76

D.0.2 Trin 2: Meningsbærende enheder - fra foreløbige temaer til koder og sortering 76

D.0.3 Trin 3: Kondensering - fra kode til abstraheret indhold 78

D.0.4 Trin 4: Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreber og resultater . 78

Bilag E Mails til lægeklinikker **80**

Bilag F Spørgeskema **81**

Bilag G Statistiske beregninger **89**

G.1 E-sundhedskompetence 89

G.1.1 Patientportaler til at finde oplysninger og anvendelse af 'Min Læge' 89

G.1.2 Forstår prøvesvar og anvendelse af 'Min Læge' 90

G.1.3 Har nemt ved at anvende nye IT-redskaber og anvendelse af 'Min Læge' . 90

G.1.4 Er tryg ved måden helbredsoplysninger håndteres og anvendelse af 'Min Læge' 91

G.1.5 Patientportaler engagerer i egen sundhed og anvendelse af 'Min Læge' . . 91

G.1.6 Patientportaler fungerer godt og anvendelse af 'Min Læge' 92

G.1.7 Patientportaler indfrier personlige behov og anvendelse af 'Min Læge' . . 92

G.2 Nytteværdi 93

G.2.1 Se helbredsoplysninger via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge' . . 93

G.2.2 Se henvisninger og aftaler via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge' 93

G.2.3 Kommunikere med lægen via e-konsultationer og anvendelse af 'Min Læge' 94

G.2.4 Bestille tid hurtigt via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge' 94

G.2.5 Anvende videokonsultationer og anvendelse af 'Min Læge' 95

G.3 Sekundære resultater 96

G.3.1 Sammenhæng mellem køn og anvendelse af 'Min Læge' 96

G.3.2 Sammenhæng mellem uddannelse og anvendelse af 'Min Læge' 97

G.3.3 Sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge' 98

G.3.4 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge' . . . 99

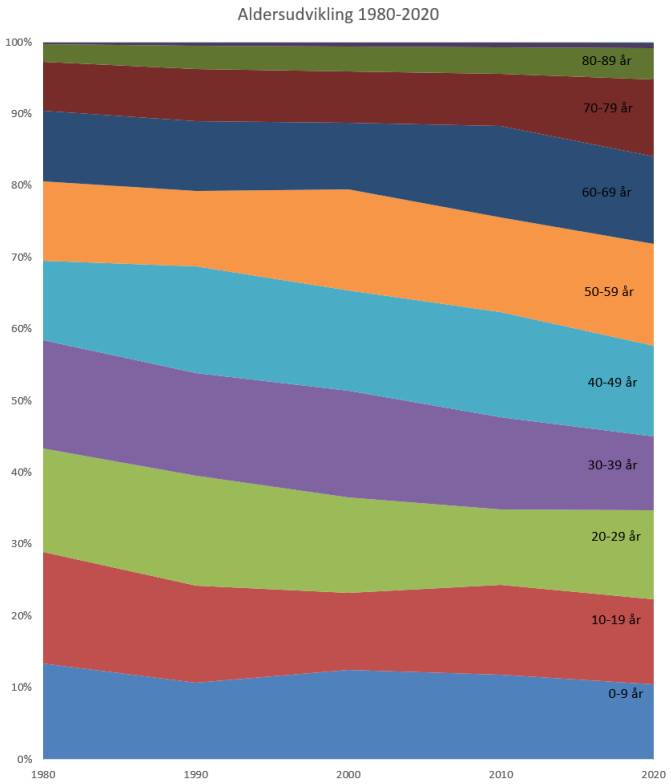
G.3.5 Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og anvendelse af 'Min Læge' . 100

Bilag H Danmarks statistik, fordeling mænd og kvinder **101**

Problemanalyse 1

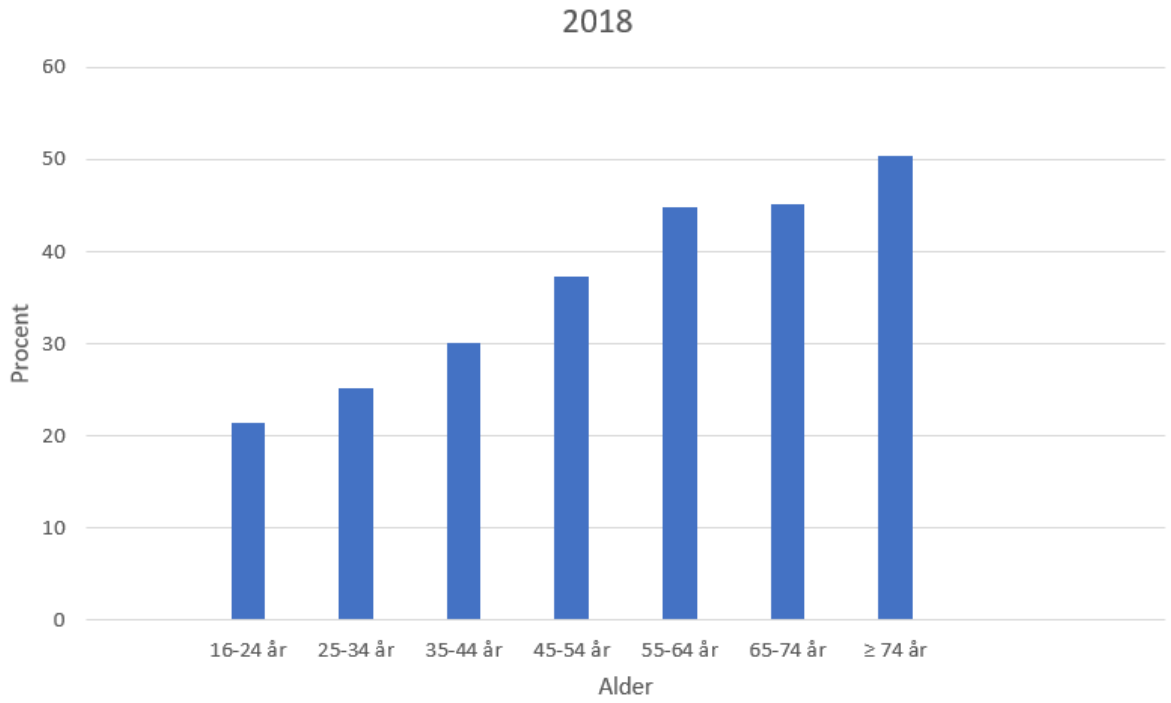
1.1 Flere ældre – flere syge

Demografiske fremskrivninger viser, at befolkningssammensætningen bærer præg af flere ældre og færre yngre. WHO har kortlagt, at der ud af hele verdens befolkning i dag er 125 millioner mennesker, der er over 80 år gamle, og at dette tal i 2050 vil være steget til 434 millioner mennesker (World Health Organization, 2018). I Danmark ses samme tendens, hvor befolkningssammensætningen går i retning af færre yngre og flere ældre. Gennemsnitsalderen er steget fra 38,5 år i 1989 til 41,6 år i 2018. I figur 1.1 nedenfor ses aldersudvikling fra 1980 til i dag.



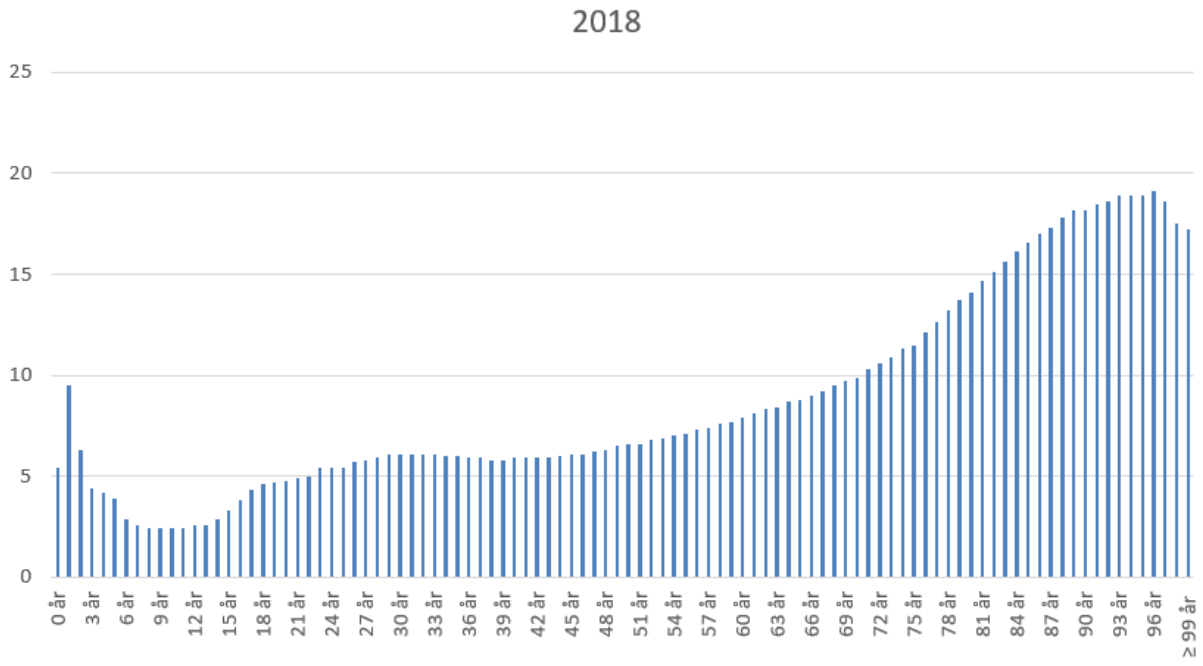
Figur 1.1: Befolkningsudvikling i Danmark

Derudover viser befolkningsfremskrivelser, at denne udvikling vil fortsætte. I 2060 vil gennemsnitsalderen for den danske befolkning være 43,9 år. Ved denne stigning adresserer WHO et behov for at imødekomme den store gruppe af ældre mennesker, særligt inden for sundhedsvæsenet, da en større ældrebyrde også vil resultere i flere mennesker med kroniske sygdomme (World Health Organization, 2018).



Figur 1.2: Sammenhæng mellem alder og langvarig sygdom

Idet vi bliver ældre, vil der være en større andel af befolkningen, der har kroniske sygdomme. Sammenhængen ses i figur 1.2 ovenfor. Dette afføder også et større pres på sundhedsvæsenet og særligt de praktiserende læger. Som det ses i figur 1.3 nedenfor, går ældre personer oftere til læge end den yngre del af befolkningen. Der ses nærmest en eksponentiel stigning i sammenhængen mellem alder og lægebesøg.



Figur 1.3: Sammenhæng mellem alder og lægebesøg

1.2 Patientsikkerhed

I forbindelse med behandling af sygdomme forekommer der til tider fejl i behandling, medicinering og kommunikationen mellem patient og læge. Da der i fremtiden vil være flere ældre, der oftere går til lægen, er det relevant at overveje, hvordan behandlingskvaliteten og patientsikkerheden kan højnes. Selvom behandlingskvaliteten generelt er god i Danmark, ses der stadig fejl i forbindelse med medicinering, journalførelse og parakliniske undersøgelser hos blandt andet de praktiserende læger (Region Midt, 2018). Ydermere blev der i 2016 indrapporteret 10.572 utilsigtede hændelser hos styrelsen for patientsikkerhed i forbindelse med behandling i andet regionalt regi, der blandt andet indbefatter de praktiserende læger (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017).

1.3 Patientinddragelse

Som led i håndteringen af den demografiske udvikling og patientsikkerhed fokuseres der i Danmark blandt andet på digitalisering for at skabe mere og bedre patientinddragelse. Patientinddragelse betyder, at patienten er i centrum for egen sygdom og beslutninger. Patientinddragelsen ændrer sundhedsydelser fra at være "til" patienten til i stedet at være "af" og "sammen med" patienten (Patientkommunikation and Nielsen, n.d.). Derudover skaber det bedre forudsætninger for patienter og pårørende at have bedre indblik i egne sundhedsdata. Der giver bedre mulighed for selvbetjening og konsultationer i eget hjem, hvilket kan aflaste både patienter og læger (Sundheds- og ældreministeriet et al., 2018). Et systematisk review fra Canada viser derudover, at patientinddragelse kan forbedre beslutningstagen og støtte behandling af patienter med kroniske sygdomme ved at styrke patienten i selv at tage ansvar for egen sygdom og udføre specifikke opgaver i forbindelse med sygdommen (Longtin et al., 2010). Patientinddragelse er specielt vigtigt i primærsektoren. De praktiserende læger har i løbet af et år kontakt med 84 % af de danske borgere, og de spiller derfor en stor rolle i det danske sundhedsvæsen. Mange patienter har længere forløb og går jævnligt til kontrol hos deres praktiserende læge. Det betyder, at den praktiserende læge ofte har et helhedsorienteret billede af patientens situation, forskellige forløb og historik samt en personlig relation til patienten (Fredskild and Fredskild, 2017).

1.4 Digitalisering af patientinddragelse – patientportaler

Digitalisering af patientinddragelse skal skabe bedre muligheder for, at patienter har indsigt i egne sundhedsdata og forbedre kommunikationsmuligheder mellem lægen og patienten. Allerede i 2014 havde regeringen fokus på digitalisering. De afsatte penge til at øge patientinddragelse, blandt andet ved hjælp fra digitale kommunikationsredskaber og ved at øge tilgængeligheden af

personlige sundhedsdata for patienten (Regeringen, 2014). Gennem det sidste årti er der blevet udviklet forskellige løsninger med formålene 1) at øge kommunikationen mellem patient læge og 2) at skabe bedre muligheder for, at patienterne selv kan finde relevante personlige sundhedsdata. Løsningerne er blandt andet forskellige patienportaler. En patientportal karakteriseres ved at være en sikker online portal, hvor patienter kan finde relevante personlige sundhedsinformationer. Derudover har flere patientportaler en kommunikationsegenskab, som blandt andet gør det muligt for patient og læge at sende beskeder til hinanden, ligesom patienter i nogle af portalerne kan forny egne recepter og se fremtidige lægeaftaler (HealthIT.gov, 2016). Litteraturen beskriver ligeledes, hvordan patientportaler kan øge patientindragelse. Et svensk studie fra 2016 beskriver, hvordan brugen af en patientportal med personlige helbredsoplysninger resulterede i, at cancerpatienter følte sig bedre inddraget i egen sygdom. Portalen støttede dem før og efter konsultationer, da patienten ikke altid husker alle informationer i samtalen. Studiet viste samtidig, at flere patienter fandt fejl i deres sundhedsinformationer, og at muligheden for at se testresultater gav dem en følelse af at være i kontrol (Rexhepi et al., 2018). Ligeledes beskriver en amerikansk artikel fra 2019, hvordan ældre patienter med kroniske sygdomme værdsatte funktioner af en bestemt patientportal. Her nævnte patienter blandt andet kommunikation med det sundhedsfaglige personale, fornyelse af recepter og oversigt over laboratoriesvar som tre funktioner, der hjalp dem med at håndtere deres sygdom. Artiklen beskriver også, hvordan patienterne så det som tidsbesparende at kunne kontakte sin læge nemt og hurtigt ved hjælp af online beskedkommunikation (Son and Nahm, 2019).

1.5 Danske patientportaler

I Danmark findes der flere bud på patientportaler, hvor patienterne kan se sine sundhedsdata, deriblandt Sundhedsjournalen, som giver patienter mulighed for at se egne helbredsoplysninger, der dækker over sygehusjournaler, medicinoplysninger, laboratorieportalen, vaccinationer, henvisninger, aftaler og billedbeskrivelser (Sundhed.dk, n.d.*b*). I 2009 blev det ifølge Landsoverenskomsten om anvendelse af IT hos de praktiserende lægeklinikker fra 2006 pligtigt for de praktiserende læger at tilbyde e-konsultationer og tidsbestilling over en online patientportal (PLO, 2020) (Sundhed.dk, n.d.*a*). Derfor begyndte lægernes systemudbydere at udvide deres eksisterende systemer, så lægerne kunne tilbyde e-konsultationer, online tidsbestilling og receptfornyelse gennem deres hjemmesider. Flere systemudbydere udarbejdede ligesåvel applikationer, der kunne støtte selvsamme funktioner, herunder 'Lægevejen' fra NOVAX og 'Lægeportalen' fra CGM. For at sikre alle borgere de samme muligheder begyndte PLO og Sundheds- og Ældreministeriet i 2018 udviklingen af en patientportalapplikation med samme funktioner som 'Lægevejen' og 'Lægeportalen'. De navngav applikationen 'Min Læge'. Applikationen er kompatibel med alle

lægepraksissystemer til gavn for alle patienter, uanset hvilket lægesystem deres praktiserende læge anvender. Udviklingen af 'Min læge'-applikationen blev færdig i 2019, hvorefter den blev sat i drift (Praktiserende Lægers Organisation, n.d.). 'Min læge' er en patientportal, der giver patienter mulighed for receptfornyelse, e-konsultationer samt oversigt over vacciner, udvalgte diagnoser, medicin m.m. Selvom patientportaler viser sig at have mange nyttige funktioner for patienterne, er der generel stor mangel på adoption og anvendelse af patientportalerne (Fraccaro et al., 2017). 'Min Læge' er som sagt en omfattende patientportal med mange funktionaliteter, der dog kun tilbydes på smartphones og tablets. I tabel 1.1 ses forskellen mellem de forskellige slags typiske portaler og 'Min læge'.

Tabel 1.1: Funktioner af forskellige typer patientportaler

Funktion	**'Min Læge'**	**Sundhed.dk**	**Anden typiske hospital patientportal**
Platform	IOS og Android	Web	Web
Kommunikations-funktion med lægen	Ja	Nej	Nej
Tidsbestilling og tidsaflysning	Ja	Nej	Nej
Laboratoriesvar oversigt	Ja	Ja	Ja
Journalnotater fra sygehus	Nej	Ja	Ja
Journalnotater fra praktiserende læge	Ja	Nej	Nej
Medicinoplysninger	Ja (Henvises til 'Medicinkortet')	Ja	Ja
Andre oplysninger: henvisninger, diagnoser, vaccinationer	Ja	Ja	Ja

Der er den 28.05.2020 358.000, der anvender 'Min Læge'. Det kan derfor konstateres, at det kun er 7,2 % af de personer, der i den danske befolkning har mulighed for at anvende applikationen, som rent faktisk anvender den. Når man fylder 15 år, har man mulighed for at anvende applikationen, da man modtager et NemID i den alder. (Ud af befolkningen på 5.806.015 er 958.718 personer under 15 år) (The Perfect App, n.d.). Det er uklart, hvorfor der ikke er flere personer, der anvender applikationen 'Min Læge', da den i højere grad kan øge patientinddragelsen. Ifølge international litteratur kan der være flere årsager til den manglende adoption af patientportaler.

1.6 Årsager til manglende adoption af patientportaler

En af de årsager, der beskrives som hyppig i forhold til manglende anvendelse af sundhedsapplikationer, er såkaldt health literacy: bedre kendt som sundhedskompetence. Sundhedskompetence defineres som individets evne til at forstå, tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information (Nielsen, 2018). Sundhedskompetence er vurderet i litteraturen til at have en indvirkning på, hvorvidt patientportaler anvendes. Forskellige kvalitative og kvantitative studier viser, at personer med dårlig sundhedskompetence sjældent anvender patientportaler (Mackert et al., 2016), (Coughlin et al., 2018), (Tieu et al., 2015). Med en hastig udvikling inden for digitalisering og sundhedsteknologi opstår der et nyt problem i forhold til adoptionen af patientportaler.

Ikke alene betyder sundhedskompetence noget for adoptionen, men også eSundhedskompetence har en betydning. eSundhedskompetence beskriver evnen til at drage nytte af og kunne anvende teknologi til at fremme og bevare egen sundhed (Karnoe, n.d.). Det sætter krav til patienters kompetencer og forståelse af it-redskaber. Det ikke nok at kunne forstå og anvende sundhedsrelateret information: at have sundhedskompetence. Det er også blevet en vigtig faktor at kunne anvende de it- og digitaliseringsredskaber, der ligger til grund for moderne patientportaler. I undersøgelser omkring eSundhedskompetence tegner der sig ligeledes et mønster af, at eSundhedskompetence påvirker brugen af patientportaler. Et amerikansk studie fra 2017 undersøger blandt andet eSundhedskompetence hos ældre personer med hypertension og diabetes i forhold til deres anvendelse af forskellige selvmonitoreringsredskaber og en patientportal. Studiet viser, at personer, der vurderes til at have god eSundhedskompetence, i højere grad anvender disse redskaber end personer, der vurderes til at have lavere eSundhedskompetence (Price-Haywood et al., 2017). Det samme konkluderer et dansk studie, der blandt andet undersøger eSundhedskompetence hos personer med diabetes og andre endokrine sygdomme på Gentofte Hospital. Her undersøger de mere specifikt anvendelsen af Sundhed.dk og NemID (Holt et al., 2019). Begge studier undersøger anvendelsen af webpatientportaler, hvor patientens egne sundhedsoplysninger fremgår. Der er dog ingen kommunikationsfunktioner tilknyttet disse portaler, ligesom det heller ikke er muligt at bestille og aflyse tid hos lægen. Det er i væsentligt mindre grad undersøgt, hvilke faktorer der påvirker anvendelsen af en fuldt integreret patientportal i applikationsform som 'Min Læge'. Her fremgår patientens egne sundhedsoplysninger, ligesom det er muligt at kommunikere direkte med lægen samt bestille og aflyse tider. Det sætter unægteligt nogle andre krav til patienternes it-kundskaber og eSundhedskompetence.

Andre faktorer, der menes at kunne påvirke adoptionen, er langvarig sygdom, alder og køn.

Litteraturen, der understøtter dette, rummer dog modstridende resultater (Wildenbos et al., 2018),(Goel, Brown, Williams, Cooper, Hasnain-Wynia and Baker, 2011) (Riippa et al., 2014), (Carrell and Ralston, 2006). Udover ovenstående faktorer kan nytteværdi og brugervenlighed også have en påvirkning på adoptionen. Dette viser en artikel af Hoogenbosch, der kigger på faktorer, der påvirker anvendelsen af patientportaler (Hoogenbosch et al., 2018). Også her ses der modstridende resultater i litteraturen. En artikel af Sherifi viser således, at nytteværdi og brugervenlighed ikke havde en effekt på adoptionen af patientportaler, men i stedet på hvor længe og hvor meget personerne, der havde adopteret portalen, brugte den (Sherifi, 1998).

1.7 Afgrænsning

Den internationale og nationale litteratur beskrevet derudover, hvordan patientportaler kan være med til at øge patientinddragelsen og patientsikkerheden. Det skyldes, at disse portaler blandt andet skaber bedre forudsætninger for kommunikation mellem patient og læge samt overblik over egne sundhedsinformationer. Alligevel vurderes det, at anvendelsen af disse portaler ikke er tilstrækkelig. Der ses en tendens til, at eSundhedskompetence og nytteværdi har en påvirkning på anvendelsen af webbaserede patientportaler. Derudover findes det relevant at undersøge, hvordan eSundhedskompetence og nytteværdi påvirker anvendelsen af multifunktionelle patientportaler i applikationsform. Derudover er der en interesse i at tegne et sociodemografisk billede af de personer, der både anvender og ikke anvender applikationen 'Min Læge'. De ovenstående problemstillinger gav motivation til at undersøge følgende problemformulering:

1.8 Problemformulering

Hvordan påvirker eSundhedskompetence og nytteværdi af digitale patientportaler anvendelsen af 'Min Læge'-applikationen?

1.8.1 Forskningsspørgsmål

Hvordan kan niveauet af eSundhedskompetence påvirke anvendelsen af 'Min Læge'?

Hvordan påvirker nytteværdi anvendelsen af 'Min Læge'?

Hvilke sociodemografiske karakteristika kan have en påvirkning på anvendelsen af 'Min Læge'?

'Min Læge' 2

Efter en introduktion af problemfeltet vil den næste del af opgaven fokusere på at udbygge forståelsen for selve applikationen 'Min Læge'. Denne del skal give et overblik over, hvad formålet med applikationen er, hvilket politisk landskab den opererer inden for, og hvilke funktioner der kan tilgås af brugerne, når de anvender 'Min Læge'. Formålet med gennemgangen af teknologien er at skabe forståelse for de metodiske valg, der er taget, særligt i forhold til hvilke spørgsmål der er stillet vedrørende 'Min Læge' og dens funktioner.

2.1 Formålet med 'Min Læge'

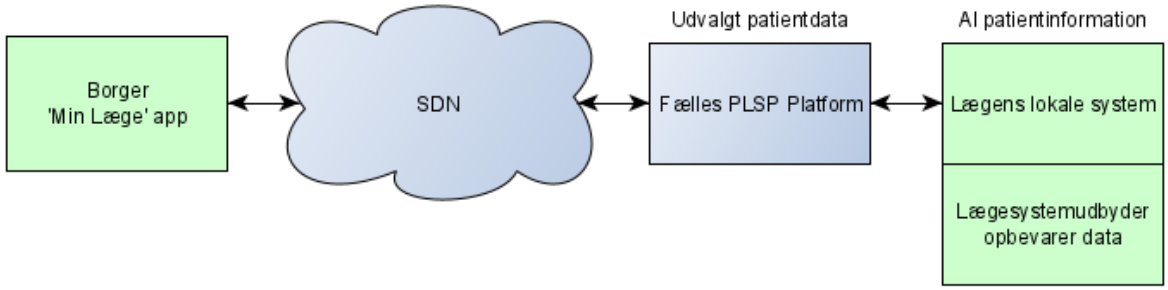
'Min Læge' tager afsæt i "strategi for digital sundhed 2018-2022", der er udarbejdet af Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner og Finansministeriet. 'Min Læge' er en selvbetjeningsløsning, der har flere funktionaliteter end de eksisterende løsninger. Derudover er de nuværende løsninger divergerende i funktionalitet og afhængige af den praktiserende læges it-system. Applikationen 'Min Læge' tilbyder én samlet mobilløsning til de patienter og borgere, der kan finde en sådan løsning brugbar (Sundhedsdatastyrelsen, 2019) (Medcom and PLO, 2019). Det er efter overenskomsten et krav, at praktiserende læger har en patientportal, hvor patienterne kan bestille tid og e-konsultere med egen læge (PLO, 2020). 'Min Læge' er en universel patientportal, der muliggør dette, uanset hvilket lægesystem den praktiserende læge måtte have. Derudover kan 'Min Læge' også være med til at skabe mere plads hos den praktiserende læge til dem, der har behov for de fysiske konsultationer, da andre personer kan nøjes med e-konsultation (Medcom and PLO, 2019). Formålet med 'Min Læge' er at skabe en kanal til kommunikation mellem patienterne og deres praktiserende læge. Applikationen kan dermed også skabe et bedre grundlag for at inddrage patienterne i deres egen behandling (Rexhepi et al., 2018).

2.2 Infrastrukturen i 'Min Læge'

Der er mange interessenter i udvikling og vedligeholdelse af applikationen 'Min Læge'. Selve applikationen står Sundheds- og Ældreministeriet (SUM) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) for at udvikle og finansiere. Det vil sige, at de udarbejder, hvilke egenskaber den skal besidde, samt hvilke funktioner den skal have. Den tekniske udvikling og drift af applikationen står Trifork for. Trifork er en softwarevirksomhed, der blandt andet udvikler applikationer. Trifork

er ansat af SUM og PLO og skal efter bedste formåen opfylde de krav, de stiller til applikationen.

I Danmark er der syv virksomheder, der udbyder lægesystemer til de praktiserende læger. Lægsystemerne leverer aftalte data til 'Min Læge' via platformen til dataudveksling i primærsektoren (PLSP). PLSP ejes af seks ud af de syv lægesystemudbydere. Alle lægesystemudbydere anvender PLSP for at ensrette, økonomisere og gøre det nemmere at dele udvalgte data på tværs af de forskellige lægesystemer og til deling med andre relevante aktører og borgere (Læger.dk and Praktiserende Lægers Organisation, n.d.), (Medcom and PLO, 2019). De data, der deles, er information til Digitale Forløbsplaner for KOL og diabetes, Fri/ferie-service og Indberetningsservice til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og til 'Min Læge'. De enkelte lægesystemer er opkoblet til PLSP, og der trækkes kun de data, der er indgået aftale om, at der må blive trukket. De praktiserende læger anvender ikke selv applikationen 'Min Læge', da det er en applikation til patienterne og borgerne. Lægerne kommunikerer og indsender informationer til applikationen gennem deres eget lægesystem. (Læger.dk and Praktiserende Lægers Organisation, n.d.), (Medcom and PLO, 2019).
Al datatrafik mellem 'Min Læge' og de enkelte lægeklinikker sker gennem Sundhedsdatanettet (SDN). SDN er et sikkert netværk til kommunikation af data på tværs af den danske sundhedssektor, der binder forskellige aktørers netværk sammen, herunder de enkelte lægeklinikkers netværk (MedCom, 2019). De enkelte lægeklinikker kan have deres patienters oplysninger lagret i eget lokale system eller hos lægesystemleverandøren som en cloudløsning, se figur 2.1. (PLO, 2020), (MedCom, 2019), (PLSP, n.d.).



Figur 2.1: Datatrafik

2.3 Datasikkerhed og sikkerhed i forbindelse med 'Min Læge'

Sikkerheden i anvendelsen af 'Min Læge' og den datakommunikation, der foregår mellem læge og patient, sker på flere niveauer og tager udgangspunkt i teknisk sikkerhed med afsæt i lovmæssige krav. Se figur 2.2 for et overblik.

Figur 2.2: Sikkerhed

Når patienter første gang anvender applikationen 'Min Læge' giver de samtykke til, at klinikkens lægesystem må trække data til applikationen. Hvis patienten ikke anvender appen i 12 måneder, vil data blive slettet. Sikkerheden hos den enkelte patients device ligger i kravet om at anvende NemID ved login. Selve applikationen og datasikkerheden herved ligger i databeskyttelsesforordningen, som Trifork lovmæssigt forpligter sig til at overholde. Databeskyttelsesforordningen (GDPR) er vedtaget på EU-niveau, hvor Danmark som medlemsstat har forpligtet sig til at indrette dansk lovgivning, så den følger de givne reglementer nedsat af EU (Datatilsynet, n.d.).

De enkelte lægehuse er ligeledes forpligtet til at varetage personfølsomme oplysninger ifølge gældende lovgivning for dataansvarlige og overholde gældende GDPR-regler. Derudover er der en række sikkerhedsforanstaltninger, der tager udgangspunkt i teknisk sikkerhed, herunder foranstaltninger, der sikrer patienters digitale informationer mod at blive kompromitteret mod udefrakommende. Lægesystemudbyderne og PLSP har ligesom Trifork et ansvar som databehandler, og de forventes at overholde de nødvendige sikkerhedsforanstaltninger, der kræves, for at gældende lovgivning opfyldes (Datatilsynet, n.d.).

2.4 Funktioner i 'Min Læge'

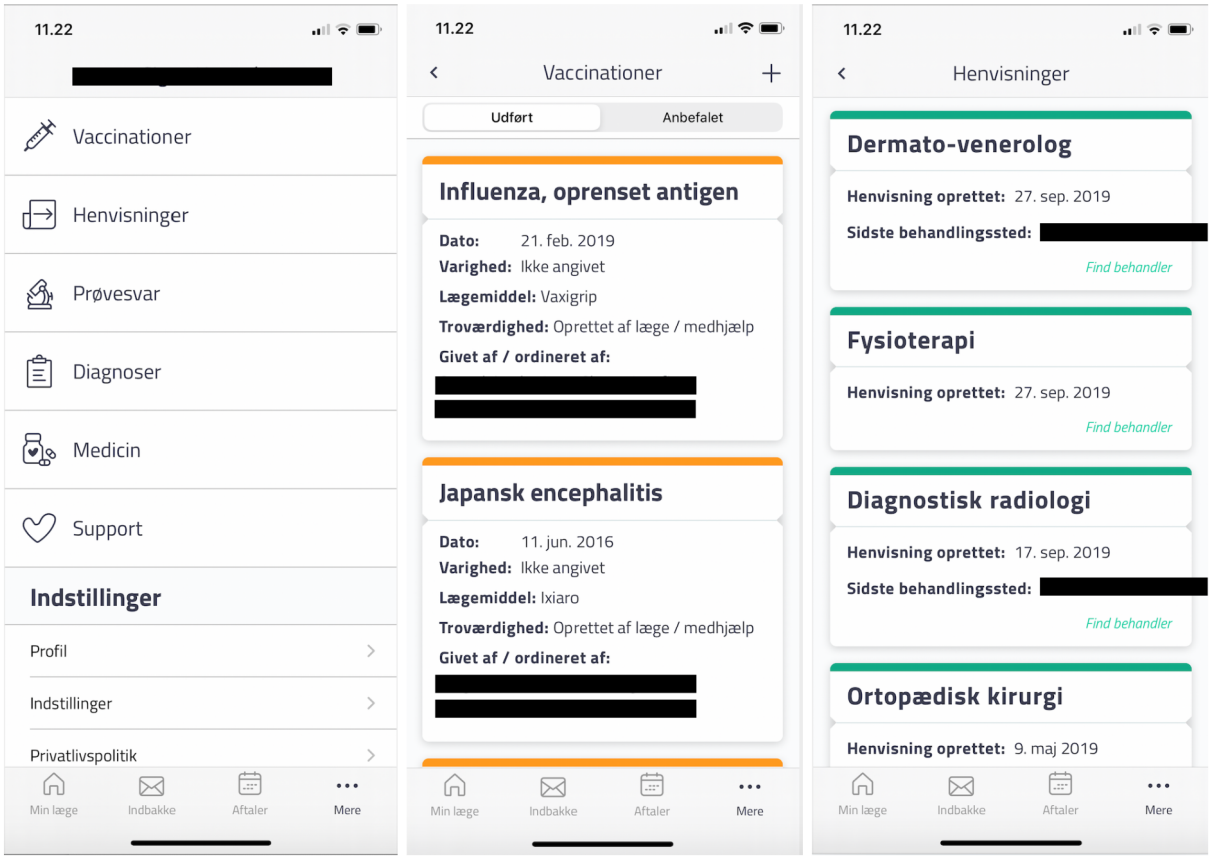
Applikationen 'Min Læge' er en multifunktionel patientportal til smartphones og tablets. Første gang der logges ind på applikationen, anvendes NemID, derefter anvendes enten pinkode, FaceID eller TouchID. Den har en række funktionaliteter, som mange andre patientportaler ikke har. Det er denne kombination af funktioner, der gør den unik som både kommunikations- og informationsberedskab.

'Min læge' rummer følgende funktioner (Sundhedsdatastyrelsen, 2019):

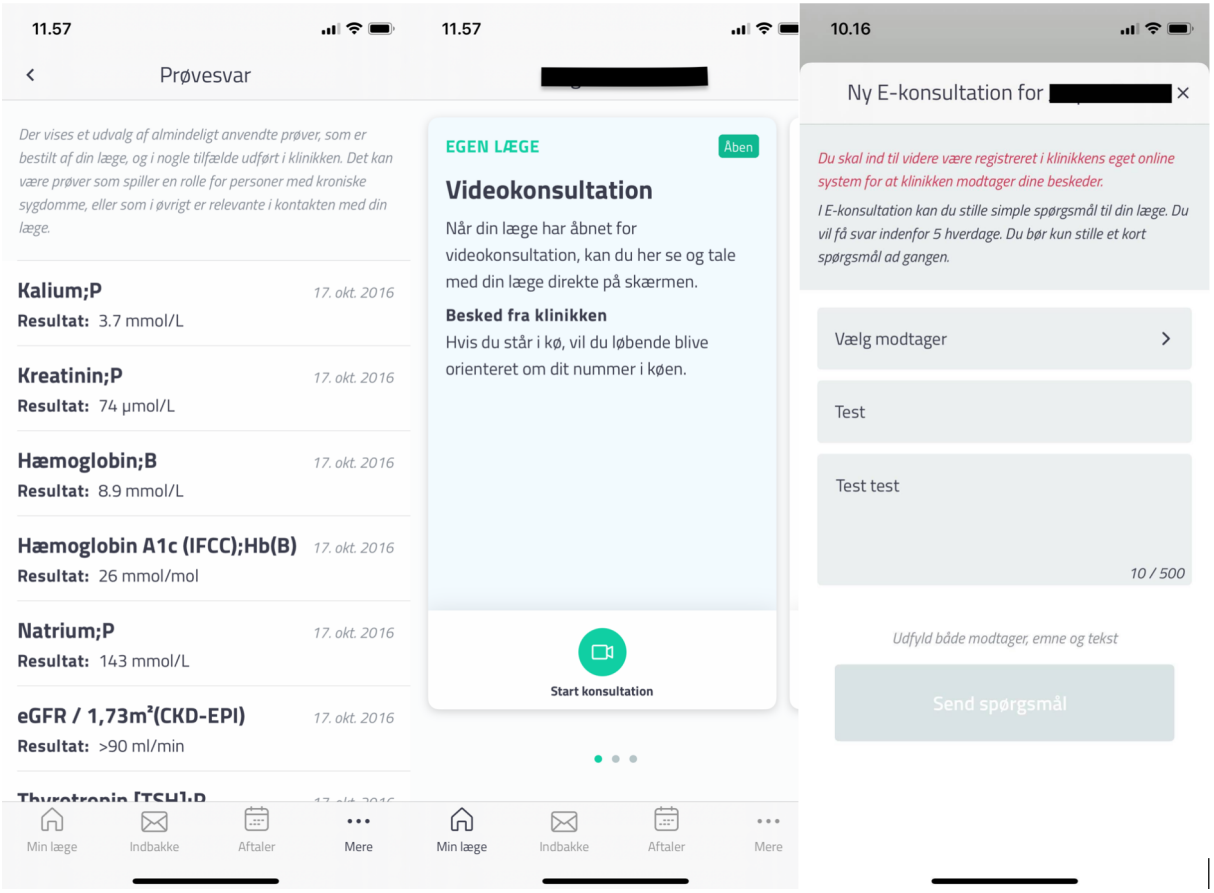
- Oplysninger om patientens praktiserende læge (kontaktoplysninger, åbningstider og ferieafløser)
- Lægevagten (kontaktoplysninger på lægevagten, der skal ringes til uden for patientens læges åbningstid)

- Aftaler med patientens egen læge (tidligere og kommende aftaler)
- Indbakke (e-konsultationer)
- Medicin (viderestilling til applikationen 'Medicinkortet')
- Vaccinationer (udførte og anbefalede vaccinationer)
- Påmindelser om vaccinationer, aftaler m.v.
- Henvisninger (aktuelle henvisninger fra patientens egen læge)
- Forløbsplaner
- Diagnoser
- Tidsbetilling og aflysning af tid
- Videokonsultation (udvalgte lægeklinikker).

Ved anvendelse af 'Min læge' vises funktionerne som vist på billede 2.3 og 2.4. Fra menuen kan alle funktionerne ovenfor tilgås.



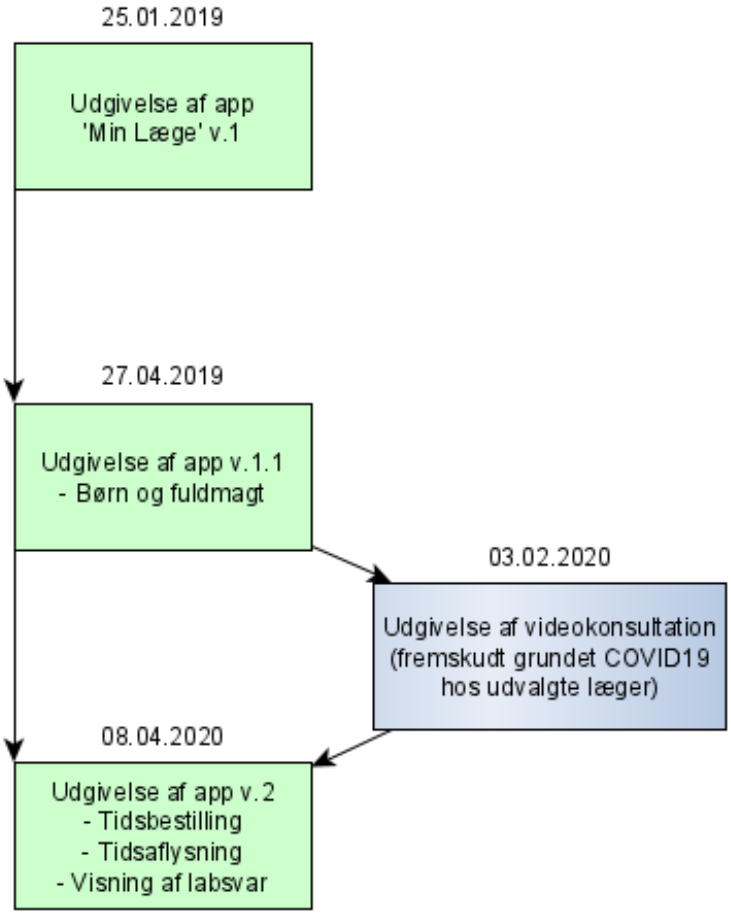
Figur 2.3: Overblik, vaccinationer og henvisninger



Figur 2.4: Prøvesvar, videokonsultation og beskedfunktionen

2.4.1 Tidslinje for 'Min Læge'

Nedenfor på figur 2.5 ses en tidslinje over de forskellige versioner og funktioner for 'Min Læge', og hvornår de er udgivet:



Figur 2.5: Tidslinje over udgivelse af versionerne i 'Min Læge'

Tidslinjen skal give en forståelse af, at applikationen 'Min Læge' er en forholdsvis ny, hvilket kan have en betydning for, hvor stor tilslutningen er. Derudover er det også vigtigt at forstå, at flere funktioner er kommet til senere. Det har betydet, at PLO har valgt at vente med markedsføringen af applikationen (PLO, 2020).

Metode 3

Efter forrige kapitlers gennemgang af teknologien og problemfeltet vil dette kapitel præcisere de metodiske fremgangsmåder, der er anvendt til at svare på problemformuleringen "Hvordan påvirker eSundhedskompetence og nytteværdi af digitale patientportaler anvendelsen af 'Min Læge'?". Yderligere præsenteres de metodevalg, der danner grundlag for specialets empiriske fundament. Specialets empiri er litteratur fundet ved litteratursøgning, interviews af såvel en fagperson som patienter samt en spørgeskemaundersøgelse af patienter. Den systematiske gennemgang af de metodiske valg er også med til at styrke specialets validitet. Empirien er behandlet ud fra forskellige analytiske redskaber, og det er disse fund og resultater, der senere præsenteres i resultatkapitlerne, kapitel 4 samt kapitel 5.

3.1 Litteratursøgning

3.1.1 Indledende søgninger

I den initierende fase i specialet er der foretaget en række indledende søgninger med henblik på at danne et overblik over eksisterende litteratur på området. Disse indledende søgninger er foregået i Google Scholar samt i databaserne PubMed og Embase. Flere af søgningerne er foretaget som bloksøgninger, hvor der både er søgt på thesaurustermer og fritekstord (Rienecker et al., 2017). De indledende søgninger på thesaurustermer er foretaget for at se, hvilke termer der anvendes i forhold til problemfeltet (Rienecker et al., 2017). Disse termer og emneord ligger til grund for de videre systematiske søgninger. Yderligere er de indledende søgninger også anvendt til at finde dansk litteratur omhandlende 'Min Læge'-applikationen og til at danne et overblik over udbredelsen af applikationen og det politiske landskab, som teknologien bevæger sig i.

3.1.2 Systematiske søgninger

Der er foretaget en systematisk søgning i forbindelse med problemanalysen. Den systematiske søgning har haft til formål at afdække litteratur om patientportalers påvirkning på patientinddragelse samt sammenhængen mellem health literacy og patientportaler. Den systematiske søgning præsenteret herunder er foretaget i PubMed og er delt op i to blokke, se figur 3.1. Der er anvendt thesaurustermer i begge blokke samt boolske operatorer som AND for at indsnævre søgningen og OR for at udvide søgningen (Rienecker et al., 2017).

Patient portals	**Patient engagement**	**Kombineret**
Patient portals (MeSH) Health Records Personal (MeSH) Electronic health records (MeSH) Health information exchange (MeSH)	Patient participation (MeSH) Health literacy (MeSH)	
20053	30253	473

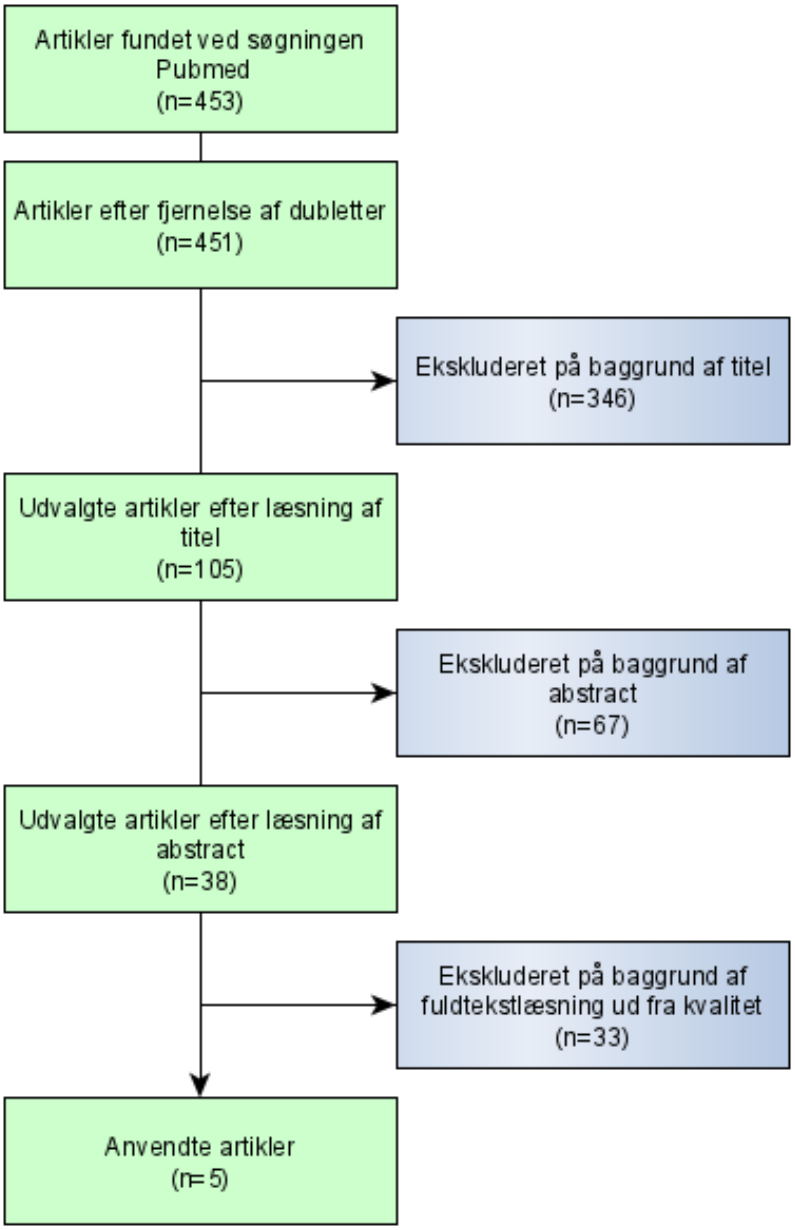
Tabel 3.1: Blok til systematisk søgning

3.1.3 Udvælgelse af videnskabelige artikler

Alle fundne artikler er gennemgået til udvælgelse ud fra in - og eksklusionskriterierne, se tabel 3.2. Denne proces er foretaget af begge forfattere for at øge udvælgelsesprocessens reproducerbarhed. Ved alle fundne artikler er der sket en udvælgelse ved titel, abstract og fuldtekst, se figur 3.1. Til sidst er artiklernes kvalitet vurderet ud fra relevant tjekliste i "Equators flowchart" til kvalitetsvurdering (The EQUATOR network, 2015).

Tabel 3.2: In- og eksklusionskriterier for artikler

Inklusionskriterier	**Eksklusionskriterier**
Patientportaler	Implementering
Engagement	Akut setting
Health literacy	Research recruitment



Figur 3.1: Flowchart over litteraturudvælgelse

3.1.4 Citationssøgning

Udover de indledende og systematiske søgninger er der yderligere lavet retrospektiv citationssøgning (Rienecker et al., 2017). Denne citationssøgning er lavet ud fra udvalgte artikler. Citationssøgningen skal bidrage til relevant litteratur, der ikke fremgår at den systematiske søgning.

3.2 Mixed method

Specialet tager udgangspunkt i mixed method, hvor der eksplorativt og sekventielt er gennemført interviews og derefter en spørgeskemaundersøgelse. Formålet er at anvende fund

i interviewresultaterne til at udfærdige spørgeskemaundersøgelsen og på den måde undgå at overse relevante emner. Ved at anvende en kvalitativ og kvantitativ metode kan der skabes en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen (Curry et al., 2013). Interviewene anvendes i nogen grad som en sekundær metode. Derudover anvendes begge metoder i diskussionen for at supplere, underbygge og årsagsforklare hinandens resultater i forhold til problemformuleringen.

3.3 Interview

Der er i specialet foretaget i alt seks interviews. Interviewene består af to forskellige typer interviews. Begge typer interviews har støttet en belysning af problemformuleringen. Den ene type er et faginterview med en ansvarlig for 'Min Læge'-applikationen i PLO. Den anden interviewtype er fem individuelle semistrukturerede interviews af personer, der både anvender og ikke anvender 'Min Læge'. Alle interviews er bygget op ved hjælp af Steiner Kvale og Sven Brinkmanns anbefalinger til udførsel af interviews. Interviewguides indebærer derfor en briefing og en debriefing (Kvale and Brinkmann, 2009).

3.4 Faginterview

For at skabe en mere dybdegående viden om 'Min Læge'-applikationen er der foretaget ét faginterview af en medansvarlige for 'Min Læge' i PLO. Interviewet har belyst en række aspekter om 'Min Læge', dens infrastruktur, funktioner, økonomi, udbredelse, patientperspektivet og lægeperspektivet ud fra et fagligt synspunkt. Interviewet har ligeledes hjulpet med at skabe indsigt i relevante emner/spørgsmål til de andre interviews og spørgeskemaundersøgelsen.

3.4.1 Interviewguide

Interviewguiden i faginterviewet er struktureret udformet grundet naturen af et faginterview, hvor specifikke emner og spørgsmål skal afdækkes med henblik på, at der kun må være få afvigelser. Interviewguiden indeholder emner samt strukturerende spørgsmål for at komme omkring de ønskede emner (Kvale and Brinkmann, 2009), se interviewguide i bilag A.

3.4.2 Udførelse af interviewet

I interviewet er der en hovedinterviewer og en interviewsuppleant. Hovedinterviewerens rolle er at stille spørgsmålene ud fra interviewguiden, og suppleantens rolle er at sørge for, at hovedintervieweren har fået afdækket alle emner og spørgsmål, at holde tid og at stille opfølgende spørgsmål.

3.5 Interview af brugere og ikke-brugere af 'Min Læge'

Der er interviewet fem patienter med det formål at afdække deres holdninger og meninger om sundheds-it og 'Min Læge'. Der er henholdsvis to interviews af patienter, der anvender 'Min Læge', og tre, der ikke anvender 'Min Læge'. Interviewene har været med til at uddybe og give et nuanceret billede af, hvad der påvirker anvendelsen, og har på den måde bidraget til at besvare problemformuleringen. Derudover har interviewene også suppleret udarbejdelsen af spørgsmål i spørgeskemaet. Forskningsspørgsmålene i begge interviewguides er baseret på teori om emnerne for at sikre, at spørgsmålene havde et teoretisk grundlag (Brinkmann and Tanggaard, 2010). Der er derfor anvendt litteratur, der omhandler eSundhedskompetence, nytteværdi, brugervenlighed og manglende anvendelse, der ligeledes er anvendt til udformningen af spørgeskemaspørgsmålene (Kayser et al., 2018), (Holt et al., 2019), (Hoogenbosch et al., 2018), (Ronda et al., 2014). Derudover er der hentet inspiration fra to kvalitative studier, der er foretaget over patientportaler og deres betydning i praksis (Powell and Myers, 2018), (Miller et al., 2016).

3.5.1 Interviewguides

Der er lavet en separat interviewguide til dem, der anvender 'Min Læge' og en anden til dem, der ikke anvender 'Min Læge'. Begge interviewguides er semistrukturerede, da denne type interviewguide giver mulighed for at ændre på rækkefølgen af spørgsmål og få informanterne til at uddybe undervejs. Denne type interviewguide er også valgt, fordi det er en fordel, når informanterne kun kan interviewes én gang, og alle centrale emner derfor skal berøres i det ene interview (Kvale and Brinkmann, 2009). Interviewguiden indeholder emner, forskningsspørgsmål samt strukturerende spørgsmål for at komme omkring de ønskede emner (Kvale and Brinkmann, 2009), se interviewguides i bilag A.

3.5.2 Pilotinterview

For at sikre forståelsen af spørgsmålene og kendskab til længden af interviewet er der lavet pilotinterviews. Først er begge interviewguides sendt til en peergruppe for at få afklaring på spørgsmålenes kronologi og forståelse. Efter feedback fra peergruppen er spørgsmålene rettet til og yderligere to pilotinterviews foretaget af en ekstern fra netværk. Udførelsen af disse pilotinterviews har sikret en objektiv gennemgang af spørgsmålene og belyst, hvor lang tid begge interviewes ville tage. Her er forståelsen af spørgsmålene også klarlagt (Kvale and Brinkmann, 2009). Der er igen foretaget rettelser i de to interviewguides inden de gældende interviews.

3.5.3 Rekruttering af informanter

Rekrutteringen af informanter er sket via netværk. Inklusionskriterierne for informanterne har været, at informanterne er ældre end 15 år og henholdsvis har erfaringer med anvendelsen af 'Min Læge' eller ikke har erfaring med anvendelsen af 'Min Læge'. De fem informanter er bosat enten i Region Midtjylland eller Region Hovedstaden. Alderspændet for informanterne er mellem 28-87 år, og der er både interviewet mænd og kvinder. Nedenfor i tabel 3.3 ses en oversigt over informanternes karakteristika.

Tabel 3.3: Informanterne

Informant	**Alder**	**Køn**	**Anvender 'Min Læge'**
1	26 år	Mand	Nej
2	54 år	Kvinde	Nej
3	87 år	Kvinde	Nej
4	29 år	Kvinde	Ja
5	28 år	Mand	Ja

3.5.4 Samtykke til informanter

Samtykkeerklæringer er udarbejdet ud fra samtykkeerklæringer på Videnskabsetisk Komités hjemmeside med skabeloner til dette formål (National Videnskabsetisk Komité, 2017). Det informerede samtykke indeholder formålet med interviewet, frivillig deltagelse og anonymisering (Kvale and Brinkmann, 2009). Alle interviews er udført telefonisk eller digitalt, og da det har været en udfordring for nogle af informanterne at underskrive en digital samtykkeerklæring, er der i stedet indsamlet informeret mundtlig samtykke, hvor principperne i samtykket er læst op og mundtligt samtykke er givet. Se bilag B for samtykkeerklæring.

3.5.5 Udførelse af interviews

Fire ud af fem interviews er foretaget over videopkald via enten Skype eller FaceTime. Ved alle fire interviews har begge gruppemedlemmer været til stede og synlige gennem video. Det sidste interview er foretaget over telefon grundet informantens manglende kendskab til Skype eller FaceTime. Hovedintervieweren har fulgt interviewguiden, og suppleanten har stillet opfølgende spørgsmål.

3.6 Transskription

Til transskription er der udarbejdet en transskriptionsguide, se bilag C. Transkriptionsguiden har været med til at skabe enighed om, hvordan interviewene transskriberes samt at ensrette

transskriptionerne på tværs af alle interviews. Alle interviews er transskriberet samme dag, som de er foretaget, og efterfølgende læst igennem og rettet af det andet gruppemedlem. På den måde er kvaliteten af interviewmaterialet højnet ved at sikre kontinuitet.

3.7 Interviewanalyse af brugere og ikke-brugere

Til at analysere de fem individuelle semistrukturerede interviews er Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) anvendt. Denne analysemetode er en trinvis systematisk metode, der egner sig til analyse af empirisk data med forskellig grad af teoretisk forankring (Malterud, 2011). STC består af fire trin, der kort gennemgås nedenfor:

Trin 1: Helhedsindtryk – fra vildnis til foreløbige temaer	**Temaer:** 1. Omfanget af sundhedsinformationssøgning 2. Forståelse af medicinske begreber og ord i sundhedsinformationer 3. Tillid til opbevaring af data 4. Nervøsitet og angst over at kunne se sundhedsdata 5. Belejligt og tidsbesparende 6. Omfang af anvendelse af patientportaler 7. Forbedringer til 'Min Læge' 8. Holdninger til videokonsultationer 9. Præferencer for skrift versus verbal/fysisk kommunikation
Trin 2: Meningsbærende enheder – fra foreløbige temaer til koder og sortering	**Nye kodegrupper:** 1. Søgning og forståelse af sundhedsinformation 2. Anvendelse af patientportaler 3. Kommunikation i konsultation 4. Forbedringer til 'Min Læge'
Trin 3: Kondensering – fra kode til abstraheret indhold	**Nye grupper og subgrupper:** **Søgning og forståelse af sundhedsinformation** Internetsider til informationssøgning Forståelse af medicinsk og fagligt sprog Bekymringsskabelse ved information **Anvendelse af patientportaler** Nytte ved anvendelse, manglende anvendelse **Kommunikation med lægen** Skriftlig kommunikation, video og telefonkommunikation **Forbedringer til 'Min Læge'**
Trin 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser, begreber og resultater	**Endelige analysegrupper:** Internettet til informationssøgning, forståelse af medicinsk sprog, anvendelse af patientportaler, kommunikation med lægen

3.7.1 Trin 1: Helhedsindtryk – fra vildnis til foreløbige temaer

Her er der dannet et helhedsindtryk af hele materialet. Alle transskriptioner er gennemgået, og alle iøjnefaldende temaer er noteret. Der er i dette trin yderligere arbejdet på at sætte forforståelse til side for at forholde os åbne over for andre temaer end dem i interviewguiden.

3.7.2 Trin 2: Meningsbærende enheder – fra foreløbige temaer til koder og sortering

Her er der startet med at gennemgå materialet for meningsbærende enheder ud fra hvilke der belyser problemformuleringen. Her er materialet gennemgået, og de meningsbærende enheder, der belyser problemformuleringen, er udplukket. De meningsbærende enheder er sorteret under kodegrupperne, som er udgjort af de foreløbige temaer. Undervejs er kodegrupperne ændret, og der er opstået nye. Der er lavet en matrix over informanterne og temaerne, alt efter hvor og hvor hyppigt de optræder i materialet. Se bilag D.

3.7.3 Trin 3: Kondensering – fra kode til abstraheret indhold

I dette trin er der udarbejdet en kondensering af de meningsbærende enheder. Et kondensat repræsenterer et kunstigt fremstillet citat, der er et kondensat af flere meningsbærende enheder. Yderligere er der valgt guldcitater, der bærer meningen af kondensatet. Derudover er de forskellige grupper opdelt i subgrupper. Se bilag D for eksempel.

3.7.4 Trin 4: Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreber og resultater

Her er der udarbejdet analytiske tekster ud fra de forskellige kondensater under subgrupperne. De analytiske tekster er fortsat holdt loyale i forhold til informanternes udtalelser. Til de analytiske tekster er guldcitaterne anvendt til at understøtte teksten. Der er valgt overskrifter, der beskriver, hvad de forskellige analytiske afsnit handler om.

3.8 Spørgeskema

Til at besvare vores problemformulering "Hvordan påvirker eSundhedskomptence og nytteværdi af digitale patientportaler anvendelsen af 'Min Læge'?" er der yderligere anvendt spørgeskemaer. Spørgeskemaerne er valgt, da det er interessant at se mønstre hos respondenterne, og spørgeskema som dataindsamlingsteknik giver mulighed for at generalisere. Derudover er spørgeskemaet valgt, da det skaber mulighed for at systematisere en dataindsamling og nå ud til en større mængde respondenter. På baggrund af videnskabelig litteratur er der undersøgt, hvilke faktorer der kan

påvirke anvendelsen af online patientportaler. Disse faktorer på tværs af undersøgelser danner grundlag for, hvad der bliver spurgt ind til i spørgeskemaet. Yderligere er der taget aspekter fra de foretagede interviews med i udformningen af spørgeskemaet. 'Min Læge' skiller sig ud ved at være en multifunktionel patientportal til smartphones og tablets, hvilket der findes begrænset litteratur omkring.

3.8.1 Spørgeskemakonstruktion og opbygning

Emnerne i spørgeskemaet har taget udgangspunkt i relevante undersøgelsesområder for specialet. Der er undervejs taget højde for forskellige aspekter, heriblandt at der anvendes filtre i spørgeskemaet, da spørgsmålene omkring brugeroplevelsen med 'Min Læge' ikke er relevante for dem, der ikke anvender applikationen og omvendt. Derudover har der været opmærksomhed på rækkefølgeeffekt: at de forrige spørgsmål ikke påvirker svarene på de næste spørgsmål. Yderligere kommer baggrundsspørgsmålene til sidst, så de første spørgsmål handler om det, respondenterne lige har læst på første sides intro. Dette er vigtigt for at bevare respondentens interesse i starten af besvarelsen. Respondenterne kan opleve baggrundspørgsmålene som kedelige og derfor vælge ikke at svare på resten af spørgeskemaet (Hansen, 2015). Desuden kan de demografiske spørgsmål godt skræmme respondenten væk fra at svare på spørgeskemaet, hvis de er de første der skal svares på (Hansen, 2015).

Der er i spørgeskemaet anvendt lukkede spørgsmål, for det første fordi det giver den største svarrate; da spørgsmålene er nemmere at besvare for respondenten, og for det andet fordi er der anvendt lukkede spørgsmål; da åbne spørgsmål besværliggør databearbejdningen (Olsen and Socialforskningsinstituttet, 2006). Yderligere findes der en tommelfingerregel om, at det tager cirka et minut at svare på fire lukkede spørgsmål. Dette princip er ligeledes anvendt, for at spørgeskemaet ikke tager for lang tid at besvare (Hansen, 2015).

I spørgeskemaet er der anvendt multiple choice med nominale og ordinale skalaer i svartyperne. Disse to skalatyper har betydning for, hvordan data efterfølgende bearbejdes (Würtz and Malchow-Møller, 2014). Der er for så vidt muligt undgået ja/nej-spørgsmål, da disse er unuancerede, og flere svarkategorier giver mere styrke til undersøgelsen (Sproull, 1995). Ud fra litteratursøgning er disse domæner fundet relevante som spørgsmålskategorier i spørgeskemaet:

- Demografi
- Sygdom
- eHealth literacy (eSundhedskompetence)

- Nytte af 'Min Læge'
- Brugervenlighed
- Manglende anvendelse

Nedenfor ses en gennemgang af, hvilket litteratur og hvilke metoder der er anvendt til at udforme spørgsmålene i de forskellige spørgsmålskategorier. Der er taget udgangspunkt i videnskabelig litteratur, da dette styrker specialets reliabilitet ved at højne kvaliteten af spørgsmålene.

Spørgsmål 1 er et grundlæggende spørgsmål, der skal belyse, om resten af spørgeskemaet kan besvares, da en smartphone eller tablet er forudsætningen for, at 'Min Læge' kan anvendes.

eSundhedskompetence

(Spørgsmål 2)

Spørgsmål om eHealth literacy tager udgangspunkt i et eSundhedskompetence-spørgeskema (eHQL) fra artiklen af Kayser et al (Kayser et al., 2018). Artiklen tester validiteten og finder, at spørgeskemaet kan anvendes til at forstå og evaluere menneskers interaktion med forskellige digitale sundhedstjenester. Spørgeskemaet består af syv dimensioner, der alle beskriver en form for eSundhedskompetence. I specialets spørgeskema er der spurgt ind til alle syv dimensioner for at kunne vurdere respondenternes samlede eSundhedskompetence (Kayser et al., 2018). Antallet af spørgsmål til at afdække eSundhedskompetence er dog nedskaleret, da spørgeskemaet ellers ville blive for langt, hvis eHQL skulle anvendes i fuld længde. Holt et al.'s formulering af spørgsmål anvendes som inspiration til, hvordan spørgsmålene i spørgeskemaet formuleres for at vurdere respondenternes eSundhedskompetence (Holt et al., 2019). De syv domæner, som eSundhedskompetence vurderes ud fra er listet nedenfor:

1. Anvende teknologi til at tolke sundhedsinformation
2. Forstå medicinsk sprog
3. Evne til aktivt at anvende digitale tjenester
4. Følelse af at have kontrol og sikkerhed
5. Motivation for at engagere sig i digitale tjenester
6. Adgang til digitale tjenester, der fungerer
7. Digitale tjenester, der passer til individuelle behov.

De syv domæner er vurderet ud fra en Likert-skala bestående af fem trin fra meget enig til meget uenig.

Nytteværdi af anvendelsen og brugervenlighed

(Spørgsmål 3-7)

Til at udarbejde spørgsmål om nytteværdi og brugervenlighed er artiklen af Hoogenbosch anvendt (Hoogenbosch et al., 2018). Ydermere er der anvendt en artikel af Wu et al. som inspiration til, hvordan nytteværdi og brugervenlighed er vurderet (Wu and Wang, 2005).

Manglende anvendelse

(Spørgsmål 8)

Til at udarbejde spørgsmål om manglende anvendelse af 'Min Læge' er artiklen af Ronda et al anvendt. Denne artikel beskriver en undersøgelse blandt diabetespatienters anvendelse af en webpatientportal, og hvilke barrierer der kan være ved anvendelsen (Ronda et al., 2014).

Demografi og sundhedsspørgsmål

(Spørgsmål: 9-17)

Der er stillet spørgsmål til sundhed, uddannelsesbaggrund og andre sociodemografiske oplysninger, da det skaber grundlag for at vurdere karakteristika af personer, der både anvender og ikke anvender 'Min Læge'. Spørgsmålene vedrører meget basale oplysninger og er formuleret med inspiration fra flere internationale og nationale artikler, der undersøger online patientportaler (Mackert et al., 2016), (Region Syddanmark, 2017), (Kayser et al., 2018), (Holt et al., 2019).

3.9 Pilottest

Pilottestene er foregået i flere faser. Først er der foretaget en pilottest af to peers fra Klinisk Videnskab og Teknologi for at identificere de første fejl og misforståelser i spørgeskemaet. Dernæst er der foretaget pilottest af personer, der repræsenterer populationen. Disse personer er rekrutteret fra netværk. Da populationen er meget bred i forhold til demografi, blev det vurderet, at spørgeskemaerne skulle testes på flere aldersgrupper, og vores testpersoners aldre spændte over 24-68 år. I alt blev der testet på fem personer udover peers.

Til at pilotteste spørgeskemaet er der anvendt tænke højt-metoden. Den er foregået ved, at testpersonen først besvarede spørgsmålene, og efterfølgende blev testpersonen spurgt ind til tre forskellige aspekter: 1) Hvad tænkte testpersonen idet han/hun lavede besvarelsen, 2) hvordan kom testpersonen frem til de svar han/hun gav undervejs, 3) hvordan forstod testpersonen de forskellige ord og udtryk, der indgik i spørgeskemaet, og 4) hvordan forstod testpersonen meningen med spørgsmålene (Hansen, 2015). Spørgsmål, der blev misforstået, blev evalueret og

rettet eller fjernet fra spørgeskemaet for at skabe de bedste forudsætninger for, at respondenter kunne forstå spørgsmålene og dermed give de mest retvisende svar.

3.10 Lovgivning om samtykke

Der er ikke bedt om samtykke fra respondenterne, da samtykke er afhængigt af, om der er tale om personfølsomme oplysninger. Derfor træder databeskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 11 ikke i kraft (Datatilsynet, 2019). Der er ikke tale om personfølsomme oplysninger i spørgeskemaet, da personfølsomme oplysninger karakteriseres af datatilsynet som:

> *"En personoplysning er enhver form for information, der kan henføres til en bestemt person, også selv om personen kun kan identificeres, hvis oplysningen kombineres med andre oplysninger."*(Datatilsynet, n.d.).

3.11 Etiske udfordringer med spørgeskemaet

Der er taget højde for, hvilke etiske hensyn der skal tages ved udarbejdelsen af spørgeskemaet. De fire principper om etisk forskning, der er baseret på Helsinki Deklarationen, er fulgt. De tager udgangspunkt i: 1) at gøre godt, 2) ikke at gøre skade, 3) yde retfærdighed og 4) bevare respondenternes autonomi (WMA – The World Medical Association, 2018).
Dette indebærer, at eventuel skade på respondenterne skal elimineres, og at der ikke må udføres nytteløs forskning. Princippet om autonomi overholdes ved at lade respondenterne frivilligt vælge, om de vil svare på spørgeskemaet. Derudover er der i spørgeskemaet beskrevet, hvordan data håndteres, og at respondenterne er anonyme. De vælger derfor deltagelse på et informeret grundlag. At anonymiteten overholdes er ikke kun et lovmæssigt krav men også et spørgsmål om etik. Der er intet sted i spørgeskemaet, hvor respondenten giver personfølsomme oplysninger. Ligeledes er det vigtigt at overveje, om der stilles belastende spørgsmål, der kan støde eller såre respondenterne, hvilket der også er taget højde for i spørgeskemaet.

3.12 Gennemførelse af dataindsamling

Dataindsamlingen er foretaget i samarbejde med systemudbyder A-Data og syv lægeklinikker med beliggenhed i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Spørgeskemaerne er lagt op på de pågældende lægeklinikkers online webpatientportaler `www.aftalebogen.dk` og `www.emailkonsultation.dk`. Fælles for de syv lægeklinkker er, at de er kunder hos A-Data og anvender deres WinPLC-lægesystem. For at lægge spørgeskemaet på patientportalerne er der givet godkendelse fra de enkelte lægeklinikker. Der er derfor taget telefonisk kontakt til

lægeklinikkerne for at høre om deres interesse i at udstille spørgeskemaet i deres patientportaler. Efter at lægeklinikkerne har indvilliget, er A-Data gjort bekendt via en mail fra de enkelte lægeklinikker (se bilag E for mail). A-data har derefter udført en systemopdatering hos de enkelte lægeklinikker, hvori spørgeskemaet er udstillet. Patienter med ærinde på `www.aftalebogen.dk` eller `www.emailkonsultation.dk` har kunnet se og besvare spørgeskemaet. Derudover er der sikret, at patienterne har adgang til 'Min Læge' version 2.0, da der kun blev lavet dataindsamling ved lægeklinikker der anvender WinPLC, og dette system er det eneste, der har fuld funktionalitet af 'Min Læge'.

3.13 Databehandling

Softwareprogrammet IBM SPSS Statistics 25 er anvendt til at udføre alle statistiske tests. Der er gennemgående anvendt et signifikansniveau på 0,05 ved alle tests.

eSundhedskompetence

Sammenhæng mellem personer, der anvender og ikke anvender 'Min Læge' i forhold til deres eSundhedskompetence testes for hvert enkelt spørgsmål, der i spørgeskemaundersøgelsen har til hensigt at vurdere denne (de syv domænespørgsmål om eSundhedskompetence). Der udføres Chi i anden-test (χ^2-test). Hypoteser og tests ses i bilag G.

Nytteværdi

Samme fremgangsmåde og test**s** udføres for at undersøge, om der er sammenhæng mellem personer, der anvender, og personer, der ikke anvender 'Min Læge' i forhold til den nytteværdi, respondenterne vurderer, at patientportaler har for dem (her er der lavet fem tests ud fra de fem spørgsmål om nytteværdi). Hypoteser og tests ses i bilag G.

Sociodemografiske karakteristika

Der er ligeledes testet, om der er sammenhæng mellem personer, der anvender, og personer, der ikke anvender 'Min Læge' i forhold til respondenterne uddannelsesniveau, selvvurderede helbredstilstand og arbejdsstatus. Det er samme χ^2-test, der udføres, men da forudsætningen/kriteriet om minimum fem ens svarkategorier i krydstabuleringen ikke opfyldes, vurderes likelihood ratio i stedet. Se bilag G for tests.

Sammenhæng mellem personer, der anvender, og personer, der ikke anvender 'Min Læge' i forhold til respondenternes alder er testet ved hjælp af en tosidet Pearson-korrelationsanalyse.

Sammenhæng mellem personer, der anvender, og personer, der ikke anvender 'Min Læge' i for-

hold til køn og langvarig sygdom er testet med χ^2-tests i 2x2-krydstabeller. Nedenfor i tabel 3.4 og 3.5 er en oversigt over tests.

Tabel 3.4: Hypoteseoversigt for eSundhedskompetence og nytteværdi samt test, se bilagG

Hypoteseroversigt	**Test**
Hypotese for hvert domæne, der afdækker e-sundhedskomptence (syv tests) se bilag G	Krydstabulering med χ^2-test - likelihood ratio
Hypotese for hvert underspørgsmål, der afdækker nytteværdi (fem tests)	Krydstabulering med χ^2-test - likelihood ratio

Tabel 3.5: Hypoteser for udvalgte sociodemografiske karakteristika og test, se bilag G

Hypoteser	**Test**
H0: Der er ingen sammenhæng mellem køn og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er en sammenhæng mellem køn og anvendelse af 'Min Læge'	Krydstabulering med χ^2-test
H0: Der ingen sammenhæng mellem alder og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er sammenhæng mellem alder og anvendelse af 'Min Læge'	Pearson-korrelationstest
H0: Der er ingen sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er en sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge'	Krydstabulering med χ^2-test
H0: Der er ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge'	Krydstabulering med χ^2-test – likelihood ratio
H0: Der er ingen sammenhæng mellem selvvurderet helbredstilstand og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er en sammenhæng mellem selvvurderet helbredstilstand og anvendelse af 'Min Læge'	Krydstabulering med χ^2-test – likelihood ratio
H0: Der er ingen sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge' **HA:** Der er en sammenhæng mellem arbejdsstatus og og anvendelse af 'Min Læge'	Krydstabulering med χ^2-test – likelihood ratio

3.13.1 Respondenterne i spørgeskemaet

I tabel 3.6 ses demografiske oplysninger om respondenter, der har besvaret spørgeskemaet i perioden for dataindsamling.

Tabel 3.6: Baggrundsinformationer

Baggrundsinformation		Statistik (N=98), n(%)
Køn		
	Mand	33 (33,7%)
	Kvinde	65 (66,3%)
Alder		
	20-29 år	21 (21,4%)
	30-39 år	13 (13,3%)
	40-49 år	11 (11,2%)
	50-59 år	12 (12,2%)
	60-69 år	29 (29,6%)
	70-79 år	12 (12,2%)
Uddannelse		
	Grundskole	7 (7,1%)
	Erhvervsuddannelse	13 (13,3%)
	Kort videregående uddannelse	12 (12,2%)
	Mellemlang videregående uddannelse	39 (39,8%)
	Lang videregående uddannelse	27 (27,6%)
Arbejdsstatus		
	Under uddannelse	10 (10,2%)
	Ledig	6 (6,1%)
	I arbejde	56 (57,1%)
	Pensioneret	26 (26,5%)
Langvarig sygdom		
	Ja	39 (39,8%)
	Nej	59 (60,2%)
Selvvurderet helbred		
	Virkelig god	19 (19,4%)
	God	49 (50,0%)
	Middel	17(17,3%)
	Dårlig	12 (12,2%)
	Virkelig dårlig	1 (1,0%)

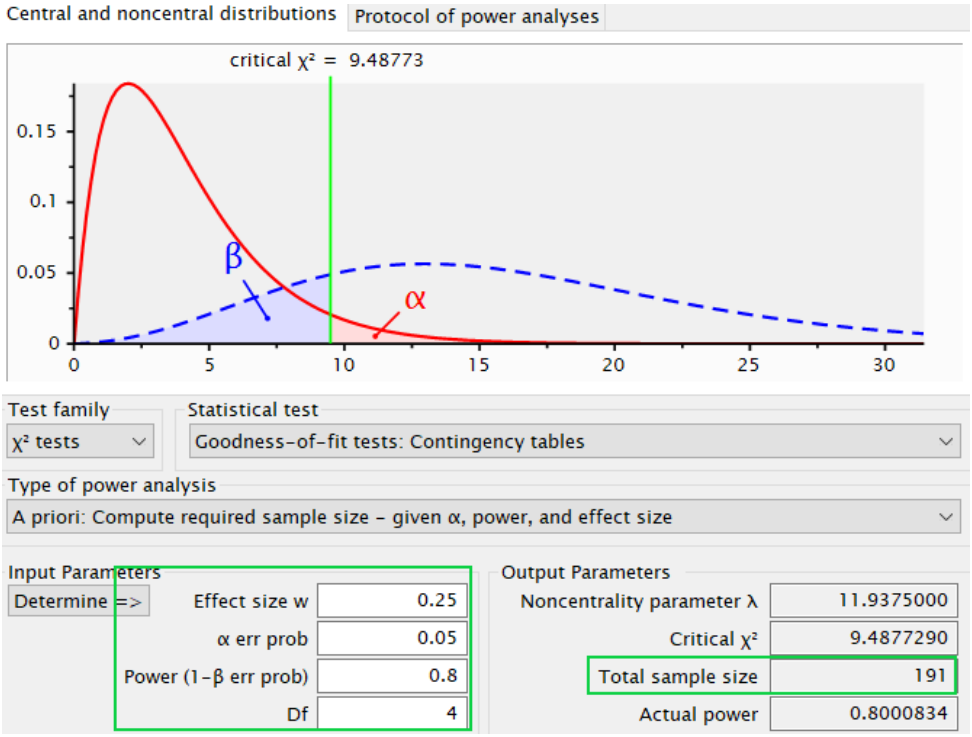
3.13.2 Samplesize beregning

En power beregning kan bruges til fortælle om styrken i statistiske tests. Styrken er et udtryk for, om der drages den rigtige konklusion af hypoteserne med udgangspunkt i de valgte parametre (Kim, 2017):

- Test (χ^2)
- Sample size (n)
- Alpha niveau (α)
- Degrees of freedom (df)
- Effektstørrelsen (w)

Ud over styrken i testen kan den tilstrækkelige sample size (n) findes. For at finde den

tilstrækkelige samplesize anvendes en effekstørrelse på 0,25, en styrke på 0,80 (80%), et signifikansniveau på 0,05 og df på 4. Ifølge beregningen på figur 3.2 nedenfor ses, at der er behov for 191 respondenter for at give statistikken tilstrækkelig styrke – altså sikkerhed for at teststatistikken er tilstrækkelig sikker. Derfor vurderes det, at der skal indsamles 191 spørgeskemabesvarelser og dette er målsætningen for antal respondenter.



Figur 3.2: Samplesizeberegning ud fra standarder

Faktorerne i samplesizeberegningen:

1. Sample size (n) henfører til antallet af respondenter i undersøgelsen.

2. Effektstørrelse (w) er et udtryk for den størrelse af forskel, der skal forekomme for at opdage en signfikant forskel.

3. Signifikansniveau (α) er valgt til 0,05.

4. Power er sandsynligheden for at opdage reel sammenhæng el. forskel. Dvs. om resultater for vores test er sandfærdige.

3.14 Scenarieplanlægning for dataindsamling grundet coronavirus

Grundet covid-19 er der foretaget en ændring i, hvordan spørgeskemaundersøgelsen blev udført. Den oprindelige plan bestod i, at dataindsamlingen skulle foregå ved to alment praktiserende lægeklinikker, hvor tilfældige respondenter, der har tid ved lægen i dataindsamlingsperioden,

kunne vælge at besvare spørgeskemaet. Kriterierne for disse klinikker var, at de skulle anvende enten XMO eller WinPLC som lægesystem. Det skyldes, at de to lægesystemer, er pilotsystemer for den nyeste version af applikationen 'Min Læge'. Det vil sige, at deres patienter har adgang til den nyeste og mest funktionelle version af applikationen. Derudover krævede dataindsamlingen, at klinikken havde en lægesekretær til stede for at opfordre ventende patienter til at besvare spørgeskemaet og administrere. Kontakten til de to klinikker foregik gennem en repræsentant fra PLO.

Udover at påvirke dataindsamlingen for spørgeskemaerne påvirkede covid-19 også rekrutteringen af informanter til interviewene. Den oprindelige plan var at rekruttere informanter ved de to klinikker, hvor spørgeskemaundersøgelsen blev foretaget. Da det ikke var muligt, blev informanterne i stedet rekrutteret gennem netværk via et Facebook-opslag.
Nedenfor ses de forskellige scenarier, der blev udarbejdet den 11. marts 2020. Scenarierne blev udarbejdet med henblik på at håndtere situationen og finde alternativer til den oprindelige plan:

Scenarie A:

Der indsamles data ved de praktiserende lægeklinikker efter påske, hvor covid-19-truslen er reduceret, og det er muligt at indsamle data ved klinikkerne.

Scenarie B:

Spørgeskemaer fremgår på lægens hjemmeside. Dette sker ved, at A-data udstiller det på deres online patientportal. Udfordringen ved dette scenarie er, at de, der ikke anvender online patientportaler, ikke indgår som respondenter, da de i forvejen ikke anvender onlinepatientportalen og derfor ikke kan se, at spørgeskemaet er udstillet via denne.

Scenarie C:

Ansvarshavende fra PLO høres ad vedrørende dataudtræk fra 'Min Læge'. Her kigges der på en alternativ analyse af applikationen. Udfordringen i dette scenarie er, at der ikke kommer nuancerede perspektiver fra patientens side, og at der ikke bliver en dataindsamling, der relaterer sig til den oprindelige metode.

Scenarie D:

Spørgeskemaet bliver sendt ud til netværk via sociale medier. Dette gøres efter den 8. april 2020, da version 2.0 bliver udbredt til alle lægeklinikker på denne dato. Her opstår den udfordring, at

der er risiko for at få en meget snæver gruppe. Fordelen er, at spørgeskemaet kan spredes længere ud på tværs af regioner og lægeklinikker landet over.

Valg af scenarie B

Valget blev scenarie B, der indebar at lægge spørgeskemaerne ind på `www.aftalebogen.dk` og `www.emailkonsultation.dk`. Det blev vurderet, at den metode kunne tegne det bedste billede at den oprindelige sample. Selve samplen vil dog blive påvirket af, at det går fra et analogt spørgeskema til et digitalt spørgeskema online.

Interviewfund 4

Hvordan forholder informanterne sig til patientportaler og 'Min Læge'-applikationen? Det spørgsmål besvares i følgende kapitel, ved en præsentation af resultaterne fra Malteruds STC-analyse. Der er taget udgangspunkt i de to hovedemner der udgør problemformuleringen, nemlig eSundhedskompetence og nytteværdi. Analysens første del tager udgangspunkt i informanternes eSundhedskompetence, hvordan de bruger internettet til informationssøgning, og hvorvidt de forstår de medicinske termer, der anvendes i den forbindelse. Grundlaget for anden del af analysen er den nytteværdi, det skaber for informanterne både at kunne anvende 'Min Læge' specifikt, men også deres holdninger til og perspektiver på, hvordan kommunikationen med egen praktiserende læge bedst fungerer for dem. Analysen tager udgangspunkt i alle fem informanter. Se tilbage på tabel 3.3 i afsnit 3.5 for informanternes karakteristika.

4.1 eSundhedskompetence

4.1.1 Internettet til informationssøgning

Fire ud af fem informanter anvender i en eller anden grad internettet til at søge efter relevante sundhedsinformationer. Blandt andet fortæller informant 2 om de forskellige internetsider, hun anvender, når hun googler på symptomer og andet:

"det gør vi tit synes jeg da, sådan hvis man har et eller andet, en eller anden skavank, så kigger man jo lige ud på, det bliver jo tit de der apotekernes håndbog og lægens et eller andet, kan ikke huske hvad de hedder" (informant 2)

Informant 1 fortæller også om de internetsider, han anvender i sin informationssøgning:

"lægehåndbogen og sundhed.dk, der er også informanthåndbogen og så googler jeg, og så tager jeg selvfølgelig et link, der hvor jeg tror, at der kunne være noget" (informant 1)

Modsat udtrykker informant 3, hvordan hun i mindre grad søger på internettet:

"Jeg bruger det ikke så meget, jeg læser jo meget sådan af forskellige bøger, og jeg læser en hel del aviser, men jeg går ikke så meget på nettet, jeg går ikke ind og får sådan store råd herindenfor. Men jeg prøver da på at følge lidt med i de forskellige ting" (informant 3)

4.1.2 Forståelse af medicinsk sprog

Fire ud af fem informanter giver udtryk for, at de nogenlunde forstår det medicinske sprog, der bliver formidlet på de sider, de anvender, mens én fortæller, at det er svært at forstå. Informant 4 uddyber, hvordan hun har lært fagtermer, og hvordan hun anvender sit netværk eller Google til at øge sin forståelse:

"Jeg har en mor, der er sygeplejerske, så jeg har fået de medicinske termer ind med modermælken, hvis der er noget jeg ikke forstår, så spørger jeg ellers en af mine sundhedsfaglige veninder, ellers googler jeg mig frem til hvad tingene betyder" (informant 4)

Informant 1 giver derimod udtryk for, at det kan være svært at forstå:

" Det står ikke på en menneskelig måde derinde på den måde, at hvad det betyder" (informant 1)

Informant 5 fortæller ligeledes, at der er mange ord, som kan være svære at forstå og synes, at det er underligt, hvorfor det bliver skrevet på den måde:

"nej jeg synes, der er mange ord, der er svære at forstå. Jeg synes, det er mærkeligt, at man i den tid i dag har fortsat med at bruge de ord" (informant 5)

Samme informant fortæller dog, at hvis et ord er svært, bliver det slået op:

"Når jeg støder på de ord, jeg ikke forstår, så kopierer jeg ordet og sætter det ind i en dansk ordbog på nettet eller søger mig frem til hvad det betyder" (informant 5)

Fire ud af fem informanter giver udtryk for, at når de søger på nettet, kan de til tider blive bekymrede over det, de finder. Den sidste informant mener det samme, dog uden at hun finder oplysningerne på internettet. Informant 4 udtrykker sine bekymringer:

"grundlæggende synes jeg, at man skal passe virkelig meget på med at søge på google, fordi at man altid har kræft og skal dø i morgen, uanset hvad, om man så havde lidt ondt i halsen og pludselig var det cancer" (informant 4)

Informant 2 giver også udtryk for at det kan skabe bekymring, hvis man læser visse ting på internetsider:

"men jeg synes, at det der med at man kan gå på nettet og læse, det er altså rigtig godt på mange måder, (..) hvis man nu om fredagen har et eller andet, og man først kan komme til lægen om mandagen, så skal man måske passe lidt på, hvor meget man når at læse om, fordi, det kan jo oftest henvises helt frem til man har kræft, (..) man kan virkelig få en søvnløs weekend" (informant 2)

4.2 Nytteværdi ved anvendelse af patientportaler

4.2.1 Anvendelse af patientportaler

Informant 5 udtrykker, at 'Min Læge' har en fin brugerflade, og at den er overskuelig at bruge. Informant 4 beretter om, at hun bruger applikationen 'Min Læge', fordi hun har en travl hverdag og uddyber videre:

"...og så synes jeg da, at den har en fin brugerflade, og man kan se her de informationer, man skal bruge." (informant 5)

"For i en travl hverdag magter jeg bare ikke at sidde i kø og ringe til en læge og skulle bruge tid på det, så er det bare fedt at kunne skrive." (informant 4)

Fire ud af fem informanter er enige om, at det er en fordel af have adgang til data, der omhandler dem selv. Informant 2 kommer blandt andet med et eksempel om, hvordan data kan bruges til at danne et overblik over egen sygdomshistorik og samtidig bruges til at forberede sig til en lægekonsultation. Dette understøttes af Informant 1, der fortæller om fordelen ved at bruge patientportaler i følgende citat:

"Fordelen er jo, at det er mine data. Jeg har adgang til det, der omhandler mig. Men det er jo rart at kunne følge med i sit eget, hvis man nu har lidt forstand på det, lige for at se "hvad siger de?"."(informant 1)

To ud af fem informanter anvender ikke applikationen 'Min Læge' og fortæller, at de ikke vidste, at den eksisterede. Informant 1 uddyber:

"jeg vidste ikke, at den eksisterede. Det er ikke noget, jeg er blevet oplyst om af min egen læge, hvis de har den. jeg vil jo benytte det, de tilbyder, eksempelvis at man kan gå ind og bestille tid." (informant 1)

Informant 3 anvender ikke applikationen 'Min Læge', da hun aldrig har lært sådan noget. Hun fortæller, at hun ikke savner den slags teknologi, og at hun ikke har nemt ved den slags. Hun fortæller følgende:

"Jamen det har jeg jo aldrig fået lært sådan noget, at få det installeret, det er nok sådan almindelig dovenskab fra mit vedkommende, for jeg savner det ikke. Fordi jeg har jo ikke så nemt ved den tilgang til tingene, som unge tager som en selvfølge, at man kan, men sådan er det ikke. Det bliver ikke helt det samme, man får aldrig den samme fortrolighed, det tror jeg ikke, man gør, når man ikke er helt dus med tingene." (informant 3)

4.2.2 Holdninger til kommunikation med lægen

Tre ud af fem udtrykker fordele ved skiftlig kommunikation. Det kan foregå, når både informanten og lægen har tid til at skrive og svare. Informant 2 fortæller i den sammenhæng:

"Jamen altså fordelene er jo, at jeg har tid, når jeg sidder lige og har tid til at skrive, kan jeg skrive, det er fordelen. (...) det ville jo være rigtig fint med sådan nogle helt konkrete spørgsmål "kan jeg få fornyet min creme", hvis man har sådan en, man altid bruger, og alle sådan nogle helt almindelige ting" (informant 2)

Informant 1 har brugt skriftlig kommunikation med sin læge én gang, og det fungerede fint. Han uddyber:

"Og til det der var dengang, der fungerede det egentlig fint. For det var ikke noget større sygdomsforløb eller noget. Det var lige noget information, der skulle videregives til mig. Jeg havde spurgt, om han ville undersøge det for mig, og så i stedet for måske at ringe, så skrev han bare lige en besked derinde." (informant 1)

Modsat fortæller informant 5, at han foretrækker mundtlig kommunikation frem for skriftlig, da den skriftlige kommunikation kan skabe misforståelser. Her fortæller han:

"ja jeg vil jo klart hellere snakke med min læge, end at jeg vil sende en mail til hende. I stedet for at vi skal misforstå hinanden, når vi kommunikerer med hinanden via skrift." (informant 5)

Omhandlende videokonsultation med lægen siger tre ud af fem informanter, at det er smart. Informant 5 udtrykker blandt andet:

"fordelen er selvfølgelig, at man kan se hinanden visuelt, når man skal tale." (informant 5)

Informant 2 fortæller, at hun modtog en SMS med en kode, da lægen havde tid til at afholde videokonsultationen. Hun kunne derfor lave andre ting, helt op til at hun modtog SMS'en. Informanten fortæller her:

"Så fordelen var jo netop, at jeg ikke skulle derop, og så på en eller anden måde var fordelen jo også for dem, at de bestemte, hvornår det skulle være, hvornår de havde tid" (informant 2)

Modsat fortæller informant 1, at han finder det akavet at snakke med sin læge over video, men at det også er afhængigt af problemstillingen. Hvis han for eksempel har eksem på inderlåret, finder informanten det underligt at skulle vise inderlåret helt op i kameraet. Samme holdning deles af informant 2. Informant 1 uddyber:

"min første tanke er, at det er lidt akavet. Men altså igen alt efter hvad jeg fejler. Hvis jeg nu har noget eksem på inderlåret, så er det lidt mærkeligt at stå oppe i kameraet. Men hvis det er noget i forhold til, at jeg har lige sådan og sådan, at de kan se, om jeg ikke kan bøje håndleddet" (informant 1)

Informant 3 bruger det ikke, fordi hun ikke kan se, hvad der kan fortælles over video, der ikke kan ordnes på almindelig telefon. To af informanterne fortæller også, at det er afhængigt af, om man har kompetencerne til at sætte systemet op, der skal kommunikeres i. I den sammenhæng siger informant 2:

"nu er jeg jo glad, fordi jeg har sådan en teknikermand i huset, som synes, at det med computere det er yderst spændende, fordi det satte han jo lige op for mig." (informant 2)

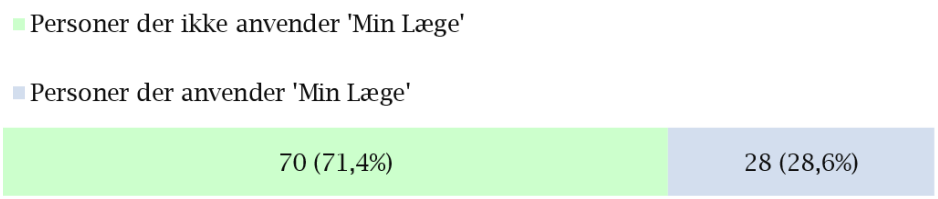
I dette kapitel er det blevet belyst, hvordan de interviewede informanter forholder sig til patientportaler og 'Min Læge'-applikationen. De respektive interviewfund og perspektiver vil senere blive inddraget i specialets diskussion.

Resultater spørgeskemaer 5

I dette kapitel præsenteres resultaterne af de statistiske beregninger, der er lavet på specialets spørgeskemadata. Resultaterne omfatter både eSundhedskompetence, nytteværdi og de sociodemografiske karakteristika for respondenterne. Resultaterne fra dette kapitel danner senere grundlag for en diskussion.

5.1 eSundhedskompetence og nytteværdi

På figur 5.1 ses et diagram over respondenter, der anvender, og respondenter, der ikke anvender 'Min Læge'.



Figur 5.1: Diagram over personer, der anvender og ikke anvender 'Min Læge'

Nedenfor i tabel 5.1 præsenteres resultaterne af de statistiske beregninger for spørgsmål, der afdækker eSundhedskompetence. De syv spørgsmål repræsenterer de syv domæner i HQL-spørgeskemaet omtalt i afsnit 3.8.1. Tabellen fremstiller sammenhængen mellem svarene fra dem, der anvender 'Min Læge', og dem, der ikke anvender 'Min Læge'. Derfor der en middelværdi for hver af de to grupper. P-værdien er et udtryk for, hvorvidt der er sammenhæng mellem de to grupper (anvender eller anvender ikke applikationen) og deres besvarelse af de enkelte spørgsmål. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G

Tabel 5.1: eSundhedskompetence

eSundhedskompetence[a]	**Anvender app** Ja/nej, N	Middelværdi[b]	P-værdi[c]
Anvender patientportaler til at finde oplysninger om sygdomme	Ja, 28 Nej, 70	4,2 3,8	0,005
Forstår prøvesvar	Ja, 28 Nej, 70	4,1 3,5	0,020
Har nemt ved at anvende nye it-redskaber	Ja, 28 Nej, 70	4,7 4,3	0,011
Er tryg ved måden, helbredsoplysninger håndteres	Ja, 28 Nej, 70	4,4 4,1	0,033
Patientportaler engagerer i egen sundhed	Ja, 28 Nej, 70	3,9 3,6	0,171
Patientportaler fungerer godt	Ja, 28 Nej, 70	4,1 3,9	0,149
Patientportaler indfrier personlige behov	Ja, 28 Nej, 70	4,1 3,6	0,044

[a] *Spørgsmål, der afdækker eSundhedskompetence*
[b] *1=meget uenig, 5=meget enig*
[c] *P-værdi udregnet ud fra χ^2-test*

Fem ud af syv spørgsmål påviser, at der er en sammenhæng mellem eSundhedskompetence og anvendelse af 'Min Læge'. Det skyldes, at fem ud af de syv tests har en P-værdi under 0,05. Mere specifikt betyder det, at personer, der anvender applikationen, overvejende har bedre eSundhedskompetence end personer, der ikke anvender applikationen.

Tabel 5.2 nedenfor er opbygget på samme måde som tabel 5.1 med spørgsmålene om nytteværdi. Der er præsenteret en middelværdi for de to grupper og en P-værdi. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G

Tabel 5.2: Nytteværdi

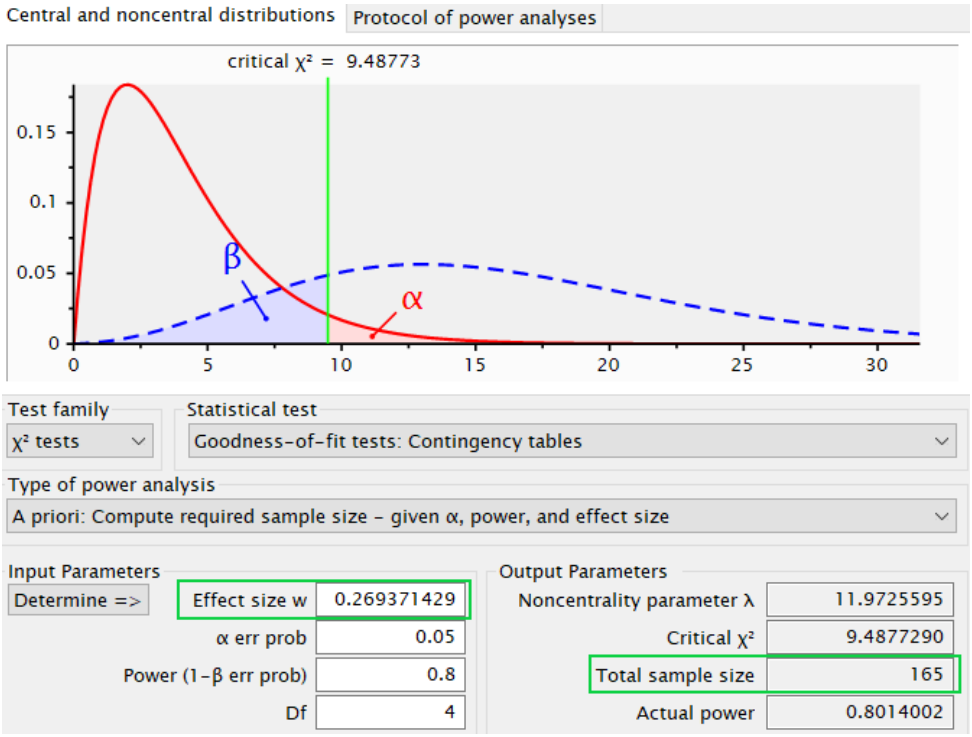
Nytteværdi[a]	**Anvender app** Ja/nej, N	Middelværdi[b]	P-værdi[c]
Se helbredsoplysninger via patientportaler	Ja, 28 Nej, 70	4,4 4,0	0,153
Se henvisninger og aftaler via patientportaler	Ja, 28 Nej, 70	4,6 4,1	0,085
Kommunikere med din læge via e-konsultationer	Ja, 28 Nej, 70	4,5 4,1	0,548
Bestille tid hurtigt via patientportaler	Ja, 28 Nej, 70	4,8 4,1	0,018
Anvende videokonsultation	Ja, 28 Nej, 70	3,0 3,1	0,445

[a] *Spørgsmål, der afdækker nytteværdi*
[b] *slet ikke nyttig=1, i meget høj grad=5*
[c] *P-værdi udregnet ud fra* χ^2*-test*

Fire ud af fem spørgsmål, der har til hensigt at afdække, hvorvidt der er en sammenhæng mellem nytteværdi og anvendelse, påviser, at der ingen sammenhæng er.

5.1.1 Power beregning – spørgeskema

Ud over samplesizeberegningen i afsnit 3.13.2 udføres der en retrospektiv samplesizeberegning. Denne beregning udføres for at vurdere, hvor mange respondenter der reelt har været nødvendige for at opnå en tilfredsstillende styrke i testene for eSundhedskompetence og nytteværdi. I denne beregning svarer effektstørrelsen til den, der bliver beregnet i de statistiske tests for eSundhedskompetence og nytteværdi (Cramers V) (Kim, 2017). Ved at regne med den reelle effektstørrelse falder det nødvendige antal respondenter til 165 for at give en styrke på 80%. Nedenfor ses samplesizeberegningen med den reelle effectsize.



Figur 5.2: Samplesizeberegning på reel effectsize

5.2 Sociodemografiske karakteristika

5.2.1 Sammenhæng mellem køn og anvendelse

Nedenfor på figur 5.3 ses krydstabellen for køn og anvendelse. P-værdi ved en χ^2-test er 0,008. Det vil sige, at H0 kan afvises, og der er sammenhæng mellem køn og anvendelse. Mænd anvender i højere grad 'Min Læge' end kvinder. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G.

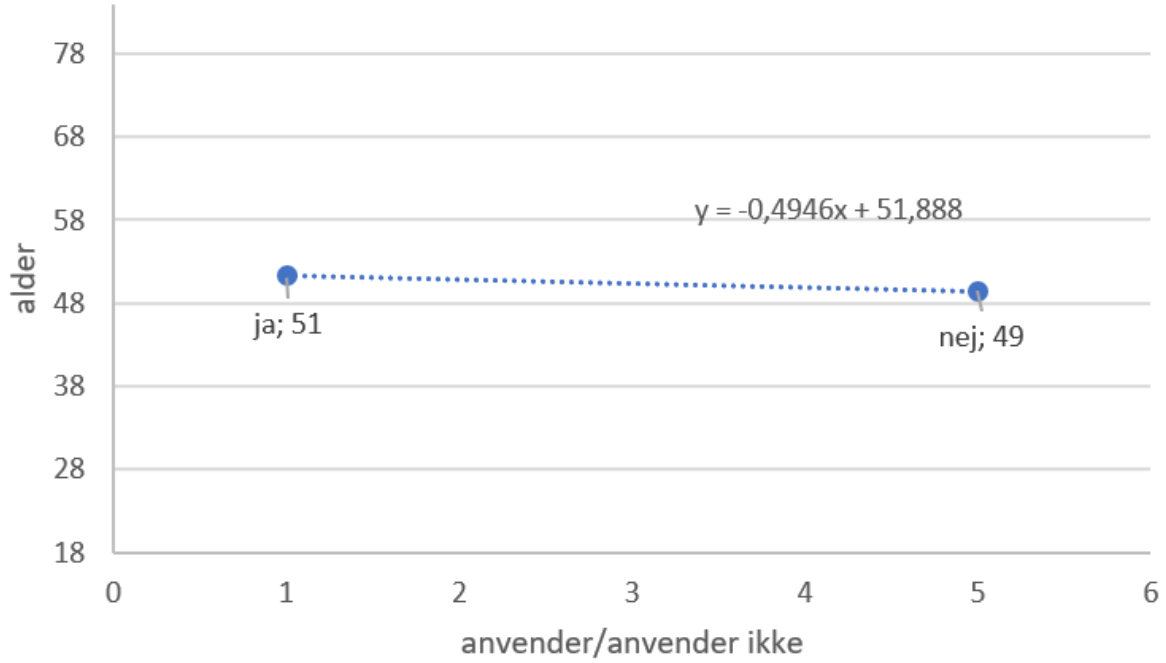
		AnvenderMinLæge		
		Ja	Nej	Total
Køn	Kvinde	13	52	65
	Mand	15	18	33
Total		28	70	98

Figur 5.3: Krydstabel for anvendelse og køn

5.2.2 Sammenhæng mellem alder og anvendelse af 'Min Læge'

Ud fra Pearsons-korrelationstest udregnes en P-værdi på 0,608. Det vil sige, at H0 ikke kan afvises, og at der ikke er sammenhæng mellem alder og anvendelse. Nedenfor på figur 5.4 ses et plot med den lineære regression samt ligningen for regressionen mellem de to grupper. Den viser tydeligt, at gennemsnitsalderen for de to grupper differentierer med cirka to år, hvilket

er marginalt og ikke tilstrækkeligt til at påvise en signifikant sammenhæng mellem alder og anvendelse. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G.



Figur 5.4: Sammenhæng mellem alder og anvendelse samt hældning

5.2.3 Sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge'

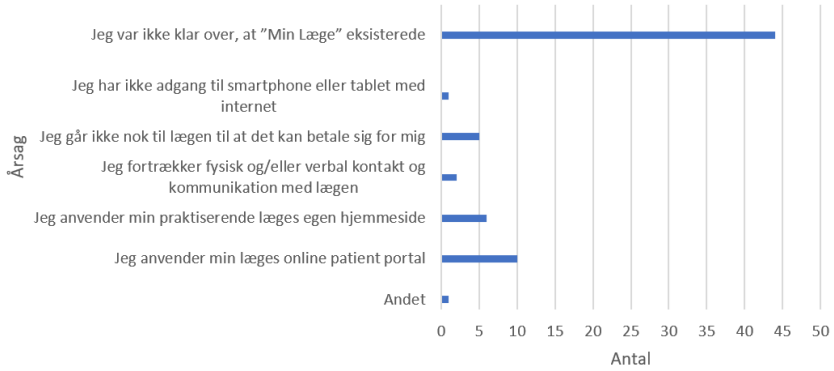
Nedenfor på figur 5.5 ses krydstabellen for uddannelsesniveau og anvendelse. P-værdi ved en χ^2-test er 0,401, det vil sige, at H0 ikke kan afvises, og at der er ikke en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge'. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G.

		AnvenderMinLæge		
		Ja	Nej	Total
Uddannelse	Erhvervsuddannelse	2	11	13
	Grundskole	2	5	7
	Kort videregående	2	10	12
	Lang videregående	7	20	27
	Mellemlang videregående	15	24	39
Total		28	70	98

Figur 5.5: Krydstabel for uddannelsesniveau og køn

5.2.4 Manglende anvendelse

Nedenfor på figur 5.6 ses årsagerne til, at 'Min Læge' ikke bliver anvendt. Antal respondenter ses på x-aksen og årsager på y-aksen.



Figur 5.6: årsag til at 'Min Læge' ikke anvendes

5.2.5 Sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge'

Nedenfor på figur 5.7 ses krydstabellen for arbejdsstatus og anvendelse. P-værdi ved en χ^2-test er 0,571. Det vil sige, at H0 ikke kan afvises, og at der er ikke en sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge'. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G

		AnvenderMinLæge		
		Ja	Nej	Total
Arbejdsstatus	I arbejde	14	42	56
	Ledig	1	5	6
	Pensioneret	10	16	26
	Under uddannelse	3	7	10
Total		28	70	98

Figur 5.7: Krydstabel for arbejdsstatus og anvendelse

5.2.6 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge'

Nedenfor på figur 5.8 ses krydstabellen for anvendelse og langsvarig sygdom. P-værdi ved en χ^2-test er 0,602. Det vil sige, at H0 ikke kan afvises, og at der er ikke en sammenhæng mellem langsvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge'. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G

		AnvenderMinLæge		
		Ja	Nej	Total
Langvarig sygdom	Ja	10	29	39
	Nej	18	41	59
Total		28	70	98

Figur 5.8: Krydstabel for langvarig sygdom og køn

5.2.7 Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og anvendelse af 'Min Læge'

Nedenfor på figur 5.9 ses krydstabellen for anvendelse og selvvurderet helbred. P-værdien ved en χ^2-test er 0,603, hvorfor H0 ikke kan afvises, og der dermed ikke er en sammenhæng mellem selvvurderet helbred og anvendelse af 'Min Læge'. Krydstabeller og SPSS-skema ses i bilag G.

		AnvenderMinLæge		
		Ja	Nej	Total
Selvvurderet helbredstilstand	Dårlig	2	10	12
	God	17	32	49
	Middel	4	13	17
	Virkelig dårlig	0	1	1
	Virkelig god	5	14	19
Total		28	70	98

Figur 5.9: Krydstabel for selvvurderet helbred og køn

6 Diskussion

Der er i specialet udarbejdet en interviewundersøgelse og en spørgeskemaundersøgelse om, hvordan eSundhedskompetence, nytteværdi af patientportaler og en række demografiske faktorer påvirker anvendelsen af 'Min Læge'. Kapitlet herunder fungerer som en diskussion af de resultater, der er fundet gennem spørgeskemaundersøgelse og interviews. Derudover diskuteres de metodiske valg.

6.1 Resultatdiskussion

6.1.1 eSundhedskompetence

Resultaterne viste, at der ved fem ud af syv spørgsmål omhandlende eSundhedskompetence ses, at gruppen, der anvender 'Min Læge', har signifikant bedre eSundhedskompetence end dem, der ikke anvender 'Min Læge'. Samme resultater ses i et dansk studie af Holt et al, der ligeledes har undersøgt, hvordan en online patientportal anvendes, og hvilken påvirkning respondenternes eSundhedskompetence har på graden af anvendelse (Holt et al., 2019). Her har gruppen, der anvender patientportalen www.sundhed.dk og bruger NemID, ligeledes højere eSundhedskompetence end dem, der ikke anvender redskaberne.

Yderligere ses det i et studie af Price-Haywood et al, at eSundhedskompetence har en påvirkning på brugen af patientportaler. I dette studie er der udført en spørgeskemaundersøgelse af 247 patienter, og resultaterne viste, at jo bedre eSundhedskompetence respondenterne havde, jo oftere anvendte de portaler (Price-Haywood et al., 2017). Det interessante i resultaterne fra Holt et al er, at der ikke er nogen sammenhæng mellem eSundhedskompetence og sociodemografiske karakteristika som alder og uddannelsesniveau. Men Price-Haywood finder derimod ud af, at personer med bestemte sociodemografiske karakteristika har lavere eSundhedskompetence, hvilket ikke stemmer overens med resultaterne fra Holt et al. Det kan skyldes, at Price-Haywood har foretaget sin undersøgelse i USA, hvor der kan være større forskelle mellem individer på sociodemografiske parametre end i Danmark. Sociodemografiske forskelle kan virke større i USA end i Danmark, ligesom adgang til sundhedsydelser kan være betinget af social baggrund i væsentlig højere grad i USA end i Danmark. Disse parametre kan sætte højere krav til enkeltpersoners ressourcer i forhold til at opnå eSundhedskompetence. I Danmark er befolkningen forholdsvis

homogen, også på sociodemografiske parametre, hvilket kan være årsagen til, at der ikke ses nogen nævneværdig forskel på deres eSundhedskompetence.

Hvis det er en forudsætning at have et vist niveau af eSundhedskompetence for at anvende 'Min Læge' eller lignede patientportaler, kan det være en udfordring i forhold til at øge anvendelsen. Grunden hertil er, at der vil være en stor del af befolkningen, der ikke har eSundhedskompetence og derfor ikke vil have den nødvendige eSundhedskompetence til at anvende en patientportal. Dette understøttes i en artikel af Witten et al., der beskriver, hvordan manglende eSundhedskompetence begrænser potentialet for patientportaler. I artiklen understreges det, at det derfor kræver undervisning af den befolkningsgruppe, der ikke har god eSundhedskompetence, i, hvordan teknologier skal anvendes. Derfor er det yderst relevant at tegne et billede af personer med lavere eSundhedskompetence i det miljø, hvor portalen skal anvendes. Det ser ud til, at det er mest relevant i samfund, hvor de sociodemografiske forskelle er relativt store (Witten and Humphry, 2018).

6.1.2 Nytteværdi og kendskab til 'Min Læge'

I fire ud af fem undersøgelsesspørgsmål, der afdækker sammenhæng mellem nytteværdi og anvendelse af 'Min Læge', ses der ikke sammenhæng mellem dem, der anvender 'Min Læge', og dem, der ikke anvender 'Min Læge'. Overordnet er der ingen forskel på de to grupper i forhold til, om de finder de forskellige funktioner nyttige. Disse resultater peger i modsat retning af, hvad der ses i litteraturen. En surveyundersøgelse af Price-Haywood et al konkluderede blandt andet, at der var en markant højere andel af brugere af en portal, der fandt funktioner om labsvar, helbredsoplysninger og modtagelse af testpåmindelser nyttige i forhold til ikke-brugere af portalen (Price-Haywood et al., 2017). Ligeledes fandt både studiet af Portz et al og Hoogenbosch et al, at der var en sammenhæng mellem opfattet nytteværdi, adoption og anvendelse af patientportaler (Portz et al., 2019) (Hoogenbosch et al., 2018).

Resultatet i specialet kan muligvis læses i statistikken over "Manglende anvendelse" i afsnit 5.2.4. Her ses det, at årsagen til de 64%, der ikke anvender 'Min Læge', er, at de ikke vidste, at den fandtes. Derudover er der henholdsvis 9% og 14%, der anvender lægens egen patientportal eller lægens hjemmeside. De årsager, der er dominerende i forhold til, hvorfor 'Min Læge' ikke bliver anvendt, er altså ikke, at respondenterne er utrygge ved den, eller at de ikke synes, det giver mening. Det kan muligvis være derfor, der ikke ses signifikant forskel på de to grupper, idet gruppen af ikke-brugere faktisk godt kan se det nyttige i de funktioner, som 'Min Læge' rummer. Dette understøttes også af Hoogenbosch' artikel, der konkluderer, at øget opmærksomhed

på patientportalers eksistens kan være med til at øge anvendelsen (Hoogenbosch et al., 2018). Det manglende kendskab til 'Min Læge' kan skyldes at PLO ikke har igangsat deres oplysningskampagner, der har til hensigt at øge kendskabet til 'Min Læge', da funktionerne i applikationen løbende er blevet opdateret PLO (2020). Det er sandsynligvis lægernes opfordringer til patienterne, der har igangsat og udbredt den nuværende anvendelse af 'Min Læge'.

En af årsagerne til, at 'Min Læge' ikke er anvendt i højere grad, kan også være, at teknologien er relativt ny på markedet. Ud fra "Technology Adoption Life Cycle (TALC)"af Geoffrey Moore fra 1995 opdeles teknologiens adoption i en normalt fordelt kurve (Moore, 1995). Ud fra denne kurve deles de forskellige adoptere op i kategorier. I begyndelsesfasen er det Technology enthusiasts (a.k.a. innovators) og Early adopters (a.k.a. visionaries), der adopterer teknologien (Moore, 1995). På 5G-netværket ses det, at der gik fire år, før der begyndte at ske en adoption af teknologien i andre grupper (Adamauskas and Krušinskas, 2016). 'Min Læge' ikke er mere end et år gammel, se figur 2.5 i afsnit 2.4.1, hvilket kan karakterisere gruppen, der anvender 'Min Læge' som værende "innovators"eller "early adopters". Dette kan have en betydning for, hvordan gruppen bruger og i det hele taget forholder sig til teknologi. Derudover kan det også have en påvirkning på omfanget af teknologiaccept hos den bredere population.

6.1.3 Køn og anvendelse

Resultaterne fra dette speciale viser, at mænd i højere grad anvender 'Min Læge' end kvinder. Dette resultat er ifølge litteraturen et mere atypisk resultat, idet flere artikler finder, at det er de kvindelige patienter, der både er hurtigere til at anskaffe sig patientportalerne og er hyppigere brugere af dem. Dette kan ses i de tre studier af Carrell et al, Goel et al og Powell et al (Carrell and Ralston, 2006) (Goel, Brown, Williams, Hasnain-Wynia, Thompson and Baker, 2011) (Powell, 2017). Det ses yderligere i statistikker, at danske kvinder bruger e-kommunikation mere end mænd (Statistik, 2020).

Idet kvinder har mere kontakt og kommunikation med lægen, kan det være en årsag til, at der ses en hyppigere brug af patientportaler hos kvinder. Resultaterne fra specialet kan til gengæld afspejle, at mænd i højere grad anvender 'Min Læge', fordi den kommer i applikationsform i modsætning til de traditionelle webbaserede portaler. Derfor kan den synes mere teknisk interessant end de traditionelle portaler, der undersøges i den eksisterende litteratur (Nørager, 2011). Det er en kønsstereotyp antagelse, at mænd er mere tekniske og teknisk interesserede end kvinder. Til gengæld bekræftes den kønstereotype antagelse af en af informanterne. Hun fortæller i forbindelse med et videoopkald, at hendes mand satte systemerne op for hende, fordi han synes,

at det med teknik er mere spændende end hende.

6.1.4 Selvvurderet helbred, langvarig sygdom og anvendelse

Dette speciales resultater viser, at der ikke er en sammenhæng mellem selvvurderet helbred eller langvarig sygdom i forhold til, om respondenterne anvender 'Min Læge'. Modsat ses det i en artiklen af Weingart et al, at netop sygdom og dårligt helbred hænger sammen med, at personer ikke anvender patientportaler (Weingart et al., 2006). Studiet viser, at dem, der ikke anvendte eller havde tilmeldt sig patientportalen, i højere grad tog receptpligtig medicin, havde flere indlæggelser og havde flere medicinske problemer end dem, der anvendte portalen. Modsat viste resultaterne fra Carrell et al, at gruppen med høj sygelighed og gruppen med moderat sygelighed var hyppigere brugere end gruppen med lav sygelighed (Carrell and Ralston, 2006). I litteraturen ses der derfor modstridende resultater om, hvorvidt sygdom og helbred har en påvirkning på anvendelsen af patientportaler. Begge studier er foretaget i USA i henholdsvis Seattle og Boston. Der kan være forskelle på sundhedsydelserne de to steder, hvilket kan være en faktor, der påvirker resultaterne til at være forskellige fra hinanden. Ydermere tager resultaterne fra specialet udgangspunkt i selvvurderet helbred og ikke den faktiske helbredstilstand målt på antal indlæggelser, medicinering, fysiologiske tegn osv. Dette kan også være en årsag til, at specialet finder andre resultater end Weingart et al. Weingart et al havde dog også en relativt lille sample size, n=780, sammenlignet med Carrell et als n=215.998.

6.1.5 Alder og anvendelse

Der er i specialet ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem alder og anvendelse af 'Min Læge'. Denne manglende signifikans gør sig ikke gældende i litteraturen. I litteraturen er der nemlig fundet flere forskellige sammenhænge mellem adoption og anvendelse af patientportaler i forhold til alder. I artiklen af Carrell et al fandt de, at aldersgruppen 40-69 år var hurtigst til at anvende patientportalen, hvorimod artiklen af Ancher et al fandt, at det er de yngre patienter, der var mere tilbøjelig til at bede om adgang til patientportalen (Carrell and Ralston, 2006) (Ancker et al., 2011). Dette understøttes af artiklerne af Weingart et al, Goel et al og Powell et al, der alle fandt, at den yngre patientgruppe var mere tilbøjelig til at hente og anvende patientportaler (Weingart et al., 2006) (Goel, Brown, Williams, Hasnain-Wynia, Thompson and Baker, 2011) (Powell, 2017).

Herhjemme ses der i statistikker også en tendens til, at det er de yngre, der hovedsageligt anvender e-kommunikation med egen læge. Udover gruppen på 20-29 år, der anvender e-kommunikation mest, ses der også en høj anvendelse for 80+. Dog er disse tal sandsynligvis

præget af, at hjemmeplejen også anvender kommunikation med egen læge på vegne af patienten (Statistik, 2020). I specialets resultater ses der ingen respondenter over 80 år, der har besvaret spørgeskemaet. En 87-årig informant har i interviewet derimod været meget tydelig om, at hun ikke anvendte applikationen, fordi hun aldrig havde lært at bruge sådanne teknologiske redskaber. Hun gav samtidig udtryk for, at mange af hendes jævnaldrende har det på samme måde. Det kan være et tegn på, at den ældre del af befolkningen i mindre grad anvender disse redskaber, og at der i aldersgruppen på over 80 år ikke er mange, der anvender elektroniske patientportaler generelt. Et systematisk review af Sakaguchi-Tang et al viser, at computer- og internetfærdigheder blandt ældre er en barriere for at anvende patientportaler (Sakaguchi-Tang et al., 2017). Yderligere viser artiklen, at seniorer ældre end 78 år har brug for hjælp til at gå på internettet i det hele taget. Det kan derfor antages, at den ældre gruppe i Danmark har brug for ekstra støtte til at kunne anvende 'Min Læge' og andre patientportaler, hvilket udelukker en stor del af den befolkning, der bruger sin alment praktiserende læge. Til gengæld kan det, at den unge befolkning anvender 'Min Læge' til småskavanker, betyde, at den alment praktiserende læge får mere tid til telefonkonsultation og fysisk konsultation med de ældre patienter.

6.1.6 Uddannelse og anvendelse

Der er ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af 'Min Læge' i dette speciale. Modsat finder et amerikansk studie af Davis et al omhandlende anvendelse af patientportaler, health literacy og uddannelsesniveau, at jo flere års uddannelse patienterne havde, jo mere anvendte de den undersøgte patientportal. Her sås det, at for patienter med mere end 15 års uddannelse steg den forudsagte sandsynlighed for anvendelse af patientportaler proportionelt med yderligere års uddannelse (Davis et al., 2015). Ligeledes fandt studiet af Roblin et al en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og anvendelse af patientportaler. Sammenhængen viste sig ved, at jo højere uddannelse patienterne havde, jo større sandsynlighed var der for, at de anvendte patientportalen (Roblin et al., 2009). Studierne er foretaget i USA, hvor der ofte er længere mellem uddannelsesniveauerne, mens der i Danmark er en forholdsvis højtuddannet og homogen befolkning. Det kan være årsag til, at de samme resultater ikke ses i specialet. Hele den danske befolkning har adgang til de samme sundhedsydelser, hvorfor offentlige portaler som 'Min Læge' også er lettere tilgængelige for personer, der ikke har de uddannelsesmæssige forudsætninger, der er nødvendige i USA.

6.2 Metodediskussion af interview

6.2.1 Interviewguide

Alle de semistrukturerede interviews er foretaget ud fra en interviewguide med emner, forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål. Opbygningen og konstruktionen af spørgsmålene har taget udgangspunkt i andre artikler, der har haft lignende undersøgelsesområder. At lave spørgsmålene ud fra eksisterende litteratur har højnet kvaliteten af interviewguiden. Der kan være en risiko for, at nogle af spørgsmålene har været for direkte og lukkede. Denne type direkte spørgsmål må ifølge Kvale og Brinkmann godt komme senere i interviewet, men først efter at informanten har givet udtryk for egne oplevelser og holdninger (Kvale and Brinkmann, 2009). Idet der er stillet direkte spørgsmål i flere faser af interviewet kan der være en risiko for, at der ikke har er plads til informantens refleksion inden svar, og derfor kan nuancer være gået tabt. På den anden side har intervieweren spurgt ind til uddybning efter de direkte spørgsmål og givet plads til svar ved tavshed. Desuden kan det både være en styrke og svaghed, at et interview altid er afhængigt af den relation og kemi, der opstår mellem forsker og informant undervejs i interviewet (Kvale and Brinkmann, 2009).

6.2.2 Informanterne

Rekrutteringen af informanterne til de semistrukturerede interviews er foregået gennem netværk og et Facebook-opslag. Det, at informanterne er en del af netværket, kan have været en ulempe, da der på forhånd har været et kendskab til informanterne og deres baggrund. En fordel ved gruppen af informanter er, at de adskiller sig i form af køn, alder, bopæl og uddannelsesmæssig baggrund. De har derfor haft forskellige perspektiver i forhold til specialets undersøgelsesområde. Desuden har informanterne alle været relevante i forhold til at skabe meninger og holdninger til patientportaler og mere specifikt 'Min Læge'. At informanterne er relevante i forhold til undersøgelsesområdet er et kriterium for udvælgelse af informanter (Thisted, 2018). Idet populationen udgør alle voksne mennesker over 15 år, kræver det en stor og heterogen gruppe for at opnå en repræsentativitet i forhold til populationen. Til gengæld kræver en stor heterogen gruppe en stor mængde informanter for at opnå datamætning.

6.2.3 Datamætning

Svagheden ved interviewene er, at det er en lille gruppe, der er interviewet (Kvale and Brinkmann, 2009). Det kræver datamætning for at kunne vurdere interviewmetoden som succesfuld, hvilket ikke er opnået i tilstrækkelig grad. Ifølge Brinkmann og Tanggaard skal der være 15+/-10 informanter, før der er tale om datamætning i en undersøgelse (Brinkmann and Tanggaard,

2010). Da der er interviewet fem informanter, kan det på den ene side betyde datamætning, men idet der har været flere punkter i interviewet, hvor informanterne ikke har gentaget de samme aspekter og nuancer kan det antages, at der ikke er forekommet tilstrækkelig datamætning. Dette rejser et spørgsmål om, hvorvidt en undersøgelse lavet på flere informanter havde givet andre fund eller et mere nuanceret billede af patientportaler, eSundhedskompetence og nytteværdi.

6.2.4 Analyse

Analysen af det indsamlede interviewdata tog udgangspunkt i Malteruds STC. Svagheden ved analysen er, at den kan være præget af subjektivitet, da det er gruppemedlemmerne, der har udvalgt, hvilke meningsbærende enheder der repræsenterer datamaterialet, samtidigt med at de har stået for at forklare og forstå datamaterialet (Launsø et al., 2011). På den anden side er det en styrke i analysen, at der har været to til at diskutere de forskellige trin undervejs i analysen og på den måde har holdt det tro mod informanternes udsagn. Yderligere er alle fire trin beskrevet nøje, og der er derfor en høj grad af gennemsigtighed gennem analysens trin.

For at imødekomme interviewmetodens svagheder er der yderligere udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse, som kan distancere forskeren fra respondenten, systematisere og nå ud til en større gruppe. Metoderne opvejer og supplerer hinanden ved at skabe dybdegående forståelse samt mere generelle holdninger og overvejelser i et bredere perspektiv.

6.3 Metodediskussion af spørgeskema

6.3.1 Covid-19

Dette speciale havde en række begrænsninger, der er relevante at adressere. Coronakrisen i foråret 2020 har påvirket dataindsamlingsmetoden og dermed specialet i et uvist omfang. Spørgeskemaundersøgelsen blev foretaget online i stedet for fysisk på lægeklinikker. Dette kan have påvirket respondenternes demografiske karakteristika, ligesom det kan have påvirket deres besvarelser. Det skyldes, at respondenterne må antages at være delvist komfortable med it, når de besvarer spørgeskemaet online via deres lægers hjemmesider. Hermed kan der være opstået en anden sammensætning af patienter end dem, der ville være til stede fysisk på lægeklinikkerne. Derudover må det antages, at en lang række patienter ikke bliver eksponeret for spørgeskemaet, når det ikke er fysisk til stede i lægeklinikken.

6.3.2 Sample size og population

I den første powerberegning 3.2 ses det, at der skal være minimum 191 respondenter for at skabe den tilstrækkelige styrke i de statistiske beregninger. Den retrospektive beregning 5.2 viste til gengæld, at der var behov for 165 respondenter for at opnå en tilstrækkelig styrke i testene. Idet der mangler 67 respondenter, kan sikkerheden af de statistiske tests betvivles.

Ydermere kan der sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt respondenterne er repræsentative for hele populationen. En faktor, der kan have indvirkning på respondenternes repræsentativitet, er, at spørgeskemaerne kun var tilgængelige ved syv lægeklinikkers hjemmesider, og at disse klinikkers fysiske lokalitet ikke repræsenterer hele landet. Til gengæld er der geografisk stor spredning på de lægeklinikker, der er anvendt til dataindsamling. En måde at vurdere respondenternes repræsentativitet af populationen er at sammenligne samplekarakteristika med kendte karakteristika for populationen. Ved at gøre dette konstateres det, at elementer viser, at respondenterne ikke er ens med populationen, der tæller stort set alle voksne i Danmark. Det gælder blandt andet, hvis der kigges på køn. Hvis forholdet mellem mænd og kvinder i Danmark i 2020 findes i Danmarks Statistik, ses der ikke en stor forskel mellem repræsentationen hos hverken kvinder eller mænd. Det vil sige, at der i forskellige aldersgrupper ikke er stor variation i antallet af mænd og kvinder, se bilag H. Hvis der modsat kigges på specialet, ses det, at cirka to tredjedele af respondenterne er kvinder. På den måde er specialets sample ikke repræsentativ på dette punkt.

6.3.3 Spørgeskemakonstruktion

Som led i specialet blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse, hvor en række af de emner, der skulle afdækkes, tog udgangspunkt i eksisterende validerede spørgeskemaer og eksisterende litteratur, der undersøger delvist sammenlignelige emner. For at kunne sammenligne eller overføre resultater af en undersøgelse til andre undersøgelser, eller en anden kontekst, er det altid en fordel at anvende eksisterende skabeloner eller validerede undersøgelsesmetoder. Det er ikke tilfældet, da kompositionen af målingerne resulterede i syv spørgsmål på trods af det oprindelige spørgeskemas 40 spørgsmål. Derfor kan en direkte perspektivering af resultaterne til andre kontekster blive udfordrende. I så fald skulle et eksisterende undersøgelsesinstrument have været anvendt. Grundet disses omfang og de omkostninger forbundet med tilegnelse af sådanne instrumenter blev det aldrig aktuelt uden også at gå på kompromis med undersøgelsesområdet. At anvende eksisterende skemaer og metoder kan øge reliabiliteten for undersøgelsen.

Til gengæld er det altid svært at gøre rede for reliabilitet af spørgeskemaer, da der unægteligt er en grad af subjektivitet og tolkning hos respondenter. Det samme gør sig gældende for de spørgsmål, der er konstrueret på baggrund af eksisterende litteratur. Fordelen ved at konstruere et spørgeskema på den måde er, at det ønskede område bliver undersøgt, hvilket kan øge den interne validitet. Spørgsmålene bliver konkretiseret i forhold til det ønskede undersøgelsesområde og har en styrke ved, at der er anvendt videnskabelig litteratur som inspiration til konstruktion og emner.

7 Konklusion

I specialets undersøges det, hvordan eSundhedskompetence og nytteværdi af digitale patientportaler påvirker anvendelsen af 'Min Læge', da det har vist sig, at patientportaler som 'Min Læge' ikke bliver anvendt tilstrækkeligt.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at personer, der anvender 'Min Læge', generelt har bedre eSundhedskompetence end dem, der ikke anvender applikationen. Der er overordnet ingen sammenhæng mellem de personer, der anvender 'Min Læge', og dem, der ikke anvender applikationen, målt på nytteværdi. Derudover viser resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at mænd i højere grad anvender portalen, ligesom den største årsag til, at den ikke bliver anvendt, er manglende kendskab til applikationen.

Interviewene viser, at informanterne i større eller mindre grad anvender internettet til informationsøgning om egen sundhed, men at de er varsomme med det for ikke at blive nervøse og bange for det, de finder. Derudover beskriver flere informanter, at de forstår flere af de sundhedsfaglige termer, der bruges. Informanterne fortæller, at det er tidsbesparende, og at det skaber overblik at bruge patientportaler. Til gengæld fortæller flere informanter, at de ikke vidste, at 'Min Læge' eksisterede.

Der er anvendt mixed method med kombinationen af interviews og spørgeskemaer til at afdække undersøgelsesområdet. Kombinationen af de to metoder har skabt en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Undervejs i specialet opstod der udfordringer grundet coronakrisen. Det resulterede i en ændring af tilgangen til specialeudførelsen hvor de analoge dataindsamlinger bliv gjort digitale. Det er svært at sige helt præcist hvordan det har påvirket resultaterne, men krisen kan blandt andet have påvirket respondentdemografien, antallet af respondenter og de overordnede resultater.

Perspektivering 8

Med baggrund i specialets resultater ses det, at eSundhedskompetence påvirker anvendelsen af 'Min Læge'. Derfor kunne det være relevant at undersøge, hvilke grupper i Danmark der har høj og lav eSundhedskompetence. Med sådan en undersøgelse kunne det yderligere belyses, hvilke grupper i populationen der skal være i fokus for uddannelse og undervisning af applikationen og anden sundheds-it. Med en klarlægning af de sociodemografiske karakteristika, der gør sig gældende hos personer med dårlig e-sundhedskomptence, ville en bedre forståelse af deres behov og ressourcer kunne imødekommes. På den måde kan adoptionen af 'Min Læge' øges og dens potentiale udnyttes.

Der ses mange fordele for patienterne ved at anvende patientportaler i forhold til at komme i kontakt med egen læge. Statistikkerne herhjemme viser, at mængden af e-konsultationer med egen læge er steget fra 11,7 % i 2009 til 35,7 % i 2019 (Statistik, 2020). Samtidig ses et fald i telefonkonsultationer fra 66 % til 55,5 % i samme periode. Desuden var der i alt en stigning i kontakter til praktiserende læge, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter osv. på 1,6 % i forhold til 2018 (Statistik, 2020). Stigningen i generelle kontakter kan tyde på, at der generelt bliver mere kommunikation i sundhedsvæsenet, hvilket patientportalers funktioner med e-konsultationer yderligere påvirker. Spørgsmålet er, hvad den øgede kommunikation i sundhedsvæsenet er et udtryk for, og om sundhedsvæsenet har ressourcer til en stigning, hvis dette fortsætter over tid. Det ville i forlængelse af dette være relevant at undersøge, hvorvidt 'Min Læge' egentlig erstatter den eksisterende kommunikation, eller om den tilføjer ekstra kommunikation.

Afslutningsvis er det ønskværdigt at foretage specialets undersøgelse med det ønskede antal respondenter, ligesom setting for spørgeskemaindsamling skulle være fysisk på lægeklinikkerne i stedet for online på deres hjemmesider.

Litteraturliste

Adamauskas, S. and Krušinskas, R. (2016), 'Mobile 5G Technology Adoption Investment Timing Decision Makers Clustering and Willingness To Invest Under Volatile Demand Changes', *CBU International Conference Proceedings* **4**(March), 248–256.

Ancker, J. S., Barrón, Y., Rockoff, M. L., Hauser, D., Pichardo, M., Szerencsy, A. and Calman, N. (2011), 'Use of an electronic patient portal among disadvantaged populations', *Journal of General Internal Medicine* **26**(10), 1117–1123.

Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (2010), *Kvalitative metoder : en grundbog*, Hans Reitzel, Kbh.

Carrell, D. and Ralston, J. D. (2006), 'Variation in adoption rates of a patient web portal with a shared medical record by age, gender, and morbidity level.', *AMIA ... Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium* **2006**, 1.

Coughlin, S. S., Stewart, J. L., Young, L., Heboyan, V. and De Leo, G. (2018), 'Health literacy and patient web portals', *International Journal of Medical Informatics* **113**(February), 43–48. **URL:** *https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.02.009*

Curry, L. A., Krumholz, H. M., O'Cathain, A., Clark, V. L., Cherlin, E. and Bradley, E. H. (2013), 'Mixed methods in biomedical and health services research', *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* **6**(1), 119–123.

Datatilsynet (2019), Vejledning om samtykke, Technical Report September. **URL:** *https://www.datatilsynet.dk/media/6562/samtykke.pdf*

Datatilsynet (n.d.), 'Hvad er personoplysninger?'. **URL:** *https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/hvad-er-personoplysninger/*

Davis, S. E., Osborn, C. Y., Kripalani, S., Goggins, K. M. and Jackson, G. P. (2015), 'Health Literacy, Education Levels, and Patient Portal Usage During Hospitalizations', *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium* **2015**, 1871–1880.

Fraccaro, P., Vigo, M., Balatsoukas, P., Buchan, I. E., Peek, N. and Van Der Veer, S. N. (2017), 'Patient Portal Adoption Rates: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis.', *Studies in health technology and informatics* **245**, 79–83. **URL:** *https://sfx.aub.aau.dk/sfxaub?id=pmid%3A29295056&req.language=eng&sid=Entrez%3APubMed*

Fredskild, T. U. and Fredskild, O. (2017), Patientinddragelse i almen praksis, *in* 'Patientinddragelse i praksis : erfaringer, metoder og perspektiver', Gad, Kbh., pp. 199–217.

Goel, M. S., Brown, T. L., Williams, A., Cooper, A. J., Hasnain-Wynia, R. and Baker, D. W. (2011), 'Patient reported barriers to enrolling in a patient portal', *Journal of the American Medical Informatics Association* **18**(SUPPL. 1), 8–12.

Goel, M. S., Brown, T. L., Williams, A., Hasnain-Wynia, R., Thompson, J. A. and Baker, D. W. (2011), 'Disparities in enrollment and use of an electronic patient portal', *Journal of General Internal Medicine* **26**(10), 1112–1116.

Hansen, N.-H. M. (2015), *Spørgeskemaer i virkeligheden*, 2 edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg.

HealthIT.gov (2016), 'What is a patient portal?'.
URL: *https://www.healthit.gov/faq/what-patient-portal*

Holt, K. A., Karnoe, A., Overgaard, D., Nielsen, S. E., Kayser, L., Røder, M. E. and From, G. (2019), 'Differences in the Level of Electronic Health Literacy Between Users and Nonusers of Digital Health Services: An Exploratory Survey of a Group of Medical Outpatients', *Interactive Journal of Medical Research* **8**(2), 12.
URL: *http://www.i-jmr.org/2019/2/e8423/*

Hoogenbosch, B., Postma, J., de Man-van Ginkel, J. M., Tiemessen, N. A., van Delden, J. J. and van Os-Medendorp, H. (2018), 'Use and the Users of a Patient Portal: Cross-Sectional Study', *Journal of Medical Internet Research* **20**(9), 12.
URL: *http://www.jmir.org/2018/9/e262/*

Karnoe, A. (n.d.), 'eSundhedskompetence'.
URL: *https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/arrangementer/gaa-hjem-moeder/2016/astrid_karnoe_knudsen_esundhedskompetence_07122016.pdf*

Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G. and Osborne, R. H. (2018), 'A multidimensional tool based on the eHealth Literacy Framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)', *Journal of Medical Internet Research* **20**(2), 1–10.

Kim, H.-Y. (2017), 'Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test', *Restorative Dentistry & Endodontics* **42**(2), 152.

Kvale, S. and Brinkmann, S. (2009), *Interview : introduktion til et håndværk*, 2 edn, Hans Reitzel, Kbh.

Læger.dk and Praktiserende Lægers Organisation (n.d.), 'PLSP-abonnement for drift af fælles it-løsninger i almen praksis'.
URL: *https://www.laeger.dk/plsp-it-infrastruktur-abonnement#2*

Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2011), *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, 6. udgave edn, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. and Pittet, D. (2010), 'Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety', *Mayo Clinic Proceedings* **85**(1), 53–62.

Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E. and Pounders, K. (2016), 'Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide', *Journal of Medical Internet Research* **18**(10), 1–16.

Malterud, K. (2011), Forskningsprosessen, *in* 'Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring', 3. utgave edn, Universitetsforlaget, Oslo, pp. 53–129.

MedCom (2019), 'Sundhedsdatanet (SDN)'.
URL: *https://www.medcom.dk/systemforvaltning/sundhedsdatanet-sdn*

Medcom and PLO (2019), IT i praksissektoren Borgerrettet app Min Laege, Technical report.
URL: *https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/min-laege-borgerrettet-app*

Miller, D. P., Latulipe, C., Melius, K. A., Quandt, S. A. and Arcury, T. A. (2016), 'Primary Care Providers' Views of Patient Portals: Interview Study of Perceived Benefits and Consequences', *Journal of medical Internet research* **18**(1), e8.

Moore, G. A. (1995), *Inside the tornado*, reprint edn, Capstone, Oxford.

National Videnskabsetisk Komité (2017), 'Samtykkeerklæringer'.
URL: *http://www.nvk.dk/samtykkeerklaeringer*

Nielsen, S. N. (2018), 'Sundhedskompetence - et begreb med betydning for patientinvolvering', *Fag og Forskning* (3), 76–81.

Nørager, R. (2011), 'Derfor tænder kvinder ikke på teknik'.
URL: *https://videnskab.dk/teknologi/derfor-taender-kvinder-ikke-pa-teknik*

Olsen, H. and Socialforskningsinstituttet (2006), *Guide til gode spørgeskemaer*, Socialforskningsinstituttet, 06:11 CN - 30.01, Socialforskningsinstituttet, Kbh.

Patientkommunikation and Nielsen, B. K. (n.d.), 'Patientinddragelse'.
URL: *http://www.patientkommunikation.dk/forskning/patientinddragelse/*

PLO (2020), 'Interview'.

PLSP (n.d.), 'Samarbejde'.
URL: *https://www.plsp.dk/samarbejde/*

Portz, J. D., Bayliss, E. A., Bull, S., Boxer, R. S., Bekelman, D. B., Gleason, K. and Czaja, S. (2019), 'Using the technology acceptance model to explore user experience, intent to use, and use behavior of a patient portal among older adults with multiple chronic conditions: Descriptive qualitative study', *Journal of Medical Internet Research* **21**(4).

Powell, K. and Myers, C. R. (2018), 'Electronic Patient Portals: Patient and Provider Perceptions', *Online Journal of Nursing Informatics* **22**(1).
URL:
https://www.himss.org/library/electronic-patient-portals-patient-and-provider-perceptions

Powell, K. R. (2017), 'Patient-Perceived Facilitators of and Barriers to Electronic Portal Use: A Systematic Review', *CIN - Computers Informatics Nursing* **35**(11), 565–573.

Praktiserende Lægers Organisation (n.d.), 'FAQ om app'en Min Læge'.
URL: *https://www.laeger.dk/faq-om-appen-min-laege#ejer*

Price-Haywood, E. G., Harden-Barrios, J., Ulep, R. and Luo, Q. (2017), 'EHealth Literacy: Patient Engagement in Identifying Strategies to Encourage Use of Patient Portals Among Older Adults', *Population Health Management* **20**(6), 486–494.

Regeringen (2014), Jo før-jo bedre Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle, Technical report.

Region Midt (2018), 'Årsrapport 2018 om utilsigtede hændelser i almen praksis og lægevagten'.
URL: *www.rm.dk*

Region Syddanmark (2017), Spørgeskemaundersøgelsen HVORDAN HAR DU DET?, Technical report.

Rexhepi, H., Åhlfeldt, R. M., Cajander, Å. and Huvila, I. (2018), 'Cancer patients' attitudes and experiences of online access to their electronic medical records: A qualitative study', *Health Informatics Journal* **24**(2), 115–124.

Rienecker, L., Remvig, K. and Wien, C. (2017), Litteratursøgning - og informationssøgning til opgaven, *in* 'Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser', 5. udgave edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg, chapter 5, pp. 145–171.

Riippa, I., Linna, M., Rönkkö, I. and Kröger, V. (2014), 'Use of an Electronic Patient Portal Among the Chronically Ill: An Observational Study', *Journal of Medical Internet Research* **16**(12), e275.
URL: *http://www.jmir.org/2014/12/e275/*

Roblin, D. W., Houston, T. K., Allison, J. J., Joski, P. J. and Becker, E. R. (2009), 'Disparities in use of a personal health record in a managed care organization', *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA* **16**(5), 683–689.
URL: *https://europepmc.org/articles/PMC2744719*

Ronda, M. C., Dijkhorst-Oei, L. T. and Rutten, G. E. (2014), 'Reasons and barriers for using a patient portal: Survey among patients with diabetes mellitus', *Journal of Medical Internet Research* **16**(11), 1–12.

Sakaguchi-Tang, D. K., Bosold, A. L., Choi, Y. K. and Turner, A. M. (2017), 'Patient Portal Use and Experience Among Older Adults: Systematic Review', *JMIR Medical Informatics* **5**(4), e38.
URL: *http://medinform.jmir.org/2017/4/e38/*

Sherifi, D. (1998), 'Perceived Usefulness and Perceived Ease of Use Impact on Patient Portal Use', *Walden University ScholarWorks* p. 88.
URL: *https://pdfs.semanticscholar.org/9c76/4e4d55173d05909db48b5b8c163139f56ee0.pdf*

Son, H. and Nahm, E. S. (2019), 'Older Adults' Experience Using Patient Portals in Communities: Challenges and Opportunities', *CIN - Computers Informatics Nursing* **37**(1), 4–10.

Sproull, N. L. (1995), *Handbook of research methods : a guide for practitioners and students in the social sciences*, 2 edn, Scarecrow Press, Metuchen.

Statistik, D. (2020), 'Kontakt til almen læge - hver for sig'.
URL: *https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30625#*

Styrelsen for Patientsikkerhed (2017), *Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2016.*
URL: *https://stps.dk/da/udgivelser/2017/aarsberetning-for-dansk-patientsikkerhedsdatabase-2016/ /media/CB4E49D2B27A4A70B183D1574C00179F.ashx*

Sundhed.dk (n.d.*a*), '2006 overenskomstens krav til it'.
URL: *https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/konsulenthjaelp/konsulentydelser/datakonsulent/overenskomstens-krav-2006/*

Sundhed.dk (n.d.*b*), 'Sundhedsjournalen'.
URL: *https://www.sundhed.dk/borger/min-side/min-sundhedsjournal/*

Sundheds- og ældreministeriet, Finansministeriet, DanskeRegioner and KL (2018), Ét sikkert og sammenhaengende sundhedsnetvaerk for alle, Strategi for digital sundhed 2018-2022, Technical report.
URL: *https://sum.dk/ /media/Filer - Publikationer_i_pdf/2018/Strategi-for-digital-sundhed-januar-2018/Strategi for digital sundhed_Pages.pdf*

Sundhedsdatastyrelsen (2019), 'Min Læge app'.
URL: *https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-min-laege-app*

The EQUATOR network (2015), 'Selecting the appropriate reporting guideline for your article'.
URL: *https://www.equator-network.org/toolkits/selecting-the-appropriate-reporting-guideline/*

The Perfect App (n.d.), 'Analytics'.
URL: *https://sds.tpa.io/sb/8048b6e6-d9e9-4e71-8186-9dd9095c37d4/?duration=6m&timezone=UTC*

Thisted, J. (2018), *Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*, 2. udgave edn, Munksgaard, Kbh.

Tieu, L., Sarkar, U., Schillinger, D., Ralston, J. D., Ratanawongsa, N., Pasick, R. and Lyles, C. R. (2015), 'Barriers and facilitators to online portal use among patients and caregivers in a safety net health care system: A qualitative study', *Journal of Medical Internet Research* **17**(12).

Weingart, S. N., Rind, D., Tofias, Z. and Sands, D. Z. (2006), 'Who uses the patient Internet portal? The PatientSite experience', *Journal of the American Medical Informatics Association* **13**(1), 91–95.

Wildenbos, G. A., Maasri, K., Jaspers, M. and Peute, L. (2018), 'Older adults using a patient portal: registration and experiences, one year after implementation', *DIGITAL HEALTH* **4**.
URL: *http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055207618797883*

Witten, N. A. and Humphry, J. (2018), 'The Electronic Health Literacy and Utilization of Technology for Health in a Remote Hawaiian Community: Lana'i.', *Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health* **77**(3), 51–59.
URL:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29541550%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?art

WMA – The World Medical Association (2018), 'WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects'.
URL: *https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/*

World Health Organization (2018), 'Ageing and health'.
URL: *https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health*

Wu, J. H. and Wang, S. C. (2005), 'What drives mobile commerce? An empirical evaluation of the revised technology acceptance model', *Information and Management* **42**(5), 719–729.

Würtz, A. H. and Malchow-Møller, N. (2014), Populationer, *in* 'Indblik i statistik - for samfundsvidenskab', 2 edn, Samfundsvidenskabernes metoder, nr. 6, Hans Reitzel, Kbh., pp. 23–49.

Interviewguides A

A.1 Interviewguide til ekspertinterview

Briefing	Forklar hvem I er... Må vi optage interviewet med en lydoptager? Giver du tilladelse til at vi må bruge dine udtalelser i vores projekt?
Infrastruktur og sikkerhed	*Vi har kigget lidt på infrastrukturen i forhold til Min læge og lægesystemerne, og har lidt uddybende spørgsmål til det* Kan lægeklinikkerne selv bestemme om data skal lagres i eget system eller hos systemleverandøren, eller er det lægesystemet der afgører det? *I jeres faq står der at al kommunikation mellem min læge og lægesystemet går gennem sundhedsdatanettet.* Hvilken rolle spiller PLSP i den forbindelse? *Uddyb gerne i forhold til hvilke data der kun er forbeholdt PLSP og hvornår sundhedsdatanettet anvendes?* Hvordan sikres data i transporten til og fra patienters telefon og til lægesystemerne.
Økonomi	*Vi kan se at der er lavet nye aftaler om det økonomiske fordeling mellem PLO og sundheds- og ældreministeriet i 2019.* Hvordan kommer det til at se ud fremadrettet? Hvem har ansvaret for drift og vedligeholdelse af Min læge fremadrettet? Betaler lægerne noget for "Min læge", ud over deres kontingent til PLO? Hvordan er de økonomiske forpligtigelser fordelt, ved drift og vedligehold af PLSP - mellem PLO og systemleverandørerne?
Udbredelse	Overholdes tidsplanen for udrulningen af version 2.0 Efter udrulningen af version 2.0, hvad er da fremtidsplanen for "Min Læge"? Hvad er Triforks rolle på nuværende tidspunkt og i fremtiden ift "Min Læge"?

Funktionaliteter	Hvad er status for videokonsultationer? - Er videokonsultationer afprøvet endnu? - hvis ja, hvornår er udrulningen og hvad er planen med det? - Hvis nej, hvornår er planen at det skal testes? *Det var ikke helt tydeligt i projektstatusbeskrivelsen om labsvar også var blevet afprøvet.* Har alle patienter der anvender version 2.0 også mulighed for at se laboratoriesvar på nuværende tidspunkt? Bliver laboratorie svarene, bestilt af egen læge, først hentet ned i lægesystemet og derefter uploadet til "Min Læge"? eller trækkes de direkte fra laboratorieportalen?
Lægeperspektivet	Hvor udbredt er det at frasige sig at levere data til "Min Læge" blandt lægeklinikkerne? I hvor høj grad opfordrer lægerne deres patienter til at bruge "Min Læge"? Har I nogle nye funktioner under udarbejdelse, der er ønsket af lægerne? - Hvis ja, hvilke? I hvilket omfang kan lægerne se hvilket system patienterne sender e-beskeder fra? lægens egen webside, lægevejen,"MinLæge" Er der bekymringer om øget arbejdsbyrde for lægen i forhold til "Min læge" applikationen? - hvilke?
Patientperspektivet	I hvilket omfang kan personer under 18 år anvende "Min Læge"? Hvilke årsager, tror du, der er til at "Min læge" ikke er anvendt af flere patienter? *Vi skal ud at undersøge faktorer der påvirker adoptionen vha spørgeskemaer* Har du nogle spørgsmål du tænker kunne være relevante at få med? - hvis ja, hvilke?
Debriefing	Er der noget du gerne vil uddybe i slutningen? Tak for hjælpen.

A.2 Interviewguide til brugere

Tema:	**Forskningsspørgsmål:**	**Interviewspørgsmål:**
Briefing		Forklar hvem I er... Må vi optage interviewet med en lydoptager? Giver du tilladelse til at vi må bruge dine udtalelser anonymt i vores projekt? Formålet med interviewet: Afdække holdninger og meninger til patientportaler og til sundheds it i det hele taget samt at undersøge hvilken værdi det skaber.
Rammer for interviewet		<u>Tidsramme og optagelse:</u> Interviewet vil tage et sted mellem 30-45 min. og vil blive optaget på en lydoptager. <u>Anonymitet:</u> Under interviewet og i transskriptionsmaterialet vil du forblive anonym. Alt materiale vil blive opbevaret forsvarligt og lydfilerne og transskriberingerne bliver slettet efter endt specialeforsvar, samtykket vil blive slettet 2 år efter endt specialeforsvar. Vi overholder forholdsregler efter persondatafordringsloven. <u>Rollefordeling</u>: Der er en på forhånd udvalgt person der stiller spørgsmål under interviewet, og den anden sørger for lydoptageren og at stille supplerende spørgsmål hvis nødvendigt
Informantens baggrund		Vil du fortælle lidt om dig selv? - alder og køn - arbejde - uddannelse

E-sundhedskompetence	Hvordan er informantens e-sundhedskompetence?	I hvilken grad anvender du internettet herunder bestemte hjemmesider til at finde informationer om sundhed og sygdom? Forstår du medicinsk og sundhedsfagligt sprog når det bliver formidlet til dig på tekst eller verbalt? - Når du kigger på dine helbredsinformationer online, hvad gør du for at forstå hvad de betyder? Føler du dig mere motiveret i egen sundhed ved at kunne se dine helbredsoplysninger? - hvis ja, hvordan? - hvis nej, kan du prøve at uddybe lidt om hvorfor? Hvilke tanker gør du dig om hvordan dine sundhedsdata bliver opbevaret, hos din egen læge og andre sundhedspersoner?
Nytteværdi - Min læge	Hvilken nytteværdi skaber patientportaler?	Ser du nogle fordele ved Min Læge? - Hvis ja, hvilke? Opfylder Min læge dine personlige behov? - i forhold til elektronisk kommunikation - i forhold til at kunne se helbredsoplysninger (vaccinationer, henvisninger, laboratoriesvar) - bestille tid og aflyse tid - videokonsultationer med din egen læge? Hvor ofte bruger du min læge? Er der nogle udfordringer ved Min læge? - hvis ja, hvilke? Hvordan påvirker Min Læge dit engagement i eget helbred?

		Hvordan påvirker Min læge interaktionen med din egen læge? Har du nogle bekymringer omkring at anvende min læge? - hvis ja, hvilke?
Brugervenlighed	Hvordan fungerer de forskellige funktioner?	Hvordan synes du alt i alt, at "min Læge" fungerer? Hvilke funktioner er gode og hvilke er mindre gode og hvorfor?
Debriefing		Er der noget du gerne vil uddybe i slutningen? Er der noget du gerne vil ind på som du ikke synes vi har været inde på? Vi gør dig igen opmærksom på at du forbliver anonym gennem hele projektet. Tak for hjælpen.

A.3 Interviewguide til ikke-brugere

Tema:	**Forskningsspørgsmål:**	**Interviewspørgsmål:**
Briefing		Forklar hvem I er... Må vi optage interviewet med en lydoptager? Giver du tilladelse til at vi må bruge dine udtalelser anonymt i vores projekt? Formålet med interviewet: Afdække holdninger og meninger til patientportaler og til sundheds it i det hele taget samt at undersøge hvilken værdi det skaber. Derudover vil vi dykke ned i årsager til at "Min Læge" ikke anvendes.
Rammer for interviewet		<u>Tidsramme og optagelse:</u> Interviewet vil tage et sted mellem 30-40 min. og vil blive optaget på en lydoptager. <u>Anonymitet:</u> Under interviewet og i transskriptionsmaterialet vil du forblive anonym. Alt materiale vil blive opbevaret forsvarligt og lydfilerne og transskriberingerne bliver slettet efter endt specialeforsvar, samtykket vil blive slettet 2 år efter endt specialeforsvar. Vi overholder forholdsregler efter persondatafordringsloven. <u>Rollefordeling</u>: Der er en på forhånd udvalgt person der stiller spørgsmål under interviewet, og den anden sørger for lydoptageren og at stille supplerende spørgsmål hvis nødvendigt
Informantens baggrund		Vil du fortælle lidt om dig selv? - alder og køn - arbejde - uddannelse

E-sundhedskompetence	Hvordan er informantens sundhedskompetence?	I hvilken grad anvender du internettet herunder bestemte hjemmesider til at finde informationer om sundhed og sygdom? Forstår du medicinsk og sundhedsfagligt sprog når det bliver formidlet til dig på tekst eller verbalt? - Når du kigger på dine helbredsinformationer online, hvad gør du for at forstå hvad de betyder? Føler du dig mere motiveret i egen sundhed ved at kunne se dine helbredsoplysninger? - hvis ja, hvordan? - hvis nej, kan du prøve at uddybe lidt om hvorfor? Hvilke tanker gør du dig om hvordan dine sundhedsdata bliver opbevaret, hos din egen læge og andre sundhedspersoner? Hvilket kendskab har du til patientportaler? - her kan der fx være tale om sundhed.dk, din egen læges online portal mm., Min læge Anvender du patientportaler? *Hvis de gør:* - Hvordan tænker du at patientportaler kan opfylde dine personlige behov? *Hvis de ikke gør:* - Hvad skulle der til for at du ville anvende en patientportal?

Nytteværdi - patientportaler	Hvilken nytteværdi skaber patientportaler?	Hvilke fordele og ulemper føler du at der er ved - at du kan se dine helbredsoplysninger i en patientportal? - at du kan se henvisninger og aftaler via en patientportal? - at du kan kommunikere med din læge via e-konsultationer og bestille tid via en patientportal? - at du kan lave videokonsultationer med din egen læge?
Manglende anvendelse	Hvilke faktorer er der til manglende anvendelse?	Hvilke årsager er der til at du ikke anvender Min læge?
Debriefing		Er der noget du gerne vil uddybe i slutningen? Er der noget du gerne vil ind på som du ikke synes vi har været inde på? Vi gør dig igen opmærksom på at du forbliver anonym gennem hele projektet. Tak for hjælpen.

Samtykkeerklæringer B

B.1 Samtykkeerklæring faginterview

Samtykkeerklæring

Jeg har forstået, at jeg på ethvert tidspunkt frit kan stille spørgsmål undervejs i interviewet. Jeg har forstået, at jeg efterfølgende altid kan tage kontakt til projektgruppen vha. de e-mails eller telefonnumre, oplyst i bunden af samtykkeerklæringen.

Jeg har forstået at jeg kan blive citeret et eller flere steder i specialerapporten og at jeg ikke er anonymiseret i interviewet. Jeg har forstået at alt materiale vil blive opbevaret forsvarligt og slettet 2 år efter endt specialeforsvar.

Jeg har forstået at min deltagelse i interviewet er frivillig. Jeg kan vælge ikke at svare på alle eller udvalgte spørgsmål og jeg kan til hver en tid stoppe interviewet undervejs hvis jeg finder det nødvendigt. Jeg er indforstået med, at interviewet lydoptages.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i interviewet og dermed deltage i projektet

Ja _____ Nej _____
(underskrifter på ALLE linjer ved enten Ja eller ved Nej)

Jeg giver hermed min tilladelse til at interviewet lydoptages

Ja _____ Nej _____

Deltager _____(Blokbogstaver) Dato _____

Studerende _____(Blokbogstaver) Dato _____

Kontakt:

Signe Honoré Albers
shonor18@student.aau.dk
60664567

Jesper Beck Nielsen
jniel18@student.aau.dk
51702170

B.2 Samtykke til brugere og ikke-brugere

Mundtlig information givet til informanterne under interviewudførelsen:

Jeg har forstået, at jeg på ethvert tidspunkt frit kan stille spørgsmål undervejs i interviewet. Jeg har forstået, at jeg efterfølgende altid kan tage kontakt til projektgruppen.

Jeg har forstået at jeg under interviewet og i transskriptionsmaterialet vil forblive anonym og at alt materiale vil blive opbevaret forsvarligt og slettet 2 år efter endt projekteksamen. Jeg har forstået at jeg forbliver anonym og at alle informationer jeg giver under interviewet forbliver fortrolige.

Jeg har forstået at min deltagelse i interviewet er frivillig. Jeg kan vælge ikke at svare på alle eller udvalgte spørgsmål og jeg kan til hver en tid stoppe interviewet undervejs hvis jeg finder det nødvendigt. Jeg er indforstået med, at interviewet lydoptages, og at optagelserne vil blive slettet, efter endt projekteksamen.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i interviewet og dermed deltage i projektet

Jeg giver hermed min tilladelse til at interviewet lydoptages

Transkriptionsguide C

Transskriptionen omskrives fra talesprog til skriftsprog, så det er nemmere at læse. Der transskriberes ordret, ordrækkefølgen på udskriften er den samme som på lydoptagelsen.

Tegnsætning følger stemmeføring på optagelsen.

"Talevaner" og udsagn (aktiv lytning) slettes (for eksempel ja, mmh, æhm, altså, ikke... med mere)

Betegnelser for tilstedeværende under interviewet:
Det angives indledningsvis hvem der taler: henholdsvis interviewer 1 og 2, samt informant, informant 1, 2, 3, 4 og 5
Interviewer
Medinterviewer
Informant = PLO medarbejder
Informant 1
Informant 2
Informant 3
Informant 4
Informant 5

X(sted) = steder anonymiseres
X(navn) = navne anonymiseres

(afbryder) = Person der afbryder igangværende sætning
(...) = længere talepause
(peger på.....) = informanten viser noget visuelt
(utydelig) = utydelig tale
(sarkasme) = informanten er sarkastisk/ironisk i udtalen

Malteruds analyse D

D.0.1 Trin 1: Helhedsindtryk - fra vildnis til foreløbige temaer

Her er der dannet et helhedsindtryk af hele materialet. Alle transskriptioner er gennemgået og alle iøjnefaldende temaer er noteret. Der er i dette trin yderligere arbejdet på at sætte forforståelse til side, for at forholde os åbne overfor andre temaer end dem i interviewguiden. De foreløbige temaer fundet i analysen er:

1. Omfanget af sundhedsinformationssøgning
2. Forståelse af medicinske begreber og ord i sundhedsinformationer
3. Tillid til opbevaring af data
4. Nervøsitet og angst ved patientportaler (over at kunne se sundhedsdata)
5. Belejligt og tidsbesparende ifm patientportalen
6. Omfang af anvendelse af patientportaler
7. Forbedringer til Min Læge
8. Holdninger til videokonsultationer
9. Præferencer for skrift versus verbal/fysisk kommunikation

D.0.2 Trin 2: Meningsbærende enheder - fra foreløbige temaer til koder og sortering

Her er der startet med at gennemgå materialet for meningsbærende enheder, ud fra hvilke der belyser problemformuleringen. De meningsbærende enheder er sorteret under kodegrupperne som er udgjort af de foreløbige temaer, undervejs er kodegrupperne ændret og der er opstået nye. Der er lavet en matrix over informanterne og temaerne, efter hvor og hvor hyppigt de optræder i materialet, se bilag XX. De nye temaer:.

Nedenfor ses matrix:

Tema	**Informant1**	**Informant2**	**Informant3**	**Informant4**	**Informant5**
1. Omfanget af sundheds-informations-søgning	20-21, 23	31-34, 39-43	82-86	31-33, 35-41, 46-47, 59-64	25-27 ,
2. Forståelse af medicinske begreber og ord	26-28	39-43, 52-53		47-51, 70-80, 85	29-33, 39-42
3. Tillid til opbevaring af data	42-43, 45-46	91-92		107-112	66-68, 70
4. Nervøsitet og angst ved patientporta-ler	74-80	128-133	196-197		
5. Belejligt og tidsbespa-rende	54-55, 58-59, 81-82	149-160, 178-183		117-121	47-49, 56-61, 74, 96-102, 105, 124-125
6. Omfang af anvendelse af patientporta-ler	36-37, 48-49, 51, 65-66, 70, 122-127	125-127, 172	149, 233-242	202	76-86, 88-93, 110-111
7. Forbedringer til Min Læge	87-90, 142-145, 152-156			126-137, 183-189, 202-206	129-133, 135-137, 141-145
8. Holdnin-ger til video-konsultatio-ner	109-115, 118-120, 130-135	212, 218-226, 227-232, 241-253	25-30, 141-143, 216-222	230-243	114-117
9. Præferen-cer for kom-munikation	61-63, 74-76, 78-101, 104-107	81-84, 191-192, 197-203, 213-218, 246-249	191, 221-222	161-163	76-77, 81-86

Nye temaer efter:

1. Søgning og forståelse af sundhedsinformation
2. Anvendelse af patientportaler
3. Holdninger til kommunikation i konsultation
4. Forbedringer til Min Læge

D.0.3 Trin 3: Kondensering - fra kode til abstraheret indhold

I dette trin er der lavet en kondensering af de meningsbærende enheder. Et kondensat repræsenterer et kunstigt fremstillet citat, der er et kondensat af flere meningsbærende enheder. Yderligere er der valgt guldcitater der bærer meningen af kondensatet. Derudover er de forskellige grupper opdelt i subgrupper. Kodegrupperne og subgrupperne ses herunder:

1. Søgning og forståelse af sundhedsinformation
- Internetsider til informationssøgning
- Forståelse af medicinsk og fagligt sprog
- Bekymringsskabelse ved information

2. Anvendelse af patientportaler
- Nytte ved anvendelse
- Manglende anvendelse

3. Kommunikation med lægen
- Skriftlig kommunikation
- Video og telefonkommunikation

4. Forbedringer til Min Læge

D.0.4 Trin 4: Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreber og resultater

Her er der lavet analytiske tekster ud fra de forskellige kondensater under subgrupperne. De analytiske tekster er fortsat holdt loyale i forhold til informanternes udtagelser. Til de analytiske tekster er guldcitaterne anvendt til at understøtte teksten. Der er valgt overskrifter der beskriver hvad de forskellige analytiske afsnit handler om (Malterud, 2011).

Eksempel på kondensat med tilhørende guldcitat:

Kondensat:

Jeg bruger Min Læge app'en, det har jeg gjort efter jeg fandt ud af at den fandtes, i en travl hverdag magter jeg bare ikke at sidde i kø og ringe til en læge, så er det fedt at kunne skrive til lægen. Det er også en fordel at jeg altid kan gå ind og kigge i app'en, uanset om klokken er 10, 12 eller 02, så kan man altid skrive og min læge er nu ret god til at svare, de svarer altid indenfor to dage. Jeg synes Min Læge har en fin brugerflade der er overskuelig og man kan se alle funktionerne.

Man kan også bruge patientportaler til at gå ind og kigge, hvornår var det nu lige det var? Det kan bruges til at forberede sig til en samtale med lægen, så man lige selv har styr på sin sygdomshistorik, eventuelt hvis det er noget man har haft før, så kan man selv forberede sig til konsultationen ved at gå tilbage i ens historik og kigge på hvordan det blev behandlet sidst. Jeg har tit siddet nede i udlandet og jeg var i tvivl om et eller andet eller hvis ja man havde fået en ting i sin krop man har behov for at snakke med sin læge om, så er det da fint at man kan sidde nede i udlandet og så ringe hjem til sin læge og snakke. Jeg tror også at den app her kan være med til at gøre sådan at vi bliver bedre til at tage kontakten til egen læge inden det er for sent. Det er en fordel at det er mine data, jeg har adgang til det der omhandler mig.

Guldcitater:

"For i en travl hverdag magter jeg bare ikke at sidde i kø og ringe til en læge og skulle bruge tid på det, så er det bare fedt at kunne skrive."

"Fordele er jo at det er mine data. Jeg har adgang til det der omhandler mig. Men det er jo rart at kunne følge med i sit eget hvis man nu har lidt forstand på det, lige for at se hvad siger de."

Mails til lægeklinikker E

Hej igen klinik xx

A-data kører med den nyeste version af "Min Læge", dvs. der er både aftalebooking, aftaleaflysning samt laboratoriesvar i den nyeste version. Derfor er vi gået helt specifikt efter A-datas klinikker. Vi har snakket med A-data og fundet ud af den bedste løsning er midlertidigt at implementere linket til vores spørgeskema på jeres Aftalebogen.dk og emailkonsultation.dk.

Vi har udformet en mail, der skal sendes til A-data. Vi har snakket med dem, så de ved at I skriver fra klinikken. Det I skal gøre er:

Send en mail til info@a-data.dk, i mailen skal der stå følgende:

Hej A-data

Efter aftale med Jesper Beck Nielsen og Signe Honoré Albers, vil vi gerne deltage som dataindsamlingsklinik til specialet omhandlende "Min Læge" ved at distribuere spørgeskema til vores patienter, når de logger ind på Aftalebogen.dk. Spørgeskemaet skal være tilgængeligt fra dags dato til og med den 26.04.2020.

I infoboksen skal der stå:

Kære patient Hvis du har 5 minutter, så besvar følgende spørgeskema om app'en "Min Læge", også hvis du ikke har app'en Link til spørgeskema: https://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=S9GZXTNKJN96 Tak!

Derefter er der ikke mere I skal gøre.

Igen tusind tak for jeres hjælp!

De bedste hilsner Signe og Jesper

Spørgeskema

Formålet med spørgeskemaet er at undersøge, hvad der påvirker anvendelsen af app'en "Min Læge" som led i et kandidatspeciale på AAU. App'en "Min Læge" er et redskab der kan anvendes på smartphones og tablets til at bestille tid til lægen, skabe overblik over sygdomsforløb og kommunikere med lægen via beskeder.

Selvom du ikke anvender app'en "Min Læge", er vi interesserede i din besvarelse af spørgeskemaet, da det er mindst ligeså vigtigt for vores undersøgelse.

Spørgeskemaet er anonymt og fortroligt - du angiver INGEN personfølsomme oplysninger undervejs.

Det tager mellem 5 og 10 minutter at besvare spørgeskemaet, der indeholder 14 spørgsmål.
På forhånd tak for din hjælp.

1. Har du adgang til en smartphone eller tablet med internet?

Ja	☐
Nej	☐

Holdninger til patientportaler

Følgende spørgsmål omhandler dine generelle holdninger til og anvendelse af patientportaler. Patientportaler er f.eks sundhed.dk, din egen læges hjemmeside, FMK-online eller lignende hvor du har mulighed for at finde oplysninger om din egen sundhedstilstand. App'en "Min Læge" er også en patientportal.

2. Angiv hvor enig eller uenig du er med følgende udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig
Jeg bruger patientportaler til at finde oplysninger om sygdomme og behandling af sygdomme der vedrører mig	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har nemt ved at forstå prøvesvar(blodprøvesvar), der vedrører mit helbred	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg har nemt ved at anvende nye IT-redskaber	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg er tryg ved den måde, mine helbredsoplysninger bliver håndteret	☐	☐	☐	☐	☐
Patientportaler gør, at jeg føler mig engageret i egen sundhed	☐	☐	☐	☐	☐
De patientportaler jeg anvender eller har anvendt fungerer godt	☐	☐	☐	☐	☐
Patientportaler indfrier mine personlige behov	☐	☐	☐	☐	☐

3. I hvilken grad er det nyttigt, eller kunne det være nyttigt, for dig at

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke nyttigt
Se dine helbredsoplysninger via patientportaler	☐	☐	☐	☐	☐
Se henvisninger og aftaler via patientportaler	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikere med din læge via e-konsultationer	☐	☐	☐	☐	☐
Bestille tid hurtigt via patientportaler	☐	☐	☐	☐	☐
Anvende videokonsultationer	☐	☐	☐	☐	☐

Anvendelse af app'en "Min Læge"

4. Anvender du app'en "Min Læge"?

Ja	☐
Nej	☐

Fremgår ikke i spørgeskemaet når der besvares i Survey-Xact

*Hvis du **ikke anvender** app'en "Min Læge" gå videre til spørgsmål nr. 8.*

*Hvis du **anvender** app'en "Min Læge" fortsæt med næste spørgsmål (spørgsmål nr. 5)*

Det er vigtigt at du ikke forveksler app'en "Min Læge" med andre patientportaler som eksempelvis sundhed.dk, din egen læges hjemmeside, FMK-online eller lignende.

5. Kan du finde følgende oplysninger i app'en "Min Læge"

Hvis du aldrig har søgt efter informationen afkryds "Ved ikke"

	Ja	Ja, med besvær	Nej	Ved ikke
Vaccinationer	☐	☐	☐	☐
Henvisninger	☐	☐	☐	☐
Prøvesvar	☐	☐	☐	☐
Medicin oplysninger (Medicinkortet)	☐	☐	☐	☐
Lægeaftaler	☐	☐	☐	☐

6. I hvilken grad fungerer følgende funktioner i app'en "Min Læge" for dig?

Hvis du aldrig har anvendt funktionen afkryds "Ved ikke"

	Rigtig godt	Godt	Nogenlunde	Dårligt	Rigtig dårligt	Ved ikke
Tidsbestilling og tidsaflysning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beskedfunktionerne (Kommunikation med din læge)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Videokonsultationer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Hvordan synes du alt i alt, app'en "Min Læge" er at anvende?

Rigtig god	☐
God	☐
Nogenlunde	☐
Dårlig	☐
Rigtig dårlig	☐

8. Hvorfor anvender du ikke app'en "Min Læge"
Besvares kun af personer der ikke anvender app'en "Min Læge". Afkryds gerne flere årsager

Jeg var ikke klar over, at "Min Læge" eksisterede	☐
Jeg fortrækker at overlade sygdomshåndtering til lægen	☐
Jeg er ikke tryg ved at anvende "Min Læge"	☐
Jeg har ikke adgang til smartphone eller tablet med internet	☐
App'en "Min Læge" er vanskelig at anvende	☐
Af hensyn til beskyttelse af personlige oplysninger	☐
Jeg fortrækker fysisk og/eller verbal kontakt og kommunikation med lægen	☐
Jeg synes ikke at det giver mig nogen værdi at anvende "Min Læge"	☐
Jeg anvender min praktiserende læges egen hjemmeside	☐
Jeg anvender app'en "Lægevejen"	☐
Jeg anvender app'en "Aftalebogen"	☐
Andet	☐

Alder og Køn

9. Angiv din alder

_____.

10. Angiv dit køn

Mand	☐
Kvinde	☐

Uddannelse og arbejde

10. Angiv din arbejdsstatus

Under uddannelse	☐
Ledig	☐
I arbejde	☐
Pensioneret	☐

11. Angiv afsluttet uddannelse

Grundskole (folkeskole)	☐
Erhvervsuddannelse (f.eks. kontorassistent, murer, tømrer, landmand, social og sundhedshjælper)	☐
Kort videregående uddannelse 2-3 år (f.eks. politibetjent, laborant, datamatiker, tanplejer)	☐
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, diplomingeniør)	☐
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	☐

Helbredsoplysninger

12. Har du nogen langvarig sygdom? Langvarig sygdom er mindst 6 måneder.

Ja	☐
Nej	☐

13. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

Virkelig god	☐
God	☐
Middel	☐
Dårlig	☐
Virkelig dårlig	☐

14. Angiv hvor mange gange, at du har været hos din praktiserende læge indenfor det sidste år.

_____.

Endnu engang tusind tak for din besvarelse af spørgeskemaet.

Statistiske beregninger G

G.1 E-sundhedskompetence

I dette bilag præsenteres de forskellige databehandlinger, der er laves i SPSS. Her

G.1.1 Patientportaler til at finde oplysninger og anvendelse af 'Min Læge'

			Jeg bruger patientportaler til at finde oplysninger om sygdomme og behandling af sygdomme der vedrører mig					
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Meget uenig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	7	2	15	0	4	28
		Expected Count	12,9	3,4	8,6	,9	2,3	28,0
	Nej	Count	38	10	15	3	4	70
		Expected Count	32,1	8,6	21,4	2,1	5,7	70,0
Total		Count	45	12	30	3	8	98
		Expected Count	45,0	12,0	30,0	3,0	8,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,319[a]	4	,006
Likelihood Ratio	14,868	4	,005
N of Valid Cases	98		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

Figur G.1: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.2 Forstår prøvesvar og anvendelse af 'Min Læge'

			Jeg har nemt ved at forstå prøvesvar(blodprøvesvar), der vedrører mit helbred					
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Meget uenig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	10	5	11	0	2	28
		Expected Count	12,0	7,4	5,1	,6	2,9	28,0
	Nej	Count	32	21	7	2	8	70
		Expected Count	30,0	18,6	12,9	1,4	7,1	70,0
Total		Count	42	26	18	2	10	98
		Expected Count	42,0	26,0	18,0	2,0	10,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,077[a]	4	,017
Likelihood Ratio	11,634	4	,020
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

Figur G.2: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.3 Har nemt ved at anvende nye IT-redskaber og anvendelse af 'Min Læge'

			Jeg har nemt ved at anvende nye IT-redskaber				
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	8	0	20	0	28
		Expected Count	12,0	1,7	13,7	,6	28,0
	Nej	Count	34	6	28	2	70
		Expected Count	30,0	4,3	34,3	1,4	70,0
Total		Count	42	6	48	2	98
		Expected Count	42,0	6,0	48,0	2,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,100[a]	3	,028
Likelihood Ratio	11,158	3	,011
N of Valid Cases	98		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

Figur G.3: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.4 Er tryg ved måden helbredsoplysninger håndteres og anvendelse af 'Min Læge'

			Jeg er tryg ved den måde, mine helbredsoplysninger bliver håndteret				
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	10	2	15	1	28
		Expected Count	15,4	2,9	8,9	,9	28,0
	Nej	Count	44	8	16	2	70
		Expected Count	38,6	7,1	22,1	2,1	70,0
Total		Count	54	10	31	3	98
		Expected Count	54,0	10,0	31,0	3,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,032[a]	3	,029
Likelihood Ratio	8,741	3	,033
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

Figur G.4: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.5 Patientportaler engagerer i egen sundhed og anvendelse af 'Min Læge'

			Patientportaler gør, at jeg føler mig engageret i egen sundhed					
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Meget uenig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	12	6	8	0	2	28
		Expected Count	13,4	8,0	4,3	,6	1,7	28,0
	Nej	Count	35	22	7	2	4	70
		Expected Count	33,6	20,0	10,7	1,4	4,3	70,0
Total		Count	47	28	15	2	6	98
		Expected Count	47,0	28,0	15,0	2,0	6,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,286[a]	4	,179
Likelihood Ratio	6,397	4	,171
N of Valid Cases	98		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

Figur G.5: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.6 Patientportaler fungerer godt og anvendelse af 'Min Læge'

			De patientportaler jeg anvender eller har anvendt fungerer godt				
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	11	6	10	1	28
		Expected Count	15,1	4,9	6,3	1,7	28,0
	Nej	Count	42	11	12	5	70
		Expected Count	37,9	12,1	15,7	4,3	70,0
Total		Count	53	17	22	6	98
		Expected Count	53,0	17,0	22,0	6,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,453[a]	3	,141
Likelihood Ratio	5,330	3	,149
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

Figur G.6: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.1.7 Patientportaler indfrier personlige behov og anvendelse af 'Min Læge'

			Patientportaler indfrier mine personlige behov					
			Enig	Hverken enig eller uenig	Meget enig	Meget uenig	Uenig	Total
Anvender	Ja	Count	10	5	11	0	2	28
		Expected Count	10,9	9,1	5,7	,3	2,0	28,0
	Nej	Count	28	27	9	1	5	70
		Expected Count	27,1	22,9	14,3	,7	5,0	70,0
Total		Count	38	32	20	1	7	98
		Expected Count	38,0	32,0	20,0	1,0	7,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,968[a]	4	,041
Likelihood Ratio	9,821	4	,044
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Figur G.7: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.2 Nytteværdi

G.2.1 Se helbredsoplysninger via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge'

			Se dine helbredsoplysninger via patientportaler				
			I høj grad	I meget høj grad	I mindre grad	I nogen grad	Total
Anvender	Ja	Count	12	13	0	3	28
		Expected Count	12,9	9,1	,6	5,4	28,0
	Nej	Count	33	19	2	16	70
		Expected Count	32,1	22,9	1,4	13,6	70,0
Total		Count	45	32	2	19	98
		Expected Count	45,0	32,0	2,0	19,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,679[a]	3	,197
Likelihood Ratio	5,265	3	,153
N of Valid Cases	98		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

Figur G.8: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.2.2 Se henvisninger og aftaler via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge'

			Se henvisninger og aftaler via patientportaler					
			I høj grad	I meget høj grad	I mindre grad	I nogen grad	Slet ikke nyttigt	Total
Anvender	Ja	Count	9	18	0	1	0	28
		Expected Count	9,7	13,4	,6	4,0	,3	28,0
	Nej	Count	25	29	2	13	1	70
		Expected Count	24,3	33,6	1,4	10,0	,7	70,0
Total		Count	34	47	2	14	1	98
		Expected Count	34,0	47,0	2,0	14,0	1,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,602[a]	4	,158
Likelihood Ratio	8,200	4	,085
N of Valid Cases	98		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Figur G.9: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.2.3 Kommunikere med lægen via e-konsultationer og anvendelse af 'Min Læge'

			Kommunikere med din læge via e-konsultationer					
			I høj grad	I meget høj grad	I mindre grad	I nogen grad	Slet ikke nyttigt	Total
Anvender	Ja	Count	6	18	1	3	0	28
		Expected Count	6,6	14,9	1,1	5,1	,3	28,0
	Nej	Count	17	34	3	15	1	70
		Expected Count	16,4	37,1	2,9	12,9	,7	70,0
Total		Count	23	52	4	18	1	98
		Expected Count	23,0	52,0	4,0	18,0	1,0	98,0

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,675[a]	4	,614
Likelihood Ratio	3,056	4	,548
N of Valid Cases	98		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Figur G.10: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.2.4 Bestille tid hurtigt via patientportaler og anvendelse af 'Min Læge'

			Bestille tid hurtigt via patientportaler					
			I høj grad	I meget høj grad	I mindre grad	I nogen grad	Slet ikke nyttigt	Total
Anvender	Ja	Count	5	22	0	1	0	28
		Expected Count	7,4	15,4	1,1	3,4	,6	28,0
	Nej	Count	21	32	4	11	2	70
		Expected Count	18,6	38,6	2,9	8,6	1,4	70,0
Total		Count	26	54	4	12	2	98
		Expected Count	26,0	54,0	4,0	12,0	2,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,838[a]	4	,043
Likelihood Ratio	11,923	4	,018
N of Valid Cases	98		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

Figur G.11: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.2.5 Anvende videokonsultationer og anvendelse af 'Min Læge'

			Anvende videokonsultationer					
			I høj grad	I meget høj grad	I mindre grad	I nogen grad	Slet ikke nyttigt	Total
Anvender	Ja	Count	3	7	6	7	5	28
		Expected Count	4,9	5,1	6,9	8,0	3,1	28,0
	Nej	Count	14	11	18	21	6	70
		Expected Count	12,1	12,9	17,1	20,0	7,9	70,0
Total		Count	17	18	24	28	11	98
		Expected Count	17,0	18,0	24,0	28,0	11,0	98,0

Chi-Square Tests

Kursiv

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,794[a]	4	,435
Likelihood Ratio	3,719	4	,445
N of Valid Cases	98		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,14.

Figur G.12: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.3 Sekundære resultater

G.3.1 Sammenhæng mellem køn og anvendelse af 'Min Læge'

			Anvender		
			Ja	Nej	Total
Køn	Kvinde	Count	13	52	65
		Expected Count	18,6	46,4	65,0
	Mand	Count	15	18	33
		Expected Count	9,4	23,6	33,0
Total		Count	28	70	98
		Expected Count	28,0	70,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,949[a]	1	,008		
Continuity Correction[b]	5,758	1	,016		
Likelihood Ratio	6,734	1	,009		
Fisher's Exact Test				,017	,009
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Figur G.13: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.3.2 Sammenhæng mellem uddannelse og anvendelse af 'Min Læge'

			AnvenderMinLæge		
			Ja	Nej	Total
Uddannelse	Erhvervsuddannelse	Count	2	11	13
		Expected Count	3,7	9,3	13,0
	Grundskole	Count	2	5	7
		Expected Count	2,0	5,0	7,0
	Kort videregående	Count	2	10	12
		Expected Count	3,4	8,6	12,0
	Lang videregående	Count	7	20	27
		Expected Count	7,7	19,3	27,0
	Mellemlang videregående	Count	15	24	39
		Expected Count	11,1	27,9	39,0
Total		Count	28	70	98
		Expected Count	28,0	70,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,903[a]	4	,419
Likelihood Ratio	4,036	4	,401
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Figur G.14: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.3.3 Sammenhæng mellem arbejdsstatus og anvendelse af 'Min Læge'

			AnvenderMinLæge		
			Ja	Nej	Total
Arbejdsstatus	I arbejde	Count	14	42	56
		Expected Count	16,0	40,0	56,0
	Ledig	Count	1	5	6
		Expected Count	1,7	4,3	6,0
	Pensioneret	Count	10	16	26
		Expected Count	7,4	18,6	26,0
	Under uddannelse	Count	3	7	10
		Expected Count	2,9	7,1	10,0
Total		Count	28	70	98
		Expected Count	28,0	70,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,023[a]	3	,568
Likelihood Ratio	2,009	3	,571
N of Valid Cases	98		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

Figur G.15: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.3.4 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og anvendelse af 'Min Læge'

			Langvarig sygdom		
			Ja	Nej	Total
Anvender	Ja	Count	10	18	28
		Expected Count	11,1	16,9	28,0
	Nej	Count	29	41	70
		Expected Count	27,9	42,1	70,0
Total		Count	39	59	98
		Expected Count	39,0	59,0	98,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,273[a]	1	,602		
Continuity Correction[b]	,086	1	,769		
Likelihood Ratio	,275	1	,600		
Fisher's Exact Test				,654	,387
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,14.

b. Computed only for a 2x2 table

Figur G.16: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

G.3.5 Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og anvendelse af 'Min Læge'

			AnvenderMinLæge		
			Ja	Nej	Total
Selvvurderet helbredstilstand	Dårlig	Count	2	10	12
		Expected Count	3,4	8,6	12,0
	God	Count	17	32	49
		Expected Count	14,0	35,0	49,0
	Middel	Count	4	13	17
		Expected Count	4,9	12,1	17,0
	Virkelig dårlig	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
	Virkelig god	Count	5	14	19
		Expected Count	5,4	13,6	19,0
Total		Count	28	70	98
		Expected Count	28,0	70,0	98,0

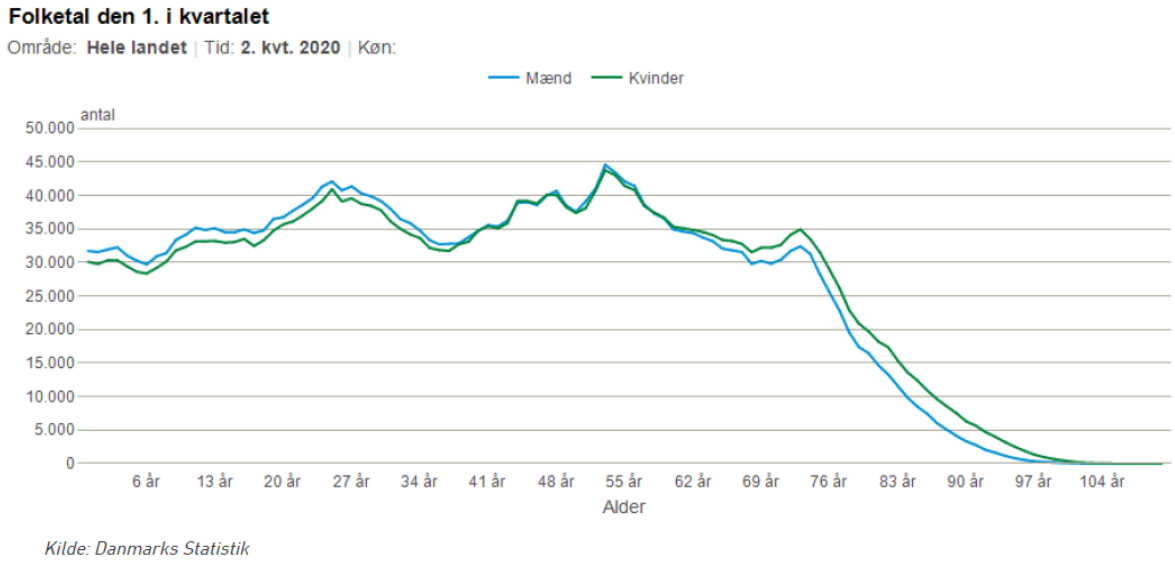
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,392[a]	4	,664
Likelihood Ratio	2,734	4	,603
N of Valid Cases	98		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Figur G.17: Krydstabellen og tilhørende statistisk beregning

Danmarks statistik, fordeling mænd og kvinder H



Figur H.1: Fordeling mellem mænd og kvinder i den danske befolkning