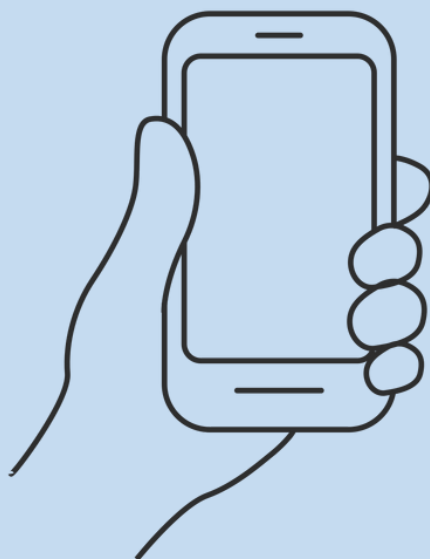


Introduktion og støtte til borgernes anvendelse af 'Min Læge'

En forandring i almen praksis



Aalborg Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Specialeafhandling

21gr10308

Lise Lind Kristensen

Katrine Moisen Weinreich

Camilla Bille Larsen

Vejleder: Henrik Bøggild
Afleveringsdato: 01.06.2021
Tegn inklusiv mellemrum: 287.029
Referencesystem: Harvard

Forord

Indeværende speciale er udarbejdet af Lise Lind Kristensen, Katrine Moisen Weinreich og Camilla Bille Larsen. Specialet er det afsluttende projekt på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, og er udarbejdet i perioden fra februar til juni 2021.

I den forbindelse skal der lyde en tak til vejleder Henrik Bøggild for at bidrage til den faglige udvikling samt med god sparring gennem udarbejdelsen af specialet. Endvidere skal der lyde en stor tak til informanterne, der havde lyst til at deltage i specialets kvalitative undersøgelse trods krav om social distancering og travlhed i almen praksis.

God læselyst.

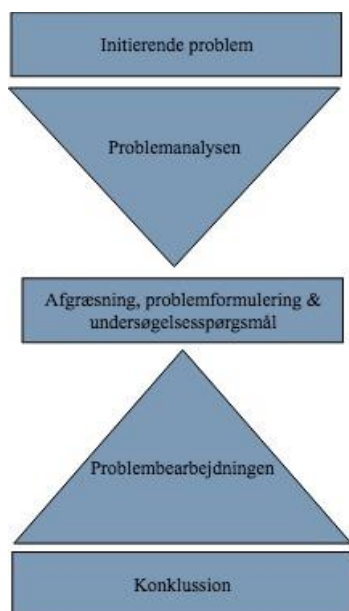
Lise, Katrine & Camilla

1. juni 2021



Læsevejledning

Specialet er udarbejdet ud fra en problembaseret tilgang, og er derfor opbygget med afsæt i Aalborg-modellen for problembaseret læring (Hansen, Algreen-Ussing, n.d.). Denne opbygning ses i figur 1, hvor specialets syv afsnit illustreres. Af første afsnit fremgår specialets initierende problem, hvor problemfeltet identificeres. Andet afsnit omfatter problemanalysen, hvor problemfeltet vil blive udfoldet med afsæt i videnskabelig litteratur på området. Dernæst følger specialets problemafgrænsning i afsnit tre samt specialets problemformulering og undersøgelsesspørgsmål i afsnit fire. Problemformulering og undersøgelsesspørgsmålene vil herefter være styrende for de metodiske valg samt problembearbejdningen som fremgår af afsnit fem og seks. I afsnit fem redegøres og begrundes for de anvendte metoder, og afsnit seks indeholder resultaterne og analysen af de tre undersøgelser. På baggrund heraf følger der i afsnit syv en diskussion af specialets valgte metoder samt de fremanalyserede resultater, som vil ligge til grund for forandringspotentialiet i afsnit otte og slutteligt konklusionen i afsnit ni.



Figur 1 Illustrerer specialets problembaseret tilgang med afsæt i Aalborg-modellen (Hansen, S. & Algreen-Ussing, H. n.d.)

Resume

Baggrund: I Danmark foregår en demografisk udvikling, som udfordrer sundhedsvæsenet økonomisk. For at imødekomme dette er en digitalisering af det danske sundhedsvæsen påbegyndt, hvor kontakten til almen praktiserende læge er digitaliseret ved den digitale patientportal 'Min Læge'-applikationen. Digitale sundhedskompetencer ses som en væsentlig forudsætning for at anvende digitale patientportaler. Der er dog risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed, da der ses flere sociale determinanter for lave digitale sundhedskompetencer. Litteraturen viser imidlertid, at introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle i almen praksis kan overkomme flere barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler.

Formål: Formålet er at undersøge forandringspotentialer for, hvordan introduktion og støtte til borgernes anvendelse af 'Min Læge' kan implementeres i almen praksis, med henblik på at øge anvendelsen af 'Min Læge' for borgere med lave digitale sundhedskompetencer.

Metode: I et tværsnitsstudie på baggrund af data fra HLS19 identificeres sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Et systematisk litteraturstudie udarbejdes for at identificere fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen af en forandring i almen praksis. Mekanismer og kontekstuelle betingelser for, at de sundhedsprofessionelle kan implementere introduktion og støtte i 'Min Læge', identificeres gennem kvalitative individuelle interviews.

Resultater: Tværsnitsstudiet viser, at der ikke er sammenhæng mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Gennem det systematiske litteraturstudie identificeres *tidligere implementering af forandringer; modstand på forandring; udbændthed og engagement; kommunikation og information; involvering af de sundhedsprofessionelle i beslutninger; og praktiske forhold*, som faktorer, der påvirker implementeringen. Af interviewundersøgelsen med de sundhedsprofessionelle i almen praksis er der identificeret fem hovedtemaer, herunder *meningsfuld forandring; organisatoriske ressourcer for forandring; tidligere erfaringer med forandringer i almen praksis; organisationskultur og strategiske overvejelser for succesfuld implementering*.

Konklusion: Det konkluderes, at der er flere elementer herunder individuelle forhold, organisatoriske relationer og organisatoriske ressourcer, som skal være til stede for, at introduktion og støtte kan implementeres succesfuldt i almen praksis. Der er dog behov for mere forskning til udvikling og implementering af tiltaget samt dets effekt på anvendelsen af 'Min Læge' for personer med lave digitale sundhedskompetencer.

Abstract

Background: A demographic development is taking place in Denmark, which is financially challenging the health care system. A digitalization of the Danish healthcare system has begun to cater to this, where the contact to general practitioners has been digitized through the digital patient portal application ‘Min Læge’. Digital health literacy is seen as an essential prerequisite for using digital patient portals. However, there is a risk of increasing social inequity in health, as many social determinants are seen for low digital health literacy. Meanwhile, the literature shows that the introduction and support of healthcare professionals in general practice can overcome several barriers to the use of digital patient portals.

Aim: The aim is to investigate the potential for change in how introduction and support for patients' use of ‘Min Læge’ can be implemented in general practice, in order to increase the use of ‘Min Læge’ for patients with low health competencies.

Method: A cross-sectional study based on data from HLS19 identifies the relationship between social support and the use of digital patient portals among individuals with high and low digital health competencies. A systematic literature study has been made to identify promoting and inhibiting factors for the implementation of a change in general practice. Mechanisms and contextual conditions for health professionals to implement introduction and support in ‘Min Læge’ are identified through qualitative individual interviews.

Results: The cross-sectional study shows that there is no correlation between social support and the use of digital patient portals among people with high and low digital health competencies. Through the systematic literature study, the following are identified as factors influencing the implementation: *earlier implementation of changes; resistance to change; burnout and commitment; communication and information; involvement of healthcare professionals in decisions; and practical conditions*. From the interview survey with the health professionals in general practice, five main themes have been identified, including *meaningful change; organizational resources for change; previous experience with changes in general practice; organizational culture and strategic considerations for successful implementation*.

Conclusion: It can be concluded that there are several elements including individual factors, organizational relations and organizational resources that must be present for an introduction and support to be successfully implemented in general practice. However, more research is needed for the development and implementation of the initiative as well as its effect on the use of ‘Min Læge’ for people with low digital health competencies.

Indholdsfortegnelse

Resume	3
Abstract	4
Indholdsfortegnelse	5
1.0 Initierende problem	8
2.0 Problemanalyse	9
2.1 Sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer	9
2.1.1 Analyse af definitionerne af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer	9
2.1.2 Konsekvenser af lave sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer	11
2.1.3 Sociale determinanter for lave digitale sundhedskompetencer	12
2.2 Den demografiske udvikling og digitalisering	14
2.3 Digitalisering i Danmark i et folkesundhedsmæssigt perspektiv	16
2.3.1 Digitalisering af det danske sundhedsvæsen	16
2.3.2 Den digitale patientportal 'Min Læge'	17
2.4 Konsekvenser ved digitale patientportaler	18
2.4.1 Konsekvenser af digitale patientportaler blandt sundhedsprofessionelle	18
2.4.2 Konsekvenser for borgeren ved anvendelsen af digitale patientportaler	19
2.5 Ulighed i anvendelsen af digitale patientportaler relateret til digitale sundhedskompetencer	23
2.5.1 Risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed gennem digitale patientportaler	24
2.6 Barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler	24
2.6.1 Personlige barrierer	25
2.6.3 Tekniske barrierer	26
2.7 Facilitatorer for anvendelsen af digitale patientportaler	27
2.7.1 Støtte fra nære sociale relationer	27
2.7.2 Støtte fra sundhedsprofessionelle	29
3.0 Afgrænsning	31
4.0 Problemformulering	32
4.1 Undersøgelsesspørgsmål	32
5.0 Design og metode	33
5.1 Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position	33
5.2 Tværsnitsstudie	35
5.2.1 Data fra Health Literacy Survey 19 Denmark	35
5.2.2 Data-management og præsentation af variable	37
5.2.3 Analysestrategi	42
5.3 Litteraturstudie	45

5.3.1 Indledende litteratursøgning	45
5.3.2 Systematisk litteratursøgning	46
5.3.3 Kvalitetsvurdering af udvalgte studier	51
5.3.4 Analyse af systematisk litteratursøgning	52
5.4 Basalt, kvalitativt forskningsdesign	52
5.4.1 Individuelle interviews	52
5.4.2 Interviewguide	53
5.4.3 Inklusionskriterier for udvælgelse og rekruttering af informanter	54
5.4.4 Gennemførelse af interviews	55
5.4.5 Transskribering af interviews	55
5.4.6 Analysestrategi	56
5.5 Ethiske overvejelser	58
5.5.1 Ethiske overvejelser for tværsnitsundersøgelse	58
5.5.2 Ethiske overvejelser for kvalitative interview	58
6.0 Resultater og analyse	60
6.1 Kvantitativ analyse	60
6.1.1 Deskriptiv analyse	60
6.1.2 Logistisk regressionsanalyse	62
6.2 Analyse af systematisk litteratursøgning	65
6.2.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af udvalgte studier	70
6.2.2 Tematisering af udvalgte studier	76
6.3 Kvalitativ analyse	81
6.3.1 Karakteristika af informanter	81
6.3.2 Analyse af interviews	81
6.3.3 Programteori for implementering af introduktion og støtte	97
7.0 Diskussion	99
7.1 Metodediskussion	99
7.1.1 Diskussion af det videnskabsteoretisk ståsted	99
7.1.2 Diskussion af det kvantitative forskningsdesign	101
7.1.3 Diskussion af litteraturstudie	105
7.1.4 Diskussion af det kvalitative forskningsdesign	107
7.2 Resultatdiskussion	110
7.2.1 Behovet for at implementere introduktion og støtte i almen praksis	110
7.2.2 Dokumentation af introduktion og støttes virkning i en dansk kontekst	111
7.2.3 Udviklingen af tiltaget forud for implementering	113
7.2.4 Individuelle forhold af betydning for implementering i almen praksis	115
7.2.5 Organisationskulturens betydning for implementering i almen praksis	118

7.2.6 Organisatoriske ressourcers betydning for implementering i almen praksis	120
7.2.7 Strategiske overvejelser for implementering i almen praksis	123
8.0 Praksisrettede anbefalinger til skabe en forandring i almen praksis	127
9.0 Konklusion	130
10.0 Litteraturliste	131
11.0 Bilagsoversigt	154

1.0 Initierende problem

I de kommende år vil den demografiske udvikling i Danmark og i resten af verden bære præg af flere ældre og flere kroniske syge borgere (World Health Organization, 2018a, Jensen, Thygesen & Davidsen, 2017, Udesen et al., 2020). Andelen af ældre over 80 år forventes at blive fordoblet i løbet af de kommende 10 år (Danmarks Statistik, 2018), og som følge af denne udvikling vil andelen af borgere med kroniske lidelser ligeledes stige med 50% (Jensen, Thygesen & Davidsen, 2017, Udesen et al., 2020). Denne udvikling vil presse sundhedsvæsenet økonomisk, da sundhedsudgifter stiger i takt med alderen (Danish Rational Economic Agents Model, 2016, Udesen et al., 2020). For at imødekomme denne demografiske udvikling, er en digitalisering af det danske sundhedsvæsen påbegyndt (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Kontakten til almen praktiserende læger er digitaliseret ved implementering af den digitale patientportal ‘Min Læge’, som giver adgang til kontakt mellem borgeren og egen lægen (Sundhedsdatastyrelsen, 2021, Praktiserende Lægers Organisation, 2017, Min Læge, 2019). If. Sundhedsloven skal alle have lige adgang til sundhed (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019), og patientportalen ‘Min Læge’ anses af Sundhedsdatastyrelsen samt Praktiserende Lægers Organisation (PLO) for at være en nem adgang til egen læge (Sundhedsdatastyrelsen, 2021, Praktiserende Lægers Organisation, 2017). Flere systematiske reviews viser dog, at der er ulighed i, hvem der anvender digitale patientportaler (Niazkhani et al., 2020, Powell, 2017, Showell, 2016), og at digitale sundhedskompetencer har betydning for anvendelsen af disse (Smith, Magnani, 2019, Price-Haywood et al., 2017, Niazkhani et al., 2020, Coughlin et al., 2018).

Der ses således ulighed i, hvem der kan anvende digitale patientportaler, hvorved der er ulighed i, hvem der har let og lige adgang til sundhed. Dermed foreligger der et folkesundhedsmæssigt incitament i at undersøge, hvordan der skabes lige adgang til digital kontakt med egen læge via ‘Min Læge’ for at undgå, at anvendelsen af digitale patientportaler bidrager til at øge denne sociale ulighed i sundhed.

2.0 Problemanalyse

Problemanalysen tager afsæt i problemstillingen som beskrevet i det initierende problem. Jf. figur 1 vil problemanalysen således belyse specialets problemfelt, og analysen har til formålet at belyse omfanget og centrale forhold for problemstillingen. Hermed vil problemanalysen bidrage til at fremanalysere specialet forandringspotentiale.

2.1 Sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer

I Danmark anvendes begrebet *sundhedskompetence* som oversættelsen af ‘health literacy’. Oversættelsen blev i 2014 anerkendt af Dansk Sprognævn som det mest dækkende danske begreb (Maindal, Vinther-Jensen, 2016). Ligeledes fremgår *digitale sundhedskompetencer* som den danske oversættelse af ‘ehealth literacy’ og ‘digital health literacy’ (Aaby et al., n.d.), hvorfor disse danske oversættelser vil blive anvendt i specialet. Med afsæt i disse oversættelser vil *kompetencer* som begreb ligeledes anvendes som oversættelsen af literacy i følgende afsnit. Der forekommer i litteraturen mange definitioner af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer (Sørensen et al., 2012, Griebel et al., 2018), og der findes ingen entydig konsistens af relationen mellem disse to begreber. Det findes derfor relevant at belyse og definere, hvilken fortolkning og forståelse af relationen mellem disse begreber der anvendes videre i specialet. Ydermere findes det relevant at belyse, hvilke konsekvenser lave digitale sundhedskompetencer har for individet og samfundet.

2.1.1 Analyse af definitionerne af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer

World Health Organization (WHO) anvender Don Nutbeams (1998) definition af sundhedskompetencer, som oversat til dansk er “*de kognitive og sociale evner, hvilket bestemmer ens motivation og individets mulighed til at få adgang til, forstå og anvende viden på en måde, der kan fremme og vedligeholde et godt helbred*” (Nutbeam, 1998, p. 357). Efterfølgende har Nutbeam (2000) operationaliseret begrebet på tre niveauer. Første niveau er *funktionelle kompetencer*, hvilket beror på, om individet har tilstrækkelige evner til at læse og skrive for dermed at kunne fungere effektivt i hverdagslivet (Nutbeam, 2000). *Kommunikations-kompetencer* er mere avancerede kognitive færdigheder, som sammen med sociale kompetencer kan anvendes aktivt i hverdagsli-

vet. Disse kompetencer bidrager til, at individet kan udtrække information og mening fra forskellige former for kommunikation og anvende denne nye information til at ændre individets omstændigheder (Nutbeam, 2000). Sidste niveau er *kritiske kompetencer*, hvilket er mere avancerede kognitive færdigheder, som sammen med sociale kompetencer kan anvendes til kritisk at analysere information og anvende information til at få større kontrol over livets begivenheder og situationer (Nutbeam, 2000).

I Nutbeams (1998) definition fremgår det, at sundhedskompetencer bl.a. omhandler at *få adgang til, forstå og anvende viden*. Dette er også et element, som fremgår i Cameron D. Norman og Harvey A. Skinners definition af digitale sundhedskompetencer. Definitionen på digitale sundhedskompetencer er “*ens evne til at søge, finde, forstå og vurdere sundhedsinformation fra elektroniske kilder og anvende viden, som er opnået til at adressere eller løse et sundhedsproblem*” (Norman, Skinner, 2006 p. 2). Fælles elementer for definitionerne er dét at kunne finde, forstå, anvende og vurdere viden. Selvom digitale sundhedskompetencer deler nogle kerneaspekter med sundhedskompetencer, ses der stadig forskelle herimellem (Smith, Magnani, 2019). Forskellen ligger i, at digitale sundhedskompetencer har fokus på sundhedsinformation fra elektroniske kilder.

Norman og Skinners (2006) operationalisering af begrebet digitale sundhedskompetencer, bidrager med en dybere forståelse af ligheder og forskelle mellem elementer af definitionerne. De har operationaliseret begrebet med en figur, der fremstår som en blomst, hvor midten anses som de digitale sundhedskompetencer (Norman, Skinner, 2006). Blomsten har seks blade, hvilket er de seks elementer af kompetencer, herunder *traditionelle, informations-, medie-, sundheds-, computer- og videnskabelige kompetencer*. Disse elementer er med til styrke individets digitale sundhedskompetencer (Norman, Skinner, 2006). Der ses ligheder mellem *traditionelle kompetencer* og Nutbeams (2000) *funktionelle kompetencer*, da begge begreber relaterer sig til læse- og skrivefærdigheder. Ydermere forekommer en del af Nutbeams (2000) forståelse af sundhedskompetencer som en del af Norman og Skinners (2006) figur, hvor der ses lighed mellem Nutbeams forståelse af *kritiske kompetencer* og Norman og Skinners forståelse af *mediekompetencer*. Begge elementer indebærer evnen til at kunne tænke kritisk ift. viden. Dog anses *mediekompetencer* til at afvige fra definitionen af sundhedskompetencer (Smith, Magnani, 2019). *Mediekompetencer* har fokus på at kunne forholde sig kritisk til medier (Norman, Skinner, 2006), hvor *kritiske kompe-*

tencer omhandler at kunne forholde sig kritisk til al viden om sundhed, der findes af individet (Nutbeam, 2000). Ligheden mellem disse to begreber er dermed evnen til at forholde sig kritisk til viden, hvor forskellen omhandler, i hvilken kontekst individet skal forholde sig kritisk til denne viden.

Andre væsentlige forskelle mellem sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer findes i Norman og Skinners (2006) forståelse af *informations-*, *computer* og *videnskabelige kompetencer*. Disse elementer relaterer sig til at anvende digitale løsninger til at søge information, at kunne adaptere til ny teknologier samt at have erfaring med videnskabelig tænkning (Norman, Skinner, 2006). Dette underbygges af et studie, som angiver at *informations-* og *computer kompetencer* er med til skabe forskel mellem de to begreber (Smith, Magnani, 2019). Heraf udledes det, at forskellen mellem definitionerne ligger i at anvende digitale løsninger og at kunne tilpasse sig en teknologisk kontekst.

På baggrund af analysen ses der ligheder mellem definitionerne for sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer, hvor sidstnævnte dog fokuserer på viden fundet via teknologiske løsninger. Ikke desto mindre er der sammenhæng mellem begreberne (Smith, Magnani, 2019), og i den forbindelse er det ydermere fundet at lave sundhedskompetencer er forbundet med en reduceret anvendelse af digitale løsninger (Jensen et al., 2010, Kim, Xie, 2017). Litteraturen finder således, at begreberne er i indbyrdes relation, og sundhedskompetencer anvendes som prædiktør for brugen af digitale løsninger. Herved udledes det, at sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer ikke altid kan adskilles. Med afsæt i denne forståelse vil der i specialet derfor tages udgangspunkt i en forståelse af, at sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer kan sidestilles i en digital kontekst. Analysen danner dermed grundlaget for den videre forståelse af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer.

2.1.2 Konsekvenser af lave sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer

Det forekommer, at lave digitale sundhedskompetencer har konsekvenser for såvel samfundet som individet. Lave sundhedskompetencer forbundet med flere hospitalsindlæggelser (Andrus, Roth, 2002, Duplaga, 2020, Palumbo et al., 2016) og øget omkostninger i forbindelse med sundhedsydelser (Andrus, Roth, 2002, Sørensen et al. 2012, Eichler, Wieser & Brügger, 2009, Palum-

bo et al., 2016). Det udledes derved, at individer med lave sundhedskompetencer er i hyppig kontakt med sundhedsvæsenet, hvilket er i overensstemmelse med litteraturen (Palumbo et al., 2016). Dette kan synes problematisk, da det kan medføre konsekvenser samfundsmæssigt, særligt samfundsøkonomiske omkostninger.

Besiddelsen af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer er if. Nutbeam (2000) og Norman og Skinner (2006) med til skabe empowerment ved individet og muliggør, at individet kan deltage i sundhedsbeslutninger. Begrænset digitale sundhedskompetencer er forbundet med mentale helbredsproblemer herunder depression (Zhu, Yang, 2021). Dertil ses det, at individer med lave sundhedskompetencer er mere fysisk inaktive, har et lavere indtag af frugt og grøntsager, har lavere selv vurderet helbred (Andrus, Roth, 2002, Duplaga, 2020), er overvægtige (Duplaga, 2020) og har svære ved at varetage deres sygdom (Maindal, Vinther-Jensen, 2016). Dette understøttes ligeledes i en dansk kontekst, da manglende forståelse af sundhedsinformation og dét at individet ikke engagere sig med de sundhedsprofessionelle, som jf. afsnit 2.1.1 er elementer i forståelsen af digitale sundhedskompetencer, begge er associeret med fysisk inaktivitet og mindre sund kost (Aaby et al., 2017). Derudover er det i samme studie fundet, at dét ikke at forstå sundhedsinformation er forbundet med overvægt samt undervægt, og dét ikke at engagere sig med de sundhedsprofessionelle yderligere er forbundet med rygning (Aaby et al., 2017). Der ses dermed en sammenhæng mellem lave digitale sundhedskompetencer og risikofaktorerne kost, rygning og motion. Disse risikofaktorer øger ydermere risikoen for livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdom, type 2 diabetes, cancer m.m. (Christensen et al., 2009), hvilket underbygges af, at individer med lave sundhedskompetencer har flere komorbide lidelser (Friis et al., 2016). Kronisk sygdom anses dermed som en konsekvens af lave digitale sundhedskompetencer. Derved udledes det, at lave digitale sundhedskompetencer kan have store konsekvenser for individet, og at digitale sundhedskompetencer anses som en determinant for sundhed.

2.1.3 Sociale determinanter for lave digitale sundhedskompetencer

Med afsæt i viden om konsekvenserne af lave digitale sundhedskompetencer følger en analyse af, hvilke sociale determinanter for sundhed der er relateret hertil. Denne analyse findes relevant, da der forekommer en relation mellem sundhedskompetencer og sociale determinanter for sundhed (Maindal, Vinther-Jensen, 2016, Magnani et al., 2018). Der ses en forskel i, hvem der besidder digitale sundhedskompetencer, og denne forskel findes både i en dansk kontekst (Friis et al.,

2015, Friis et al., 2016, Bo et al., 2014) og i international litteratur (Lustria, Smith & Hinnant, 2011, Smith, Magnani, 2019, Neter, Brainin, 2012, Gordon, Hornbrook, 2016, Kontos et al., 2014, Hoogland et al., 2020). If. Gøran Dahlgren og Margeret Whitehead (1991) er sundhed influeret af flere niveauer herunder umodificerbare, individuelle faktorer som alder, køn og genetik; individuelle livsstilsfaktorer; sociale relationer, leve- og arbejdsvilkår; samt strukturelle forhold. Med udgangspunkt i denne forståelse af niveauer, som influerer sundhed, placerer determinanter for digitale sundhedskompetencer sig på forskellige niveauer. Bruce G. Link og Jo C. Phelan (1995) bidrager med en forståelse af en proksimal og en distal dimension af disse niveauer. De proksimale faktorer placeres tæt på individer, hvorimod de distale faktorer placeres længere ude i årsagskæden til sygdommen (Link, Phelan, 1995). If. Link og Phelan påvirker de distale faktorer de proksimale faktorer, som derved påvirker sygdom og sundhed (Link, Phelan, 1995). Analysen af determinanterne for digitale sundhedskompetencer vil tage afsæt i denne forståelse af niveauer, som influerer sundhed og sygdom.

En determinant for sundhedskompetencer er alder, idet systematiske reviews viser, at alder har indflydelse på sundhedskompetencer, hvor ældre har en lavere grad af sundhedskompetencer (Chesser et al., 2016, Kim, Xie, 2017, Paasche-Orlow et al., 2005). Ældre er ligeledes i særlig risiko for at have lave digitale sundhedskompetencer (Bryan, 2008, Chesser et al., 2016, Neter, Brainin, 2012, Maindal, Vinther-Jensen, 2016, Friis et al., 2015, Friis et al., 2016, Smith, Magnani, 2019). Det udledes dermed, at alder er en proksimal og umodificerbar determinant for lave digitale sundhedskompetencer, da alder placerer sig på det inderste niveau i Dahlgren og Whiteheads Model.

En anden umodificerbar determinant for digitale sundhedskompetencer er etnicitet. Dette skyldes, at det at være af anden etnisk herkomst er associeret med lave sundhedskompetencer (Villadsen et al., 2020, Svendsen et al., 2020, Magnani et al., 2018, Bo et al., 2014). To danske tværsektorsstudier viser ligeledes, at immigranter og personer med ikke-dansk etnicitet har et lavere niveau af digitale sundhedskompetencer (Villadsen et al., 2020, Bo et al., 2014). Det udledes dermed, at en ikke-dansk etnicitet er en proksimal, umodificerbar determinant for lave digitale sundhedskompetencer.

På det distale niveau ses sociale relationer samt leve- og arbejdsvilkår som determinanter for sundhedskompetencer. Det at bo alene og ikke at være gift er negativt associeret med sundheds-

kompetencer (Bo et al., 2014). Dertil findes der en sammenhæng mellem dét at have en lav grad af social støtte og lave sundhedskompetencer (Liu et al., 2019), hvormed sociale relationer ses som en distal determinant for lave digitale sundhedskompetencer.

Niveauet omhandlende leve- og arbejdsvilkår beror bl.a. på uddannelse, arbejdsstatus og indkomst (Dahlgren, Whitehead, 1991), hvilket er i overensstemmelse med, hvordan socioøkonomisk status (SES) opgøres af anden litteratur (Galobardes et al., 2006). Der ses en socioøkonomisk gradient i sundhedskompetencer på tværs af flere indikatorer for SES, hvor lave sundhedskompetencer er forbundet med lavere niveau af uddannelse og indkomst (Chesser et al., 2016, Kim, Xie, 2017, Paasche-Orlow et al., 2005). Dette fund ses ligeledes i en dansk kontekst, da danske studier finder, at lav SES er associeret med lave sundhedskompetencer (Svendsen et al., 2020, Bo et al., 2014, Friis et al., 2016, Friis et al., 2015, Sørensen et al., 2012). Ligeså forekommer der en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og digitale sundhedskompetencer, hvor individer med kort uddannelse har et lavere niveau af digitale sundhedskompetencer (Smith, Magnani, 2019, Neter, Brainin, 2012). SES er derved en distal determinant, der påvirker niveauet af digitale sundhedskompetencer.

På baggrund af denne analyse kan det udledes, at proksimale faktorer, der påvirker sundhedskompetencer, er alder og etnicitet, hvor sociale relationer og SES er mere distale faktorer. I betragtning af sundhedskompetencers relation med sociale determinanter for sundhed kan sundhedskompetencer bidrage til social ulighed i sundhed (Magnani et al., 2018). Der er dermed sociale forskelle i, hvem der oplever de konsekvenser, som er forbundet med lave digitale sundhedskompetencer. Digitale sundhedskompetencer kan dermed ansues at være med til at forklare sociale forskelle i sundhed. Da de distale faktorer påvirker de proksimale faktorer, som påvirker sygdom og sundhed (Link, Phelan, 1995), udledes det, at der bør være fokus på de distale faktorer for at fjerne den underliggende årsag til lave digitale sundhedskompetencer.

2.2 Den demografiske udvikling og digitalisering

I de kommende år vil den demografiske udvikling nationalt såvel som internationalt bære præg af flere ældre og flere kroniske syge borgere (Jensen, Thygesen & Davidsen, 2017, Udesen et al., 2020, World Health Organization, 2018a, Kommunernes Landsforening, 2019, Danmarks Statistik, 2020). If. WHO vil verdensbefolkningen leve længere, og det estimeres, at andelen af

borgere over 60 år vil stige fra 12% til 22% frem mod 2050 (World Health Organization, 2018a). Samme tendens gør sig gældende for den danske befolkning, hvor det fremgår, at andelen af ældre over 80 år vil stige med 59,2% fra 2020 til 2030 (Danmarks Statistik, 2020). Denne stigning forventes at fortsætte i en lang årrække og estimeres til at toppe i 2057 med en stigning på 142% fra niveauet i 2020 (Danmarks Statistik, 2020). Som konsekvens af denne voksende ældre befolkning vil en større andel af befolkningen leve med kroniske sygdomme, da en ældre alder er forbundet med en højere prævalens af kronisk sygdom. I år 2017 levede knap 45% af alle danskere over 85 år med mindst én kronisk sygdom (Sundhedsdatastyrelsen, 2020), og denne tendens ses ligeledes stigende (Kommunernes Landsforening, 2019, Jensen, Thygesen & Davidsen, 2017). Denne udvikling vil presse sundhedsvæsenet økonomisk, da sundhedsudgifter er højere for den ældre befolkning (Udesen et al., 2020, Danish Rational Economic Agents Model, 2016). Fra 2007 til 2013 er der sket en stigning af sygehusudgifterne på 23% for den ældste del af befolkningen (Danske Regioner, 2015).

I takt med denne udvikling i befolkningen vil kontakten til praktiserende læger ligeledes øges, da ældre og kroniske syge generelt har mere kontakt til deres praktiserende læge end den generelle befolkning (Praktiserende Lægers Organisation, 2020, Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Det viser sig, at ældre over 80 år i gennemsnit har ca. 15 kontakter til praktiserende læge om året sammenlignet med den gennemsnitlige befolkning, der har seks kontakter årligt (Praktiserende Lægers Organisation, 2020). Ydermere vil der ske en stigning i antallet af kontakter til almen praktiserende læger blandt personer med kronisk sygdom (Jensen, Thygesen & Davidsen 2017). Der ses således en udfordring i en stigende efterspørgsel af sundhedsydelser samt en aldrende arbejdsstyrke, hvilket vil betyde, at der er færre til at finansiere den øgede efterspørgsel (Højgaard, Kjellberg, 2017). Denne udvikling med flere ældre og kroniske syge borgere vil således udfordre det danske sundhedsvæsen i form af en stigning i kontakterne til praktiserende læge, der fører til en stigning i sundhedsudgifter.

Digitale løsninger i sundhedsvæsenet har dog potentialet til at reducere omkostningerne (Marsh et al., 2014) og forbedre kvaliteten på sundhedsområdet (Ortiz, Clancy, 2003, Ye et al., 2010, Dendere et al., 2019). Dermed udledes det, at for at imødekomme denne udvikling ses der et behov for at anvende digitale løsninger i det danske sundhedsvæsen. Digitale løsninger har derfor fået et politisk fokus i Danmark (Andersen, Nielsen & Kim, 2019). Dette politiske fokus kommer

til udtryk i Danske Regioners ambition om, at en tredjedel af alle konsultationer skal understøttes af digitale løsninger (Danske Regioner, n.d.), og i de praktiserende lægers overenskomst, foreskrives det, at der skal ske en øget digitalisering af den almen praktiserendes læges digitale tilbud (Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Det udledes heraf, at der foreligger ambitioner om, at digital kommunikation skal forblive et tilbud hos den almene praksis. For at løfte den demografiske udvikling og reducere de øgede omkostninger, som forbundet hermed, foreligger der et behov for og et politisk fokus på digitaliseringen af det danske sundhedsvæsen.

2.3 Digitalisering i Danmark i et folkesundhedsmæssigt perspektiv

Med afsæt i den demografiske udvikling samt det politiske fokus på digitale løsninger til kontakt med almen praktiserende læge, følger en analyse af digitaliseringen i det danske sundhedsvæsen. Formålet med analyse er at belyse tilgangen til digital sundhed samt at belyse den digitale kontakt med praktiserende læge.

2.3.1 Digitalisering af det danske sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen har gennem de senere år gennemgået en omlægning til flere digitale og teknologiske løsninger til kontakten mellem borgere og sundhedsvæsenet. Regeringen, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner har i den forbindelse udarbejdet strategien; *‘Strategi for digital sundhed 2018-2022’*. Det overordnede formål med denne fælles strategi er at styrke det digitale samarbejde om sundhed på tværs af sundhedssektoren, hvor borgeren er i centrum (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). I strategien fremgår det, at målet med digitaliseringen er, at borgeren får bedre mulighed for at tage del i egen behandling og får en let adgang til egen sundhedsinformation. Dette vil styrke borgernes mulighed for at indgå i et ligeværdigt samarbejde med de sundhedsprofessionelle om deres egen behandling (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). I dette mål med strategien ses et sundhedsfremmende perspektiv. Sundhedsfremme defineres if. WHO, oversat til dansk, som: *“processen i at sætte individer i stand til at øge kontrollen over og forbedre deres helbred”* (World Health Organization, 2020, p. 2). Dette sundhedsfremmende perspektiv kommer til udtryk i strategien, eftersom det fremgår, at digitaliseringen vil give individet bedre mulighed for at tage del i egen behandling. Dermed gives individet mulighed for at opnå fuldt sundhedspotentiale ved at forbedre deres ressourcer og muligheder, hvilket er i tråd med det sundhedsfremmende perspektiv. Af uddraget fra strategien ses det ydermere, at digital sundhed

beror på en brugerinddragende forståelse (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) definerer brugerinddragelse som det *“at give brugere af sundhedsvæsenet indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet og på deres eget forløb og behandling”* (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2020, p. 1). Brugerinddragelse deles i to dimensioner herunder organisatorisk og individuel brugerinddragelse (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2020). Organisatorisk brugerinddragelse omhandler at give borgere indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet gennem anvendelse af viden om brugerperspektivet og samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2020). Dette perspektiv ses ikke i den danske overordnede strategi for digitalisering. Derimod er der et klart aspekt af individuel brugerinddragelse. Individuel brugerinddragelse er, når borgerens perspektiver inddrages i beslutninger om og planlægning af eget behandlingsforløb (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2020). Det individuelle brugerinddragende perspektiv kommer til udtryk i den digitale strategi ved, at individet gives bedre mulighed for at tage del i egen behandling og indgå i beslutninger om egen sundhed. Brugerinddragelsen ses i strategien som adgang til digital kommunikation og egne sundhedsdata, hvilket er med til at øge individets viden og give fleksible kommunikationsmuligheder. På den måde sættes individet i højere grad i stand til at varetage og tage del i egen sundhed samt at blive inddraget i egen behandling, hvilket giver borgeren muligheden for at tage ansvar for egen sundhed. Den overordnede fælles strategi har således et liberalistisk syn på sundhed, da det beror på en forståelse af individets frihed og ansvar for egen sundhed (Vallgård et al., 2014). Det liberalistiske syn på sundhed kommer til udtryk ved, at strategien fokuserer på at øge den individuelle brugerinddragelse og at give individet mulighed for at tage ansvar for egen sundhed.

2.3.2 Den digitale patientportal ‘Min Læge’

Denne fremanalyserede liberale tilgang ses ligeledes i strategiens indsatsområde *‘Lægen i lommen’*, som retter sig mod kommunikationen og kontakten mellem borgere og praktiserende læge. Indsatsen placerer sig under indsatsområdet *‘En hverdag med mere medbestemmelse - og mere selvbetjening’*, hvori den individuelle brugerinddragelse og ansvaret for egen sundhed kommer til udtryk. De nationale mål relateret til indsatsområdet er netop at øge patientinddragelse i egne behandlingsforløb, skabe behandling af høj kvalitet og styrke indsatsen for kronikere og ældre

(Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Hvilke kvalitetskriterier, der ligger til grund for behandling af 'høj kvalitet', fremgår dog ikke ud fra målsætningen i strategien. Fortolkningen af behandlingskvalitet og kvalitetskriterierne herfor lægges derved over til de sundhedsprofessionelle og borgerne. Dermed bliver behandlingskvalitet en subjektiv vurdering.

Indsatsområdet '*Lægen i lommen*' har udmøntet sig ved applikationen 'Min Læge', som er udviklet i et samarbejde mellem PLO og Sundheds- og Ældreministeriet (Sundhedsdatastyrelsen, 2021). Applikationen giver bl.a. mulighed for tidsbestilling; receptfornyelse; at kontakte sin læge og afholde videokonsultationer (Min Læge, 2019, Praktiserende Lægers Organisation, 2017, Sundhedsdatastyrelsen, 2021). Applikationen har til formål at give borgeren en fleksibel, mobil og let adgang til praktiserende læge samt at give borgeren mulighed for at tage ansvar for egen sundhed (Sundhedsdatastyrelsen, 2018). Der foreligger dog uvished om, hvilke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser der er forbundet med anvendelsen af en digital patientportal.

2.4 Konsekvenser ved digitale patientportaler

Ifølge Chris Bonell et al. (2015) er der ofte fokus på de positive, tilsigtede konsekvenser ved en intervention, men ikke de negative, utilsigtede konsekvenser. Et fokus på de negative, utilsigtede konsekvenser er relevant, for at disse kan forsøges undgået (Bonell et al., 2015). Dermed følger en analyse af de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af digitale patientportaler for både de sundhedsprofessionelle og for borgerne. På baggrund af de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af den digitale patientportal 'Min Læge' vil det således vurderes om de nationale mål kan opnås.

2.4.1 Konsekvenser af digitale patientportaler blandt sundhedsprofessionelle

De sundhedsprofessionelle oplever, at patientbehandlingen forbedres (Dendere et al., 2019), hvilket anses som en tilsigtet konsekvens af digitale patientportaler. Især den digitale kommunikation opleves som en væsentlig del, der bidrager til forbedringen af patienternes behandling (Houston et al., 2003, Dendere et al., 2019, Ye et al., 2010). Anvendelsen af en digital patientportal synes ydermere at have en positiv indvirkning på lægens relation med deres borgere (Patt et al., 2003), da kontakten og fleksibiliteten øges (Patt et al., 2003, Ye et al., 2010). Det er særdeles fleksibiliteten ift. at kommunikere om ikke-presserende emner, som forbedres (Patt et al., 2003, Houston et al., 2003, Ye et al., 2010). På den måde oplever læger ligeledes, at det giver et bedre sammen-

hængende behandlingsforløb, især for kronikere og borgere med en allerede etableret relation med deres læge (Patt et al., 2003). De sundhedsprofessionelle erfarer ligeledes, at der forekommer et bedre engagement blandt patienterne i deres eget behandlingsforløb (Laukka et al., 2020, O’Leary et al., 2016). De sundhedsprofessionelle oplever dermed flere tilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af digitale patientportaler.

På trods af disse tilsigtede konsekvenser kan anvendelsen af digitale patientportaler ligeledes være forbundet med negative, utilsigtede konsekvenser. Anvendelsen af digitale patientportaler er i praksis forbundet med et øget tidsforbrug (Ye et al., 2010, Houston et al., 2003) og en øget arbejdsbyrde hos personalet i almen praksis (Hobbs et al., 2003, Ye et al., 2010, Patt et al., 2003, Laukka et al., 2020; Shanafelt et al., 2016, Miller et al., 2016). Den skriftlige kommunikation opleves ikke at give en effektiv dokumentation blandt de sundhedsprofessionelle, der ikke har implementeret den digitale skriftlige kommunikation effektivt i praksis (Patt et al., 2003). Dog oplever nogle sundhedsprofessionelle den efterfølgende dokumentation som effektiv, eftersom de finder den nemmere og bedre (Patt et al., 2003). Der er herved uenighed om, hvorvidt skriftlig kommunikation forbedrer effektiviteten i den daglige arbejdsgang i forbindelse med den efterfølgende dokumentation. Sundhedsprofessionelle oplever dog, at digitale løsninger er forbundet med en effektiv arbejdsproces og bidrager til et bedre arbejdsflow (de Wilt et al., 2020, Kittler et al., 2004), hvilket må anses for at være en positiv konsekvens.

Det kan heraf udledes, at der er uenighed, om hvorvidt digitale patientportaler øger arbejdsbelastning herunder den skriftlige dokumentation, hvorved der er risiko for en negativ, utilsigtet konsekvens ved at anvende digitale patientportaler. Ikke desto mindre er der flere positive tilsigtede konsekvenser relateret til bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb samt bedre kommunikation og patient engagement.

2.4.2 Konsekvenser for borgeren ved anvendelsen af digitale patientportaler

Flere systematiske reviews viser, at borgere oplever, at digitale patientportaler er med til at forbedre kommunikationen med egen læge (Dendere et al., 2019, Kruse, Bolton & Frederiks, 2015, Lin et al., 2005) samt forbedre behandlingskvaliteten (Kruse, Bolton & Frederiks, 2015, Ye et al., 2010, Dendere et al., 2019, Kruse et al., 2015, Lin et al., 2005). Ydermere er anvendelsen af digitale patientportaler forbundet med en øget patienttilfredshed (Dendere et al., 2019, Kruse et al.,

2015, Lin et al., 2005) Det udledes dermed, at positive, tilsigtede konsekvenser af patientportaler er, at det øger patienttilfredsheden samt forbedrer kommunikationen og behandlingskvaliteten.

En årsag til, at borgere oplever en bedre kvalitet af behandling er, at skriftlige, elektroniske konsultationer betragtes mere belejlige end fysiske konsultationer (Grønning et al., 2020). Dette underbygges ved, at borgere oplever, at den asynkrone skriftlige kommunikation er effektiv, hurtig og fleksibel (Huxley et al., 2015, Atherton et al., 2013, Bergmo et al., 2005), hvorfor dette er en positiv, tilsigtet konsekvens ved anvendelsen af digitale patientportaler. Anvendelsen af digitale patientportaler kan ydermere overkomme de barrierer, der er relateret til fysisk fremmøde ved konsultationer, såsom planlægning af ufleksible konsultationer, ukendte og potentielle lange ventetider i venteværelset samt udfordringer med transport til og fra lægen (Huxley et al., 2015). En positiv, tilsigtet konsekvens ved anvendelsen af digitale patientportaler er herved, at det overkommer de barrierer, som er forbundet med fysiske konsultationer.

Kommunikationen mellem borgere og de sundhedsprofessionelle kan ses forbedret, idet borgere er mere tilbøjelige til at give mere informative og psykosociale skriftlige oplysninger via portalen end over telefonisk kontakt (Lin et al., 2005). Endvidere føler borgerne sig mere komfortable ift. at stille spørgsmål (Ye et al., 2010). Dette understøttes ligeledes i et dansk kvalitativt studie, hvor borgerne oplever, at kommunikationen mellem borgere og sundhedsprofessionelle bliver mere bekvemmelig, hvormed berøring af følsomme og følelsesmæssige emner bliver lettet (Grønning et al., 2020). Ligeledes kan digital kommunikation give en følelse af anonymitet for især udsatte grupper (Huxley et al., 2015). Denne følelse af anonymitet kan forklares ved, at den digitale skriftlige kommunikation fjerner disse gruppers oplevelse af potentielle stigmatiserende reaktioner og forlegenhed i det fysiske møde med sundhedsprofessionelle (Huxley et al., 2015, Miller, 2003). Det udledes dermed, at en positiv, tilsigtet konsekvens ved de digitale patientportaler er, at der skabes et forum, hvor borgeren føler sig trykke til at give mere informative oplysninger om følsomme emner, som kan give den sundhedsprofessionelle et større indblik i borgernes problemer.

Digitale patientportaler kan dog medføre utilsigtede negative konsekvenser. Ved digitaliseringen af kommunikationen mellem borgere og sundhedsprofessionelle sker der en depersonalisering af relationen (Miller, 2003). Ved depersonalisering svækkes empatien i både relationen og behandlingen, og den psykologiske distance øges (Miller, 2003). Dette fører til en øget risiko for mistil-

lid hos borgerne og at lægerne fejlbehandler, som kan kompromittere helbredseffekterne (Miller, 2003). I relation til mistilliden oplever sundhedsprofessionelle, at det er svært at genopbygge tillid i relationen, hvis en mistillid er opstået (Patt et al., 2003). Risikoen for mistillid og fejlbehandling anses dermed som negative, utilsigtede konsekvenser ved at anvende digitale patientportaler, som kan have en negativ virkning på helbredet. Der er dog divergens relateret til patientportalerens virkning på helbredet, idet to systematiske reviews viser, at digitale patientportaler ikke påvirker de objektive helbredseffekter (Dendere et al., 2010, Ammenwerth et al., 2019). Denne manglende effekt kan skyldes, at der er få studier, som har undersøgt associationen herimellem (Kruse et al., 2015), hvormed der kan stilles kritisk overfor, om den manglende effekt skyldes den øgede risiko for fejlbehandling eller manglende litteratur på området.

På baggrund af de fremanalyserede potentielle positive, tilsigtede og negative, utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af digitale patientportaler kan det diskuteres, om det nationale mål ift. at højne behandlingskvaliteten opnås. Dette kan diskuteres, fordi der er risiko for negative, utilsigtede konsekvenser, som kan kompromittere opnåelsen af det nationale mål såsom fejlbehandling og mistillid. Ikke desto mindre er anvendelsen af digitale patientportaler forbundet med flere positive, tilsigtede konsekvenser såsom øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed, bedre kommunikation og overkommelse af barriererne, som er forbundet med fysisk fremmøde.

Empowerment som positiv, tilsigtet konsekvens af digitale patientportaler

To systematiske reviews viser, at digitale patientportaler kan fremme individets *empowerment* (Powell, 2017, Dendere et al., 2019). Empowerment er, når individet får større kontrol over beslutninger og handlinger, der påvirker deres sundhed (Nutbeam, 1998). Heraf anses empowerment som en måde, hvorpå borgernes selvbestemmelse øges og dermed anses som en positiv, tilsigtet konsekvens af digitale patientportaler. Et andet systematisk review viser dog, at digitale patientportaler ingen eller blot en lille virkning har på borgernes empowerment (Ammenwerth et al., 2019). Der er således divergerende fund ift. om empowerment er en positiv, tilsigtet konsekvens ved anvendelsen af digitale patientportaler.

Til disse divergerende fund bidrager viden om, at borgernes villighed til at engagere sig og tage ansvar for egen sundhed afhænger af deres mestringsevner, kompetencer og autonomi (Niazkhani et al., 2020). Borgerens mestringsevner, kompetencer og autonomi kan ses som værende i relati-

on til definitionen af digitale sundhedskompetencer, hvormed borgerens villighed til at engagere sig og tage ansvar for egen sundhed, afhænger af niveauet af digitale sundhedskompetencer. Net-op sundhedskompetencer er i indbyrdes relation med empowerment. Empowerment uden en tilsvarende grad af sundhedskompetencer udgør en risiko for skadelige sundhedsvalg (Schulz, Nakamoto, 2013). Digitale sundhedskompetencer kan dermed ses afgørende for at opnå empowerment som en positiv, tilsigtet konsekvens af anvendelsen af digitale patientportaler og for at undgå at træffe skadelige valg for deres sundhed. Der kan dog være risiko for, at borgere med lave digitale sundhedskompetencer vil opleve en *boomerang-effekt*. En boomerang-effekt er, at en intervention har den modsatte effekt end det tilsigtede (Ringold, 2002). Forventningen om, at digitale patientportaler er med til at skabe empowerment, der sætter borgeren i stand til at træffe sunde valg, kan synes at have den modsatte effekt, idet borgere med lave digitale sundhedskompetencer er i risiko for *victim blaming*, da de ikke har mulighed for at tage del i egen sundhed og behandling. Borgere, som ikke har digitale sundhedskompetencer til at opnå empowerment, er dermed i risiko for victim blaming. Victim blaming er, når individet pålægges skylden for deres sygdom, og det anskues, at individet skulle have taget mere ansvar for deres sundhed (Crawford, 1977). Med et sådant perspektiv undertrykkes forståelsen af samfundets kompleksitet og sociale påvirkninger på sundhed og sygdom (McLeroy et al., 1988). Der således risiko for, at samfundet skyldspålægger de borgere, som ikke tager ansvar for egen sundhed via den digitale patientportal. Risikoen for victim blaming kan dermed anses som en negativ, utilsigtet konsekvens ved anvendelsen af digitale patientportaler. 'Min Læge' er dog blot et tilbud til alle borgere, der er i kontakt med almen praksis (Sundhedsdatastyrelsen, 2021, Praktiserende Lægers Organisation, 2017), hvorved det ikke er et krav, at applikationen anvendes, og fysisk kontakt er fortsat en mulighed. Det kan dermed reducere risikoen for, at borgere, som ikke benytter digitale patientportaler til at varetage egen sundhed, udsættes for victim blaming. Som tidligere belyst i afsnit 2.3.1 er der dog klar ambition om, at mere kommunikationen med sundhedsprofessionelle skal digitaliseres, hvorved det kan medføre en større forventning til, at borgerne indgår i disse løsninger.

Der kan dermed ses både positive, tilsigtede konsekvenser i form af empowerment og negative, utilsigtede konsekvenser såsom boomerang-effekt og victim blaming ved anvendelsen af digitale patientportaler. Det kan dermed betvivles om det nationale mål om at øge patientinddragelse opnås for alle borgere. Borgere, der ikke har tilstrækkelige digitale sundhedskompetencer til at

blive empowered, er muligvis i øget risiko for de negative, utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af den digitale patientportal 'Min Læge'.

2.5 Ulighed i anvendelsen af digitale patientportaler relateret til digitale sundhedskompetencer

Ifølge Sundhedsloven skal alle borgere i Danmark have let og lige adgang til sundhed (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Der forekommer dog i litteraturen en ulighed i, hvem der anvender digitale patientportaler (Powell, 2017, Perzynski et al., 2017, Ronda et al., 2013, de Wilt et al., 2020, Niazhkhani et al., 2020, Dendere et al., 2019). Social ulighed i sundhed forstås overordnet som en systematisk forskel mellem gruppers mulighed til at opnå optimal sundhed, hvilket leder til en uretfærdig og uundgåelig forskel i sundhed og sygdom (World Health Organization, 2018b, Diderichsen et al., 2011). Der følger derfor en analyse af anvendelsen af digitale patientportaler med det formål at belyse, om alle borgere har let og lige adgang til sundhed via den digitale patientportal 'Min Læge'.

I 2020 havde 34% af den danske befolkning mellem 16-89 år brugt helbredsrelaterede tjenester som f.eks. e-konsultation, og 33% havde været på internettet for at se testresultater, medicinkort, henvisninger m.m. indenfor de seneste tre måneder (Tassy, Nielsen, 2020). Det er dermed ca. en tredjedel af befolkningen, der anvender digitale løsninger med lignende funktioner som patientportalen 'Min Læge'. Det er især ældre, personer med lavere SES og personer med anden etnisk herkomst, som i lavere grad anvender digitale patientportaler (Powell, 2017, Perzynski et al., 2017, Ronda et al., 2013, de Wilt et al., 2020, Niazhkhani et al., 2020, Amante et al., 2014). Der ses således ulighed i muligheden for at opnå optimal, let og lige adgang til sundhed for disse grupper.

Uligheden for disse grupper er i overensstemmelse med de sociale determinanter, der er for at have lave digitale sundhedskompetencer, hvilket er belyst i afsnit 2.1.3. På baggrund heraf udledes det, at de digitale sundhedskompetencer er en forudsætning for anvendelsen af digitale patientportaler, da det er de samme grupper, der har lave digitale sundhedskompetencer, og som i mindre grad anvender digitale patientportaler. Dette understøttes af, at borgere med lave digitale sundhedskompetencer i mindre grad anvender digitale patientportaler (Smith, Magnani, 2019,

Price-Haywood et al., 2017, Niazkhani et al., 2020, Coughlin et al., 2018, Amante et al., 2014). Det udledes dermed, at lave digitale sundhedskompetencer er en risikofaktor for anvendelsen af digitale patientportaler. Lave digitale sundhedskompetencer synes dermed at være en væsentlig faktor for anvendelsen og uligheden i anvendelsen af digitale patientportaler. Det kan dermed anses, at dem, der har lave digitale sundhedskompetencer, oplever en uretfærdig, systematisk forskel i at kunne tilgå sundhed via den digitale patientportal 'Min Læge'.

2.5.1 Risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed gennem digitale patientportaler

Der er i Danmark tvivl om, hvorvidt digitaliseringen bidrager til at mindske eller øge den sociale ulighed i sundhed (Højgaard, Kjellberg, 2017). Flere studier viser dog, at udviklingen i digitale teknologier sandsynligvis vil være medvirkende til at øge den sociale ulighed i sundhed (Azzopardi-Muscat, Sørensen, 2019, Latulippe, Hamel & Giroux, 2017, McAuley, 2014, Magnani et al., 2018). Et kvalitativt studie viser ligeledes, at sundhedsprofessionelle udtrykker bekymringer relateret til patientportalernes potentiale til at øge de sundhedsmæssige forskelle (Miller et al., 2016). Med udgangspunkt i afsnit 2.5 kan det udledes, at ikke alle befolkningsgrupper har de samme digitale sundhedskompetencer til at anvende de digitale patientportaler. Alle befolkningsgrupper har dermed ikke de samme forudsætninger for at tage ansvar for deres sundhed via den digitale patientportal 'Min Læge'. Det er derfor væsentligt, at der i udrulningen af digitale patientportaler tages højde for borgere med lave digitale sundhedskompetencer. Dette underbygges af litteraturen, der fordrer vigtigheden i at adressere forskelle mellem grupperne og mekanismer ift. at anvende patientportaler (Ronda et al., 2013, Goel et al., 2011a), og at digitale løsninger bør designes, så de er tilgængelige for mennesker med forskellige grader af digitale sundhedskompetencer (Rowell et al., 2015, Miller et al., 2016; Goel et al., 2011a, Sarkar et al., 2010). Det ses således væsentlig at have fokus på at tilpasse de digitale patientportaler, så de er tilgængelige og anvendelige for borgere med lave digitale sundhedskompetencer for derved at mindske den sociale ulighed i sundhed.

2.6 Barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler

Der er identificeret flere barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler (Powell, 2017, Niazkhani et al., 2020), og disse barrierer synes at afhænge af determinanterne for digitale sundhedskompetencer (Niazkhani et al., 2020, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Amante et al., 2014, Zhao

et al., 2017). Følgende afsnit tager dermed udgangspunkt i at identificere barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler. Der er overordnet identificeret barrierer på et personligt og teknisk niveau, som vil blive analyseret i det følgende.

2.6.1 Personlige barrierer

En grundlæggende personlig barriere er privatlivs- og sikkerhedsbekymringer (Dendere et al., 2019, Turner et al., 2015, Powell 2017, Niazkhani et al., 2020, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Amante et al., 2014, Zhao et al., 2017, Lyles et al., 2020). Denne personlige barriere relaterer sig bl.a. til bekymringen, om ens personlige data er sikkert på internettet (Dendere et al., 2019), og denne barriere forekommer særligt blandt ældre (Sakaguchi-Tang et al., 2017, Zhao et al., 2017). Dette underbygges af, at tidligere negative erfaringer med online sikkerhedsbrud eller virus påvirker anvendelsen af patientportaler (Niazkhani et al., 2020). Bekymringerne relateret til sikkerhed ved anvendelse af digitale patientportaler afhænger dog af manglende viden, om at personlige oplysninger i portalen opbevares fortroligt (Amante et al., 2014, Zhao et al., 2017). Da ovenstående forskningslitteratur alene bygger på internationale studier, og der anvendes NemID validering og samtykke ved hvert login på applikationen 'Min Læge' (Min Læge, 2019), kan det overvejes, om denne barriere gør sig gældende i en dansk kontekst.

Endvidere er en personlig barriere for anvendelsen af de digitale patientportaler et manglende ønske om at anvende patientportalerne. Dette ønske påvirkes af flere faktorer. Ikke at kunne se fordelene ved at anvende den digitale patientportal, anses for at være en personlig barriere for anvendelsen heraf (Dendere et al., 2019, Amante et al., 2014). Anvendelsen af digitale patientportaler påvirkes af tidligere negative erfaringer; manglende påmindelser fra patientportalen; samt ikke at være i stand til at indtaste data og sende en besked på portalen (Amante et al., 2014). En negativ holdning til portalen er ligeledes en personlig barriere (Zhao et al., 2017). Denne negative holdning kommer til udtryk ved, at borgerne udtrykker, at portalerne medfører ekstra arbejde i form af selvrapportering samt mistillid til sundhedsvæsenet (Zhao et al., 2017). I relation til mistillid ses det at, manglende tillid til sin læge er negativt associeret med brugen af patientportaler, hvor det modsatte gør sig gældende for dem, der har tillid til sin læge (Lyles et al., 2013). Dertil kan forvirring og misforståelser i forbindelse med behandling påvirke borgernes holdning til digitale patientportaler negativt (Niazkhani et al., 2020, Cerdan, Catalan-Matamoros & Berg,

2017). Dermed anses borgeres negative holdninger og erfaringer som en personlig barriere for anvendelsen af den digitale patientportal 'Min Læge'.

En barriere, der har indflydelse på ønsket om at anvende patientportaler, er borgernes tilfredshed med nuværende kontakt til sundhedsvæsenet. Flere borgere har en præference for at kommunikere ansigt til ansigt med sin læge (Niazkhani et al., 2020, Cerdan, Catalon-Matamoros & Berg, 2017, Goel et al., 2011b, Price-Haywood et al., 2017, Graetz et al., 2016, Zickmund et al., 2008, Dendere et al., 2019, Lyles et al., 2020). Det er således ikke alle borgere, der har interesse i en digitalisering af deres kommunikation med sundhedsprofessionelle, hvilket kan skyldes bekymring for, at teknologien erstatter de sundhedsprofessionelle (Niazkhani et al., 2020, Zickmund et al., 2008, Tieu et al., 2015). Dertil er det ikke alle borgere, der ønsker at se deres sundhedsoplysninger digitalt (Dendere et al., 2019, Niazkhani et al., 2020). Dermed anses en præference for fysisk fremmøde til konsultationer som en personlig barriere for anvendelsen af den digitale patientportal 'Min Læge'.

2.6.3 Tekniske barrierer

En overordnet teknisk barriere for anvendelsen af digitale patientportaler er manglende viden om, at patientportalerne eksisterer (Powell, 2017, Ronda et al., 2014). Manglende adgang til teknologi findes ligeledes som en teknisk barriere for anvendelsen af digitale patientportaler (Sakaguchi-Tang et al., 2017). Den digitale patientportal 'Min Læge' kræver adgang til smartphone (Min Læge, 2019), og i Danmark anvender 85% af den danske befolkning en smartphone (Tassy, Nielsen, 2020). Der er dermed 15% af den danske befolkning, som ikke anvender en smartphone, hvilket betyder, at de ikke har adgang til den digitale patientportal 'Min Læge'. Endvidere finder to systematiske reviews, at manglende færdigheder til at anvende teknologi er en barriere (Niazkhani et al., 2020, Zhao et al., 2017). Anvendelsen kræver, ydermere at borgerne har færdighederne til at kunne installere de digitale patientportaler (Amante et al., 2014). Ligeledes er manglende internetadgang en barriere for at få adgang til patientportalen (Sakaguchi-Tang et al., 2017). I Danmark har 97% af alle familier adgang til internettet (Tassy, Nielsen, 2020). Der kan herved stilles kritisk for, hvorvidt denne barriere er væsentlig i en dansk kontekst. Internetforbrug falder dog med alderen, hvilket understøttes med, at 18% af de 75-79-årige aldrig har været på internettet (Tassy, Nielsen, 2020). Derved kan det udledes, at denne tekniske barriere vil forekomme i større grad blandt den ældre del af den danske befolkning.

En teknisk barriere er ligeledes et uoverskueligt og uforståeligt design af selve patientportalen (Sakaguchi-Tang et al., 2017, Amante et al., 2014, Zhao et al., 2017, Niazkhani et al., 2020). Brugen af tekst og sprog på et højt forståelsesniveau har en negativ betydning for anvendelsen af de digitale patientportaler (Zhao et al. 2017, Niazkhani et al., 2020). Den skrevne tekst og sproget udledes derfor for at være bidragende til et uforståeligt design. En teknisk barriere er ligeledes, at borgerne oplever navigationsproblemer (Zhao et al., 2017), hvilket underbygges ved, at generelle problemer med at navigere i patientportalen er en barriere (Niazkhani et al., 2020, Dendere et al. 2019). Disse tekniske barrierer relaterer sig til computerkompetencer, da det beror på, om individet er i stand til at kunne adaptere til teknologiske løsninger. Dette underbygges af, at litteraturen finder, at manglende computerkompetencer er en barriere for at anvende digitale patientportaler (Niazkhani et al., 2020, Turner et al., 2015, Ronda et al., 2014, Lober et al., 2006, Latulipe et al., 2015, Sakaguchi-Tang et al., 2017). I relation til dette udtrykker borgere, at de har brug for instruktioner og undervisning i patientportalens funktionalitet for at fremme anvendelsen af patientportalen (Ryan et al., 2016, Powell, 2017, Price-Haywood et al., 2017, Dendere et al., 2019, Lyles et al., 2020). Problemer med at logge ind angives som årsag til, at borgere stopper med at anvende de digitale patientportaler (Turner et al., 2015, Dendere et al., 2019). Det vurderes dermed, at instruktion og undervisning har en betydning for at overkomme de tekniske barrierer ved manglende computerkompetencer og et uovervejet design.

2.7 Facilitatorer for anvendelsen af digitale patientportaler

Der fremkommer i litteraturen en række facilitator for anvendelsen af digitale patientportaler. I det følgende afsnit vil disse fremanalyseres med det formål at vurdere, hvilket tiltag der kan overkomme de identificerede barrierer jf. afsnit 2.6. Facilitatorer for anvendelsen af digitale patientportaler viser sig i litteraturen bl.a. som værende støtte og hjælp fra nære sociale relationer og støtte fra sundhedsprofessionelle.

2.7.1 Støtte fra nære sociale relationer

Flere systematiske reviews viser, at støtte fra familie anses som en facilitator for anvendelsen af digitale patientportaler (Sakaguchi-Tang et al., 2017, Amante et al., 2014, Zhao et al., 2017). Anbefalinger fra familiemedlemmer samt støtte til at lære de krævede færdigheder, faciliterer anvendelsen af de digitale patientportaler (Amante et al., 2014, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Zhao

et al., 2017). Det udledes derved, at anbefalinger om anvendelse og støtte fra familien med henblik på, at borgerne kan tilegne sig færdighederne til at benytte patientportaler, kan være med til at overkomme de identificerede tekniske barrierer jf. afsnit 2.6.3. Dette understøttes ved, at støtte fra familiemedlemmer er positivt associeret med anvendelsen af digitale patientportaler (Zhao et al., 2017), og ikke at have relationer til at hjælpe er forbundet med lavere anvendelse af patientportaler (Niazkhani et al., 2020, Logue, Effken, 2012, Lyles et al., 2013). Personer, som er gift, og som er samboende, anvender i højere grad patientportaler sammenlignet med personer, der ikke er gift og bor alene (Arcury et al., 2017). Dette betragtes som '*distributed health literacy*', som på dansk vil benævnes distribuerede sundhedskompetencer, når individer trækker på deres sociale netværk for hjælp til at søge, forstå og anvende sundhedsinformation relateret til at håndtere eget helbred samt at træffe informerede valg (Edward et al., 2015). Distribuerede sundhedskompetencer til familie og nære relationer synes derfor at være en væsentlig ressource for at øge anvendelse af digitale patientportaler. Det vurderes derved, at et tiltag, der beror på at øge borgernes distribueret sundhedskompetencer, kan overkomme særligt de tekniske barrierer identificeret i afsnit 2.6. Det kan dog ud fra en forståelse af *social kapital* diskuteres, om dette tiltag er i risiko for at øge den sociale ulighed yderligere. Social kapital deles i to elementer. Det første element i den sociale relation er, at det muliggør, at individet kan få adgang til ressourcerne hos de andre i dets sociale netværk (Sund, Krokstad, 2011). Det andet element er kvaliteten og kvantiteten af de ressourcer, som individet har adgang til (Sund, Krokstad, 2011). Individets adgang til en kapitalform, såsom social kapital, afhænger dog af de andre kapitaler herunder økonomisk og kulturel kapital (Bourdieu, 1986). Derved anses det, at social støtte fra ens nære sociale netværk afhænger af bl.a. uddannelsesniveau, indkomst m.v. Dette understøttes af en dansk rapport, som finder, at et højere uddannelsesniveau er forbundet med højere social støtte (Udesen et al., 2020). Det udledes dermed, at alle borgere ikke har de samme forudsætninger for at få støtte af deres sociale netværk. Et tiltag, som beror på støtte fra det nære netværk, kan derfor øge ulighed i adgangen til digitale patientportaler, da alle ikke har den samme sociale kapital.

2.7.2 Støtte fra sundhedsprofessionelle

Støtte fra de sundhedsprofessionelle synes ligeledes at være en facilitator for anvendelsen af digitale patientportaler. Støtte fra sundhedspersonale, herunder sygeplejersker og læger, har betydning for anvendelsen af patientportaler (Zhao et al., 2017, Powell, 2017). Det ses, at sundhedsprofessionelles opfordring til at anvende de digitale patientportaler øger patienters brug (Amante et al., 2014, Dendere et al., 2019, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Powell, 2017), og hvis de sundhedsprofessionelle afsætter tid til at sætte borgeren ind i portalen, har dette en positiv betydning for anvendelsen heraf (Zhao et al., 2017, Niazkhani et al., 2020, Powell, 2017). Ydermere er opfordring samt individuel undervisning ved første login forbundet med et øget brug af patientportalen efter tre år (Phelps et al., 2014). Det understøttes ved, at borgere udtrykker, at de har brug for instruktioner i portalens funktionalitet, samt hvordan anvendelsen kan gavne dem (Powell, 2017). Træning, teknisk hjælp og uddannelse af patienter i at anvende patientportalen anses ligeledes som facilitator (Zhao et al., 2017, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Amante et al., 2014, Powell, 2017). Træning bidrager til, at borgerne bliver fortrolige med patientportalen og muliggøre løbende brug heraf (Zhao et al., 2017). Introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle synes derfor at være en væsentlig ressource for at øge anvendelse af digitale patientportaler. Introduktion forstås i indeværende speciale som opfordring til anvendelsen af den digitale patientportal, hvor støtte beror på instruktion, træning, teknisk hjælp herunder hjælp til login og uddannelse af borgerne iht. den digitale patientportal. Sundhedsprofessionelles introduktion og individualiseret støtte i patientportalen kan derved overkomme flere barrierer som er identificeret i afsnit 2.6. Introduktion er forbundet med at øge anvendelsen af digitale patientportaler. Dermed anses det, at introduktion kan overkomme de personlige barrierer relateret til manglende viden om portalens eksistens. Støtte ses som et vigtigt element for, at borgerne kan se, hvordan de digitale patientportaler kan gavne dem. Støtte kan dermed bidrage til at overkomme den personlige barriere relateret til, om borgeren kan se fordelene ved den digitale patientportal. Endvidere kan det anskues, at hvis de sundhedsprofessionelle introducerer og støtter til anvendelsen af patientportalen, kan dette overkomme den personlige barriere, der er forbundet med, om teknologien erstatter de sundhedsprofessionelle. Introduktion og støtte kan dertil bidrage til en fortrolighed med anvendelsen af den digitale patientportal, hvorved tekniske barrierer relateret til manglende computerkompetencer ses overkommet. Dermed vurderes det, at et tiltag, der beror på introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle, kan overkomme flere af de personlige og tekniske barrierer, som er iden-

tificeret i afsnit 2.6. Som fremanalyseret i afsnit 2.1.3 bør der if. Link og Phelan (1995) være fokus på determinanter, der er mere distale for individet, for at behandle den underliggende årsag til problemet for at reducere uligheden. Det fremanalyseres yderligere, at sociale relationer og fællesskab, som er et lag i Dahlgren og Whiteheads (1991) model, er en mere distal determinant. Det udledes dermed, at tiltaget med introduktion og støtte fra sundhedsprofessionelle beror på en mere distal faktor, hvorved der forsøges at behandle en mere underliggende årsag til ulighed i adgangen til digitale patientportaler, hvilket kan have potentiale til at reducere uligheden.

3.0 Afgrænsning

Digitalisering af sundhedsvæsenet sker som en respons på den demografiske udvikling med en voksende ældre befolkning. Der er sat fokus på at digitalisere kontakten til almen praksis via den digitale patientportal 'Min Læge'. Anvendelsen af den digitale patientportal 'Min Læge' forudsætter dog, at borgerne besidder digitale sundhedskompetencer for at kunne indgå i denne løsning. Det forekommer dermed, at borgere med lave digitale sundhedskompetencer har svært ved at anvende 'Min Læge'. Ældre samt borgere med lav SES og anden etnisk herkomst ses i større i risiko for at have lave digitale sundhedskompetencer og har derved svært ved at tilgå den digitale patientportal 'Min Læge'. Der fremkommer derfor en social ulighed i adgangen til den digitale kontakt til almen praksis via 'Min Læge'. Den digitale patientportal 'Min Læge' har således risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed. Specialet tager derfor udgangspunkt i at fremme anvendelsen af 'Min Læge' blandt personer med lave sundhedskompetencer.

Der er identificeret flere personlige og tekniske barrierer for anvendelsen af de digitale patientportaler. Støtte fra nære sociale relationer og støtte fra de sundhedsprofessionelle anses som tiltag, der kan overkomme de identificerede barrierer. Det fremanalyseres dog, at en indsats, der beror på støtte fra nære sociale relationer, er i risiko for at øge den sociale ulighed i anvendelsen af digitale patientportaler yderligere. Specialet vil derfor tage udgangspunkt i et tiltag, der beror på introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle, da dette kan overkomme mange af de identificerede personlige og tekniske barrierer. Da den digitale patientportal 'Min Læge' anvendes til kontakt med almen praksis, vurderes det, at tiltaget skal implementeres i almen praksis. Specialet afgrænser sig derfor til at undersøge, hvad der skal til for, at introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle kan implementeres i almen praksis med det formål, at borgere med lave digitale sundhedskompetencer i højere grad anvender den digitale patientportal 'Min Læge' og dermed har let og lige adgang til sundhed.

4.0 Problemformulering

På baggrund af ovenstående problemanalyse fremkommer følgende problemformulering:

Hvordan kan introduktion og støtte til borgernes anvendelse af digitale patientportaler implementeres i almen praksis med henblik på at fremme anvendelse af patientportalen 'Min Læge' blandt personer med lave digitale sundhedskompetencer?

4.1 Undersøgelsesspørgsmål

Første undersøgelsesspørgsmål søger at understøtte det fremanalyseret fra problemanalysen, at social støtte er forbundet med anvendelsen af digitale patientportaler i en dansk kontekst. Dertil undersøges det, om der er forskel i relationen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler, ift. niveauet af digitale sundhedskompetencer, da dette forhold ikke er belyst i problemanalysen. Andet og tredje forskningsspørgsmål vil herefter bidrage til besvarelsen af specialiets overordnede problemformulering. De tre undersøgelsesspørgsmål er som følgende:

1. Hvad er sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer?
2. Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der ifølge forskningslitteraturen for at skabe en forandring hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis?
3. Hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer har for de sundhedsprofessionelle i almen praksis betydning for at implementere introduktion og støtte til borgernes anvendelse af 'Min Læge' applikationen?

5.0 Design og metode

I det følgende vil der redegøres for specialets design og metodiske fremgangsmåde. Problemformuleringen og de dertilhørende undersøgelsesspørgsmål er retningsgivende for de metodiske valg, som foretages (Maxwell 2005). Med afsæt i disse bygger indeværende speciale overordnet på et flerdimensionelt forskningsdesign. Specialets tre undersøgelsesspørgsmål søges således besvaret ud fra tre forskellige forskningsdesign samt tilhørende dataindsamlingsmetoder. For at omfavne det flerdimensionelle forskningsdesign og tilhørende metoder vil der ligeledes redegøres for specialets videnskabsteoretiske position.

5.1 Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position

Problemformuleringen er afgørende for valget af videnskabsteoretisk position (Maxwell, 2005). Jf. afsnit 4.0 søges der i indeværende speciale viden om, hvordan introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle til borgeres anvendelse af digitale patientportaler kan implementeres i almen praksis, hvorfor en kritisk realistisk videnskabsteoretisk position anvendes. Kritisk realisme søger at afdække de underliggende strukturer og mekanismer, som har indflydelse på, hvad der er muligt at observere (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). En kritisk realistisk tilgang til specialets problemformulering kan således bidrage med en dybere forståelse af de underliggende strukturer og mekanismer, som har indflydelse på, om introduktion og støtte bliver implementeret i almen praksis. Ydermere indeholder kritisk realisme et mangfoldigt perspektiv på valget af metode (Buch-Hansen, Nielsen, 2012), hvilket muliggør brug af forskellige design og dataindsamlingsmetoder til besvarelse af specialets undersøgelsesspørgsmål.

Kritisk realisme beror på, at virkeligheden eksisterer uafhængigt af individets forestillinger herom (Buch-Hansen, Nielsen, 2012), hvilket kommer til udtryk ved to dimensioner; den *intransitive* og den *transitive dimension* (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Den intransitive dimension omhandler viden om verden, hvilket er objektivt, og dermed uafhængigt individets viden herom. Denne dimension bidrager dermed til specialets forståelse af virkeligheden og de underliggende strukturer og mekanismer, der eksisterer uafhængigt af vores viden herom. Den intransitive dimension henhører dermed til den ontologiske forståelse, hvor ontologien betragtes som dyb (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Ontologien anses som dyb, da den består af tre ontologiske domæner: det empiri-

ske-, det faktiske- og det dybe domæne (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Det *empiriske domæne* består af individets observationer og erfaringer og kan betragtes som det, der ses på overfladen. Det *faktiske domæne* indebærer alle de begivenheder og fænomener, som eksisterer og finder sted, uanset om de opleves eller ej. Tilsammen udgør disse to domæner en virkelighedsforståelse, der reduceres til det observerbare. Det *dybe domæne* omfatter strukturer og mekanismer, som ikke er observerbare, men som ligger til grund for, at begivenheder og fænomener på det faktisk domæne finder sted (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Når mekanismer på det dybe domæne aktiveres af de kontekstuelle betingelser, kan disse medvirke til, at en begivenhed på det faktiske domæne finder sted. Aktiveringen af mekanismerne er dermed afhængige af konteksten. Kritisk realisme har dermed en vertikal kausalitetsforståelse, hvor det søges at give forklaringer på fænomener og begivenheder ud fra underliggende mekanismer (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Der er således behov for at forstå mekanismer og strukturer, som ikke er direkte observerbare, for at forklare, hvordan tiltaget kan implementeres i almen praksis. Til at belyse det dybe domæne anvendes det systematiske litteraturstudie til at analysere, hvilke underliggende mekanismer og strukturer som har betydning for at implementere en forandring hos de sundhedsprofessionelle. For at forstå, om disse mekanismer og struktur også gør sig gældende i en dansk kontekst hos almen praksis, anvendes et basalt kvalitativt forskningsdesign til at belyse disse underliggende mekanismer og strukturer, der er for at implementere en forandring hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis.

Den *transitive dimension* vedrører vores viden om verden og kobles dermed til den epistemologiske forståelse (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Viden er dog *fejlbarlig*, da ny viden kan erstatte eksisterende viden (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Den allerede identificerede og eksisterende viden betragtes dog som et uundværligt redskab til at producere en ny viden (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Den *transitive dimension* udtrykkes dermed ved specialegruppens forståelse, erfarede viden og teori fra problemanalysen. Disse erfaringer ligger dermed til grund for at skabe nye viden til besvarelse af indeværende speciales problemformulering.

5.2 Tværnsnitsstudie

Til besvarelse af første undersøgelsesspørgsmål blev et tværnsnitsstudie anvendt. I et tværnsnitsstudie indsamles oplysninger om eksponering og outcome på samme tid, hvorfor det ikke er muligt at udtale sig om kausalitetens retning. Det vil derimod være associationer, som kan belyses ved dette design (Aday, Cornelius, 2006, Juul et al., 2017). Dette studiedesign blev anvendt for at afdække associationen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Tværnsnitsstudiet bidrog dermed til at belyse, om social støtte har en betydning for anvendelsen af digitale patientportaler i en dansk kontekst, samt hvorvidt denne association er forskellig ift. niveauet af digitale sundhedskompetencer. Der blev både gennemført en deskriptiv og analytisk del. Den deskriptive del relaterede sig til beskrivelsen af karakteristika ved personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Den analytiske del relaterede sig til analysen af associationen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler for personer med henholdsvis høje og lave digitale sundhedskompetencer.

5.2.1 Data fra Health Literacy Survey 19 Denmark

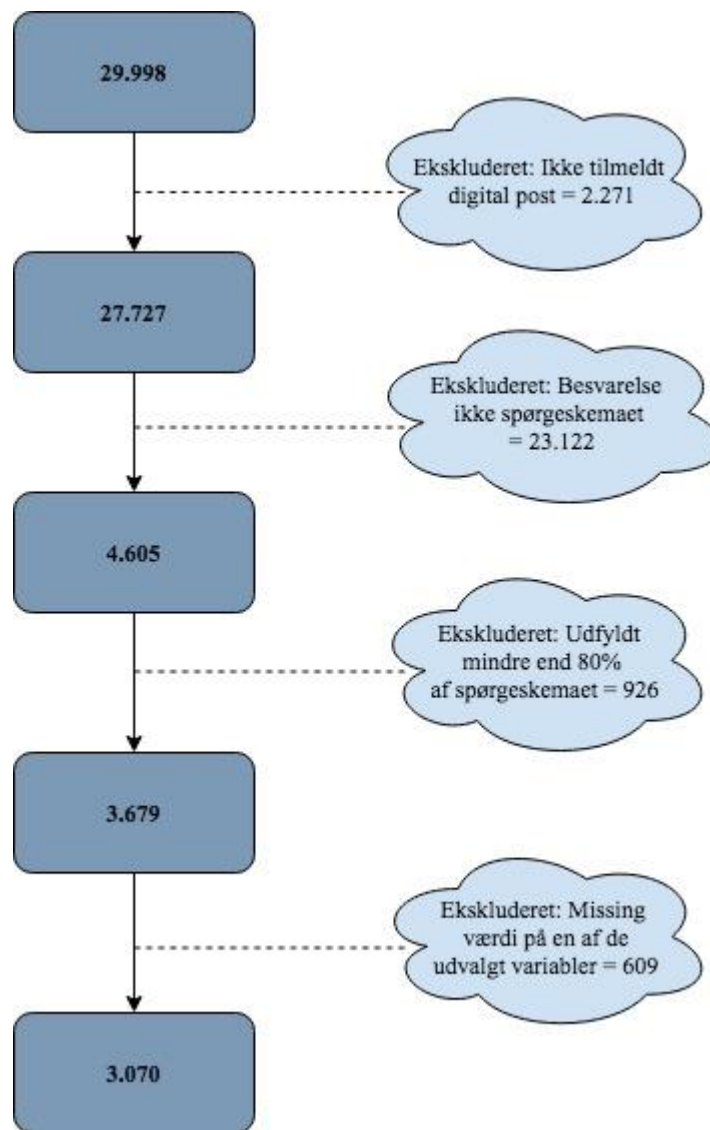
Specialets tværnsnitsstudiet bygger på en spørgeskemaundersøgelse, som er indsamlet fra en dansk stikprøve. Den danske spørgeskemaundersøgelse indgår i en større tværnational undersøgelse, der indsamler komparative data om populationers sundhedskompetencer (M-POHL, n.d.a). Dette tværnationale studie betegnes '*The Health Literacy Population Survey Project 2019-2021*' (M-POHL, n.d.a). Med udgangspunkt i 'the European Health Literacy Survey' (HLS-EU) har M-POHL partner videreudviklet og pilottestet et spørgeskema til at vurdere personlige sundhedskompetencer i den generelle population (M-POHL, n.d.a). De nationale sundhedskompetence data blev indsamlet efter en fælles studieprotokol, hvilket blev anvendt for at sikre sammenlignelighed og reliabilitet på tværs af landene (M-POHL, n.d.a, M-POHL, n.d.b). De deltagende lande fik dog mulighed for en vis grad af frihed til, at afdække specifikke interesser. Denne danske spørgeskemaundersøgelse kaldes '*Health Literacy Survey 2019*' (HLS-19) og vil præsenteres i det følgende.

HLS19-spørgeskemaet omhandlede bl.a måling af digitale sundhedskompetencer. Derudover blev *Oslo Social Support Scale* i den danske udgave tilvalgt (skriftlig udtalelse af Henrik Bøg-

gild, d. 28.04.21). Det danske HLS-19 spørgeskema blev pilottestet på 26 deltagere (skriftlig udtalelse af Henrik Bøggild, d. 28.04.21).

Rekruttering af deltagere, distribution af spørgeskemaet og indsamling af data

I Danmark blev spørgeskemaet sendt ud via e-Boks til en stratificeret, randomiseret stikprøve af den danske population gennem cpr-registret (skriftlig udtalelse af Henrik Bøggild, d. 28.04.21). Deltagerne blev stratificeret på køn, seks aldersgrupper og tre grupper af urbanisering. Der blev rekrutteret 29.998 danskere til at indgå i stikprøven. Dog var 2.271 borgere ikke tilmeldt e-Boks, hvorfor de ikke kunne modtage spørgeskemaet. Dermed blev spørgeskemaet udsendt til i alt 27.727 borgere. Pga. COVID-19-pandemien blev dataindsamlingen forsinket, og der var i alt 4.605 besvarelser. Dog var 926 af disse besvarelser ikke fuldt udfyldt, og eftersom minimum 80% af items i spørgeskemaet skulle være udfyldt, indgik i alt 3.679 besvarelser i stikprøven (skriftlig udtalelse af Henrik Bøggild, d. 28.04.21). Denne proces illustreres i figur 2.



Figur 2 viser et flowchart over rekrutteringsprocessen til den inkluderede studiepopulation

5.2.2 Data-management og præsentation af variable

Forud for arbejdet med data fra HLS-19 spørgeskemaet, er der udarbejdet en databehandleraftale. Udkast til databehandleraftalen findes i bilag 1. Til håndtering af data-management og den statistiske analyse blev STATA 16 anvendt, og da det anses som væsentligt at dokumentere processen for denne data-management og den statistiske analyse (Bøggild, 2018, Juul, 2008), fremgår en do- og log-fil i bilag 2 og 3.

For at udvælge relevante variabler for den statistiske analyse, operationaliseres undersøgelses-spørgsmålet om sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler

blandt personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Undersøgelsesspørgsmålet operationaliseres med det formål at udvælge relevante variabler, som kunne bidrage til at belyse dette spørgsmål. I bilag 4 ses en oversigt over de konkrete spørgsmål fra HLS-19, som ligger bag de udvalgte variabler.

Forud for den statistiske analyse skulle datasættet håndteres. Formålet med denne håndtering var at sikre, at datasættet var klar til at påbegynde den planlagte statistiske analyse (Bøggild, 2018, Juul, 2008). Datasættet var på forhånd kodet med labels og med nye variable efter retningslinjerne i det europæiske samarbejde (mundtlig udtalelse af Henrik Bøggild d. 20.04.21). Nogle variabler skulle dog tilpasses til den efterfølgende analyse. I tabel 1 præsenteres de anvendte variabler med deres oprindelige og nye måleskala samt nye kategorisering. Håndtering af variablerne vil præsenteres i det følgende afsnit.

Tabel 1 viser en præsentation af variablerne og deres måleskalaer samt kategorier

Variabler	Oprindelig måleskala	Ny måleskala	Nye kategorier
Social støtte	Ordinal	Ordinal	0 = God 1 = Moderat 2 = Dårlig
Anvendelse af digitale patientportaler	Ordinal	Binomial	0 = $\geq$ en gang om ugen 1 = < end en gang om ugen
Digitale sundhedskompetencer	Ordinal	Binomial	1 = Lav (score 0-66) 2 = Høj (score >66-100)
Køn	Binomial	Binomial	1 = Mand 2 = Kvinde
Alder	Ratio-interval	Ordinal	1 = 18-40 år 2 = 41-64 år 3 = 65-74 år 4 = $\geq$ 75 år
Uddannelse	Kategorisk	Kategorisk	1 = Grundskole og gymnasial uddannelse 2 = Erhvervs- eller kort videregående uddannelse 3 = Mellemlang eller lang videregående uddannelse
Etnicitet	Kategorisk	Binomial	1 = Født i Danmark 2 = Født i et andet land end Danmark

Stratificering af digitale sundhedskompetencer

I spørgeskemaet HLS-19 indgår otte spørgsmål i relation til digitale sundhedskompetencer, hvor spørgsmålene fremgår i bilag 4. Disse spørgsmål er i datasættet blevet lagt sammen til en samlet score i form af en ny variabel. Denne variabel fungerer dermed som et mål for digitale sundhedskompetencer til den statistiske analyse. I den statistiske analyse ønskes det at belyse relationen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler for borgere med henholdsvis høje og lave digitale sundhedskompetencer. Forud for den statistiske analyse blev variabelen for digitale sundhedskompetencer derfor dikotomiseret til: 1 = '*lav DHL*' og 2 = '*høj DHL*'. Til dikotomiseringen af disse grupper blev der taget udgangspunkt i tidligere inddeling af scoren for sundhedskompetencer fra det oprindelige HLS-EU-spørgeskema (Pelikan, Ganahl, 2017). Scoren for sundhedskompetencer var på en 50 point skala, hvor utilstrækkelige sundhedskompetencer var en score fra 0-25, problematiske var >25-33, tilstrækkelige var en score på >33-42 og fremragende score var >42-50 (Pelikan, Ganahl, 2017). Opdelingen af digitale sundhedskompetencer tog således udgangspunkt i denne inddeling af den samlede score. Den samlede score for digitale sundhedskompetencer angives på en 100 point score. Inddeling af den samlede score for sundhedskompetencer er dermed ganget med to for at tilpasse inddeling målet for digitale sundhedskompetencer. En score for utilstrækkelig og problematiske digitale sundhedskompetencer mellem 0-66 blev kategoriseret som 1 = '*lav DHL*', hvorimod en score for tilstrækkelig og fremragende digitale sundhedskompetencer på >66-100 blev kategoriseret som 2 = '*høj DHL*'.

Eksposering

Eksposeringsvariabelen for den statistiske analyse var social støtte. I HLS-19-spørgeskemaet var "*Oslo Social Support Scale*", som er et spørgeskema, der beror på tre spørgsmål om social støtte (mundtlig udtalelse Henrik Bøggild d. 20.04.21). Spørgsmålene med tilsvarende svarkategorier findes i bilag 4. Dette spørgeskema bestod af tre spørgsmål, hvor en score mellem 3-8 var kategoriseret som dårlig social støtte; 9-11 som moderat social støtte; og 12-14 var kategoriseret som god social støtte (Kocalevent et al., 2018). Denne kategorisering af den samlede score var på forhånd udarbejdet i indeværende data og dermed vurderes denne variabel ved en samlet score af social støtte, som anvendeligt for eksponeringsvariabelen i den statistiske analyse. Eksposeringsvariabelen blev dog rekodet i forbindelse med datamanagement, hvilket fremgår i tabel 1. Social støtte blev dermed kodet som følgende: 0 = '*god*'; 1 = '*moderat*' og 2 = '*dårlig*'. Respondenter,

som ikke svarede, var i forvejen i indeværende datasæt kategoriseret som missing og indgik ikke i analysen, hvilket fremgår i figur 2.

Outcome

Outcome betyder udfald (Juul et al., 2017), og ved at operationalisere undersøgelsesspørgsmålet anses udfaldet som anvendelsen af digitale patientportaler. Til at repræsentere dette blev variabelen ‘digital kontakt med sundhedsvæsenet’ anvendt, som bygger på spørgsmålet om “*Digital kontakt med sundhedsvæsenet (f.eks. e-konsultationer, adgang til patientjournal, elektronisk adgang til svar på medicinske prøver, digital kommunikation med sundhedsprofessionelle osv)*”. Spørgsmålet med tilsvarende svarkategorier findes i bilag 4. I HLS-19 er spørgsmålet stillet på en ordinalskala, hvorfor variabelen blev rekodet til den statistiske analyse. Respondenter, som svarede “mindre end 1 gang om ugen”, blev kategoriseret som $1 = '< \text{end én gang om ugen}'$, hvorimod respondenter, som svarede “1-3 dage per uge”, “4-6 gange om ugen”, “en gang om dagen” og “mere end en gang om dagen”, blev kategoriseret $0 = '\geq \text{én gang om ugen}'$. De respondenter, som fremgik med missing, blev ekskluderet for analysen, hvilket ses i figur 2.

Effektmodifikation og confounding

Ved undersøgelsen af associationen mellem eksponering og outcome bør der tages højde for baggrundsvariabler, som kan påvirke associationen herimellem (Juul et al., 2017). Det synes derfor væsentligt at undersøge, hvorvidt associationen mellem eksponering og outcome var påvirket af interaktion eller confounding af de valgte baggrundsvariabler, hvilket visualiseres i figur 3.

Effektmodifikation forstås som interaktion, hvor effekten mellem eksponering og outcome kan variere afhængig af tilstedeværelsen af en anden interaktionsvariabel (Szklo, Nieto, 2019, VanderWeele, Knol, 2014). *Confounding* betyder årsagsforveksling, hvilket kan medføre, at data fejlfortolkes (Juul et al., 2017). For at en variabel kan betragtes som en confounder, skal tre krav være opfyldt: Variablen skal være associeret med eksponeringen; den skal være en selvstændig eksponering for outcome; og den må ikke være en intermediær variabel mellem eksponering og outcome (Juul et al., 2017, Szklo, Nieto, 2019). Når kravene for confounding er opfyldt, kan effekten af en eksponering helt eller delvist forklares af andre forhold (Juul et al., 2017, Lund, Røgind, 2016, Kirkwood, Sterne, 2003).

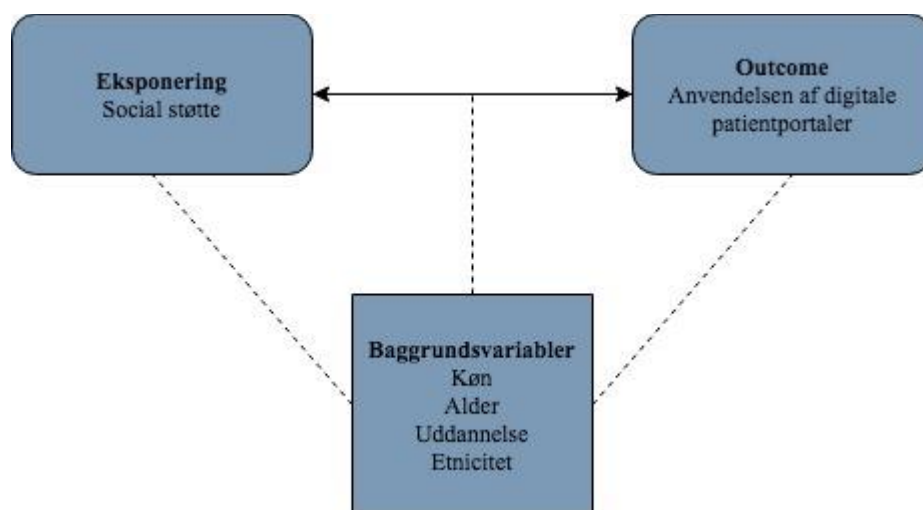
Med udgangspunkt i at variablen ikke må være en intermedier variabel mellem eksponering og outcome, kan den først betragtes som en confounder, hvis det er blevet bekræftet, at den ikke fungerede som interaktion. Alle baggrundsvariablerne blev derfor først testet for, om de fungerede som interaktion. Ved afkræftning af muligheden for interaktion blev baggrundsvariablerne, som var antaget at være mulige confoundere, testet for at være confoundere. Der blev justeret for identificerede interaktioner og eventuelle confoundere i den statistiske analyse.

Baggrundsvariabler

Til den statistiske analyse blev alder, etnicitet, uddannelse og køn medtaget som baggrundsvariabler. På baggrund af problemanalysen blev alder og etnicitet identificeret som mulig effektmodifikation. Det at være ældre og det at være af anden etnisk herkomst end dansk, antages at modificere interaktion mellem eksponering og outcome. Dermed blev disse variabler testet herfor. Oplysninger om alder fremgik ikke som spørgsmål i HLS-19 spørgeskemaet, men er udregnet på baggrund af CPR-nummer i datasættet. Variablen alder fremgik oprindeligt på en ratio-interval skala og er efterfølgende rekodet til en ordinalskala hvor aldersgrupper kodes som følgende 1 = '18-40 år', 2 = '41-64 år', 3 = '65-74 år', 4 = '≥75'. Oplysninger om etnicitet blev indhentet ved spørgsmålet "*I hvilket land er du født?*" i HLS-19 spørgeskemaet (se bilag 4). Variablen fremgik oprindeligt på en kategorisk skala, og blev efterfølgende rekodet til en binominal skala. Respondenter, som svarede "Danmark" blev kategoriseret som 1 = '*født i Danmark*', og respondenter, som svarede alle andre lande end Danmark, blev kategoriseret som 2 = '*født i et andet land end Danmark*'.

I afsnit 2.7.2 blev det identificeret, at lav SES kan være forbundet med lav social støtte og er en årsag til manglende anvendelse af digitale patientportaler. Det antages dermed, at lav SES er forbundet med eksponeringen og kan være en selvstændig årsag til outcome. Spørgsmålet i HLS-19 spørgeskemaet omhandlende uddannelse er dermed valgt som prædiktør for SES. Spørgsmålet omhandlende uddannelse er oprindeligt spurgt på en kategorisk skala. Denne skala blev bibeholdt. Kategorierne blev dog rekodet, til 1 = '*Grundskole og gymnasial uddannelse*', 2 = '*Erhvervs- eller kort videregående uddannelse*', og 3 = '*Mellemlang eller lang videregående uddannelse*' i denne kategori indgik respondenter med "forskeruddannelse (ph.d.)" ligeledes.

Til den statistiske analyse medtages køn ligeledes som en mulig confounder. I problemanalysen blev køn ikke identificeret som værende en effektmodifikator eller en confounder, men på baggrund af at litteraturen identificerer, at køn ofte er en confounder (MacKinnon et al., 2000), blev denne hypotese antaget og testet herfor. Oplysninger om køn fremgik ikke som spørgsmål i HLS-19 spørgeskemaet og var derfor på forhånd udregnet på baggrund af CPR-nummer i datasættet (skriftlig udtalelse, Henrik Bøggild, d. 28.04.21). Variablen køn fremgik oprindeligt på en binomial skala og er dermed ikke rekodet hvorved 1 = 'Mand' og 2 = 'Kvinde'.



Figur 3 viser en illustration af eksponering, outcome samt baggrundsvARIABLER

5.2.3 Analysestrategi

Den indledende deskriptive statistik havde til formål at bidrage med at danne overblik over stikprøvens karakteristika samt karakteristika for henholdsvis den del af stikprøven, som havde lave og høje digitale sundhedskompetencer. Analysen blev udarbejdet ved en two-way frequency tabel, hvor eksponering, outcome og baggrundsvARIABLER blev sammenlignet med den stratificeret variabel for digitale sundhedskompetencer. Ud fra den udarbejdet two-way frequency tabel præsenteres den deskriptive statistik ved absolutte værdier og procentberegning.

Den analytiske statistik bidrager med at undersøge sammenhæng mellem eksponeringen og outcome (Kirkwood, Sterne, 2003). Den analytiske statistik skulle dermed belyse, om der var sammenhæng mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler, hvor analysen blev stratificeret efter digitale sundhedskompetencer. Analyserne blev stratificeret for digitale sundhedskompetencer for at undersøge, om der var et sammenhæng mellem eksponering og outcome ved

både dem med lave og høje digitale sundhedskompetencer. Den analytiske, statistiske analyse tager udgangspunkt i hypotesetestning, hvor sammenhængen testes ved en hypotesetest (Kirkwood, Sterne, 2003). På baggrund af eksponering og outcome opstilles to alternative hypoteser:

Alternativ hypotese 1: Der er sammenhæng mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt dem med høje digitale sundhedskompetencer

Alternativ hypotese 2: Der er sammenhæng mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt dem med lave digitale sundhedskompetencer

Til de to alternative hypoteser blev der opstillet to tilsvarende nulhypoteser om ingen sammenhæng. Disse nulhypoteser blev dermed testet ved den statistiske analyse. For at teste hypoteserne blev logistisk regression anvendt. En forudsætning for logistisk regression er, at outcomet er på binomial skala (Kirkwood, Sterne, 2003), hvilket outcome-variablen ligeledes var. Ved den logistiske regression anvendes odds ratio (OR) estimerer samt tilhørende 95%-konfidensintervaller. OR er et associationsmål, for associationen mellem eksponering og outcome, hvor konfidensintervallet udtrykker præcisionen af den estimeret OR (Kirkwood, Sterne, 2003). I forbindelse med logistiske regression blev en p-værdi ligeledes estimeret. P-værdien er et udtryk for, om resultatet forekommer ved en tilfældighed og bidrager dermed til at be- eller afkræfte, hvorvidt der er statistisk signifikans (Kirkwood, Sterne, 2003). Til vurderingen heraf fastsættes et signifikansniveau på fem procent. Med det fastsatte signifikansniveau blev nulhypotesen forkastet, hvis p-værdien er under 0,05, hvorved den alternativ hypotese blev accepteret. Omvendt blev nulhypotesen accepteret og den alternativ hypotese forkastet, hvis p-værdien er over 0,05. Ved det fastsatte signifikansniveau blev en risiko på fem procent accepteret for at begå en type 1 fejl. Ved en type 1 fejl vil nulhypotesen fejlagtigt forkastes (Juul et al., 2017). I den logistiske regression er det væsentlig først at udarbejde et ujusteret OR-estimat for associationen, og derefter undersøge om estimatet er påvirket af andre faktorer såsom confoundere og interaktion (Kirkwood, Sterne, 2003). Der blev derfor først udarbejdet en ujusteret OR-estimat for derefter at teste for interaktion og confounding.

For at undersøge om der var interaktion blev baggrundsvariablerne *alder*, *etnicitet* *uddannelse* og *køn* anvendt. Som tidligere nævnt blev *alder* og *etnicitet* medtaget, da disse var identificeret som mulige effektmodifikatorer. *Uddannelse* og *køn* blev medtaget, da en forudsætning for, at variablerne kan være confoundere som nævnt er, at variablen ikke må være en intermediær variabel mellem eksponering og outcome (Juul et al., 2017, Kirkwood, Sterne, 2003). Denne analyse blev stratificeret for høje og lave digitale sundhedskompetencer. Denne analyse undersøgte dermed, om baggrundsvariablerne fungerede som interaktion mellem social støtte og anvendelse af digitale patientportaler i hvert strata, som var henholdsvis høje og lave digitale sundhedskompetencer.

For at undersøge antagelsen om at baggrundsvariablerne fungerede som interaktion, blev logistisk regression anvendt med et tilhørende Log Likelihood estimat samt en Likelihood Ratio test. Når der blev testet for interaktion ved en logistisk regression, blev dette gjort ved, at der først blev beregnet to regressionsmodeller, som i det følgende vil benævnes ‘regressionsmodel 1’ og ‘regressionsmodel 2’. I regressionsmodel 1 blev det antaget, at baggrundsvariablen ikke fungerede som interaktion, hvorimod det i regressionsmodel 2 blev antaget, at baggrundsvariablen fungerede som interaktion, hvorved der indsættes et interaktionsled. Ved regressionsmodel 1 og 2 blev et Log Likelihood estimat estimeret. Disse to estimater blev derefter anvendt til at udregne en Likelihood Ratio test. Likelihood Ratio test bidrog netop til at afgøre, om baggrundsvariablerne fungerede som interaktioner. Hvis p-værdien ved Likelihood Ratio test var signifikant, var dette et udtryk for, at der var signifikant forskel mellem de to regressionsmodeller. Dertil blev R²-værdierne for de to regressionsmodeller anvendt til at afgøre, hvilken en af de to regressionsmodeller som forklarede mest af variationen. Dermed vil en signifikant p-værdi ved Likelihood ratio test indikere, at der er tale om interaktion (Kirkwood, Sterne, 2003).

Hvis uddannelse og køn som var antaget at være confounder, ikke fungerede som interaktion, blev disse variabler enkeltvis testet for at være confoundere i den logistiske regression. Til vurdering af om der var tale om confounding, blev det justeret OR estimat og ujusteret OR-estimat anvendt i den logistiske regression. Det justeret OR-estimat og ujusteret OR-estimat blev sammenlignet, og hvis der forekom en betydelig forskel mellem disse to estimater, blev det antaget, at det var en confounder.

Slutligt blev der udarbejdet en samlet logistisk regressionsmodel, hvor der blev justeret for confounding og interaktion. Dette medførte, at disse variables effekt på sammenhængen mellem ek-

sponering og outcome, ville blive fjernet i den samlet, justeret logistiske regression. Den samlet, justeret model blev dermed anvendt til at afgøre, hvorvidt der var sammenhæng mellem eksponering og outcome og skulle dermed danne grundlag for den endelige hypotesetestning.

5.3 Litteraturstudie

Litteraturstudiet har til formål at afdække, hvilke fremmende og hæmmende faktorer der if. forskningslitteraturen er for at implementere en forandring hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis. I det følgende vil processen for litteraturstudiet, herunder den indledende og systematiske søgning, blive dokumenteret. Formålet med denne dokumentation var at opnå transparens og reproducerbarhed af litteraturstudiet (Stenbæk, Jensen, 2007, Lund et al., 2014).

5.3.1 Indledende litteratursøgning

Forud for den systematiske litteratursøgning blev der foretaget en indledende søgning. Den indledende søgning bidrog til at afdække den eksisterende baggrundslitteratur samt at give viden om problemfeltet (Rienecker, Jørgensen, 2014, Stenbæk, Jensen, 2007). Den indledende søgning blev foretaget ved ustrukturerede søgninger, semistrukturerede søgninger og kædesøgninger. De ustrukturerede søgninger blev foretaget i Google Scholar samt relevante hjemmesider som Sundhedsstyrelsen, PLO etc. De semistrukturerede søgninger samt kædesøgninger blev foretaget i store databaser såsom PubMed, Cinahl og Embase. Kædesøgning anvendes i tilfælde, hvor relevant litteratur identificeres, hvorved denne fører videre til anden relevant litteratur (Rienecker, Jørgensen, 2014, Buus et al., 2008). De indledende semistrukturerede søgninger og kædesøgning havde ydermere til formål at identificere relevante databaser samt identifikation af relevante søgeord forud for den systematiske litteratursøgning. Specifikke søgetermer såsom *implementering*, *introduktion* og *støtte* blev afsøgt. Kontrolsøgninger af de identificerede søgetermer og synonymer blev foretaget, og det blev på baggrund heraf vurderet, at disse gav for meget støj og irrelevant litteratur. Ligeledes var det udfordrende at identificere dækkende søgetermer og synonymer for disse begreber, som bidrog med relevans til søgningen. Søgetermer relateret til *implementering* og *introduktion* og *støtte* blev dermed vurderet til at begrænse søgningens *genfindning*, hvilket angiver, hvor stor en del af den relevante litteratur i en database, som er identificeret i søgningen (Buus et al., 2008). For at øge *præcisionen* af den systematiske litteratursøgning, som udtrykker hvor stor en del af det fremsøgte resultat, der er relevant (Buus et al., 2008), medtages

disse termer ikke til den endelige systematiske litteratursøgning. Der blev i stedet for afsøgt en mere generel forandring end introduktion og støtte.

5.3.2 Systematisk litteratursøgning

En grundig systematisk litteratursøgning bidrager til at mindske risikoen for, at en søgning betragtes som ufuldstændig samt til at øge sandsynligheden for mere robuste konklusioner (Booth, 2010, Frandsen et al., 2014). Den systematiske litteratursøgning blev dermed anvendt med det formål at identificere relevant litteratur til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet. Ved en systematisk litteratursøgning identificeres litteraturen ud fra en specifik søgestrategi, in- og eksklusionskriterier og kvalitetsvurdering med anerkendte tjeklister herfor (Stenbæk, Jensen, 2007). En søgeprotokol er et væsentligt redskab for at dokumentere denne proces (Buus et al., 2008, Stenbæk, Jensen, 2007) samt for at øge reproducerbarheden og skabe gennemsækelighed (Stenbæk, Jensen, 2007). Søgeprotokollen forstås som en eksplicit, struktureret oversigt over indsamlingen af den information, der skal besvare undersøgelsesspørgsmålet (Stenbæk, Jensen, 2007, Frandsen et al., 2014). Søgeprotokollen og den metodiske fremgangsmåde for den systematiske litteratursøgning, dokumenteres i det følgende samt i bilag 5.

Valg af databaser

Databaser er emnespecifikke og indeholder forskellige emneområder, hvorfor valget af databaser afhænger af undersøgelsesspørgsmålet (Buus et al., 2008). For at afdække undersøgelsesspørgsmålet ud fra et flervidenskabeligt perspektiv tilvælges databaser, som indeholder en bred vifte af human-, natur- og samfundsvidenskabelig litteratur. Det var derfor relevant at søge i flere databaser for at omfavne alle discipliner fra et flervidenskabeligt perspektiv (Lund et al., 2014, Buus et al., 2008). Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i databaserne PubMed, Embase, PsycInfo, Cinahl og Scopus.

PubMed og Embase er store sundheds- og biomedicinske databaser, som omfavner en bred vifte af biomedicinske artikler og sundhedsrelateret forskning (PubMed n.d., Elsevier, n.d.a, Lund et al., 2014). Det blev derfor forventet, at databaserne bidrog med et naturvidenskabeligt perspektiv til problemstillingen samt viden, som kunne relateres til almen praksis. Cinahl indeholder et udsnit af sygepleje- og sundhedsfaglig litteratur (EBSCO, n.d.), og det blev forventet, at databasen kunne bidrage med humanvidenskabelig litteratur samt viden om sundhedspersonalet i almen

praksis. PsycInfo indeholder litteratur inden for psykologien samt samfunds-, adfærds- og sundhedsvidenskab (APA PsycNET, n.d.), og databasen blev dermed forventet at bidrage med samfundsvidenskabelig litteratur samt et social- og adfærdsmæssigt perspektiv på forandring i almen praksis. Slutteligt blev databasen Scopus medtaget. Scopus indeholder sundheds- og samfundsvidenskabelig, praksisorienteret og tværdisciplinære forskningsartikler (Elsevier, n.d.b, Burnham, 2006). Databasen blev forventet at bidrage med praksisorienteret litteratur om problemstillingen.

Søgestrategi

En systematisk litteratursøgning bør organiseres ved en bloksøgning med afsæt i forskningsspørgsmålet (Buus et al., 2008). Med udgangspunkt i specialets andet undersøgelsesspørgsmål blev tre blokke identificeret: *forandring*, *almen praksis* og *sundhedsprofessionelle*. Blokken ‘forandring’, anvendes eftersom *introduktion og støtte*, betragtes som en forandring. Blokken ‘almen praksis’ anvendes, da almen praksis anses som konteksten for forandringen. Blokken ‘sundhedsprofessionelle’ anvendes, da sundhedsprofessionelle anses som målgruppen for denne forandring.

Det er i opbygningen af hver blok væsentligt, at alle synonymer identificeres (Stenbæk, Jensen, 2007). Med inspiration fra den indledende litteratursøgning blev relevante termer og synonymer således identificeret. Til at fokusere søgningen samt at identificere præcise termer, anvendes databasernes kontrollerede emneord. Kontrollerede emneord er fordelagtige at anvende, da studier, som anvender relaterede termer, ligeledes identificeres (Stenbæk, Jensen, 2007). Kontrollerede emneord er emner, som er præcist defineret af databasen, og som hvert studie tildeles for at sikre en ensartet indeksering (Buus et al., 2008, Stenbæk, Jensen, 2007). Anvendelse af databasernes kontrollerede emneord sikrer et søgeresultat med flere relevante artikler, hvilket øger præcisionen (Lund et al., 2014). Foruden identifikation af kontrollerede emneord blev fritekstsøgning ligeledes anvendt. I fritekstsøgning søges efter “frie” ord og anvendes for at identificere de studier, der ikke er blevet indekseret og tildelt kontrollerede emneord (Stenbæk, Jensen, 2007, Buus et al., 2008) og for at sikre, at alle relevante studier identificeres i søgningen (Stenbæk, Jensen, 2007), hvilket øger præcisionen i søgningen (Buus et al., 2008). Der blev i disse fritekstsøgninger ligeledes anvendt frasesøgning og trunkering. Frasesøgning af fritekst termer anvendes for, at søgeordene står i nøjagtig den rækkefølge, de er skrevet i (Rasmussen, Remvig & Wien, 2017). Dette blev f.eks. anvendt ved “*health personnel*” som illustreret i tabel 2. Trunkering anvendes i slutningen af et søgeord for at søge på alle de mulige endelser, som kan findes på dette ord i databa-

sen (Buus et al., 2008, Lund et al., 2014, Stenbæk, Jensen, 2007). Trunkering angives ved en asterisk (*) som f.eks. ved *readiness to change** i tabel 2.

I hver af de valgte databaser blev kontrollerede emneord samt fritekstord og -søgninger relateret til den overordnede blok således identificeret. Da hver database har forskellige kontrollerede emneord (Stenbæk, Jensen, 2007), blev hver afsøgt efter databasens emneord og funktioner. Af samme årsag krævede hver database hver sin søgestrategi (Stenbæk, Jensen, 2007). Scopus indeholder ikke kontrollerede emneord (Elsevier, n.d.b), hvorfor søgningen i netop denne database består alene af fritekstsøgninger. Søgestrategien for hver database ses i bilag 5.

Til at søge en kombination af de opstillede blokke, blev boolske operatorer anvendt. Boolske operatorer fungerer som en måde at udvide søgningen (OR) og indskrænke søgningen (AND) (Buus et al., 2008, Lund et al., 2014, Stenbæk, Jensen, 2007, Rienecker, Jørgensen, 2014) og er velegnet til bloksøgning (Buus et al., 2008). Hver blok blev dermed afsøgt separat ved anvendelsen af den boolske operatorer “OR” for at kombinere de valgte kontrollerede emneord og fritekstsøgninger inden for hver blok. Ved anvendelsen af den boolske operatorer “OR” indikeres, at de fremsøgte artikler indeholder ét af de forskellige synonymmer og udvider dermed søgningen (Buus et al., 2008). De tre blokke blev derefter afsøgt og kombineret på tværs med den boolske operatorer “AND” for at binde blokkene sammen. Ved anvendelsen af den boolske operatorer “AND” indikeres, at de fremsøgte artikler indeholder alle blokkene og indskrænker dermed søgningen (Buus et al., 2008). I tabel 2 illustreres brugen af boolske operatorer.

Tabel 2 viser en oversigt over bloksøgning med facetter og boolske operatoren for PubMed

Søgningen i PubMed		
Blok 1: <i>Forandring</i>	Blok 2: <i>Almen praksis</i>	Blok 3: <i>Sundhedsprofessionelle</i>
Kontrollerede emneord: Change management	Kontrollerede emneord: Primary health care [NoExp] General practice	Kontrollerede emneord: Health Personnel [NoExp]
Fritekst: "Readiness to change" "Readiness for change" "Change response*" "Change in practice" "Change management" "Attitude to change"	Fritekst: "Health care" "Primary care" "Primary health care" "General practice" "Family practice"	Fritekst: "Health personnel" "Health professional*" "Health staff"
OR: 4.886	OR: 1.116.178	OR: 233.328
AND = 224		

In- og eksklusionskriterier

Forud for den systematiske søgning blev in- og eksklusionskriterier opstillet. Faste in- og eksklusionskriterier bidrog til, at udvælgelsesprocessen var transparent og reproducerbar (Lund et al., 2014). Formålet med at definere in- og eksklusionskriterierne var at sikre et mere præcist og overskueligt søgeresultat, samt at fremsøgte artikler, som var relevante til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet, blev udvalgt (Buus et al., 2008, Stenbæk, Jensen, 2007). De opstillede in- og eksklusionskriterier illustreres i tabel 3. Inklusionskriterier skulle sikre, at studierne var overførbare til almen praksis i en dansk kontekst, som relaterede sig til forandringer for sundhedsprofessionelle heri, da dette er konteksten og målpopulationen for tiltaget med introduktion og støtte. Inklusionskriterierne var ydermere sprog (dansk, engelsk, norsk og svensk) samt publicering efter 2010. Disse inklusionskriterierne blev opstillet med det formål at inkludere studier var på et sprog, som specialegruppen mestrede, samt nyere forskning, som var tidssvarende. Studier blev ekskluderet, hvis studiet havde fokus på en specifik sygdom eller en specialiseret afdeling af sundhedsvæsenet. Disse eksklusionskriterier blev opstillet for at sikre overførbare af studier-

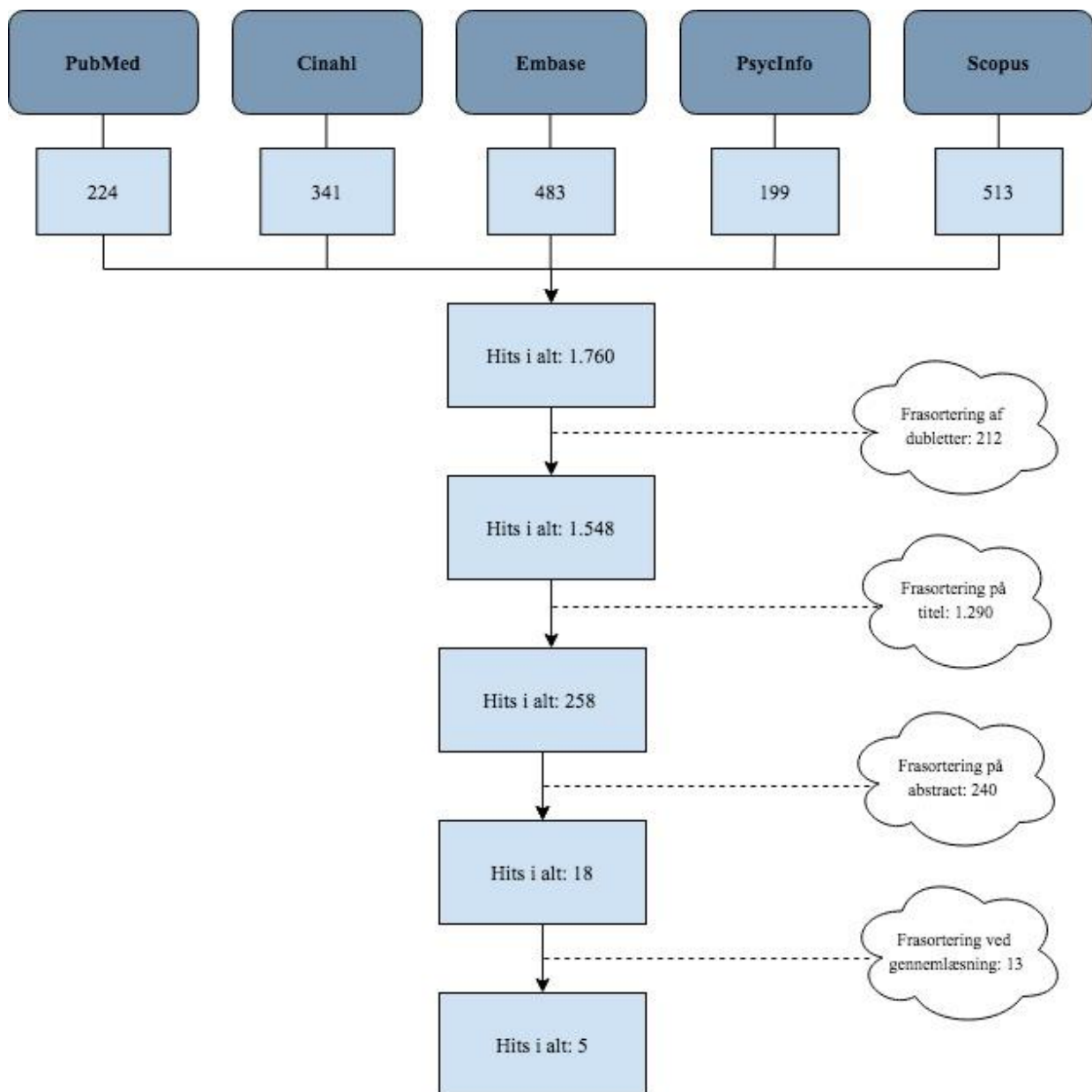
ne til almen praksis. In- og eksklusionskriterierne ligger til grund for udvælgelsesprocessen af de fundne studier.

Tabel 3 viser inklusions- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af de fremfundne studier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Studier, der kan overføres til almen praksis i en dansk kontekst • Studier, der er relateret til ændringer for sundhedsprofessionelle • Sprog: engelsk, dansk, norsk, svensk	• Specialiseret afdeling af sundhedsvæsenet • Relateret til specifikke sygdomme

Udvælgelsesprocessen af studier

Udvælgelsen af studier kan med fordel opdeles i flere faser (Stenbæk, Jensen, 2007, Buus et al., 2007, Frandsen et al., 2014). Udvælgelsesprocessen foregik derfor over fire faser. Disse faser illustreres i figur 4, der viser et flowchart over udvælgelsesprocessen. I udvælgelsesprocessens første fase blev alle studier fra de inkluderede databaser samlet, og ved hjælp af et referencehåndteringsprogram, blev dubletter på tværs af databaserne fjernet. Dette efterlod 1.548 artikler tilbage. I de tre sidste faser tog udvælgelsen udgangspunkt i de opstillede in- og eksklusionskriterier. I udvælgelsesprocessens anden fase blev artiklerne screenet på titel. Denne sortering efterlod 258 artikler tilbage. I udvælgelsesprocessens tredje fase blev artiklerne screenet på baggrund af abstract. Herefter blev 18 artikler medtaget til udvælgelsesprocessen fjerde og sidste fase. I denne fase blev artiklerne gennemlæst. Efter fjerde fase blev 5 artikler medtaget til litteraturstudiet. Under udvælgelsesprocessens fire faser har minimum to af specialegruppens medlemmer været til stede, og ved uenighed er det tredje medlem af gruppen involveret i beslutningen.



Figur 4 viser et flowchart for udvælgelsesprocessen af de identificerede studier

5.3.3 Kvalitetsvurdering af udvalgte studier

Sidste del af den systematiske litteratursøgning er en kvalitetsvurdering af de udvalgte studier (Frandsen et al., 2014, Stenbæk, Jensen, 2007, Lund et al., 2014). Formål med dette er at vurdere troværdigheden af resultaterne på baggrund af potentielle metodiske fejl i studierne (Lund et al., 2014, Jørgensen, 2007). For at vurdere studierne objektivt samt på en måde, som kan reproducere og dokumenteres, blev der anvendt tjeklister til denne kvalitetsvurdering. Disse tjeklister sik-

rer, at alle essentielle dele ved det pågældende studiedesign er afrapporteret for at muliggøre en kvalitetsvurdering af studiet og dermed vurdere troværdigheden (Lund et al., 2014, Jørgensen, 2007). Fire af de udvalgte studiers kvalitet blev kritisk vurderet ved anvendelsen af Joanna Briggs Institutes (JBI) kritiske vurderingstjeklister, og ét af de udvalgte studier blev kvalitetsvurderet ved anvendelsen af en tjekliste fra National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Kvalitetsvurderingen blev foretaget uafhængigt af to gruppemedlemmer, der efterfølgende sammenlignede og sammenfattede deres vurdering. Dette blev gjort med det formål om at sikre objektivitet i vurderingen (Stenbæk, Jensen, 2007). Ved uenighed herimellem blev et tredje gruppemedlem inddraget. Kvalitetsvurderingen af de fem udvalgte studier findes i bilag 6.

5.3.4 Analyse af systematisk litteratursøgning

Til analyse af de udvalgte studier fra litteratursøgning blev en tematisk analysestrategi anvendt for at tematisere de fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen af en forandring i almen praksis. Den tematiske analysestrategi tog udgangspunkt i en tematisering af studierne fund ud fra ligheder i fundene. Efter studierne fund blev tematiseret efter ligheder, blev det overordnet tema herfor udledt, hvilket dannede temaerne for analysen af det systematiske litteraturstudie.

5.4 Basalt, kvalitativt forskningsdesign

Det basale kvalitative forskningsdesign har til formål at bidrage med viden om, hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer der har betydning for, at de sundhedsprofessionelle i almen praksis implementere introduktion og støtte til borgernes anvendelse af 'Min Læge'. If. Sharan B. Merriam og Elizabeth J. Tisdell (2016) har det basale, kvalitative forskningsdesign til formål at afdække, forstå og fortolke, hvordan mennesker fortolker deres oplevelser, samt hvilken betydning disse oplevelser tillægges. Det kvalitative forskningsdesign er dermed anvendeligt til at forstå de sundhedsprofessionelles perspektiv og oplevelser med fænomenet, hvorfor dette design vurderes relevant til besvarelsen af specialets tredje undersøgelsesspørgsmål.

5.4.1 Individuelle interviews

Til indsamling af viden om de sundhedsprofessionelles perspektiver og holdninger, blev individuelle interviews anvendt som dataindsamlingsmetode. Individuelle interviews er brugbare for at

få indsigt i personlige opfattelser og perspektiver (Giacomini, Cook, 2000), hvormed det individuelle interview giver mulighed for at afdække, forstå og fortolke, hvordan bestemte individer oplever specifikke fænomener (Tanggaard, Brinkmann, 2015). Individuelle interviews blev derfor anvendt som dataindsamlingsmetode for at opnå viden om, hvordan de sundhedsprofessionelle forstår og fortolker implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis.

5.4.2 Interviewguide

Forud for de individuelle interviews, blev en interviewguide udformet. Anvendelsen af en interviewguide har til formål at sikre en struktur i spørgsmål og temaer, som skulle berøres og debatteres under interviewet (Tanggaard, Brinkmann, 2015). Interviewguiden blev udformet med afsæt i en semistruktureret interviewguide. En semistrukturerede interviewguide muliggør en grad af struktur i interviewet, samtidig med at der bibeholdes en fleksibilitet, hvor informanterne har mulighed for at udtrykke sig ud over spørgsmålene (Giacomini, Cook, 2000, Tanggaard, Brinkmann, 2015). Dermed bidrog den semistruktureret interviewguide med vis grad af struktur i interviewene for at sikre, at de relevante emner og spørgsmål blev berørt, samtidig med at informanten gives muligheden for at svare frit. Eftersom specialegruppen havde en antagelse, om at almen praksis er et travlt erhverv, blev det prioriteret, at interviewene maksimalt måtte vare 40 minutter for at øge rekrutteringsmulighederne. Der skulle derfor tages højde for denne tidsramme i udarbejdelsen af interviewguiden. Interviewguiden findes i bilag 7.

Den semistrukturerede interviewguide blev udarbejdet ved en opbygning med ‘forsknings-spørgsmål’, dertilhørende ‘interviewspørgsmål’ og forslag til ‘opfølgende spørgsmål’. Interviewguidens forskningsspørgsmål dækkede over de spørgsmål, som der søges svar på for at kunne bidrage til at belyse specialets tredje undersøgelsesspørgsmål. De blev dernæst operationaliseret da disse typisk er mere abstrakte end de konkret interviewspørgsmål, som bør være mere beskrivende, mundrette og ligefremme (Tanggaard, Brinkmann, 2015). Interviewspørgsmålene har således til formål at formidle forskningsspørgsmålene i et sprog, som informanten nemmere kan forstå og forholde sig til. Til hvert interviewspørgsmål blev der ligeledes angivet forslag til opfølgende spørgsmål. Opfølgende spørgsmål anvendes med det formål at holde fortællingen i gang og uddybe dimensioner af beskrivelserne (Tanggaard, Brinkmann, 2015).

Pilottest

Forud for interviewene blev interviewguiden pilottestet. En pilottestning har til formål at teste, om spørgsmålene er forståelige; om spørgsmålenes rækkefølge er relevant; at teste interviewerens spørgeteknik, håndtering af interviewet og interviewets varighed (Merriam, Tisdell, 2016). Interviewguiden blev pilottestet på tre personer fra specialegruppen eget netværk. Med afsæt i feedbacken fra de udførte pilottest, blev enkelte spørgsmål revideret i den endelige interviewguide, og for at overholde den forudbestemte tidsramme på maksimalt 40 minutter, blev enkelte spørgsmål fjernet.

5.4.3 Inklusionskriterier for udvælgelse og rekruttering af informanter

Inden rekrutteringen blev inklusionskriterier fastsatte. Inklusionskriterierne skulle danne grundlaget for rekrutteringen af informanterne. På baggrund af at hensigten var at få indsigt i sundhedsprofessionelles perspektiver og opfattelser til fænomenet, som en implementering af introduktion og støtte vil være, inkluderes sundhedsprofessionelle med ansættelse i en almen praksis, som anvender 'Min Læge' applikationen. Det kunne derfor både være praktiserende læger, lægesekretærer, sygeplejersker, bioanalytikere eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder i en almen praksis. Det sås ligeledes væsentligt, at den almene praksis, hvori de sundhedsprofessionelle arbejder, havde 'Min Læge'-applikationen tilknyttet til deres patientportalssystem.

Med udgangspunkt i at det i litteraturstudiet blev fundet, at praksisstørrelsen, opgjort i antal ansatte, og beliggenheden var af betydning for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed (Grady et al., 2021), blev der søgt at rekruttere informanter fra almene praksisser med både få og mange ansatte og med beliggenhed i både udkants- og i storbyer. Ligeså ønskedes det at rekruttere informanter fra almen praksis med forskellige professioner, idet litteraturen ikke er konsistent i, hvilken profession der skal varetage introduktionen og støtten. Disse tiltag gøres for at sikre *maximum variation*, som er en målrettet rekrutteringsstrategi. Anvendelsen af maximum variation som rekrutteringsstrategi sikrer diversitet og identificerer betydelige fælles mønstre, som går på tværs af diversiteten (Merriam, Tisdell, 2016). Dette foregår ved målrettet at vælge en bred vifte af individer for at få variation for de dimensioner, der er interessante (Merriam, Tisdell, 2016), som netop omfattede praksisstørrelse, beliggenhed og forskellige sundhedsprofessionelle. Denne rekrutteringsstrategi skulle derved bidrage med variation i informanterne.

Specialegruppen valgte at kontakte og rekruttere informanter digitalt for at undgå fysisk kontakt iht. de daværende gældende COVID-19-anbefalinger med minimering af social kontakt (Sundhedsstyrelsen, 2021). Ligeledes foregik al den digitale kontakt pr. e-mail. På baggrund af inklusionskriterierne og målet om maximum variation blev informanter forsøgt rekrutteret bl.a. gennem Nord-KAP, som har kontaktflade til og er en kvalitetsenhed for almene praksisser i Region Nordjylland (sundhed.dk, 2021). Gennem Google blev almene praksisser med en e-mail forsøgt opsporet og kontaktet. Via e-mail blev et rekrutteringsopslag medsendt for at give mulighed for et eventuel opslag i praksissen. Opslaget kan ses i bilag 8. Specialegruppen kontaktede ligeledes Forskningsenheden for Almen Praksis for hjælp til rekruttering af informanter, og slutteligt blev informanter forsøgt rekrutteret gennem specialegruppens eget netværk via sociale medier, hvor rekrutteringsopslaget blev delt. Der blev i alt rekrutteret to informanter.

5.4.4 Gennemførelse af interviews

Forud for interviewet blev informanten skriftligt informeret om interviewets formål og bedt om at underskrive en samtykkeerklæring. Informationsbrevet og samtykkeerklæringen findes i bilag 9 og 10. Interviewene blev gennemført over Zoom og pr. telefon for at overholde COVID-19-anbefalingerne at begrænse fysisk kontakt (Sundhedsstyrelsen, 2021) og varede henholdsvis 23 og 42 minutter. To af gruppens medlemmer var til stede under hvert interview, hvor et medlem fungerede som primær interviewer og et medlem som sekundær interviewer. Den sekundære interviewer skulle understøtte den primære interviewer for at sikre, at alle emner blev belyst. Interviewene startede med en kort briefing og afsluttende debriefing, som kan ses i bilag 7. Den indledende briefing havde til formål at informere om formålet med interviewet, praktiske oplysninger og om at informanten havde muligheden for at stille spørgsmål. Debriefingen skulle muliggøre, at interviewet rundes af og det sikres, at informanten ikke har spørgsmål eller ønsker at udbyde yderligere. Interviewene blev optaget på en audiooptager og gemt som en lydfil til efterfølgende transskribering fra mundtlig tale til skriftlig form.

5.4.5 Transskribering af interviews

Transskribering anses som en oversættelse fra den mundtlige dynamiske interaktion til det skriftlige sprog, hvorved forskeren kommer dybere i materialet (Tanggaard, Brinkmann, 2015). Audiooptagelserne blev således transskriberet til et nedskrevet skriftligt produkt, ved anvendelse af softwareprogrammet NVivo 11. Det var det samme gruppemedlem, der foretog transskriberin-

gerne, og for at have en klar erindring om interviewsamtalen blev transskriberingen udarbejdet dagen efter interviewene.

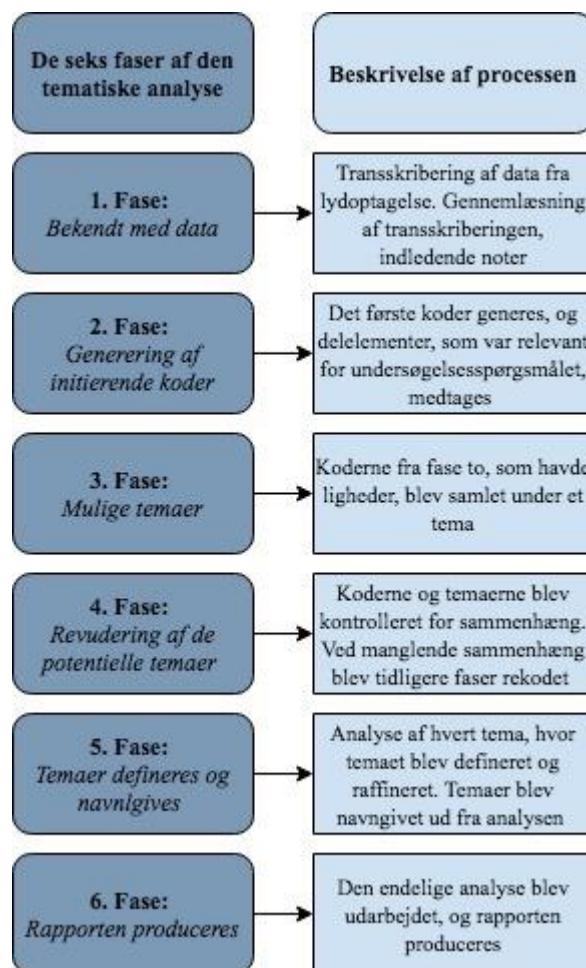
Til transskriberingen blev der udarbejdet og anvendt en transskriptionsguide, som skulle danne retningslinjerne for transskriberingen. Dette bidrager til en vis konsistens, systematik og gennemsigthed i forbindelse med transskriberingen (Tanggaard, Brinkmann, 2015). Da det var indholdet frem for det sproglige af interviewene, som var af interesse, blev det valgt ikke at transskribere, når der blev sagt “øh”, ufuldendte ord og lignende ordlyde, da dette kan skabe usammenhængende tekst (Tanggaard, Brinkmann, 2015). En detaljeret guide og dokumentation for specialets transskription findes i bilag 11.

5.4.6 Analysestrategi

Til analyse af empiri blev Virginia Braun og Victoria Clarkes (2006) tematiske analysestrategi anvendt. Den tematiske analyse giver en rig, detaljeret og kompleks analyse og rapportering af mønstre i empirien, hvilket betegnes som *temaer* (Braun, Clarke, 2006). Et tema indrammer dermed noget vigtigt i empirien, i relation til undersøgelsesspørgsmålet (Braun, Clarke, 2006). Ydermere er analysestrategien fleksibel, uafhængig af teori og epistemologi, hvorfor den er uafhængig af videnskabsteoretisk position (Braun, Clarke, 2006). På baggrund af dette blev den tematiske analyse vurderet som anvendelig, for analysen af den indsamlede empiri. Den tematiske analyse kan if. Braun og Clarkes (2006) anvendes til at analysere virkeligheden under overfladen, hvilket ses i tråd med specialets kritiske realistiske tilgang.

Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi omfatter seks faser, som illustreres i figur 5. Den første fase omfattede det at *gøre sig bekendt med data* (Braun, Clarke, 2006). Dette skete i forbindelse med de enkelte transskriberinger samt ved gruppemedlemmernes gennemlæsning af de to transskriptioner. På baggrund heraf var der fokus på, at blive bekendt med empirien på en måde, hvor idéer til initierende temaer og koder blev udforsket. Anden fase omfattede en *generering af initierende koder*, hvorved teksten brydes i delelementer (Braun, Clarke, 2006). Koder forstås som de mest basale segmenter af den rå empiri, der er relateret til fænomenet, og ved kodning organiseres empirien på en meningsfuld måde (Braun, Clarke, 2006). I denne initierende kodning blev tekstpassager af den rå empiri, som indeholdte lignende elementer, tildelt den samme farvekode. Efter al empiri var gennemgået, og der var skabt initierende koder, blev de forskel-

lige koder sorteret og samlet i potentielle temaer, hvilket er i tråd med den tredje fase af analysestrategien (Braun, Clarke, 2006). Derefter blev de identificerede potentielle temaer enkeltvis gennemgået for, om der var sammenhæng mellem disse temaer, samt rekodet, hvis det blev vurderet som nødvendigt. I denne proces blev der ligeledes dannet subtemaer under de identificerede hovedtemaer, hvis dette var relevant. Denne proces, der forstås som analysestrategiens fjerde fase, omfattede en *revurdering af de potentielle temaer* (Braun, Clarke, 2006). Efterfølgende blev temaerne defineret og navngivet. Navngivningen og definitionen tog udgangspunkt i essensen af indholdet i temaet, hvilket anses som den femte fase i den tematiske analyse (Braun, Clarke, 2006). Herefter afsluttes analysen med fase seks, hvor den endelige analyse produceres (Braun, Clarke, 2006). Denne fase fremgår i afsnit 6.3. Her blev kontekstuelle betingelser og virksomme mekanismer fremanalyseret inden for hvert tema. Hele analyseprocessen er foretaget i fællesskab af alle gruppemedlemmer. Et kodetræ for processen findes i bilag 12.



Figur 5 viser de seks faser i den tematiske analyse (Braun, Clarke, 2006)

5.5 Ethiske overvejelser

I det følgende vil der redegøres for de etiske overvejelser, som var forbundet med specialets kvantitative og kvalitative dataindsamlingsmetoder. Formålet er at klarlægge, hvilke internationale og nationale etiske standarder undersøgelserne skal overholde. De etiske overvejelser for den kvantitative og kvalitative undersøgelse tager derfor udgangspunkt i Helsinki-deklarationen og databeskyttelsesreglerne. If. Helsinki-deklarationen og Datatilsynet skal deltagernes privatliv og fortrolighed sikres (World Medical Association, 2018, Datatilsynet et al., 2017). Dermed blev lydfil og transskriptionen af de kvalitative interviews opbevaret på krypteret harddisk, og i forbindelse med transskriberingen blev informanterne anonymiseret ved, at navne og andre personidentificerbare oplysninger ikke fremgik i transskriberingen og analysen. For den kvantitative undersøgelse blev dette opnået ved, at data blev opbevaret og behandlet på et krypteret fjernskrivebord. I forbindelse med databearbejdningen blev der ved grupper med fire eller færre respondenter, angivet " ≤ 4 ". Udover disse fælles etiske overvejelser redegøres der i det følgende for de etiske overvejelser i relation til den kvantitative og dernæst den kvalitative undersøgelse.

5.5.1 Ethiske overvejelser for tværsnitsundersøgelse

Det forekommer vigtigt at adskille, hvem der er databehandler og dataansvarlig, da der ikke er de samme krav til dem (Datatilsynet, Justitsministeriet, 2017). Den dataansvarlige bestemmer, hvilke formål og hjælpemidler der må anvendes til at behandle personoplysninger, hvorimod databehandleren udfører behandlingen af personoplysningerne på vegne af den dataansvarlige (Datatilsynet, Justitsministeriet, 2017). På baggrund af denne forståelse anses specialgruppen som databehandleren, og dermed vil der blive indgået en databehandleraftale med tilbagevirkende kraft med den dataansvarlige. I denne forbindelse vil specialegruppen som databehandler underskrive en tro- og loveerklæring om, at kun relevant data i datasættet ville blive tilgået iht. det aftalte formål med analysen. Dette blev imødekommet ved, at der blev udarbejdet en detaljeret analyseplan forud for analysen. Databehandleraftalen findes i bilag 1.

5.5.2 Ethiske overvejelser for kvalitative interview

Kvale og Brinkmann (2015) fremskriver at det vigtigt at overveje flere etiske elementer i forbindelse med en kvalitativ undersøgelse. Et etisk aspekt, som bør overvejes er indhentelsen af *infor-*

meret samtykke, hvor deltagerne bl.a. informeres om, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen (Kvale, Brinkmann, 2015, Brinkmann, 2015). Dette understøttes ligeledes af Helsinki-deklarationen (World Medical Association, 2018) samt Datatilsynet (Datatilsynet et al., 2017, Datatilsynet, 2019). Der blev derfor udarbejdet en samtykkeerklæring i forbindelse med interviewene. Samtykkeerklæringen findes i bilag 10. Udarbejdelsen af samtykke tog udgangspunkt i Datatilsynets vejledning (2019), som fremskriver, at der i en samtykkeerklæring bl.a. bør være fokus på, hvem der er dataansvarlig, frivillighed, formålet med interviewundersøgelsen og retten til at tilbagetrække samtykke. Derudover bør der gøres etiske overvejelser om, hvilke konsekvenser deltagerne kan opleve ved at deltage i forskningsprojektet (Kvale, Brinkmann, 2015, Brinkmann, 2015). Det blev af specialegruppen vurderet, at der ingen betydelige konsekvenser var forbundet med deltagelse i interviewene, hvorfor dette ikke fremgik i samtykkeerklæringen. Forskeren kan ikke undgå at blive påvirket af sine egne holdninger, værdier og fordomme, hvorved forskeren bør blive bekendt med, hvordan forskerens handlinger påvirkes heraf (Kvale, Brinkmann, 2015). Dette blev imødekommet ved, at specialegruppens tre medlemmer afholdt et møde herom før udarbejdelsen af interviewguiden.

Slutligt foreskrives det i databeskyttelsesforordningen, at personoplysninger skal slettes eller anonymiseres, når der ikke længere er behov for dem (Datatilsynet et al., 2017). Dette blev imødekommet ved, at lydfilen blev slettet, da transskriberingen heraf var færdiggjort, og efter endt eksamen blev transskriberingen ligeledes slettet.

6.0 Resultater og analyse

I det følgende afsnit vil resultaterne af tværsnitstudiet, det systematiske litteraturstudie samt de kvalitative interviews blive præsenteret og analyseret.

6.1 Kvantitativ analyse

Følgende afsnit har til formål at præsentere den deskriptive og analytiske statistisk, som er foretaget i STATA 16. Analysen af den deskriptive og analytiske statistisk bidrager dermed til at besvarelse af specialet første undersøgelsesspørgsmål.

6.1.1 Deskriptiv analyse

I tabel 4 præsenteres et overblik over personkarakteristika for den samlet stikprøve samt personer med høje og lave sundhedskompetencer. Af tabellen fremgår fordelingen af stikprøven i absolutte tal med tilhørende procentværdier for den samlet stikprøve samt de stratificerede digitale sundhedskompetencer. Stikprøvens karakteristika viser, at fordelingen af mænd og kvinder var henholdsvis 43% og 57% i stikprøven, hvorved der er en mindre underrepræsentation af mænd i indeværende stikprøve. Der ses dog en overrepræsentation af respondenter i aldersgruppen 41-64 år ved 47% ift. de 17%, som er i aldersgruppen 18-40 år, og dem over 75 år, hvor der er 10%. Ydermere viser karakteristika for stikprøven, at der er få, der anvender digitale patientportaler mere end én gang om ugen, da dette gør sig gældende for 9%, hvorimod 91% anvender digitale patientportaler mindre end én gang om ugen. Det samme gør sig gældende ved henholdsvis dem med lave og høje sundhedskompetencer. Yderligere forekommer det, at der en lav andel, som er født i et andet land end Danmark, hvorved størstedelen (95%) af stikprøven er født i Danmark. Samme fordeling gør sig gældende, for grupperne med henholdsvis lave og høje sundhedskompetencer. I den samlet stikprøve forekommer det, at 14% har grundskole eller gymnasial uddannelse, hvor 39% har en erhvervs- eller kort videregående uddannelse, og 47% har mellemlang eller lang uddannelse. Der ses dermed en lavere andel i indeværende stikprøve, som har grundskole eller en gymnasial uddannelse. For personer med lave digitale sundhedskompetencer har 37% en mellemlang- til lang videregående uddannelse, hvor dette gør sig gældende for 55% af dem med høje digitale sundhedskompetencer. Der er dermed flere med længerevarende videregående uddannelse i gruppen med høje digitale sundhedskompetencer. For personer med lave digitale

sundhedskompetencer ses det derimod, at størstedelen har en erhvervs- eller kort videregående uddannelse (46%), hvorimod 34% af personerne med høje digitale sundhedskompetencer har dette uddannelsestrin.

Tabel 4 viser en deskriptiv tabel over personkarakteristika for stikprøven samt personer med høje og lave sundhedskompetencer

	Samlet stikprøve N=3070 (%)	Lave digitale sundhedskompetencer n=1324 (%)	Høje digitale sundhedskompetencer n=1746 (%)
<i>Eksposering</i>			
Social støtte			
God social støtte	910 (30)	296 (22)	614 (35)
Moderat social støtte	1592 (52)	704 (53)	888 (51)
Dårlig social støtte	568 (18)	324 (25)	244 (14)
<i>Outcome</i>			
Digital patientportaler			
≥ én gang om ugen	278 (9)	99 (7)	179 (10)
< én gang om ugen	2792 (91)	1225 (93)	1567 (90)
<i>BaggrundsvARIABLE</i>			
Køn			
Mand	1304 (43)	618 (47)	686 (39)
Kvinde	1766 (57)	706 (53)	1060 (61)
Aldersgrupper			
18-40 år	523 (17)	190 (15)	333 (19)
41-64 år	1451 (47)	558 (42)	893 (51)
65-74 år	801 (26)	414 (31)	387 (22)
≥75 år	295 (10)	162 (12)	133 (8)
Uddannelse			
Grundskole og gymnasial uddannelse	425 (14)	230 (17)	195 (11)
Erhvervs- eller kort videregående uddannelse	1206 (39)	607 (46)	599 (34)
Mellemlang eller lang videregående uddannelse	1439 (47)	487 (37)	952 (55)

Etnicitet			
Født i Danmark	2924 (95)	1277 (96)	1647 (94)
Født i et andet land end Danmark	146 (5)	47 (4)	99 (6)

6.1.2 Logistisk regressionsanalyse

Tabel 5 præsenterer analysen for den udførte Likelihood Ratio test. Denne test bidrager til at belyse, hvorvidt baggrundsvariablerne fungerer som interaktion mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler i hvert strata, som er henholdsvis høje og lave digitale sundhedskompetencer. Af tabel 5 ses ingen af p-værdierne under 0,05. Dette er et udtryk for, at den ene regressionsmodel ikke kan forklare sammenhængen bedre end den anden regressionsmodel. Dette understøttes af R2-værdierne, som fremgår i tabellen. Det ses f.eks. ved test for interaktion ved køn for dem med høje digitale sundhedskompetencer, at R2-værdien stiger fra 0,005 i model 1 til 0,006 i model 2. Der forekommer dermed ikke en betydelig ændring af R2-værdien, på trods af en stigning på ét decimal. Det tolkes derfor, at regressionsmodel 2 ikke i betydelig grad, kan forklare mere af variationen end regressionsmodel 1. Dermed påvirker ingen af baggrundsvariablerne associationen mellem eksponering og outcome, og der er således ikke tale om interaktion. Da *uddannelse* og *køn* dermed ikke identificeres som interaktion, medtages variablerne som mulige confoundere til den logistiske regression. På trods af at der ingen tegn er på, at baggrundsvariablerne *alder* og *etnicitet* fungerer som interaktion, medtages disse alligevel til den logistiske regression, da variablerne if. litteraturen er identificeret som mulige effektmodifikatorer. Alle baggrundsvariablerne medtages derfor til den logistiske regression.

Tabel 5 Test for interaktion, som er stratificeret for lave og høje digitale sundhedskompetencer ved at anvende Likelihood Ratio test (R2 og p-værdi)

	Lave digitale sundhedskompetencer	Høje digitale sundhedskompetencer
Køn		
R2 model 1	0,009	0,005
R2 model 2	0,011	0,006
p-værdi	0,39	0,53
Alder		
R2 model 1	0,015	0,008
R2 model 2	0,019	0,015
p-værdi	0,89	0,24
Etnicitet		
R2 model 1	0,015	0,0099
R2 model 2	0,017	0,010
p-værdi	0,51	0,96
Uddannelse		
R2 model 1	0,002	0,009
R2 model 2	0,011	0,010
p-værdi	0,18	0,72

I tabel 6 præsenteres resultaterne af den logistiske regressionsanalyse. Af tabellen fremgår det, at den justeret OR ikke betydeligt afviger fra den ujusteret OR, når der justeret enkeltvis for *uddannelse* og *køn*. Det antages dermed, at *uddannelse* og *køn* ikke er confoundere. På trods af dette justeres der alligevel for disse som confoundere i den samlet justeret model, da de er identificeret som mulige confoundere i litteraturen. Af den logistiske regressionsanalyse fremgår det, at to af p-værdierne er under 0,05. For personer med høje digitale sundhedskompetencer, viser analysen, at, når der kun justeres for *uddannelse*, har dem med dårlig social støtte 1,79 større risiko for at anvende digitale patientportaler mindre end én gang om ugen sammenlignet med dem, som har god social støtte. P-værdien på 0,046 indikerer, at denne sammenhæng er signifikant. Det samme gør sig gældende, når der justeres for *etnicitet* som interaktionsled. Analysen viser dog, at sammenhængen ikke længere er signifikant, når der justeres for alle baggrundsvariablerne. Dette kan

både udledes af p-værdien, som er over 0,05, men også af konfidensintervallet på 0,71-10,98. Konfidensintervallet krydser 1, hvorved det ikke kan afgøres, om social støtte er en beskyttende faktor eller en risikofaktor for anvendelsen af digitale patientportaler. Ved alle estimerne i den samlede justeret model ses der en tendens til, at OR er over 1, som indikerer at det er en risikofaktor. Ikke desto mindre kan det ikke bekræftes, at moderat og dårlig social støtte er risikofaktorer, da p-værdierne ikke er signifikante, og da alle tilhørende konfidensintervaller krydser 1, hvorved de både kan være beskyttende faktorer eller risikofaktorer.

Tabel 6 Logistisk regressionsanalyse for social støtte og digitale kontakt med sundhedsvæsenet stratificeret efter digitale sundhedskompetencer ujusteret samt justeret for baggrundsvARIABLENE, hvor god social støtte er referencegruppen (OR (95%-konfidensinterval), p-værdi)

Anvendelsen af digitale patientportaler						
	Ujusteret model	Justeret for køn	Justeret for uddannelse	Justeret for interaktionen alder	Justeret for interaktionen etnicitet	Samlet justering +
<i>Lave digitale sundhedskompetencer</i>						
Moderat social støtte	0,81 (0,48-1,37) p=0,43	0,78 (0,46-1,32) p=0,36	0,81 (0,48-1,37) p=0,43	1,38 (0,44-4,28) p=0,58	0,78 (0,44-1,35) p=0,37	1,34 (0,41-4,35) p=0,62
Dårlig social støtte	1,05 (0,55-1,97) p=0,89	0,99 (0,53-1,88) p=0,98	1,05 (0,55-1,98) p=0,89	1,16 (0,32-4,13) p=0,82	1,06 (0,54-2,08) p=0,86	1,19 (0,31-4,60) p=0,80
<i>Høje digitale sundhedskompetencer</i>						
Moderat social støtte	0,98 (0,71-1,37) p=0,92	0,97 (0,69-1,35) p=0,85	1,01 (0,72-1,41) p=0,96	1,21 (0,63-2,33) p=0,57	1,00 (0,71-1,42) p= 0,995	1,21 (0,62-2,37) p=0,57
Dårlig social støtte	1,72 (0,97-3,02) p=0,06	1,71 (0,97-3,01) p=0,07	1,79 (1,01-3,16) p=0,046*	2,21 (0,62-7,84) p=0,22	1,86 (1,00-3,47) p=0,049*	2,80 (0,71-10,98) p=0,140

+ Justeret for køn og uddannelse som confounder samt justeret for alder og etnicitet som interaktionen

* indikere at p-værdien er signifikant

På baggrund af den analytiske, statistiske analyse vil de to alternative hypoteser analyseres. Formålet med denne analyse er at bidrage til at afgøre, hvorvidt de to alternative hypoteser skal accepteres eller forkastes.

For de alternative hypoteser 1 og 2, viser analysen ingen signifikante associationer. De to alternative hypoteser må dermed forkastes, og nulhypoteserne accepteres. Der findes ingen signifikante p-værdier, hvilket udtrykker, at der ikke findes nogen signifikant sammenhæng mellem eksponering og outcome. Analysen viser dertil, at ingen af baggrundsvariablerne *alder*, *etnicitet*, *uddannelse* og *køn* fungerede som interaktion eller confoundere i denne association. Resultaterne fra analysen bidrager således til besvarelsen af specialet første undersøgelsesspørgsmål om sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler blandt personer med lave og høje digitale sundhedskompetencer. Analysen viser, at social støtte ikke har nogen signifikant sammenhæng med anvendelsen af digitale patientportaler, hverken blandt personer med lave eller høje digitale sundhedskompetencer.

6.2 Analyse af systematisk litteratursøgning

I det følgende præsenteres resultaterne og analysen af den systematiske litteratursøgning. De seks udvalgte studier har til formål at bidrage med viden om, hvilke fremmende og hæmmende faktorer der if. forskningslitteraturen er, for at skabe en forandring hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis. Dermed bidrager litteraturstudiet til besvarelsen af specialets andet undersøgelsesspørgsmål. I det følgende præsenteres karakteristika for de udvalgte studier, centrale forhold fra kvalitetsvurderingen samt en analyse af studiernes resultater. Karakteristika for de enkelte studier præsenteres for at skabe et indledende overblik over studiernes formål, design, metode og resultater. Dette overblik ses i tabel 7. Centrale forhold fra kvalitetsvurderingen præsenteres med det formål, at belyse de udvalgte studiers kvalitet og relevans for specialets undersøgelse. Slutteligt dannes en syntese af resultaterne, med det formål, at identificere fremmende og hæmmende faktorer for implementering af en forandring hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis.

Tabel 7 viser en oversigt for karakteristika over de udvalgte studier

Titel	Formål	Design & metode	Resultater
<i>"Ready for Change? The Role of Physician and Staff Engagement, Burnout, and Workplace Attributes"</i> (Hung, D. & Chen, P.H. 2017)	(1) at undersøge associationer mellem forandringsparathed og arbejdsrelaterede karakteristika blandt læger og andet personale, inden implementeringen af 'Lean'-baserede forbedringer; (2) at udforske effekten af Lean-forandringer på individuelle oplevelser af arbejdet (3) at forstå, hvordan frontpersonale og de betingelser, de arbejder under, kan forbedres mest effektivt, når der indføres procesforbedringer inden for sundhedsvæsenet	Tværsnitsstudie Spørgeskema, som blev udleveret inden implementeringen til 46 afdelinger på tværs af et stort, amerikansk, nonprofit ambulans plejehandling plejesystem, der er i gang med implementering af 'Lean'-redesign i praksis I alt 343 læger og 590 andet personale deltog	Et højt niveau af læge-engagement i form af personlig motivation var associeret med forandringsparathed i stort set alle domæner, herunder oplevet hensigtsmæssighed af Lean-forandringer, forventede fordele, oplevet støtte blandt ledere og respekterede kolleger samt effekt i implementeringen af Lean-forandringer ($P<0,05$). Læge-engagement i form af arbejdstilfredshed var stærkt associeret med hvert aspekt af forandringsparathed (alle $P<0,01$). Jobrelateret udbrændthed i form af emotionel udmattelse var associeret med forandringsparathed, især afvigelses-domænet ($P<0,001$). Blandt andet personale var engagement i form af personlig motivation og arbejdstilfredshed associeret med overordnet forandringsparathed ($P<0,001$). Mere specifikt var personlig motivation associeret med næsten alle domæner for forandringsparathed, og arbejdstilfredshed var associeret med alle domæner ($P<0,05$). Emotionel udmattelse blandt andet personale var relateret til både større behov for forandring ($P<0,01$), men også mindre oplevet støtte og effekt i implementeringen af forandringer ($P<0,05$). Et højt niveau af teamwork i afdelingen var associeret med læge engagement især personlig motivation, og et højt niveau af deltagelse i beslutningstagen var associeret med både personlig motivation og arbejdstilfredshed blandt begge grupper ($P<0,10$). Travlhed og stress på klinikken var associeret med lavere arbejdstilfredshed blandt begge grupper samt lavere personlig motivation blandt andet personale ($P<0,01$). Erfaring med forandring i afdelinger var korreleret med større tilfredshed blandt alle og især lægerne ($P<0,05$). Andet personale i afdelinger med høje niveauer af deltagelse i beslutninger havde 64% lavere sandsynlighed for at føle sig emotionel udmattet ($P<0,05$), hvor dem i afdelinger med et højt niveau af travlhed eller stress havde næsten dobbelt så stor sandsynlighed for udbrændthed ($P<0,05$)

<i>"Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses" (Nilssen, P., et al. 2020)</i>	At undersøge karakteristika ved de forandringer af relevans for arbejdet hos sundhedsprofessionelle, som de anså for vellykkede	Kvalitativt forskningsdesign. Individuelle semistrukturerede interviews med 30 sundhedsprofessionelle (11 læger, 12 sygeplejersker, syv assisterende sygeplejersker) ansat i det svenske sundhedssystem Der er brugt en målrettet samplingsstrategi	En bottom-up tilgang er vigtig. Forandringer, som blev initieret af de sundhedsprofessionelle selv, var nemmest at implementere og mødte sjældent modstand blandt sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle er mest vidende om deres arbejde, hvorfor de optimalt kan identificere relevante problemer og identificere passende ændringer. At blive involveret i de tidlige stadier af processen og at være i stand til at have en påvirkning gennem forandringsprocessen bidrager til at forandringens succes. Dog opleves der udfordringer med at påvirke forandringer på grund af hierarkiet i sundhedsvæsenet og den store afstand til dem med magt over forandringerne. Kommunikation om information om forandringer har betydning, hvor forandringer, som blev implementeret uventet og/eller uden forudgående kommunikation herom ikke bliver støttet af de sundhedsprofessionelle. Væsentlig at kunne forstå behovet for organisatoriske forandringer, og hvordan det gavtede de sundhedsprofessionelle og/eller patienterne. Forandringen skal opleves meningsfuld og berettiget for at undgå at det skaber modstand. En succesfuld organisatorisk forandring skal have et patientfokus med tydelige fordele for patienterne.
<i>"Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses" (Nilssen, P., et al. 2019)</i>	At undersøge sundhedsprofessionelles respons på organisatoriske forandringer og forandringer på arbejdspladsen	Kvalitativt forskningsdesign Individuelle interviews, med en semistrukturerede guide blev anvendt Studiepopulationen var 30 sundhedsprofessionelle (11 læge, 12 sygeplejersker og 7 assisterende sygeplejerske) i 6 dele af den svenske sundhedssektor Der er brugt en målrettet samplingsstrategi	Involvering af de sundhedsprofessionelle, var afgørende for en forandring. De sundhedsprofessionelle udtrykte at engagement som kom fra den selv (bottom-up) var afgørende for forandring. Støtte til forandring. Vigtigheden af at have en forståelse af hvorfor forandringen skal ske, blev fremhævet. Derimod en forandring ikke de sundhedsprofessionelles støtte, hvis forandringen blev anset som meningsløs, ikke var funderet i virkeligheden eller som blev anset spild af tid. Støtte fra de sundhedsprofessionelle blev også udtrykt hvis en forandring var velkommunikeret og forudsigelig, hvilket tillod at de sundhedsprofessionelle kunne forberede sig. Forandring som de ikke fik de rette informationer om, fik ikke denne støtte. De sundhedsprofessionelle støtter ikke en forandring hvor de blev holdt udenfor, og som kom pludselig og uventet. Ligegyldighed overfor forandring, som en respons på mange forandringer. Denne ligegyldighed kom til udtryk ved f.eks. mangel på interesse, mangel på engagement eller som modstand på forandring. Fysisk respons på forandring: som f.eks. udmattelse og træthed Ligegyldighed kom også til udtryk ved den sundhedsprofessionelle følelsesmæssige

			sige reaktion på forandring. De udtrykte negative følelser og disse følelser skaber vrede, frustration og inducerede stress. Passiv modstand på forandring, hvilket kom til udtryk ved klager og utilfredshed ved forandringen, bevidst reduceret deres arbejdsindsats og ambitioner samt ved at overveje at sige deres job op. Nogle sundhedsprofessionelle udtrykker aktiv modstand på forandringen, ved aktivt at flytte sig fra at skulle involveres i forandringen.
<i>"A Cross-Sectional Analysis of Primary Care Practice Characteristics and Healthcare Professionals' Behavioral Responses to Change"</i> (Grady, V.M., et al. 2021)	At undersøge relationen mellem sundhedsprofessionelles adfærdsrespons ved forandringer implementeret i praksis i den primære sundhedssektor og praksis-karakteristika	Tværsnitstudie To spørgeskema-instrumenter: 1) Til de ledende læger eller praksisbestyrere og omhandlede praksis karakteristika såsom størrelse, ejerskab af praksissen og om praksissen behandler i medicinske underservicerede områder 2) Til de sundhedsprofessionelle (læger, sygeplejersker, lægeassistenter, praksis bestyrer/manager og ikke administrativ medarbejder) og målte deres adfærdsrespons på forandring ved at anvende "Change Diagnostic Index" (CDI)	Generelt scorer sundhedsprofessionelle en signifikant højere CDI-score på alle parameter, når praksisstørrelsen øges bortset fra en praksisstørrelse på 11 til 15 læger. Særligt ses der en højere CDI-score blandt sundhedsprofessionelle, der arbejder i en praksis med mindst 16 læger. Sundhedsprofessionelle, der arbejder i en enkeltmandspraksis, har den laveste CDI-score. Sundhedspersonale, som arbejder i større praksisser, hvor der er mindst 16 læger har en signifikant højere gennemsnitsscore for alle CDI-domænerne, hvilket indikerer en lav egnethed ift. forandring. Sundhedspersonale, som arbejder i en praksis, der er hospital-ejet, har en signifikant højere CDI-score end dem, der arbejder i en selvstændig-ejet praksis. Sundhedspersonale, der arbejder i praksisser, som er hospital-ejet, havde en lavere forandringsparathed sammenlignet med selvstændig-ejet praksisser. Sundhedspersonale, hvor praksissen ligger i medicinske underservicerede områder har en lavere angst score sammenlignet med dem som ikke er placeret i medicinske underservicerede områder. I multivariat analysen ses det at sundhedspersonale har en signifikant højere niveau af angst hvis de arbejder i praksisser der ikke er placeret i medicinske underservicerede områder. Slutligt ses det at praksisser, hvor der har været implementeret mere end en ændring er forbundet med signifikant højere angst, frustration og tilbagetræknings score end de praksisser der har oplevet ingen eller en forandring.
<i>"Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: Associa-</i>	At undersøge relationen mellem ressourcetab over tid, udbændthed og holdning til forandring	Longitudinelt før- og efter-studie uden kontrolgruppe Spørgeskema, med 12 mdr. i mellem baseline og follow-up. Udført i fem sundheds- og social-servicecentre i Canada, hvor der arbejdes med reor-	En reduktion af ressourcer herunder af autonomi ($p < 0,05$), mulighed for inspirerende arbejde ($p < 0,05$) og gruppesammenhold ($p < 0,05$) er signifikant associeret med øget udbændthed fra baseline til follow up. Derudover er øget udbændthed negativt forbundet med engagement til forandring ($p < 0,05$), og positivt forbundet med øget kynisme for forandrings management ($p < 0,05$).

<i>tions between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change" (Dubois, C.-., et al. 2013)</i>		ganiserings. 96 respondenter, som svarede ved både baseline og opfølgning. Indkludede sygeplejersker, assisterende sygeplejersker, ergoterapeuter, psykologer og socialarbejdere	
---	--	--	--

6.2.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af udvalgte studier

Gennem udvælgelsesprocessen for litteraturstudiet, udvælges henholdsvis to kvalitative og tre kvantitative studier. De udvalgte studier er kvalitetsvurderet ud fra relevante tjeklister for de enkelte studiers design, og disse udfyldte tjeklister findes i bilag 6. Med afsæt i de anvendte tjeklister vil studiernes metodiske styrker og svagheder blive vurderet, hvilket bidrager til en samlet vurdering af studiernes kvalitet. Til vurdering af de kvalitative studier anvendes kvalitetskriterierne *gyldighed*, der refererer til resultaternes troværdighed; *pålidelighed*, som beror på, hvorvidt der er konsistens i resultaterne; og *overførbarehed*, der vedrører, i hvilket omfang resultaterne kan overføres til anden kontekst (Merriam, Tisdell, 2016). Til vurdering af de kvantitative studier anvendes kvalitetskriterierne *reliabilitet*, som refererer til fundenes reproducerbarhed; *intern validitet*, som beror på resultaternes troværdighed, hvilket påvirkes af informations-, selektionsbias og confounding; samt *ekstern validitet*, som omhandler generaliserbarhed af fundene til en anden population (Juul et al., 2017, Szklo, Nieto, 2019). *Selektionsbias* beror på, at der er en systematisk fejl i rekrutteringen eller fastholdelse af deltagerne (Szklo, Nieto, 2019), hvor *informationsbias* bygger på systematisk fejl i dataindsamlingsprocedurene eller utilstrækkelige definitioner af studiets variabler (Szklo, Nieto, 2019). Confounding defineres i afsnit 5.2.2 som årsagsforveksling. I det følgende præsenteres centrale forhold fra kvalitetsvurdering for hvert af de inkluderede studier.

Dorothy Hung og Po-Han Chen, 2017

Studiet af Hung og Chen (2017) er et tværsnitsstudie, hvorfor det er kritisk vurderet ud fra JBI 'Checklist for Analytical Cross Sectional Studies' (Joanna Briggs Institute, n.d.a). Studiet lever op til flere af tjeklistens krav. Selvom der ikke stilles konkrete in- og eksklusionskriterier for stikprøven, angives det, at stikprøven omfatter læger og andet personale i organisationer i en nonprofit, ambulatorisk behandlingssystem i USA. Der redegøres dog ikke for, hvordan disse er rekrutteret, hvorfor det ikke er muligt at vurdere risikoen for selektionsbias, hvilket påvirker den interne validitet. Outcomet 'forandringsparathed' er målt med 'Organizational Change Recipients' Beliefs Scale', og det angives, at denne er "*well-validated*". Der ses dog intet understøttende belæg for denne påstand. Den interne validitet kan derfor potentielt være svækket, da dette ikke er understøttet, hvorved informationsbias ikke kan udelukkes. Ligeledes fremgår, det ikke, om spørgeskemaet er reliabelt, og kan derfor påvirke studiets reliabilitet. Samme forhold gør sig

gældende for andre eksponeringsvariabler, som ligeledes ikke er valideret eller reliabilitetstestet. Alle spørgeskemaerne beror ligeledes på selvrapportering, hvilket kan øge risikoen for informationsbias og dermed påvirkes studiet interne validitet negativt.

En stor svaghed ved studiets gennemsigthed er, at tabellerne ikke er præsenteret i artiklen, men er henvist til via links. Foruden den demografiske tabel, virker disse links dog ikke, hvorfor det ikke er muligt at se resultaterne. De fund, der er tilgængelige, er derfor kun dem, der ekspliciteres i artiklens resultatafsnit. I alle analyserne er de afhængige variabler - foruden udbændthed - analyseret som kontinuerlige variabler. Ved udbændthed anvendes logistisk regression. Dog er de afhængige variabler i de forskellige analyser på en ordinalskala, hvorfor behandling af data, som kontinuerlige variabler i analysen, ikke antages at have været passende. Derudover udføres der subanalyser, hvor der anvendes bivariat og multivariat analyse. Det forekommer dog ikke, hvilken form for bivariat og multivariat analyse der er anvendt, hvorved gennemsigtheden iht. at vurdere relevansen heraf, ses kompromitteret. Det nævnes, at der er justeret for personkarakteristika, karakteristika for praksis samt lokation, hvorfor det antages, at der er taget højde for confounding. Det oplyses dog ikke, om disse er confoundere, hvilket kan påvirke studiets interne validitet, da der kan være risiko for overjustering.

Studiepopulationen er beskrevet, og i en tabel fremgår deskriptiv statistik, som er stratificeret ud fra de to grupper; 'læger' og 'andet personale'. Her fremgår demografiske oplysninger om deltagerne samt oplysninger om karakteristika ved praksis, forandringsparathed, medarbejderengagement og jobrelateret udbændthed. Den eksterne validitet anses let svækket, idet der tages udgangspunkt i organisationer i sundhedssystemet, hvor der på forskellige måder skal betales for ydelserne, hvilket er forskelligt fra den danske almene praksis, med fri og lige adgang til sundhedsydelser (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Ikke desto mindre behandles patienterne ambulant, og dermed ikke som indlagte på hospitalet, hvilket borgerne heller ikke gør i almen praksis. Ydermere er deltagerne sundhedsprofessionelle og andet personale i organisationen, hvorved fundene med forbehold kan generaliseres til sundhedsprofessionelle og andet personale i en almen praksis i en dansk kontekst. På baggrund af ovenstående anses studiet dermed som værende af middel kvalitet.

Per Nilsen et al., 2020

Studiet af Nilsen et al. (2020) er et kvalitativt studie og er derfor vurderet ud fra JBI 'Checklist for Qualitative Research' (Joanna Briggs Institute, n.d.b). Ud fra denne opfylder studiet størstedelen af kvalitetskravene. Der ses overordnet god konsistens mellem studiets forskellige elementer, selvom der ikke er valgt en videnskabsteoretisk tilgang som grundlag for studiet. Det antages dermed at være et basalt kvalitativt forskningsdesign med udgangspunkt i Merriam & Tisdells (2016) terminologi. Ud fra dette design, er der sammenhæng med både den anvendte metode, repræsentation og analyse af data samt fortolkning af fundene. Der fremgår tydelige beskrivelser af studiets metodologiske fremgangsmåde og overvejelserne bag, og data er i analysen trianguleret mellem forfatterne. Derfor vurderes studiets pålidelighed god.

Studiets gyldighed fremmes ved, at forfatterne har pilottestet interviewguiden. Der kommenteres ikke på, om der opnås datamætning i analysen, hvilket har betydning for gyldigheden. Ikke desto mindre er der interviewet 30 informanter, hvilket øger sandsynligheden for, at have opnået datamætning, som dermed forbedrer gyldigheden. Det fremgår ydermere, at der er taget højde for interviewernes rolle i interviewsampillet, hvilket også er med til at øge gyldigheden. Derudover anvendes triangulering i analysen og fortolkningen af data mellem forfatterne, hvor forfatterne analyserede data og herefter sammenlignende og diskuterende deres fortolkninger. Ligeledes understøttes fundene med anden litteratur i diskussionsafsnittet. Dette er ligeledes med til at øge gyldigheden af fundene, og derfor vurderes studiet og dets fund overordnet, til at have god gyldighed.

I relation til studiets overførbarhed, er det sundhedsprofessionelle fra det svenske sundhedsvæsen, der tages udgangspunkt i. Det nævnes, at alle borgere har lige adgang til behandling, lige såvel som danskere har lige adgang til det danske sundhedsvæsen (Sundheds-og Ældreministeriet, 2019). Det er dog forfatterens ønske, at rekruttere en stikprøve, som repræsenterer hele det svenske sundhedsvæsen og dermed sundhedsprofessionelle fra primær, sekundær og tertiær sektor, hvorfor det spænder bredere end blot almen praksis, som den primær sektor repræsenterer. Med forbehold for dette, vurderes fundene at kunne overføres til en dansk kontekst, eftersom den ønskede målgruppe er inkluderet. På baggrund af ovenstående, vurderes studiets kvalitet som værende middel til høj.

Per Nielsen et al., 2019

Studiet af Nilsen et al. (2019) er et kvalitativt studie og er derfor vurderet ud fra JBI 'Checklist for Qualitative Research' (Joanna Briggs Institute, n.d.b). Studiet lever op til mange af tjeklistens krav og er overordnet veludført og veldokumenteret. Det tyder på at studiet af Nilsen et al., (2020) bygger på dette studiets data, da det er de samme hovedforfattere og der er det samme antal informanter med samme personkarakteristika. Mange af elementerne i den følgende kvalitetsvurdering, vil derfor fremgå ens.

Der ses sammenhæng mellem studiets forskningsspørgsmål, -design, dataindsamlingsmetoden samt analyse og fortolkning af data, hvilket bidrager til at højne studiets pålidelighed. Der ses stor detaljeringsgrad i dokumentationen for den metodiske fremgangsmåde og de metodiske overvejelser, hvilket øger transparensen og dermed bidrager til at højne pålideligheden. Dog redegøres der ikke for studiets videnskabsteoretiske position, hvilket kan påvirke studiets pålidelighed. Ikke desto mindre kan designet siges at være en basalt kvalitativt forskningsdesign if. Merriam og Tisdell (2016) terminologi, hvorved den manglende videnskabsteoretiske position ikke antages at påvirke pålidelighed i en væsentlig grad, såfremt der er konsistens i de andre metodiske elementer.

I relation til fundenes gyldighed, ses disse forsøgt højnet, idet der anvendes forskertriangulering i indsamlingen, analysen og fortolkningen af data samt teoritriangulering ved at understøtte fundene med anden litteratur i diskussionsafsnittet. Derudover er interviewguiden pilottestet. Der er ikke kommenteret på, om der er opnået datamætning, som er væsentligt for fundenes gyldighed, men der er dog foretaget 30 interviews, hvilket må antages at øge sandsynligheden for datamætning og dermed højnes gyldigheden. Ligeledes angives det, at der er taget højde for interviewere position i interviewsamspillet, og på baggrund af disse elementer, vurderes studiet til at have forsøgt at sikre høj gyldighed i fundene.

Der er anvendt en målrettet rekrutteringsstrategi, som ses relevant, da den sikrer diversitet og identificerer væsentlige fælles mønstre, på tværs af diversiteten (Merriam, Tisdell, 2016), hvilket højner studiets overførbarhed til det generelle svenske sundhedsvæsen. Det svenske sundhedsvæsen minder om det danske sundhedsvæsen, idet der er lige adgang til sundhedsydelser (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Selvom der fokuseres på hele sundhedsvæsenet, vurderes studiets

overførbarhed som værende høj, da det inkluderer den primære sektor, som relaterer sig til den danske almene praksis. Dermed vurderes studiet af Nilsen et al. (2019) som værende af middel til høj kvalitet.

Victoria M. Grady et al., 2021

Studiet af Grady et al. (2021) er et tværsnitstudie og er derfor vurderet ud fra JBI 'Checkliste for Analytical Cross Sectional Studies' (Joanna Briggs Institute, n.d.a). Studiet lever i mindre grad op til tjeklistens krav og har en del metodiske mangler.

Studiets styrker er, at der forekommer en relativ høj responsrate på 93% for det spørgeskema, som er sendt til lederne, og 76% responsrate ved det spørgeskema, som er sendt til de sundhedsprofessionelle. Derudover er en styrke, at måleredskabet CDI, som måler outcome, anses som forholdsvis validt og reliabelt. Det vurderes ud fra, at studiet forholder sig til indholdsvaliditet og face-validitet. Endvidere er CDI reliabilitetstestet via en test-retest, og der er anvendt Cronbach's Alpha for at teste den interne konsistens. Ved test-retest findes der ingen signifikant forskel mellem den første test og retesten. Cronbach Alpha-værdien ligger mellem 0,85 og 0,91, hvorved der ses intern konsistens. På baggrund af at spørgeskemaet er reliabilitetstestet, og at validiteten til dels er testet, ses risikoen for informationsbias nedsat, hvorved det kan styrke den interne validitet.

Der forekommer dog svagheder ved studiet, da eksponeringsmåleredskabets validt og reliabelt ikke er testet, hvorved der kan være risiko for informationsbias. Dertil er de anvendte spørgeskemaer selvrapporterede, hvilket kan øge risikoen for informationsbias. Ydermere fremgår der ikke klare in- og eksklusionskriterier, hvorved det kan overvejes om der kan forekomme selektionsproblemer, hvilket kan påvirke den interne og eksterne validitet negativt.

Det fremgår, at outcome er målt på en Likert-skala, som er en ordinalskala. Der er dog anvendt t-test og one-way analysis of variance (ANOVA). Begge forudsætter, at henholdsvis outcomevariablen er på ratio-interval skala og er normalfordelt (Kirkwood, Sterne, 2003), og derfor er forudsætningerne for anvendelsen af disse ikke opfyldt. Derudover er der anvendt multivariat regressionsanalyse, men det fremskrives ikke hvilken form for multivariat regressionsanalyse der anvendes, hvilket påvirker reproducerbarheden negativt. Yderligere er det ikke fremskrevet i studiet, hvorvidt der er taget højde for confoundere, hvorved det antages, at der ikke er taget højde

for eventuel confounding. Det kan dermed ikke udelukkes, at der kan forekomme årsagsforveksling, hvilket kan kompromittere den interne validitet. Da der forekommer flere svagheder ved studiet, som kan påvirke den interne validitet, bør der forholdes kritisk til den eksterne validitet. De fund som generaliseres til en anden kontekst, vil nødvendigvis ikke forekomme, da den interne validitet, anses som svækket. Endvidere tager studiet udgangspunkt i den primær sundhedssektor i USA. USA's sundhedssystem beror på et andet finansieringssystem end det danske (Pedersen, 2013), hvormed det anses, at alle ikke har fri adgang til sundhedsydelser i USA, hvorimod alle i Danmark har fri adgang til sundhedsydelser. Dermed forekommer der en forskel mellem de to kontekster, hvilket kan antages at påvirke generaliserbarheden. På baggrund af styrker og svagheder, vurderes studiets kvalitet til at være middel til lav.

Carl-Ardy Dubois et al., 2013

Studiet af Dubois et al. (2013) angiver, at det er et kohortestudie. Ikke desto mindre forekommer der ingen kontrolgruppe, hvorved det er vurderet, at studiedesignet er et før- og efter-studie. Dermed er studiet vurderet ud fra NHLBIs *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group* (National Heart, Lung, and Blood Institute, n.d.). Studiet lever op til en del af checklistens krav.

Studiets styrker er, at der er klare in- og eksklusionskriterier. Dette kan reducere risikoen for selektionsbias, hvorved den interne validitet styrkes. En anden styrke er, at forfatterne forholder sig til den interne konsistens ved at anvende Cronbach Alpha, hvorved studiet i en vis grad forholder sig til måleredskabernes reliabilitet.

Svagheder ved studiet er, at det ikke er klart beskrevet, hvorvidt der er identificeret confounding eller strategier til at håndtere confounding, hvilket potentielt kan svække den interne validitet. Selvom der er anvendt valide og reliable måleredskaber, er det selvrapporterede måleredskaber, hvorved der kan forekomme risiko for informationsbias. Udover at den interne konsistens er testet, fremgår det ikke tydeligt, hvorvidt måleredskaberne er valide, hvilket kan øge risikoen for informationsbias og dermed kompromittere den interne validitet. Endvidere har studiet en forholdsvis lille stikprøve, da der er 96 deltagere, som både har deltaget ved baseline og opfølgning. Det forekommer dog, at 155 respondenter blev ekskluderet, fordi de ikke deltog ved opfølgning. Studiet udførte statistiske test på de sociodemografiske variabler og finder, at der ikke er signifikant forskel mellem dem, der ekskluderes og de tilbageværende 96 deltagere. Dermed anses risi-

koen for selektionsbias iht. tab til opfølgning som minimal. Slutteligt indeholder den forholdsvis lille stikprøve 87,5% kvinder. Stikprøven inddrager ikke læger, dog er der inddraget medarbejdere fra sundheds- og social-servicecenter. Dette kan påvirke den eksterne validitet negativt særligt ift., hvorvidt disse fund kan generaliseres til de mandlige medarbejdere samt læger i almen praksis. Selvom der er inddraget medarbejdere fra sundhedscenter, kan de have en anden medarbejder-sammensætning, end almen praksis. Der ses dog en generaliserbarhed i, at studiet inddrager sundhedsprofessionelle, men der bør tages forbehold for generaliserbarheden med udgangspunkt i det beskrevne. På baggrund af styrker og svagheder, vurderes studiets kvalitet til at være middel. På baggrund af denne kritiske vurdering vil studierne fund i den følgende analyse, vægtes efter den samlede kvalitets vurdering.

6.2.2 Tematisering af udvalgte studier

Som beskrevet i afsnit 5.3.4 vil den følgende analyse tage udgangspunkt i en tematisk analyse af de inkluderede studier. Temaerne udledes af en tematisk kodning af studierne fund. De sundhedsprofessionelles parathed til forandring er i de inkluderede studier identificeret som værende afgørende for implementeringen af en forandring i praksis (Nilsen et al., 2020, Nilsen et al., 2019, Grady et al., 2021, Hung, Chen, 2017). Denne tematiske analyse identificerer således fremmende og hæmmende faktorer for de sundhedsprofessionelles parathed og for implementeringen af en forandring i almen praksis.

Tidligere implementerede forandringer

Implementering af mere end én forandring er forbundet med signifikant højere angst, frustration og tilbagetrækning for sundhedsprofessionelle i almen praksis, hvilket påvirker forandringsparatheden negativt (Grady et al., 2021). Dette understøttes af Nilsen et al. (2019), som finder, at ligegyldighed overfor forandring er et respons på, at de sundhedsprofessionelle har oplevet mange forandringer. Denne ligegyldighed kom til udtryk hos de sundhedsprofessionelle ved bl.a. udmattelse, træthed, vrede, stress, angst, mangel på interesse, mangel på engagement eller som modstand på forandring (Nilsen et al. 2019). Dog viser studiet af Hung og Chen (2017) at erfaring med forandring i afdelingerne, er associeret med større tilfredshed blandt de sundhedsprofessionelle (Hung, Chen, 2017). Det kan dermed udledes, at tidligere erfaring med implementering af forandring kan have en positiv indflydelse på forandring. Ikke desto mindre står dette i kontrast til, at flere forandringer ses at have en negativ indflydelse på de sundhedsprofessionelles foran-

dringsparathed, hvorved dét at der er implementeret flere forandringer i praksis anses som en hæmmende faktor. Der fremkommer dermed divergerende fund, om tidligere erfaring med implementering af forandringer i praksis, har en positiv eller negativ indflydelse på de sundhedsprofessionelles forandringsparathed. Det tyder derfor på, at det kan afhænge af, om de sundhedsprofessionelle har haft en positiv eller negativ oplevelse af disse tidligere forandringer.

Modstand på forandring

Studiet af Nilsen et al. (2019) identificerer, hvordan modstand på forandring kommer til udtryk ved både aktiv og passiv modstand. *Passiv modstand* til forandring kommer til udtryk ved, at de sundhedsprofessionelle bl.a. klager, er utilfredse, reducerer deres arbejdsindsats eller overvejer opsigelse af job. *Aktiv modstand* fra de sundhedsprofessionelle kommer til udtryk ved, at de sundhedsprofessionelle aktivt undgår at involvere sig i forandringen (Nilsen et al. 2019). Modstand på forandring kan opstå, hvis forandringen af de sundhedsprofessionelle opleves som meningsløs; ikke er funderet i virkeligheden; eller anses som spild af tid (Nilsen et al. 2019, Nilsen et al., 2020). Det kan dermed udledes, at modstand på forandring kan komme til udtryk både aktivt og passivt, hvilket kan have en negativ indflydelse på implementeringen af en forandring i praksis og dermed antages at være en hæmmende faktor. Det udledes dermed, at forandringen skal opleves som meningsfuld og berettiget for de sundhedsprofessionelle, hvis forandringen ikke skal møde modstand.

Udbrændthed og engagement

De sundhedsprofessionelles forandringsparathed er negativt associeret med udbrændthed, der defineres som dét at føle sig emotionelt udmattet i sit arbejde (Hung, Chen, 2017, Dubois et al., 2013). Omvendt viser studiet af Hung og Chen (2017) ligeledes, at udbrændthed er forbundet med et behov for forandring. Udbrændthed er dog forbundet med at de sundhedsprofessionelle i laver grad støtter op om forandringen og en mindre effekt af den forandring, som implementeres (Hung, Chen, 2017). På trods af et behov for forandring, ses udbrændthed at have negativ indflydelse på forandringsparatheden og dermed på implementeringen af en forandring i praksis. Derimod er deltagelse i beslutningerne associeret med en reduceret sandsynlighed for udbrændthed, hvorimod travlhed og stress er forbundet med en øget sandsynlighed for udbrændthed (Hung, Chen, 2017). Dertil finder studiet af Dubois et al. (2013), at ressourcetab i form af tab af autono-

mi, manglende mulighed for inspirerende arbejde og manglende gruppesammenhold er associeret med øget udbrændthed. Det kan dermed udledes, at udbrændthed er en hæmmende faktor for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed, men inddragelse af de sundhedsprofessionelle i beslutningerne kan reducere risikoen herfor.

Øget udbrændthed ses derudover til at være negativt forbundet med engagement til forandring (Dubois et al., 2013). Studiet af Hung & Chen (2017) identificerer, at engagement i form af et højt niveau af personlig motivation samt arbejdstilfredshed er associeret med forandringsparathed (Hung, Chen, 2017). Hermed ses et højt niveau af engagement som en fremmende faktor for forandringsparatheden blandt de sundhedsprofessionelle. Ydermere ses det, at et højt niveau af deltagelse i beslutningstagen er associeret med en højere grad af engagement (Hung, Chen, 2017). Det forekommer dog, at hvis de sundhedsprofessionelle oplever travlhed og stress, er dette associeret med en lavere grad af engagement i form af arbejdstilfredshed og personlig motivation (Hung, Chen, 2017). Omvendt er engagement i form af personlig motivation blandt de sundhedsprofessionelle associeret med et højt niveau af samarbejde i den almene praksis (Hung, Chen, 2017). Det udledes dermed, at inddragelse af de sundhedsprofessionelle i beslutningstagningen, kan have en positiv indflydelse på deres engagement, hvilket kan have en betydning for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed. Dertil anses det som vigtigt, at være opmærksom på de sundhedsprofessionelles oplevelse af travlhed og stress, da det kan reducere deres engagement, hvorved det vil være en hæmmende faktor for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed.

Kommunikation og information

Kommunikation og information identificeres som værende af betydning for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed og for implementeringen af en forandring i praksis. Jf. Nilsen et al. (2020) udtrykker de sundhedsprofessionelle, at de ikke støtter op om en forandring, som er implementeret pludseligt eller uden forudgående kommunikerede oplysninger. Ydermere identificerer studiet af Nilsen et al. (2019), at hvis de sundhedsprofessionelle får den rette information om forandringen, vil de støtte implementeringen heraf. Dertil giver de sundhedsprofessionelle udtryk for, at de vil støtte implementeringen af en forandring, hvis forandringen er velkommunikeret og forudsigelig. En velkommunikeret og forudsigelig forandring tillader, at de sundhedsprofessionelle kan forberede sig på implementeringen (Nilsen et al., 2019). Det kan dermed udledes, at

god kommunikation og information kan have betydning for at øge de sundhedsprofessionelles forandringsparathed og reducere modstand til forandring.

Det identificeres derudover som værende væsentligt at kommunikere og informere om forandringen, så de sundhedsprofessionelle kan se og forstå behovet for forandringen. De sundhedsprofessionelle fremhæver vigtigheden af at have en forståelse for, hvorfor forandringen skal ske (Nilsen et al., 2019). De sundhedsprofessionelle udtrykker, at det er væsentligt at forstå behovet for organisatoriske forandringer, og hvordan det gavner dem selv eller patienterne, for at de tager del i forandringen (Nilsen et al., 2020). Ligeledes bør en succesfuld organisatorisk forandring have et patientfokus med tydelige fordele for patienterne (Nilsen et al., 2020). Det udledes dermed, at behovet for forandringen bør italesættes og kommunikeres til de sundhedsprofessionelle og at de bør informeres samt at behov bør være til fordel for de sundhedsprofessionelle og borgerne.

Involvering af sundhedsprofessionelle i beslutninger

Involvering af de sundhedsprofessionelle i forandringen identificeres ligeledes som værende afgørende for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed og implementering af en forandring i praksis. De sundhedsprofessionelle støtter ikke op om en forandring, hvor de holdes udenfor, og hvor forandringen kommer pludseligt og uventet (Nilsen et al., 2019). Jf. Nilsen et al. (2019) udtrykker de sundhedsprofessionelle, at villighed til at involvere sig til en forandring afhænger af tilgangen til forandringen. De sundhedsprofessionelle udtrykker, at de er mere engageret i at implementere forandringen, hvis forslaget til forandringen kommer fra dem selv (Nilsen et al., 2020, Nilsen et al., 2019). Denne tilgang kan anses som en bottom-up tilgang. Forslag til forandring med en bottom-up tilgang, møder sjældent modstand blandt sundhedsprofessionelle (Nilsen et al., 2020). Samme engagement, villighed til forandring og forandringsparathed ses ikke ved en top-down tilgang til forandring (Nilsen et al., 2019, Nilsen et al., 2020). De sundhedsprofessionelle udtrykker, at de besidder den største vidende om deres arbejde, hvorfor de mere optimalt kan identificere relevante problemer og passende ændringer. At blive involveret i de tidlige stadier af processen og at være i stand til at have en påvirkning gennem forandringsprocessen, bidrager til en succesfuld forandring (Nilsen et al., 2020). En bottom-up tilgang til forandring, der bliver initieret af de sundhedsprofessionelle, anses dermed som en fremmende faktor for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed og for implementeringen af en forandring i praksis. Dog opleves det udfordrende at påvirke forandringerne, pga. hierarkiet i sundhedsvæsenet og den store afstand

til dem med magt over forandringerne (Nilsen et al., 2020), hvilket anses som en hæmmende faktor for implementeringen af en forandring i praksis.

Praktiske forhold

Sundhedsprofessionelles parathed til forandring identificeres til, at være forbundet med praktiske forhold. Det identificeres, at praksisstørrelse er forbundet med forandringsparathed hos de sundhedsprofessionelle (Grady et al., 2021). Sundhedsprofessionelle, der arbejder i en praksis, hvor der er 16 læger eller derover, har den laveste forandringsparathed, hvorimod en enkeltmandspraksis ses at have den højeste forandringsparathed (Grady et al., 2021). En mindre praksis i form enkeltmandspraksis kan dermed anses som en fremmede faktor for de sundhedsprofessionelles forandringsparathed. Ikke desto mindre belyser Hung og Cheng (2017), at teamwork er forbundet med et øget engagement hos de sundhedsprofessionelle. Resultaterne viser, at et højt niveau af teamwork i afdelingen, er associeret med engagement særligt i form af personlig motivation (Hung, Cheng, 2017). Dermed kan teamwork i afdelingen ligeledes anses som en fremmede faktor for forandringsparathed hos de sundhedsprofessionelle. Det udledes derfor, at enkeltmandspraksis ikke kan drage nytte af den fremmede faktor teamwork, da dette umiddelbart ikke er muligt i enkeltmandspraksis.

Ydermere forekommer det, at ejerskab af praksis er associeret med forandringsparathed. Det forekommer, at praksisser, som er hospital-ejet, har en lavere grad af forandringsparathed end de privatejet praksisser. Endvidere har praksissens beliggenhed en sammenhæng med forandringsparathed hos de sundhedsprofessionelle (Grady et al., 2021). Dermed udledes det, at praktiske forhold såsom praksissens størrelse, ejerskab og beliggende kan være forbundet med de sundhedsprofessionelles forandringsparathed. Ikke desto mindre kan det tyde på, at det praktiske forhold som teamwork, kan have en positiv påvirkning på at øge engagement og dermed de sundhedsprofessionelles forandringsparathed.

6.3 Kvalitativ analyse

I det følgende præsenteres resultaterne og analysen af de kvalitative interviews. Formålet med analysen er at fremanalysere de kontekstuelle betingelser og virksomme mekanismer, som er afgørende for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis, som slutteligt vil illustreres i en programteori i figur 6. Denne analyse bidrager dermed til besvarelse af specialets tredje undersøgelsesspørgsmål, der skal belyse, hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer som er af betydning, for implementering af introduktion og støtte til borgernes anvendelse af 'Min Læge' i almen praksis.

I analysen er betonedede ord i udtrukne citater fra transskriberingerne markeret med blokbogstaver, som angivet i transskriptionsguiden i bilag 11. For at skabe forstående og sammenhængende citater, er enkelte manglende ord tilføjet med klammer '[x]', og manglende forståelse i den pågældende kontekst, som informanterne refererer til, bliver afhjulpet ved '[ref. x]', der står for 'refererer til', hvori den pågældende kontekst uddybes. For at bibeholde alene det relevante i citaterne er overflødige ord eller sætninger fjernet, hvilket bliver angivet ved '(...)'.

6.3.1 Karakteristika af informanter

I tabel 8 præsenteres karakteristika for informanterne. Karakteristika præsenteres med det formål at skabe et overblik over de inkluderede informanter.

Tabel 8 viser karakteristika for informanter

	Informant 1 (I1)	Informant 2 (I2)
Profession	Læge	Sygeplejerske
Køn	Mand	Kvinde
Antal ansatte i almen praksis	6	4
Almen praksis beliggenhed	Storby	Udkantsområde

6.3.2 Analyse af interviews

I følgende afsnit vil de individuelle kvalitative interviews blive analyseret. Med afsæt i Braun og Clarke's (2006) tematiske analysestrategi følger den sjette fase, hvor den endelige analyse udarbejdes og produceres. Analysen inddeles i de hovedtemaer samt tilhørende subtemaer, som blev

defineret og navngivet i den tematiske analysestrategis femte fase. Et overblik over analyses hovedtemaer samt tilhørende subtemaer, ses i figur 9.

Tabel 9 viser de fremanalyserede hoved- og subtemaer

Nr.	Hovedtemaer og subtemaer
1	Meningsfuld forandring 1.1 At have kendskab og at opleve ‘Min Læge’ applikationen som meningsfuld 1.2 ‘Min Læge’ skal være til gavn for patienter og almen praksis 1.3. Troen på fordele ved implementering af introduktion og støtte 1.4. Videnskabelig dokumenteret effekt 1.5 Patienters villighed til at anvende digitale patientportaler
2	Organisatoriske ressourcer for forandring 2.1 Tidsressourcer 2.2 Økonomiske ressourcer 2.3 Opgavens placering i organisationen 2.4 Uddannelse og optræning til personalet
3	Tidligere erfaringer med forandringer i almen praksis 3.1 Mange forandringer i almen praksis 3.2 Tvungen forandring
4	Organisationskultur
5	Strategiske overvejelser for succesfuld implementering 5.1 Understøttende alternativer til ‘introduktion og støtte’

Hovedtema 1: Meningsfuld forandring

Det første identificeret hovedtema er, at introduktion og støtte skal opleves som en meningsfuld forandring, for at få implementeret tiltaget i almen praksis. Herunder er der identificeret flere kontekstuelle betingelser, der skal være til stede, for at tiltaget opleves meningsfuldt. De identificerede kontekstuelle betingelser udfoldes i de følgende subtemaer.

Subtema 1.1: At have kendskab og at opleve ‘Min Læge’ applikationen som meningsfuld

Det fremgår på baggrund af interviewene, at I1 har et godt kendskab til ‘Min Læge’, dets funktioner og fordelene knyttet til patienters anvendelse heraf. I1 har selv erfaring med at anvende videokonsultationer, som er én af de funktioner, der er på applikationen, hvorfor den anvendes aktivt i hans praksis: *“Det [ref. ‘Min Læge’] har selvfølgelig fyldt meget ift. videokonsultationer”* (I1). Modsat synes I2 ikke at have et stort kendskab til applikationen, og berører i interviewet i højere grad en web-baseret digital patientportal, som hun benævner “E-portal”. Hun nævner derfor hverken fordele eller ulemper ved ‘Min Læge’. Et kendskab til ‘Min Læge’-applikationen synes derfor at være en overordnet forudsætning og dermed en kontekstuel betingelse for at opleve implementeringen af introduktion og støtte til patienternes anvendelse af applikationen som værende meningsfuld.

En anden forudsætning for at kunne opleve introduktion og støtte til patienters anvendelse af ‘Min Læge’ som meningsfuld er også, at applikationen i sig selv opleves meningsfuld at anvende. Dette kommer til udtryk ved følgende citat, hvor der bliver spurgt til I1’s holdning om en implementering af introduktion og støtte: *“Men jeg synes, Læge-app'en er en super god funktionalitet. Det giver rigtig god mening som læge, at patienterne bruger den, så derfor [giver] en bedre implementering [ref. anvendelse af ‘Min Læge’] og en støtte til patienterne i at bruge det også [mening].”* (I1). Ud fra et lægeperspektiv kommer det i citatet til udtryk, at I1 finder, at de funktioner, som ‘Min Læge’ applikationen besidder, er meningsfuldt for patienterne, hvorfor det på baggrund heraf opleves meningsfuldt at støtte patienterne i deres anvendelse af ‘Min Læge’. En kontekstuel betingelse er derfor, at de sundhedsprofessionelle skal opleve selve applikationen ‘Min Læge’ som meningsfuld for at kunne føre til en mekanisme, hvor introduktion og støtte opleves som en meningsfuld forandring.

På baggrund af ovenstående analyse fremgår det, at I2 ikke har kendskab til ‘Min Læge’, hvorfor citater fra interviewet med I1 vil fremgå hyppigere i de følgende analyser.

Subtema 1.2: ‘Min Læge’ skal være til gavn for patienter og almen praksis

Væsentligt for at ‘Min Læge’ applikationen opleves som meningsfuld er, at den gavner både patienterne og organisationen, almen praksis. If. I1 er ‘Min Læge’ netop forbundet med flere fordele for både patienter og almen praksis som organisation, og disse fordele har stor betydning for

sundhedsprofessionelles oplevelse af at se meningsfuldheden ved 'Min Læge'. I1 fortæller i følgende citat om fordelene ved 'Min Læge' for både patienter og de praktiserende læger:

" ... At patienterne har bedre adgang til os, har mere smidighed ift. kontakten og har forskellige kontaktmuligheder, jo bedre tænker jeg egentlig, at det også er for os som læger, og jo nemmere bliver vores arbejde også." (I1)

Patienternes fordele ved at anvende 'Min Læge' applikationen vil gavne lægernes arbejdsgang i almen praksis. Den fleksible kontakt, som 'Min Læge' muliggør, faciliterer en nemmere og bedre kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienter. Dette underbygges af følgende citat:

"... Min Læge app'en giver rigtig god mening på mange måder, og jeg har en grundidé om at det vil hjælpe patienten, og på den lange bane sparer mig noget tid, fordi vi får en anden kontakt [til patienten] og [en anden] organisationsmåde." (I1).

Her fremgår det ligeledes, at den alternative og fleksible kontaktform, som 'Min Læge' tilbyder, på sigt ligeledes vil føre til en anden kontaktform med patienterne og dermed en ændring af arbejdsgangene i almen praksis. Denne ændring i arbejdsgangen kommer til udtryk ved følgende citat:

"Bruger man en app til kommunikation og til at læse blodprøver og sådan noget, så vil det måske endda betyde, at vi har færre konsultationer også. Det kan måske give os noget ekstra arbejde bag computerskærmen ved, at vi skal svare på henvendelser. Men det er jo mere en tendens, som vi også har set med indførelsen af e-mail-konsultationen for nogle år siden. Det har jo også givet en lidt anderledes måde at arbejde på" (I1).

Det fremgår ligeledes af dette citat, at I1 forestiller sig en ulempe, i form af mere tid bag en computerskærm til den skriftlige kommunikation med patienterne. Omend det kan betegnes som en ekstra arbejdsbyrde, er det en arbejdsgang, de praktiserende læger gennem tidligere implementerede forandringer i praksis har erfaring med, og har derfor været vant til denne arbejdsgang. Den ekstra computertid synes derfor ikke at have en negativ påvirkning, på I1's opfattelse af tiltaget som værende meningsfuld. Det udledes derfor, at fordelene ved 'Min Læge' vægter højere end

ulemperne. En kontekstuel betingelse er derfor en oplevelse af, at 'Min Læge' gavner patienterne og organisationen for mekanismen at opleve introduktion og støtte som meningsfuldt.

Subtema 1.3: Troen på fordele ved implementering af introduktion og støtte

Foruden at kunne forstå og se fordele ved 'Min Læge' applikationen er det ydermere væsentligt, at de sundhedsprofessionelle kan tro på fordelene ved at implementere introduktion og støtte for at opleve det som en meningsfuld implementering. Det skal if. begge informanter være til gavn for patienterne for, at det giver mening at implementere tiltaget. Dette udledes af følgende citater:

"(...) vi vil vores patienter det bedste" (I2)

og

"Kommer der nogle nye tiltag, som, jeg oplever, er en god idé - det giver noget til patienterne - så vil man gerne sætte nogle ekstra ressourcer af til at implementere det..." (I1)

I det sidste citat fra I1 fremgår det ligeledes, at den gavnlige effekt for patienterne, og dermed meningsfuldheden med tiltaget, muliggør, at organisationen er villig til at sætte ressourcer af til implementeringen af tiltaget. I forlængelse heraf uddyber I1: *"... Hvis man ikke kan se meningen med det - altså hvis man tænker det her, det er et flop, og det går over, og det er egentlig også bare besværligt - jamen, så har man ikke den motivation til at implementere det."* (I1). Det forekommer derfor, at hvis ikke de kan se problemet, som tiltaget skal løse, og det samtidig opfattes besværligt at implementere tiltaget, påvirker det opfattelsen af tiltagets meningsfuldhed, hvilket gør, at de sundhedsprofessionelle ikke er motiveret til at implementere det. En kontekstuel betingelse er derfor at tro på de fordele, som er forbundet med en implementering af introduktion og støtte, hvilket vil føre til at tiltaget opleves som meningsfuldt. Ligeledes fører samme kontekstuelle betingelse til en øget motivation hos de sundhedsprofessionelle for at implementere tiltaget i almen praksis.

Subtema 1.4: Videnskabelig dokumenteret effekt

Foruden at det skal gavne patienterne, skal introduktion og støtte også være til gavn for den almene praksis som organisation, for at kunne betragtes som en meningsfuld forandring at implementere. Dette udledes på baggrund af følgende citat: *"Kan du komme og vise, at det her det er*

godt for vores patienter, [og] det er godt for vores organisation, så kan man købe det” (I1). Af citatet fremgår det ydermere, at forandringens fordele bør dokumenteres og præsenteres for de sundhedsprofessionelle. En dokumenteret effekt af introduktion og støtte anses derfor som værende en kontekstuel betingelse for, at de sundhedsprofessionelle oplever tiltaget som meningsfuldt. Praktiserende lægers interesse til at implementere forandringer i praksis motiveres i høj grad af gode, faglige og videnskabelige argumenter, hvorfor dette ligeledes vil fremme deres motivation for implementering af tiltaget. Dette kommer til udtryk ved følgende to citater:

“Der er sådan nogle ting, man kan sige med praktiserende læger generelt, ikke? Kan du komme med et godt fagligt argument, som lægen køber (...), så er man klar til at implementere det” (I1)

og

“Det [der vil være fremmende] vil være, at jeg TROR på [ref. tilaget]. Fordi vi har jo desværre ikke de her store randomiserede undersøgelser, I lige kan smække på bordet, og så sige, at det viser sig at have effekt” (I1).

I1 oplever altså de praktiserende læger som værende evidensbaserede, og at en dokumenteret effekt fungerer som et godt argument for implementering af introduktion og støtte. En understøttende undersøgelse, der viser, at det har effekt, vil fungere som et væsentligt bevis på, at tiltaget gavner både patienterne og organisationen og har dermed betydning for, at tiltaget opleves meningsfuldt. I dette citat fremgår det dog ligeledes, at dokumentationen ikke er afgørende for, at de praktiserende læger oplever det som meningsfuldt, men vil styrke troen på tiltagets fordele for patienterne og almen praksis, som derved fremmer meningsfuldhed. Heraf udledes det, at dokumenteret effekt af introduktion og støtte er en fremmende kontekstuel betingelse for mekanismerne meningsfuldhed og motivation.

Subtema 1.5: Patienters villighed til at anvende digitale patientportaler

I2 oplever i høj grad, at mange patienter ikke er tilmeldt digitale patientportaler, og en stor del af dem, der har oprettet sig som brugere, alligevel ikke anvender portalerne. Denne oplevelse påvirker negativt I2's opfattelse af implementeringen af introduktion og støtte, som værende meningsfuldt. Dette udledes af følgende citat, hvortil I2 udtrykker hendes holdning til en eventuel implementering af introduktion og støtte: *“Jeg synes simpelthen ikke, at det er relevant. (...) Når vores*

oplevelse i det daglige er, at mange alligevel ikke går ind og bruger den app, altså E-portalen, ikke? Så synes jeg ikke, at det er vores opgave at bruge tid på det” (I2). Meningsfuldheden ved at de sundhedsprofessionelle skal introducere og støtte patienterne i anvendelsen af digitale patientportaler, herunder ‘Min Læge’, synes derfor at blive påvirket negativt af en oplevelse af, at patienter alligevel ikke anvender digitale patientportaler. Heraf udledes det, at det omvendte vil gøre sig gældende, hvorved en kontekstuel betingelse er at de sundhedsprofessionelle oplever, at patienterne er villige til at anvende digitale patientportaler, hvilket fører til mekanismen meningsfuldhed.

Hovedtema 2: Organisatoriske ressourcer for forandring

Almene praksis skal lægge energi og ressourcer i at implementere introduktion og støtte, og det er derfor væsentligt at forholdt sig til, hvordan det skal organiseres, for at kunne skabe en effektivisering i den almene praksis’ arbejdsgang. Dette kommer til udtryk ved følgende citat:

“Der skal lægges noget energi i. Selv hvis man på sigt får en gevinst, så det tror jeg vil være meget vigtigt at få adresseret: Hvor er det den der ekstra energi, den skal komme fra, og hvor meget vil man potentielt vinde på den anden sigt? Hvis man kunne få information omkring, at det kunne lette nogle procedurer, så ville det også være godt.” (I1).

Det følgende afsnit vil derfor identificere kontekstuelle betingelser og mekanismer, relateret til disse organisatoriske ressourcer for implementering af introduktion og støtte i almen praksis.

Subtema 2.1: Tidsressourcer

Det forekommer af interviewene, at der er enighed mellem informanterne om, at travlhed har indflydelse på implementeringen af introduktion og støtte til patienternes anvendelse af ‘Min Læge’. Dette kommer til udtryk ved følgende citater:

“Tid [kunne hæmme, at introduktion og støtte blev implementeret succesfuldt]. Altså vi løber stærkt. Der er ikke nogle, der ikke har arbejdsopgaver, så det vil være en ny arbejdsopgave. Omvendt jeg godt kunne se fornuften ved det, så vil det stadigvæk skulle passe ind et sted, hvor vi skal prioritere vores tid hele tiden. Så der skal tages en ny arbejdsopgave ind et sted, så vil der være noget andet, der ikke blev lavet. Og jeg vil nok sådan upfront have svært ved at pege på, hvad det så er vi ikke skal lave” (I1)

og

“... det er der ikke mulighed for at hjælpe dem fysisk med. Jeg kan sige det til dem, men det gør vi jo alligevel. (...) Og så hvis de ikke gør, og de så godt vil, jamen, så giver vi dem en vejledning i, hvordan de kan gå ind. Men vi kan ikke sidde og instruere dem. Vi ser mellem 60-80 patienter om dagen, så det har vi ikke mulighed for” (I2)

Ud fra dette har begge informanter travlt, hvilket kommer til udtryk ved, at I2 angiver antallet af patienter, de ser om dagen, og I1 fremhæver, at alle i praksissen løber stærkt. I1 og I2 påpeger derved, at de mangler tid til at kunne varetage opgaven. Heraf udledes det, at travlhed i praksis er en kontekstuel betingelse, som kan føre til mekanismen manglende tidsressourcer til implementering. Ikke desto mindre peger I1 også på, at det kræver en prioritering af arbejdsopgaverne, hvis denne nye arbejdsopgave omhandlende introduktion og støtte skal implementeres i almen praksis.

Subtema 2.2: Økonomiske ressourcer

I1 påpeger i interviewet at økonomi er af betydning for implementering af introduktion og støtte i almen praksis, hvilket understøttes af følgende citat:

“ Den måde, som almen praksis er bygget op på, er jo ydelsesbaseret. Så i det øjeblik vi laver nogle ting, der ikke giver en ydelse, jamen, så taber man potentielt indtjening i klinikken. Og ikke fordi alt handler om ydelser, men noget, der helt sikkert vil kunne fremme det, vil være, hvis jeg havde lov til, at min sekretær kunne tage 10 minutters betaling for at give den her information” (I1).

Dermed kan det udledes, at når de sundhedsprofessionelle anvender tid på noget, de ikke kan honoreres for, så mister den almen praksis indtjening, hvorved det antages, at tid betragtes som en økonomisk ressource. På baggrund af dette er økonomiske ressourcer et aspekt, som kan være med til fremme implementeringen af introduktion og støtte. Dette understøttes af følgende udtalelse fra I1: *“... Er det økonomisk rentabelt? Jamen, så bliver det implementeret”*. Dermed udledes økonomiske ressourcer i form honorering som en kontekstuel betingelse, for mekanismen motivation for implementeringen af introduktion og støtte samt flere økonomiske ressourcer.

Subtema 2.3: Opgavens placering i organisationen

Med udgangspunkt i forrige citat af I1, hvor han angiver, at *“... hvis jeg havde lov til, at min sekretær kunne tage 10 minutters betaling for at give den her information...”* (I1), er varetagelsen af opgaven, af betydning for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Denne forståelse uddybes ved følgende citater:

“... Det, jeg vil sådan organisatorisk i min praksis, [er at] lægge det over til min sekretær. Vi vil gerne holde et vist flow i behandlingsrummet, så hvis man skulle have lidt ekstra tid til lige at vise nogle ting og sådan noget, så vil jeg helst ikke have blokeret arbejdet inde i lægekonsultationen” (I1)

og

“... Men hvis der var nogle, der havde problemer med at bruge det, ville jeg være glad for, at jeg havde nem adgang til at give en information frem for at jeg skal bruge - hvad skal man sige - en lægetid på at forklare om det. Det vil jeg hellere bruge til det, jeg er god til at forklare om nemlig sygdom og behandling.” (I1)

Det udledes hermed, at flowet i lægekonsultationen vil afbrydes, idet de praktiserende læger skal bevæge sig væk fra deres faglige kompetencer og arbejdsopgaver, som er diagnostik og behandling. Introduktion og støtte kan, ud fra I1's perspektiv, dermed tolkes som værende en mindre relevant arbejdsopgave for praktiserende læger at varetage. Det synes derimod at være en arbejdsopgave, som en administrativ medarbejder kunne varetage, og selve organiseringen af introduktion og støtte kan derfor betragtes meningsfuld. Dermed kan det udledes, at placeringen af opgaven hos en administrativ medarbejder er en kontekstuel betingelse for mekanismerne meningsfuld organisering af introduktion og støtte i almen praksis samt opretholdelse af flow i lægekonsultationerne.

Subtema 2.4: Uddannelse og optræning til personalet

I interviewet med I1 forekommer det relevant at øge sundhedsprofessionelles viden om 'Min Læge' applikationen, for at kunne implementere støtte og introduktion. Dette underbygges af følgende citat:

“... Men det kunne jo også godt være, at mit personale og jeg havde brug for at vide noget mere om Læge-app'en. Jo mere jeg ved om den, og mit personale ved om den, jo nemmere ville vi have ved at instruere patienterne. Så en implementering af det kunne jeg godt forestille mig, at det kunne støttes af at man kiggede på, hvordan vi kunne øge vidensniveauet hos mig og mit personale” (I1).

Af dette citat forekommer det, at de sundhedsprofessionelles viden relateret til ‘Min Læge’, kan være med til at gøre det nemmere for de sundhedsprofessionelle, at introducere og støtte patienterne i anvendelsen af applikationen. Ydermere kan det ud fra I1’s perspektiv være med til at støtte implementeringen heraf. En måde, hvorpå de sundhedsprofessionelles viden kan øges, er gennem uddannelse eller optræning. Som I1 også indikerer i citatet, bør det overvejes, hvordan vidensniveauet kan øges hos de sundhedsprofessionelle. Dermed anses en kontekstuel betingelse til at være uddannelse og optræning af de sundhedsprofessionelle, som kan medføre mekanismen øget videns- og kompetenceniveau i ‘Min Læge’.

Hovedtema 3: Tidligere erfaring med forandringer i almen praksis

Et tredje hovedtema er tidligere erfaringer med forandring i praksis. Dette tema forekommer ved, at der er to sider af de sundhedsprofessionelles tidligere oplevelser med forandringer i almen praksis. De sundhedsprofessionelles erfaringer kan være positive, da de er tilknyttet meningsfulde implementeringer, eller også kan de være negative, da implementeringen enten ikke har været meningsfuld, eller er blevet påtvunget praksissen. Det følgende afsnit vil derfor analysere disse tidligere positive og negative erfaringer, for dermed at identificere kontekstuelle betingelser og mekanismer for implementering af introduktion og støtte i almen praksis.

Subtema 3.1: Mange forandringer i almen praksis

Almen praksis er if. begge informanter, kendetegnet ved at skulle undergå hyppige forandringer, hvorfor organisationen er nødt til at være adaptiv og omstillingsparat for at kunne implementere disse forandringer. I1 nævner bl.a., at de i forbindelse med den igangværende COVID-19-pandemi og de restriktioner, der har været som følge heraf, har skulle omstille og ændre deres praksis hyppigt. Ligeledes fortæller I1 om implementeringen af e-konsultationen for nogle år tilbage, som også ændrede på de sundhedsprofessionelles måde at arbejde på, hvilket tidligere

omtalt i subtema 1.2. Begge informanter fortæller, at de har god erfaring med at implementere nye tiltag:

“Men altså vi skal jo hele tiden være opdateret og omstillingsparate, så selvom det måske ikke altid giver mening, så skal vi jo gøre det.” (I2)

og

“... Noget, jeg faktisk synes, der er kendetegnende ved almen praksis, er, at vi rent faktisk er gode til det [ref. at implementere], fordi vi får mange forandringer. Dét at være god til at nyde nye ting, god til - på en nem måde - at implementere det; at det er den der vane (...). Altså vi har erfaringer med at ting [ref. tiltag], vi gerne vil implementere, jamen, det plejer ikke at være det store problem. (...) Så det her med at have handleerfaringer og egen erfaring, det tror jeg faktisk kunne give et boost” (I1).

Det forekommer ligeledes, at de på baggrund af I1's erfaring med implementering, har skabt gode handleerfaringer, som de trækker på, når noget nyt skal implementeres, hvilket danner grundlaget for deres omstillingsparathed og adaptation til forandringer. Det fremgår ydermere i citatet, at forandringer, som de gerne vil implementere, og som de dermed ser som meningsfulde for deres praksis, kan implementeres relativt gnidningsfrit ind i organisationen. Det understøttes ligeledes i citatet: *“... Erfaring med at kunne implementere mange forskellige ting hurtigt og relativt nemt, gør også, at der kan være en mindre barriere for at implementere nye ting” (I1).* De sundhedsprofessionelle har derfor viden og kompetencer fra tidligere erfaringer, som de kan trække på for at have mulighed for nemmere at omstille sig en forandring. Dette understreger, at implementeringen vil være mest succesfuld, når de sundhedsprofessionelle har gode handleerfaringer med implementering af forandringer, hvis forandringen samtidig opleves meningsfuld. Det udledes dermed, at handleerfaringer fra tidligere implementering af meningsfulde forandringer er en kontekstuel betingelse for mekanismen, omstillingsparate ift. en implementering af introduktion og støtte.

Som en modsætning til mekanismen omstillingsparathed ses belastning som en hæmmende mekanisme for implementering af introduktion og støtte. Dette fremgår af citatet:

“Jamen, der er jo to sider af det [ref. tidligere erfaring med forandringer]. (...) Det [andet] er jo, at hvis man oplever hyppige forandringer, så kan man blive træt af det (...). Fordi specielt med COVID-19, så har der været rigtig, rigtig mange forandringer, så man kan godt have en tendens til lidt at sige: "Åh, er der nu noget nyt, jeg skal forholde mig til?" (I1).

De hyppige forandringer, som den almene praksis gennemgår bl.a. grundet COVID-19, kan for nogle også opleves som trættende og belastende if. I1. Den konstante nye information som de sundhedsprofessionelle skal forholde sig til, kan virke udmattende på de sundhedsprofessionelle i almen praksis. Denne belastende følelse understøttes ligeledes af I2: *“Jamen da HELT sikkert, fordi hvis du er udrændt så har du jo for meget at lave, og så kan man ikke overskue at implementere.” (I2).* Det fremgår her, at belastning er, når de sundhedsprofessionelle ikke kan magte eller rumme at skulle forholde sig til at lave ændringer i sin praksis, som implementeringen kræver.

Der er flere kontekstuelle betingelser, der bevirker oplevelsen af belastning. Forskellen mellem oplevelsen af belastning og omstillingsparathed ift. implementering af introduktion og støtte beskrives som følgende af I1:

“Der kan være rigtig mange ting, der influerer på ens omstillingsparathed helt ned til, hvordan går det for tiden derhjemme. Er man presset af noget på hjemmefronten, jamen, så falder ens omstillingsparathed, men i selve praksis betyder det rigtig meget: hvordan er samarbejdet blandt ledelsen, altså blandt kollegerne, der ligesom har praksis; hvordan er samarbejdet med klinikpersonalet; oplever de sig selv som værende belastet, eller oplever de sig selv som havende overskud?” (I1).

Dermed udledes det, at omstillingsparatheden på baggrund af citatet kan hæmmes af flere kontekstuelle betingelser, som i stedet kan føre til følelsen af at være belastet. Det gælder både, hvis de sundhedsprofessionelles privatliv opleves stressende; hvis samarbejdet med kolleger og ledelsen i organisationen er dårligt; eller travlhed i almen praksis. Såfremt disse kontekstuelle betingelser gør sig gældende med positivt fortegn, altså hvis de sundhedsprofessionelles privatliv ikke opleves stressende eller hvis samarbejdet og trivslen mellem kolleger og ledelsen i organisationen er godt, kan disse potentielt føre til mekanismen omstillingsparathed.

Subtema 3.2: Tvungen forandring

En anden kontekstuel betingelse, der kan føre til mekanismen belastning er, hvis introduktion og støtte bliver en tvungen forandring, der skal implementeres. Dette kommer bl.a. til udtryk i følgende citat, der belyser, hvad der kan påvirke omstillingsparathed og belastningen: *“... Er det noget de SKAL, sådan blive påduttet, så kommer der en lidt anderledes tilgang til det, end hvis det er noget, som de gerne vil have, eller efterspørger.”* (I1). Her fremgår det ligeledes, at hvis tiltaget er frivilligt og er noget, som de sundhedsprofessionelle har efterspurgt, og dermed oplever som meningsfuldt, kan det antages at have en positiv indvirkning på omstillingsparathed. Hvis implementeringen anses som meningsfuld, så efterspørgslen for det stiger, så vil de sundhedsprofessionelle være omstillingsparate og motiveret for en implementering, hvilket fremgår af følgende citat:

“Hvis man kunne komme derhen til, hvor det var sådan at jeres materiale ligefrem blev så populært, at folk begyndte at spørge efter det, så vil I helt sikkert ramme ind i den positive ting [ref. omstillingsparathed]. (...) Men hvis det var sådan, at der blev sagt, at nu er det altså et krav, at almen praksis SKAL informere om brugen af Min Læge-app'en - det SKAL de gøre - så vil det helt sikkert ramme over i 'træthedsgaden'.” (I1).

Det kan dermed anskues, at en frivillig implementering er en kontekstuel betingelse som kan føre til mekanismerne omstillingsparathed og motivation.

Hovedtema 4: Organisationskultur

Af interviewet med I1 forekommer det, at organisationskulturen har indflydelse på forandringsparathed og dermed på implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Dette kommer til udtryk ved følgende citat:

“... Har man en klinik, hvor forholdene er gode; man oplever gode kollegaer; man har overskud mellem hinanden; personalet har overskud; og man har det godt sammen - jamen, så er ens motivation, og den måde, man modtager nye idéer på, er jo HELT anderledes” (I1)

Med udgangspunkt i citatet udledes det, at hvis organisationen har en god kultur, i form af overskud i praksis og god trivsel og samarbejde mellem kolleger, så har det betydning for implementeringen. Dette kan sidestilles med de kontekstuelle betingelser for omstillingsparathed, som er

fremanalyseret i subtema 3.1. Ligeledes udledes det, at personalets motivation øges, hvis kulturen er velfungerende. Dermed anses det, at de kontekstuelle betingelser overskud i praksis samt godt samarbejde og trivsel mellem kollegaer fremmer både mekanismen omstillingsparathed og motivation blandt de sundhedsprofessionelle.

I1 uddyber ydermere, at organisationens sociale kapital, som han forstår ved den indbyrdes tillid og kommunikation i organisationen, har betydning for implementering af nye tiltag, hvilket udledes af følgende citat:

“Den sociale kapital og dermed også noget med den tillid og kommunikation, der er inde i en praksis, er jo så den anden del af det. Har du en høj social kapital, så er det meget nemmere at få en kommunikation op og stå [omkring en implementering af en forandring], og så kan vi hurtigt tage det med personalet, og alle kan spille ind, fordi der er høj tillid i at dele opgaver, vi gerne vil løse, så kan vi hurtigt finde ud af, hvordan vi gør det i vores klinik.” (I1)

Af citatet kan det udledes, at I1 ser tilliden og kommunikationen som vigtige komponenter, da det kan anskues at bidrage til en succesfuld implementering i almen praksis. I1 udtrykker, at alle kan bidrage i implementeringen af en forandring, hvorved der ses en horisontal kommunikation og arbejdsdeling i organisationen. Denne kommunikation faciliteres if. I1 af tillid, som er med til at skabe et samarbejde om implementeringen, hvorved det kan anskues at fremme organisationens omstillingsparathed og deres motivation for at gennemføre implementeringen. Tillid mellem kolleger og horisontal kommunikation anses dermed som kontekstuelle betingelser for mekanismerne omstillingsparat og motivation.

Hovedtema 5: Strategiske overvejelser for succesfuld implementering

De følgende subtemaer belyser strategiske overvejelser som værende kontekstuelle betingelser for dertilhørende mekanismer, som kan føre til en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis.

5.1 Understøttende alternativer til ‘introduktion og støtte’

I1 fortæller, at implementeringen af introduktion og støtte bør suppleres og understøttes af flere alternative tiltag til introduktion og støtte. I1 fortæller netop: *“... [introduktion og støtte] må gerne understøttes af materiale, så det bliver så selvforklarende som overhovedet muligt” (I1).* Af

citatet udledes det, at noget understøttende, selvforklarende materiale kan bidrage som et supplerende alternativ til implementering af introduktion og støtte i almen praksis. Det supplerende, selvforklarende materiale skal derfor være med til at reducere den tid, som de sundhedsprofessionelle skal bruge på at introducere og støtte patienter i 'Min Læge'. Dette understøttes yderligere af, at I1 fortæller, at det supplerende materiale kan bidrage til en tidsbesparelse, hvilket udledes af følgende citat: *"Så den mængde tid, det var nødvendigt, at en fysisk person skulle tage sig af, det var minimal. Det vil være en fordel, tænker jeg"* (I1). På baggrund af at det tidligere er fremanalyseret, at tid er en økonomisk ressource i subtema 2.2, kan det ligeledes udledes, at det supplerende, selvforklarende materiale vil reducere de økonomiske ressourcer, der skal lægges i implementeringen af introduktion og støtte.

Udover tidsbesparelsen og de reducerede økonomiske ressourcer, kan supplerende materiale understøtte patienternes hukommelse om 'Min Læge', hvilket udledes af følgende citat: *"... Så kommer man hjem, og så er man sådan: "Hvordan var det nu lige?". Så hvis man har noget, man på en eller anden måde har nemt tilgængeligt til lige at tage med sig..."* (I1). På baggrund heraf udledes det, at den kontekstuelle betingelse med supplerende og selvforklarende materiale ligeledes kan medføre en mekanisme, hvor tilgængeligheden af 'Min Læge' øges, så patienterne har bedre forudsætninger for at lære at anvende 'Min Læge'. I1 uddyber hertil at:

"Jo flere strenge, du spiller på, jo bedre får du en implementering. Hvis du kun rammer med én ting - hvis du kun har en sms, eller du kun har en email, eller du kun har et stykke papir - så rammer du ikke. Har du alle tre dele, så vil du få en langt bedre implementering. Så tingene må gerne understøtte hinanden i forskellige medier" (I1).

Af citatet fremgår det, at hvis der samtidig med implementeringen af introduktion og støtte anvendes flere supplerende, understøttende informationskanaler om 'Min Læge' såsom e-mail, informationsbrev, sms osv. kan det føre til en øget tilgængelighed af 'Min Læge'. Dette kan forventes at medføre en mere succesfuld implementering af introduktion og støtte. Af denne analyse kan det dermed udledes, at flere understøttende og selvforklarende alternativer til introduktion og støtte kan anses at bidrage positivt til implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis og påvirke patienters anvendelse af 'Min Læge' positivt.

Subtema 5.2: Brugerinddragelse i udviklingsfasen

Interviewet med I1 belyser hans overvejelser for, hvordan der kan skabes en succesfuld implementering af introduktion og støtte. Herunder belyses brugerinddragelse som et fremmende element, hvilket fremgår i følgende citat, hvor I1 bliver spurgt til brugerinddragelse i forbindelse med implementeringen:

“Det vil være at have repræsentanter for dem, der ligesom skal bruge det. Så det vil både være repræsentanter for praksis-personale og repræsentanter fra ledelsesniveauet, som jo er lægerne i det her, og så patienterne også. Så at når man udvikler materialet, at man sørger for at have alle grupperne repræsenteret” (I1).

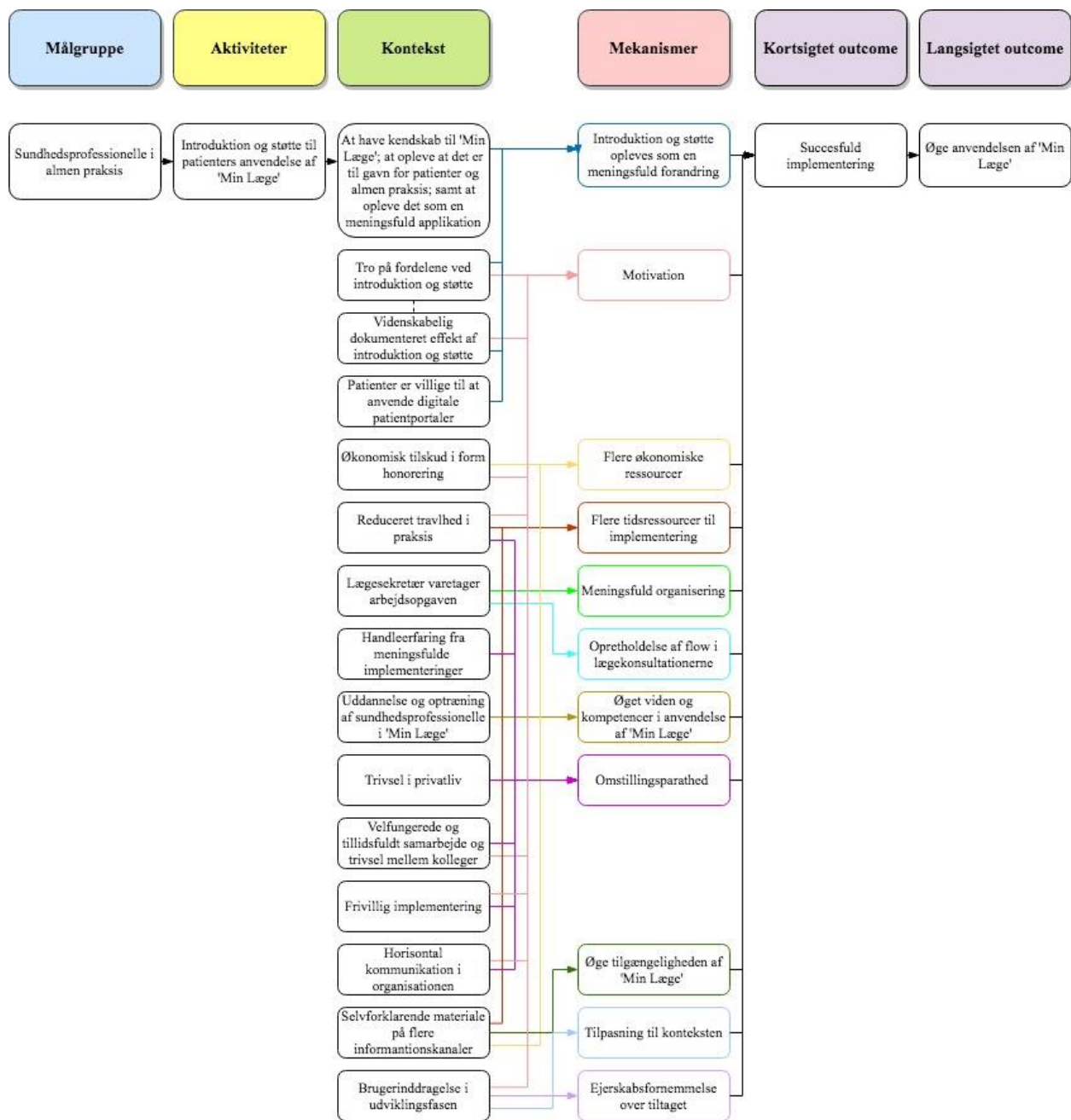
I citatet fremgår det, at inddragelse af sundhedspersonale, ledere fra almen praksis, samt inddragelse af patienterne kan være fordelagtigt i udviklingen af introduktion og støtte. Dette ses fordelagtigt, idet inddragelse i udviklingen kan påvirke implementeringen af introduktion og støtte. Denne holdning udfoldes i følgende citatet:

“... Så hvis der er noget, hvor man har ligesom været inde og sætte sit eget præg på - man kan godt fornemme om dem, der har tænkt et stykke værktøj ud til praksis om de rent faktisk ved, hvordan praksis fungerer - så taler det mere ind i min organisation og kan fornemme, at det her er et gennearbejdet produkt eller hvad man skal kalde det, jamen, så vil barrieren for at tage det i brug være lavere” (I1).

Dét, at de sundhedsprofessionelle har haft mulighed for at tilpasse tiltaget til deres egen praksis ved at sætte deres eget præg på udviklingen, giver bedre implementering af tiltaget, hvilket udledes på baggrund af citatet. Det anskues derfor, at tiltaget kan tilpasses den kontekst, som det skal implementeres i, og derved fremme en succesfuld implementering. Det kan ligeledes anskues at føre til, at de sundhedsprofessionelle i højere grad får mulighed for at føle, at tiltaget er deres eget og derved fremme deres ejerskabsfornemmelse over tiltaget og potentielt set deres motivation for implementering af tiltaget. Det udledes dermed, at en brugerinddragelse af relevante interessenter fra almen praksis i udviklingen af tiltaget betragtes som en kontekstuel betingelse for mekanismerne tilpasning af tiltaget til konteksten i almen praksis samt ejerskabsfornemmelse og motivation hos de sundhedsprofessionelle, hvilket kan lede til en succesfuld implementering.

6.3.3 Programteori for implementering af introduktion og støtte

Med afsæt i analyse af de kvalitative interviews følger en præsentation af de identificerede kontekstuelle betingelser og mekanismer ved anvendelsen af en programteori som præsenteres i figur 6. En programteori illustrerer et sæt af eksplicitte antagelser om, hvordan en intervention fører til den intenderet effekt gennem forskellige kontekst-mekanisme-outcome (CMO)-konfigurationer (Krogstrup, 2016, Dahler-Larsen, 2003). Kontekst omhandler de kontekstuelle betingelser, som skal være til stede for at aktivere mekanismen, som er det, der udløser det kortsigtede outcome og på sigt det langsigtet outcome (Krogstrup, 2016). Dermed illustreres det, hvilke fremanalyserede kontekstuelle betingelser som aktiverer mekanismerne, der fører til en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis. Formålet med at opstille programteorien er at danne rammen for diskussionen af specialets resultater, herunder hvilke elementer der bør fokuseres på, for at muliggøre implementeringen af en forandring i almen praksis.



Figur 6 viser en programteori for implementering i almen praksis

7.0 Diskussion

I det følgende afsnit vil specialets metodiske fremgangsmåder samt de fremkomne resultater, blive diskuteret. Formålet med at diskutere de metodiske fremgangsmåder for de tre undersøgelser er, at bidrage til en vurdering af fundenes kvalitet. Formålet med diskussionen af de fremkomne resultater er, at bidrage med et kvalificeret forbedringsforslag og dermed til besvarelsen af specialets overordnede problemformulering.

7.1 Metodediskussion

De metodiske valg og overvejelser i forbindelse med tværsnitsstudiet, litteraturstudiet samt det basale kvalitative forskningsdesign vil i det følgende blive diskuteret. Formålet med denne diskussion er at vurdere specialets metodiske kvalitet. De metodiske overvejelser og valg for den kvantitative undersøgelse, vil blive diskuteret ud fra kvalitetskriterierne *reliabilitet*, *intern validitet* herunder *informations-* og *selektionsbias*, samt *ekstern validitet*, hvilket er defineret i afsnit 6.2.1. Litteraturstudiet vil blive diskuteret ud fra begreberne *præcision* og *genfinding*, hvilket er defineret i afsnit 5.3.1. Slutteligt vil den kvalitative undersøgelse blive diskuteret ud fra begreberne *gyldighed*, *pålidelighed* og *overførbarhed*, hvilket er redegjort for i afsnit 6.2.1. I afsnit 5.0 er det forsøgt at beskrive metodebeskrivelsen detaljeret for de tre metodiske fremgangsmåder. Dette har bidraget til at skabe transparens af de metodiske valg, hvilket medvirker til at øge reliabiliteten i den kvantitative undersøgelse (Juul et al., 2017), pålideligheden i den kvalitative undersøgelse (Merriam, Tisdell, 2016) og reproducerbarheden af litteraturstudiet (Buus et al., 2008). Forud for diskussionen af de valgte metoder følger først en diskussion af den anvendte videnskabsteoretiske position.

7.1.1 Diskussion af det videnskabsteoretisk ståsted

I indeværende speciale bliver kritisk realisme anvendt som videnskabsteoretisk position. Kritisk realisme bygger jf. afsnit 5.1 på en forståelse af, at virkeligheden eksisterer uafhængigt af individets forestillinger herom, og den ontologiske forståelse er, at virkeligheden er dyb (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Det kan dog diskuteres, om kritisk realisme som videnskabsteoretiske position har været fordelagtig, da der i indeværende speciale anvendes tre undersøgelsesspørgsmål. Det

kan derfor diskuteres, om en eller flere videnskabsteoretisk position til undersøgelsen af de tre undersøgelsesspørgsmål havde været fordelagtigt.

Specialets første undersøgelsesspørgsmål har til formål at afdække sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler hos personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer. Ved dette forskningsspørgsmål søges der således viden om objektive erkendelser, og det studerede fænomen forsøges at gøres målbart. Dette formål ses i relation til den positivistiske, videnskabsteoretiske forståelse. Positivismen er dybt forankret i naturvidenskaben (Birkler, 2005) og er kendetegnet ved målbare, logik, matematik, empiri og objektivitet (Birkler, 2005, Buch-Hansen, Nielsen, 2012).

Anvendeligheden ved den positivistiske videnskabsteoretiske position ses i, at målet i positivismen er at opdage, dokumentere og forudsige mønstre, som dannes på baggrund af fænomener for at kunne opstille universelle love (Buch-Hansen, Nielsen, 2012, Birkler, 2005). Da det i den kvantitative analyse forsøges at klarlægge mønstre ved at belyse sammenhængen mellem eksponering og outcome, kan det relateres til positivismens tankegang. Dog rummer positivismen ikke subjektets oplevelse, hvorved det i positivismen forsøges at objektivisere subjektet (Birkler, 2005). Dermed kan det positivistiske paradigme kun bidrage til besvarelsen af det første undersøgelsesspørgsmål, da de andre undersøgelsesspørgsmål ikke er baseret på objektivitet og blotlægning af sammenhæng og mønstre. For at bidrage til et godt design skal der være sammenhæng mellem den overordnede problemformulering og den valgte videnskabsteoretiske position (Maxwell, 2005). Dermed anses positivismen ikke egnet som videnskabsteoretisk ståsted, da positionen ikke ville kunne bidrage til at besvare den overordnede problemformulering.

Specialets tredje undersøgelsesspørgsmål har til formål at afdække, hvilke elementer de sundhedsprofessionelle i almen praksis udtrykker af betydning for at implementere introduktion og støtte. Ved dette forskningsspørgsmål søges der således at opnå en forståelse af de sundhedsprofessionelles perspektiv på, hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer som gør sig gældende i konteksten; almen praksis. Dette formål kan ses i relation til den filosofiske, hermeneutiske videnskabsteoretiske forståelse. Inden for den filosofiske hermeneutik søges netop at fortolke og forstå subjektets meninger (Juul, 2012). Hermeneutikken beror på en antagelse om, at der ikke eksisterer sand og universel viden (Juul, 2012). Dermed kunne en fortolkende forståelse af de sundhedsprofessionelle subjektive oplevelser bidrage til at belyse specialets tredje undersøgelsesspørgsmål.

spørgsmål. Ved den filosofiske hermeneutik anvender forskeren sin forforståelse i forbindelse med undersøgelsen, hvilket bidrager til at skabe en ny forståelse af fænomener, som undersøges (Juul, 2012). Fordelen ved anvendelsen af den filosofiske hermeneutik som videnskabsteoretisk ståsted vil være, at forskerens forforståelse inddrages. Da der i interviewundersøgelsen tages udgangspunkt i specialegruppens forforståelse i form af de forståelser, der blev skabt på baggrund af litteraturstudiet, kunne den filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position dermed have været anvendt. Ydermere rummer den filosofiske hermeneutik subjektets oplevelser (Juul, 2012), hvorfor positionen kunne rumme besvarelsen af den overordnede problemformulering. Det anses dog som værende af afgørende betydning for implementeringen af introduktion og støtte at forstå kontekstuelle betingelser og mekanismerne, ved implementering. Dermed er en dybere forståelse af betingelser ved konteksten vigtigt. Den kritisk, realistiske videnskabsteoretiske position bidrager dermed til at kunne belyse, hvilke mekanismer der gør sig gældende i almen praksis, hvorved der forsøges at få en dybere forståelse af konteksten, hvor introduktion og støtte skal implementeres. Dermed vurderes den kritisk, realistiske videnskabsteoretiske position som værende bedst anvendelig til belysning heraf.

Ydermere kan det være vanskeligt at forene de to videnskabsteoretiske positioner, da positivisme og filosofiske hermeneutikken bygger på vidt forskellige ontologiske og epistemologiske antagelser. Forskellen kommer til udtryk, i hvordan der inden for de to positioner undersøges og tilegnes viden om verden. Den kritisk, realistiske videnskabsteoretiske position muliggør ligeledes anvendelse af flere forskellige metoder, da kritisk realisme omfatter et mangfoldigt perspektiv på valget af metode (Buch-Hansen, Nielsen, 2012). Derfor vurderes kritisk realisme overordnet som den mest anvendelige videnskabsteoretiske position til besvarelse af specialets tre undersøgelsesspørgsmål samt overordnede problemformulering.

7.1.2 Diskussion af det kvantitative forskningsdesign

Som beskrevet i afsnit 5.2 er designet for den kvantitative undersøgelse et tværsnitsstudie. Kausalitet kan dermed ikke afgøres, hvorved det blot er association mellem eksponering og outcome, som belyses (Juul et al., 2017). For at belyse kausaliteten kunne et alternativt design i form af et kohortedesign have været relevant. Ved et kohortedesign måles eksponering og outcome ved baseline, og respondenterne følges derfra i en given tidsperiode, hvorefter outcome igen måles ved et follow-up. Ved et kohortedesign inkorporeres således et tidsaspekt, hvorved designet kan

være med til belyse kausaliteten mellem eksponering og outcome (Juul et al., 2017). Ved et kohortedesign er der dog risiko for bias og residual confounding, hvilket betyder, at effekten af årsagsforveksling ikke fuldstændig elimineres (Juul et al., 2017), hvorved belysningen af kausaliteten bliver svækket. For at minimere denne risiko kunne et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) have være anvendeligt, da dette design ligeledes kan afgøre kausaliteten og med randomiseringen minimeres risikoen for confounding (Juul et al., 2017). Ved anvendelsen af RCT kunne deltagere med lav social støtte rekrutteres. Disse deltagere randomiseres herefter til to grupper, hvoraf en interventionsgruppe vil modtage en intervention med social støtte, og en kontrolgruppe, som ikke vil modtage en intervention med social støtte. Som ved kohortedesignet vil der ligeledes blive foretaget baseline- og follow-up-målinger, hvorved kausaliteten kan afgøres (Juul et al., 2017). Dog er det tidskrævende samt omkostningsfuldt at udføre et kohortestudie (Song, Chung, 2010, Morrow, 2010) og RCT (Bondemark, Ruf, 2015), hvorved det ikke vurderes muligt at gennemføre disse studier i indeværende undersøgelse.

Spørgeskema som dataindsamlingsmetode

Variablen for digitale sundhedskompetencer, som anvendes i den kvantitative analyse, er ikke valideret eller reliabilitetstestet (skriftlig udtalelse af Henrik Bøggild, d. 28.04.21). *Validiteten* omhandler, hvorvidt det tilsigtede måles (Gut, Fuglsang & Rimda, 2011), hvorimod *reliabilitet* beror på præcisionen af målingen (Bjørner et al., 1997). Der kan dermed være risiko for, at de spørgsmål, som omhandler de digitale sundhedskompetencer, ikke måler det tilsigtede eller måler upræcist. Risikoen for informationsbias kan dermed ikke udelukkes, når et spørgeskema ikke er valideret (Gut, Fuglsang & Rimda, 2011), da det ikke kan garanteres, at det måler det tilsigtede. Når reliabiliteten ikke er testet, vides det ikke, hvorvidt spørgeskemaet er reliabelt, hvorved risikoen for målefejl kan forekomme (Bjørner et al., 1997). Det vides derved ikke, om der er risiko for målefejl ved spørgsmålene for digitale sundhedskompetencer, da disse ikke er reliabilitetstestet. Der er således risiko for målefejl og informationsbias ved at anvende spørgsmål fra spørgeskemaet, som ikke er valideret eller reliabilitetstestet.

De anvendte spørgsmål til at vurdere respondenternes sociale støtte bygger dog på et valideret og reliabelt spørgeskema i form af *Oslo Social Support Scale* (Kocalevent et al., 2018), hvorved anvendelsen af denne variabel som eksponeringsvariabel kan anses at have mindre risiko for at medføre bias og målefejl. Ikke desto mindre er spørgeskemaet baseret på selvrapportering, hvil-

ket kan medføre risikoen for *social desirability bias*, som opstår, når respondenter svarer ud fra et ønske om ‘social anerkendelse’ (Althubaiti, 2016). Eftersom *social desirability* tyder på at være positivt knyttet til spørgsmål om social støtte (Cramer, 2000), kan respondenter derfor potentielt set have overestimeret deres sociale støtte. Det fremgår dog ikke i studiet af Cramer (2000), om en specifik gruppe har tendens til at overestimere deres sociale støtte, eller om det gælder for alle respondenterne. Det kan herved ikke afgøres, om der er differentieret eller ikke-differentieret misklassifikation, som forekommer, når der er henholdsvis forskel og ingen forskel mellem de to eksponeringsgrupper (Juul et al., 2017, Szklo, Nieto, 2019). Ikke desto mindre fremgår det af den statistiske analyse, at der ikke findes en sammenhæng mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler, for dem med henholdsvis lave og høje digitale sundhedskompetencer. Dette kan dermed indikere, at der er risiko for, ikke-differentieret misklassifikation, da dette medfører, at ens resultater rykkes tættere på nulhypotesen (Juul et al., 2017).

Digital kontakt med sundhedsvæsenet som outcome-variabel

Outcomet i den statistiske analyse beror på spørgsmålet “*Hvor mange dage på en typisk uge bruger du følgende digitale kilder til at få information om sundhed?*”. Under dette spørgsmål skulle respondenterne svare på “*Digital kontakt med sundhedsvæsenet*”. Spørgsmålet relaterer sig dermed ikke konkret til anvendelsen af digitale patientportaler. Spørgsmålet bygger på hyppigheden af respondenternes digitale kontakt, og dermed ikke alene på, om de anvender digitale patientportalerne. Anvendelsen af spørgsmålet *digital kontakt med sundhedsvæsenet* kan dermed have påvirket validiteten af studielets tværsnitsundersøgelse. Ikke desto mindre er de foreslåede former for digital kontakt “(f.eks. *e-konsultationer, adgang til patientjournal, elektronisk adgang til svar på medicinske prøver, digital kommunikation med sundhedsprofessionelle osv*)” funktioner, som digitale patientportaler omfatter. Det vurderes dermed, at spørgsmålet omhandlende ‘digital kontakt’ til dels er overførbart til digitale patientportaler.

Andelen af respondenter, som anvendte digitale patientportaler ‘*mere end en gang om ugen*’, er 9% for den samlede stikprøve, på trods af at der skete en sammenlægning af fire svarkategorier, herunder ‘*3 dage per uge*’, ‘*4-6 gange om ugen*’, ‘*en gang om dagen*’ og ‘*mere end en gang om dagen*’. Det kan dermed overvejes, om spørgsmålets tidsperspektiv har været en begrænsning herfor. Spørgsmålet, som anvendes, indeholder et tidsperspektiv på én uge, hvilket synes som en relativt kort tidsperiode til at rumme et nuanceret billede af borgernes digitale kontakt med sund-

hedsvæsenet. Dette kan anfægtes, fordi det forekommer, at 33% har bestilt en lægetid digitalt og 34% har anvendt muligheden for at kommunikere digitalt med lægen inden for de seneste tre måneder (Tassy, Nielsen, 2020). Det forekommer dermed, at hvis der kigges på digital kontakt med sundhedsvæsenet indenfor de seneste tre måneder, er andelen, der er i digital kontakt med sundhedsvæsenet, højere. Dermed kunne tidsperioden med fordel udvides til f.eks. tre måneder, et halvt eller et helt år. Udvidelsen af tidsperspektivet kunne dermed bidrage til et mere sigende billede af, hvor ofte respondenterne anvender digitale patientportaler. Dette vil dog kunne øge risikoen for recall bias, da udvidelsen af tidsperioden også stiller krav til, at respondenterne skal huske længere tilbage i tiden, og der kan dermed være risiko for, at de ikke husker rigtigt (Szklo, Nieto, 2019).

Rekruttering af deltagere

Som nævnt i afsnit 5.2.1, blev 29.998 borgere forsøgt rekrutteret til at besvare HLS-19 spørgeskemaet ved en randomiseret stikprøve i det danske CPR-registre. Anvendelsen af randomisering minimerer risikoen for confounding (Juul et al., 2017), og øger derved den interne validitet. Der udgik dog 2.271 borgere, som var fritaget for e-Boks, og i alt svarede 23.122 borgere ikke på spørgeskemaet. Dette medfører en svarprocent på 13,5% ($3.678/27.727 \cdot 100 = 13,5\%$), hvorved svarprocenten ses relativt lav.

Det kan diskuteres, hvorvidt der forekommer selektionsbias, samt om stikprøven er repræsentativ for den generelle danske population. Dette skyldes, at borgere, der var fritaget for e-Boks, ikke modtog spørgeskemaet, som illustreret i figur 2. Fritagelse fra e-Boks kan ske, hvis borgere bl.a. ikke har adgang til en computer med tilstrækkelig internetforbindelse; hvis de har en kognitiv eller fysisk funktionsnedsættelse, som hindrer dem i at modtage post digitalt; eller hvis de har sproglige vanskeligheder (borger.dk, n.d.). På baggrund af disse krav for fritagelse kan det ansues, at denne gruppe af borgere kan have lave digitale sundhedskompetencer. Yderligere kan det overvejes, om de 23.122 manglende svar fra borgere, kan skyldes lave digitale sundhedskompetencer. For at anvende e-Boks kræver det, at individet har færdighederne til at bruge e-Boks samt forstå det skrevne. Har borgerne ikke disse færdigheder, kan det antages at påvirke deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen. If. Norman og Skinners (2006) skal individet kunne anvende de teknologiske løsninger samt kunne forstå den skriftlige formidling for at besidde digitale sundhedskompetencer. Det anses dermed, at borgere med lave digitale sundhedskompetencer

ikke nødvendigvis besidder kompetencerne til at indgå i en spørgeskemaundersøgelse, som udsendes digitalt. På baggrund af dette kan det ikke udelukkes, at selektionsbias kan være forekommet. Dog ses det i indeværende stikprøve, at der er 17% i gruppen fra 18-40 år sammenlignet med 47% af gruppen 41-64 år, 26% af 65-74 år og 10% af dem der er 75 år eller derover. Det er dermed flere ældre i indeværende stikprøve. På baggrund af afsnit 2.1.3, forekommer det dog, at en determinant for at have lave digitale sundhedskompetencer er at være ældre. Dette er dermed modstridende iht. hypotesen om, at dem med lave digitale sundhedskompetencer i mindre grad har responderet. Eftersom der ikke foreligger viden om fordelingen af digitale sundhedskompetencer i den samlede danske population, er det derfor ikke muligt at vurdere repræsentbarheden for fordelingen i stikprøven sammenlignet med den samlede population.

Som tidligere nævnt forekommer det af den deskriptive analyse i afsnit 6.1.1, at der er 17% i gruppen fra 18-40 år sammenlignet med 47% af gruppen 41-64 år, hvorved det anskues, at der er en underrepræsentation af den yngre voksne del af befolkningen i stikprøven. Den eksterne validitet kan derved være påvirket særligt, iht. hvorvidt fundene er generaliserbare til den yngre del af den danske befolkning. Det forekommer ydermere, at der indgår 47% med mellemlang og lang uddannelse i stikprøven samt 14% med grundskole eller gymnasial uddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau. Der er dermed risiko for en underrepræsentation af gruppen med grundskole og gymnasial uddannelse sammenlignet med den danske befolkning, hvor 35% af populationen har grundskole eller gymnasial uddannelse som højest færdiggjorte uddannelsesniveau (Danmarks Statistik, n.d). Hermed kan generaliserbarheden til denne gruppe ligeså betvivles.

7.2.3 Diskussion af litteraturstudie

Den indledende søgning er foretaget med det formål at afdække den eksisterende litteratur samt at give viden om problemfeltet (Rienecker, Jørgensen 2014; Stenbæk, Jensen, 2007). I denne forbindelse er der anvendt ustrukturerede-, semistrukturerede- og kædesøgninger. Ulemperne ved kædesøgning er dog, at andre forståelser end den forståelse som kædesøgninger startede ved, kan mangle (Rienecker, Jørgensen, 2014), hvorfor eventuel modstridende litteratur ikke identificeres. Yderligere mangler systematikken, hvorved alle relevante studier nødvendigvis ikke identificeres (Rasmussen, Remvig & Wien, 2017). Anvendelsen af kædesøgninger til at indsamle viden om problemfeltet kan dermed være en begrænsning for den indledende identifikation af mulige rele-

vante søgetermer. Mulige relevante emneord kan dermed være overset. Dog er der i udarbejdelsen af søgestrategien til den systematiske søgning gjort tiltag for at imødekomme dette, hvilket vil blive adresseret i det følgende.

Den systematiske søgestrategi

Forud for den endelige systematiske søgning, blev flere søgestrategier afprøvet. Denne indledende afprøvning af søgestrategien bidrog med viden om, hvilket litteratur søgestrategien fremsøgte og øgede søgningens præcision (Rienecker, Jørgensen, 2014). Flere blokke blev afsøgt, som f.eks. *‘implementering’* som en separat blok og *‘introduktion og støtte’* som en specifik blok. Disse kombinationer blev testet, men vurderet til at medføre, at søgningen enten var for indskrænket eller bred, hvilket påvirker søgningens præcision. Ved en screening af det fremsøgte resultat, fremkom der meget støj. På baggrund af denne afprøvning af alternative søgestrategier, blev den endelig søgning vurderet som bedst egnet for den systematiske søgning.

Den endelige systematiske søgning indeholdt tre blokke; netop *‘Forandring’*, *‘Almen praksis’* og *‘Sundhedsprofessionelle’*. I hver blok er der forsøgt opnået en høj genfinding ved at afsøge definitionerne af de kontrollerede emneord i hver database, hvor relevansen af det kontrollerede emneord blev vurderet. Ydermere blev alternative synonymer og kontrollerede emneord forsøgt afsøgt med og uden trunkering, hvis trunkering bidrog med flere hits blev dette medtaget i søgningen. Hver blok er derefter systematisk opbygget ved at tilføje synonymer eller kontrollerede emneord ét ad gangen. Hvis de ikke bidrog med en udvidelse af søgningen, blev de fjernet. Dette blev gjort i hver enkelt database for sikre, at søgningen var tilpasset databasen. Dette arbejde vurderes til at øge præcisionen af den systematiske søgestrategi.

Valg af databaser

Databaserne blev udvalgt på baggrund af deres indhold og emneområde, samt hvad de forventes at bidrage med til den endelige søgning. Den systematiske søgning blev foretaget i fem databaser, hvilket anses som en styrke for litteraturstudiet, da databaserne, jf. afsnit 5.3.2, bidrager med forskellige videnskabelige perspektiver. Der blev dog fundet et stort overlap af artikler i mellem databaserne, hvorfor det kunne overvejes, om enkelte af de valgte databaser kunne ekskluderes fra søgningen. Det kunne hertil overvejes, om litteraturstudiet burde have inkluderet andre data-

baser med mere organisationsorienteret forskningslitteratur, da det kunne have bidraget med en øget viden om forandringer på et organisatorisk plan.

7.1.4 Diskussion af det kvalitative forskningsdesign

Jævnfør afsnit 5.4 er der foretaget semistrukturerede individuelle interviews. Det semistrukturerede individuelle interview blev valgt, for at opnå viden om de sundhedsprofessionelles perspektiv på fænomenet implementering af introduktion og støtte i almen praksis. Det semistrukturerede individuelle interview muliggør netop, at opnå viden om individets holdning og mening om fænomenet, uden påvirkning af andre informanter (Kvale, Brinkmann, 2015). Det kunne dog overvejes om et fokusgruppeinterview kunne have været anvendt. Et fokusgruppeinterview muliggør opnåelse af viden om interaktionen mellem informanterne (Halkier, 2015). Fokusgruppeinterviewet kan dermed producere viden om sociale gruppers normer, fortolkninger og interaktioner og dermed producere viden om kompleksiteten i en social praksis (Halkier, 2015). Eftersom almen praksis består af et samarbejde mellem forskellige personalegrupper blandt læger, lægesekretærer, sygeplejersker og andet personale, kunne fokusgruppeinterviewet dermed være anvendeligt. Et fokusgruppeinterview er ydermere velegnet til at udforske nye områder (Kvale, Brinkmann, 2015), da der ved et fokusgruppeinterview kan komme forskellige og potentielt modstridende synspunkter frem vedrørende det emne, som diskuteres (Kvale, Brinkmann, 2015, Gubrium, Holstein, 2001). Da implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis anses som et nyt område, kunne fokusgruppeinterviewet dermed have været anvendeligt til at opnå viden om forskellige og potentielle modstridende synspunkter. Fokusgruppeinterviewet har ligeledes den fordel, at informanterne har mulighed for at supplere hinanden gennem interviewet (Halkier, 2015). Det kan dog have den begrænsning, at informanten ikke føler sig tryk ved at ytre sine perspektiver i samme rum som andre. Ydermere blev fokusgruppeinterviewet fravalgt af pragmatiske årsager, da interviewene skulle foregå online og telefonisk grundet COVID-19 pandemien og de gældende restriktioner. De pragmatiske overvejelser her bag er, at der kan forekomme latenzid i online-forbindelsen, hvilket kan skabe en udynamisk samtale, blandt informanterne.

Rekruttering af informanter

Jævnfør afsnit 5.4.3 blev informanterne rekrutteret ved henvendelse pr. mail til Forskningsenheden for Almen Praksis og NORD-KAP samt direkte henvendelse til enkelte praktiserende læger, hvilket dog blev begrænset af, at mange almen praktiserende ikke har en offentlig mailadresse

tilknyttet. Ydermere blev informanterne forsøgt rekrutteret gennem specialegruppen eget netværk over de sociale medier. Dog blev denne rekrutteringsstrategi begrænset af, at specialegruppens netværk ikke består af lægefagligt personale. Denne digitale rekrutteringsstrategi har dog været udfordrende, da rekrutteringen afhang af tilbagemeldelser fra informanterne. Det kan derfor overvejes, om denne rekrutteringsstrategi har været fordelagtig for rekrutteringen af informanter, og om det ved denne strategi har været muligt at opnå den tilsigtede maksimale variation i rekruttering af informanter. Det antages, at almen praksis er et travlt erhverv, hvilket ligeledes kan have påvirket den manglende tilbagemelding. Den maksimale variation kunne derfor være kompromitteret.

Informanterne, som indgår, er udvalgt på baggrund af tilbagemelding på henvendelserne. Det kan derfor diskuteres, om rekrutteringen af informanter i højere grad har præg af *convenience sampling*. Ved *convenience sampling* udvælges informanterne på baggrund af deres tilgængelighed, og denne rekrutteringsstrategi er forbundet med en lavere gyldighed (Merriam, Tisdell, 2016). Der blev dog rekrutteret informanter, hvor der var variation i beliggenhed, profession og praksisstørrelse, hvorved der er diversitet i informanterne.

Rekrutteringen af informanter skal være velbegrundet og deres inklusion skal være relevant for forskningsspørgsmålet for at fremme gyldigheden (Giacomini, Cook, 2000). Eftersom de informanterne, der blev rekrutteret, er ansat i en almen praksis, hvor deres kommunikationssystem er tilknyttet 'Min Læge', ses gyldigheden for undersøgelsen øget. Der blev dog kun rekrutteret to informanter, hvorved der er risiko for der ikke er opnået datamætning. Datamætning opnås, når de samme perspektiver går igen på tværs af informanter, hvilket er med til at øge gyldigheden (Giacomini, Cook, 2000, Merriam, Tisdell, 2016). Ved rekrutteringen af kun to informanter kan dette dermed have påvirket gyldigheden af undersøgelsens fund.

Gennemførelse af interviews

Jævnfør afsnit 5.4.4 blev interviewene foretaget som et videoopkald og et telefonopkald. Anvendelsen af videoopkald og telefonopkald har været nødvendig for at overholde COVID-19 restriktionerne og for at imødekomme de sundhedsprofessionelles arbejdstid. Ydermere har anvendelsen af video- og telefoninterviews været fordelagtigt, da metoden har muliggjort rekruttering af informanter uagtet deres geografiske lokation; givet fleksibilitet i tidspunktet for interviewet (Janghorban, Roudsari & Taghipour, 2014, Block, Erskine, 2012); samt været tidsbesparende

(Janghorban, Roudsari & Taghipour, 2014, Edje et al., 2013, Lo Iacono, Symonds & Brown, 2016, Block, Erskine, 2012). Dermed har det været fleksibelt at foretage interviews med sundhedsprofessionelle i forskellige dele af landet, og anvendelsen af video- og telefoninterview var således fordelagtigt. En ulempe ved et telefoninterview er dog manglen på nonverbal kommunikation som f.eks. kropssprog og ansigtsmimik (Block, Erskine, 2012). Derimod minder videointerview i høj grad om et ansigt-til-ansigt interview. Videointerview har dog den ulempe, at aflæsning af informantens kropssprog foruden ansigtsudtryk minimeres (Janghorban, Roudsari & Taghipour, 2014, Lo Iacono, Symonds & Brown, 2016). Video- og telefoninterview giver dermed interviewerens ringere mulighed for at være aktiv lyttende og skabe en tillidsfuld kontakt under interviewet (Lo Iacono, Symonds & Brown, 2016). For at imødekomme denne udfordring blev det forsøgt at anvende verbalt feedback til at skabe en tillidsfuld kontakt og vise, at interviewerens var aktiv lyttende. Anvendelsen af videoopkald og telefonisk opkald kan derved have påvirket undersøgelsens gyldighed. Dog anses kvaliteten af data indsamlet ved video- og telefoninterviews som værende sammenlignelig med data indsamlet ved ansigt-til-ansigt interview (Carr, Worth, 2001), hvorved anvendelsen af video- og telefoninterview ikke antages at have påvirket gyldigheden af undersøgelsen.

Transskribering og analysestrategi

Som beskrevet i afsnit 5.4.5 blev transskriberingen af begge interviews foretaget af det samme gruppemedlem ud fra den udarbejdede transskriptionsguide, som findes i bilag 11. Dette er med til at øge pålideligheden af transskriptionerne (Tanggaard, Brinkmann, 2015), da det sikrede, at transskriptionen er standardiseret. For at kvalitetssikre transskribering kunne der med fordel være foretaget en 'pålideligheds-kontrol', hvor flere af gruppens medlemmer uafhængigt af hinanden transskriberede et afsnit af interviewet for derefter at sammenligne transskriptionerne (Kvale, Brinkmann, 2015). Denne kontrol kunne have bidraget til at øge pålideligheden af transskriptionen. Alle gruppens medlemmer lyttede til lydoptagelsen af begge interviews og læst transskriberingen for at imødekomme denne mangel.

De endelige transskriberinger blev analyseret ved anvendelsen af Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi, som beskrevet i afsnit 5.4.6. Alle tre gruppemedlemmer deltog i udarbejdelsen af den tematiske analyse. Det kan dog diskuteres, om analysen burde være foretaget ved anvendelse af forskertriangulering. Ved anvendelsen af forskertriangulering gennemfører, alle

gruppens medlemmer analysen uafhængigt af hinanden (Merriam, Tisdell, 2016). Anvendelsen af forskertrianglering kan således bidrage til at øge gyldigheden (Giacomini, Cook, 2000, Merriam, Tisdell, 2016) og pålideligheden af analysen (Merriam, Tisdell, 2016). Dog blev der ved tvivl om kodning og tematisering diskuteret og argumenteret for at nå en samlet enighed og perspektiv for analysen.

7.2 Resultatdiskussion

I det følgende vil fund fra litteraturstudiet, tværsnitsundersøgelsen og interviewundersøgelsen blive diskuteret og sammenlignet med eksisterende litteratur og teori for at søge at besvare specialets problemformulering.

7.2.1 Behovet for at implementere introduktion og støtte i almen praksis

Til besvarelsen af første undersøgelsesspørgsmål, viser fund fra tværsnitsstudiet, at der ingen association er mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler for hverken personer med lave og høje digitale sundhedskompetencer. Ligeledes viser resultaterne ingen sammenhæng, når der er justeret for uddannelse og køn som confoundere samt etnicitet og alder som interaktion. Det er dog belyst i afsnit 2.7, at social støtte kan have en positiv indvirkning på at øge anvendelsen af digitale patientportaler. Dermed ses fund fra problemanalysen og specialets tværsnitsundersøgelse som modstridende. Dog kan en diskussion af eksponering- og outcomevariabel i forbindelse med tværsnitsstudiets bidrage til diskussionen af disse modstridende fund.

Outcomevariablen ‘digital kontakt med sundhedsvæsenet’ har til hensigt at repræsentere anvendelsen af digitale patientportaler. Dog kompromitterer den anvendte outcomevariabel den interne og eksterne validitet af undersøgelsens fund, hvilket er diskuteret i afsnit 7.1.2. På baggrund heraf kan det anses, at de modstridende fund kan skyldes den lave interne validitet, der er forbundet med den anvendte outcomevariabel.

De bagvedliggende spørgsmål for eksponeringsvariablen ‘social støtte’ omhandler jf. bilag 4 respondenterne nære social støtte, da spørgsmålene omhandler oplevelsen af social støtte fra personer tæt på individet. Dette skyldes, at social støtte ud fra de angivne spørgsmål repræsenterer den støtte, som personer kan få fra nære sociale relationer, og ikke på sundhedsprofessionelles støtte i denne konkrete kontekst. Dermed kan det anskues, at den anvendte eksponeringsvariabel i

højere grad er en prædikator for respondenternes '*distributed health literacy*', da spørgsmålene omhandler respondenternes oplevelse af at kunne få hjælp fra deres sociale netværk. Dermed belyser den anvendte eksponeringsvariabel blot sociale støtte fra nære relationer og ikke støtte fra de sundhedsprofessionelle. Det har dog ikke været muligt at klarlægge i problemanalysen, om digitale sundhedskompetencer har en indvirkning på social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler pga. manglende litteratur på området. Derved bidrager tværnsnitsstudiet til at belyse, om respondenternes digitale sundhedskompetencer medfører en forskel i sammenhængen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler. Dette kan bidrage til at forstå, hvilken interventionsstrategi der bør anvendes for tiltaget. Det er dog blevet fremanalyseret i afsnit 2.7.1, at ikke alle har de samme forudsætninger for at få støtte fra nære relationer, hvorfor støtte fra nære relationer kan være problematisk at fokusere på for at fremme anvendelsen af digitale patientportaler. Derimod viser flere systematiske reviews, at støtte fra de sundhedsprofessionelle faciliterer anvendelsen af digitale patientportaler (Zhao et al., 2017, Amante et al., 2014, Dendere et al., 2019, Sakaguchi-Tang et al., 2017, Powell, 2017, Niazhani et al., 2020), hvorved introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle anses som et relevant tiltag at implementere. Flere af de systematiske reviews finder, at støtte har en betydning for anvendelsen af digitale patientportaler samt reviews beror på studier der foregår i land med vestlige kulturer såsom Tyskland, Sverige, Finland, Holland, Storbritannien og USA. Derfor kan det tyde på at introduktion og støtte også vil have en betydning for anvendelsen af digitale patientportaler i en dansk kontekst. Der er dog behov for yderligere undersøgelser i en dansk kontekst for at belyse sammenhængen mellem støtte fra de sundhedsprofessionelle og anvendelsen af digitale patientportaler.

7.2.2 Dokumentation af introduktion og støttes virkning i en dansk kontekst

På trods af denne viden om at støtte fra de sundhedsprofessionelle faciliterer anvendelsen af digitale patientportaler, bør tiltaget forud for implementeringen gennemgå en pilottestning og evaluering (Craig et al., 2008). Dette er relevant, da konteksten har en afgørende betydning for tiltagets effekt, hvilket kan betyde, at effekten kan påvirkes, hvis et tiltag flyttes til en anden kontekst (Craig et al., 2018). Tiltaget introduktion og støtte er udledt på baggrund af studier, hvor delelementer af tiltaget er belyst i andre kontekster end den danske kontekst. Dermed følger en diskussion af, hvordan tiltaget omhandlende introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle, bør pilottestes og evalueres.

Ved pilottestning bør tiltaget afprøves og et ‘feasibility’-studie bør foretages. En pilottest og ‘feasibility’-studie foretages for at tilpasse samt teste proceduren for tiltaget, hvorved usikkerheder omkring tiltagets elementer undersøges (Craig et al., 2008). Således vil en pilottest bidrage til en dybere forståelse af konteksten, som tiltaget implementeres i (Craig et al., 2008). Dermed vil en pilottestning af ‘introduktion og støtte’ i almen praksis bidrage med viden om, hvilke problematikker der kunne forekomme ved tiltaget i almen praksis. En pilottestning af tiltaget bør indeholde en kvantitativ og kvalitativ metode (Craig et al., 2008). En kvantitativ undersøgelse kunne med fordel være i form af et ‘pilot RCT’. Dette kunne udarbejdes ved at have en interventionsgruppe, som modtager introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle, og en kontrolgruppe, som ingen intervention modtager. Effekten af introduktion og støtte vil dermed kunne vurderes med en mindre risiko for confounding som belyst i afsnit 7.1.2. Ikke desto mindre vil det ikke være muligt at blinde borgerne for, hvorvidt de modtager introduktion og støtte, hvorved der kan være risiko for informationsbias ved denne tilgang (Juul et al., 2017). Den kvalitative del af pilottesten kan bero på kvalitative interviews af de sundhedsprofessionelle, som skal introducere og støtte borgerne i anvendelsen af ‘Min Læge’. Disse kvalitative interviews har til formål at belyse fremmende og hæmmende elementer for at give introduktion og støtte til borgerne i almen praksis. På baggrund af denne pilottestning vil tiltaget tilpasses, hvorefter tiltaget bør evalueres (Craig et al., 2008).

If. Craig et. al. (2008) bør en evaluering af et tiltag bero på en effekt-, proces- og økonomisk evaluering. Effektevalueringen bør randomiseres på individniveau, da dette er med til at reducere risikoen for selektionsbias (Craig et al., 2008). Dermed anses et RCT som det optimal design til effektevalueringen. Dog kan randomisering af borger på et individniveau i almen praksis, være forbundet med nogle udfordringer. Derfor kunne et cluster-randomiseret studie i højere grad ses som anvendeligt. Ved en cluster randomisering foregår randomiseringen på gruppeniveau (Craig et al., 2008). Dette kan f.eks. være, hvis borgere randomiseres til enten kontrol- eller interventionsgruppen på baggrund af det lægehus, de er tilknyttet. Derved vil nogle lægehuse tilbyde en intervention, hvor andre lægehuse ikke vil tilbyde en intervention. Ved effektevaluering inddrages kontekstuelle betingelser og mekanismer dog ikke, hvorved det ikke er muligt at belyse, hvad der er årsagen til, at tiltaget virker, hvorfor det omtales som en ‘*black box evaluering*’ (Krogstrup, 2016). En måde, hvorpå det er muligt er klarlægge mekanismerne og dermed åbne den “‘black box ’” er ved en *teoribaseret evaluering* (Krogstrup, 2016). Teoribaseret evaluering byg-

ger på at finde viden om kontekstuelle betingelser og mekanismer, og hvordan disse leder til en effekt for derefter at tilpasse en intervention, hvis dette er nødvendigt (Krogstrup, 2016). Det, som Krogstrup (2016) omtaler teoribaseret evaluering, er det, som Craig et al., (2008) omtaler procesevaluering, da det også omhandler at klarlægge, de mekanismer og kontekstuelle betingelser, som kan skabe variation i outcomet altså effekten. Hertil uddyber Craig et al. (2008), at procesevaluering kan være med til at belyse, hvorfor interventioner fejler, og hvilke eventuelle utilsigtede konsekvenser interventionerne kan have. Procesevalueringen kan bl.a. bestå af kvalitative undersøgelser (Craig et al., 2008). En kvalitativ interviewundersøgelse kan dermed bidrage med viden om, hvilke mekanismer og kontekstuelle betingelser som borgerne i almen praksis udtrykker som værende af betydningen for, at introduktion og støtte fra de sundhedsprofessionelle kan medføre, at borgerne anvender 'Min Læge'. På baggrund heraf kan effektevalueringen og procesevalueringen supplere hinanden.

Sluttelig bør en økonomisk evaluering af tiltaget foretages med det formål at vurdere omkostningseffektiviteten af tiltaget. Her bør alle omkostninger for tiltaget medtages såsom lønomkostninger, omkostninger til uddannelse, udarbejdelse af materiale mv. Alle omkostninger sammenholdes med effekten af tiltaget for at vurdere, hvor der fås mest sundhed for pengene; dvs., hvorvidt tiltaget er omkostningseffektivt (Pedersen, 2013). Dette vil dog ikke uddybes nærmere.

På baggrund af ovenstående diskussion bør der udføres en pilottestning efterfulgt af en evaluering i form af en effekt-, process- og økonomisk evaluering af tiltaget. Dette bidrager til en tilpasning af tiltaget forud for en storskala implementering af introduktion og støtte i almen praksis (Craig et al., 2008). En storskala implementering bør dog tage forbehold for, at konteksten varierer over tid og fra en almen praksis til en anden almen praksis (Fixsen et al., 2005, Craig et al., 2018). Dette understøttes af fund fra litteraturstudiet, som viser, at almen praksissers forandringsparathed synes at være afhængig af deres beliggenhed og størrelse (Grady et al., 2021).

7.2.3 Udviklingen af tiltaget forud for implementering

På baggrund af fund fra litteraturstudiet fremkommer det, at inddragelse af de sundhedsprofessionelle i udvikling af et tiltag øger deres villighed til at implementere en forandring. Ydermere belyses det i forbindelse med litteraturstudiet, at de sundhedsprofessionelle har et bedre kendskab til arbejdsgangene, og dermed kan være med til at identificere problemerne samt hvordan foran-

dringen kan tilpasses konteksten kan passe ind (Nilsen et al., 2020). Dermed kan det diskuteres, om inddragelse af de sundhedsprofessionelle i udviklingen af tiltaget kan bidrage til implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Lignende perspektiv fremkommer i de kvalitative interviews, hvor inddragelse af såvel leder, medarbejder og borgere kan bidrage til en succesfuld implementering. I denne forbindelse fremgår det, at ved inddragelse af de sundhedsprofessionelle kan det medføre, at tiltaget i højere grad er tilpasset almen praksis. Der forekommer dermed en overensstemmelse mellem litteraturstudiet og de kvalitative interviews om, at inddragelse af særligt de sundhedsprofessionelle kan medføre, at tiltaget tilpasses den kontekst, som det skal implementeres i.

Interessenter har en større viden om konteksten og mekanismerne, hvorved inddragelsen af dem i produktionen af interventionen kan ses fordelagtigt for at sikre overensstemmelse mellem teori og konteksten (Moore, Evans, 2017). En fordel ved aktivt at inddrage de sundhedsprofessionelle er ydermere, at det øger ejerskabsfølelsen til tiltaget og motivationen for implementeringen for de involverede parter (Andersen, 2007, Stringer, 2014), hvilket fund i den kvalitative interviewundersøgelse understøtter. Dog kan brugerinddragelse, i form af samskabelse, også medføre en større uforudsigelighed ift., tiltaget. Denne uforudsigelighed er dog afhængig af, hvilken grad af styring, der er i samskabelsen (Ulrich, 2016). På baggrund af denne diskussion kan fordelene ved brugerinddragelse af de sundhedsprofessionelle være, at tiltaget tilpasses konteksten; kan øge viden om konteksten og mekanismerne; samt øge ejerskabsfølelsen og motivationen, dog er en ulempe at tiltaget kan blive mere uforudsigeligt. Fordelen ses dog som fordelagtigt, hvorfor brugerinddragelse bør overvejes.

Ved inddragelse af de sundhedsprofessionelle fremkommer det af de kvalitative interviews, at supplerende, understøttende, skriftligt materiale såsom mail eller SMS kan være fordelagtigt, for at øge tilgængeligheden af 'Min Læge'. I afsnit 2.5 er det dog fremanalyseret, at anvendelsen af digitale redskaber samt forståelsen af disse redskaber forudsætter, at borgerne besidder digitale sundhedskompetencer. Alle borgere har dog ikke den samme grad af digitale sundhedskompetencer, da dette påvirkes af flere determinanter som fremanalyseret i afsnit 2.1.3. Det bør dermed tages forbehold for, at det supplerende materiale nødvendigvis ikke øger tilgængelighed af 'Min Læge' for alle borgere. Hertil bidrager fund fra de kvalitative interviews med, at inddragelse af borgerne i processen kan bidrage til udviklingen at tiltaget forud for implementeringen. Inddra-

gelse af borgerne kan dermed anses fordelagtigt for, at materialet tilpasses dem. Det ses dog væsentligt at inddrage borgere med forskellige grader af digitale sundhedskompetencer. Endvidere kan en fordel ved det supplerende oplysningsmateriale være, at de sundhedsprofessionelle skal bruge færre ressourcer i form af tid, hvilket også kan medføre, at det kræver færre økonomiske ressourcer. Dog er mundtlig introduktion som nævnt i afsnit 2.7.2 fordelagtig, da det har vist sig at øge brugen efter tre år (Phelps et al., 2014). Dermed anses det, at på trods af, det supplerende materialer kan spare de sundhedsprofessionelle tid, kan det ikke erstatte den mundtlige information. På baggrund af denne diskussion bør det supplerende, understøttende materiale, udvikles ved hjælp af brugerinddragelse af borgerne. Ydermere anses det væsentligt, at det supplerende materiale ikke erstatter den mundtlige information, men anvendes som supplement til den mundtlig introduktion og støtte for, at det ikke reducerer den effekt, tiltaget introduktion og støtte har potentiale til at medføre. Ligeså bør dette materiale indgå i pilottestningen og evalueringen af tiltaget som beskrevet i afsnit 7.2.2.

7.2.4 Individuelle forhold af betydning for implementering i almen praksis

Ifølge litteraturstudiet identificeres de sundhedsprofessionelles parathed til forandring, som værende afgørende for implementeringen af en forandring i praksis (Nilsen et al., 2020, Nilsen et al., 2019, Grady et al., 2021, Hung, Chen, 2017). Dog forekommer det gennem de kvalitative interviews, at flere forhold er afgørende for, at de sundhedsprofessionelle er villige til at implementere introduktion og støtte i almen praksis. Forhold, som at forandringen opleves som meningsfuld, og at de sundhedsprofessionelle er motiveret for at implementere forandringen, er if. de kvalitative interviews afgørende for deres parathed til en forandring. Lignende fund fremgår i litteraturstudiet, hvor et højt niveau af personlig motivation er associeret med de sundhedsprofessionelles forandringsparathed (Hung, Chen, 2017). Dermed ses der overensstemmelse mellem fundene fra de kvalitative interviews og litteraturstudiet. Mangel på motivation forekommer ydermere som hæmmende for en implementering (Lau et al., 2016), hvorved motivation hos de sundhedsprofessionelle vurderes som værende afgørende for implementeringen af introduktion og støtte i praksis.

I forbindelse med de kvalitative interviews fremkommer det, at flere forhold påvirker de sundhedsprofessionelles oplevelse af, om tiltaget findes meningsfuldt. Kendskab til applikationen 'Min Læge' er et grundlæggende forhold for implementeringen. Dette understøttes ved, at et lavt

kendskab til en intervention vanskeliggør en implementering i praksis (Lau et al., 2016). Et kendskab til 'Min Læge' anses således som en forudgående forudsætning for, at de sundhedsprofessionelle oplever implementeringen af introduktion og støtte som meningsfuld. Foruden kendskabet til 'Min Læge' fremkommer det som afgørende for meningsfuldheden, at de sundhedsprofessionelle kan se fordelene ved applikationen. Dertil fremgår det ligeledes af de kvalitative interviews, at de sundhedsprofessionelle skal kunne se, hvilke gevinster implementeringen af introduktion og støtte har for borgerne og for almen praksis. Disse fund underbygges ligeledes af fund fra litteraturstudiet, hvor de sundhedsprofessionelle fremhæver vigtigheden af at have en forståelse for, hvorfor forandringen skal ske (Nilsen et al., 2019), samt hvordan det gavner dem selv eller borgerne for, at de tager del i forandringen (Nilsen et al., 2020). Dermed findes overensstemmelse mellem resultaterne af litteraturstudiet og de kvalitative interviews, hvorved de sundhedsprofessionelle skal kunne forstå behovet og se fordelene for implementeringen. Dette er dermed afgørende for, at de sundhedsprofessionelle oplever forandringen som meningsfuld, hvilket anses som afgørende for en succesfuld implementering af introduktion og støtte. Dog forekommer det ligeledes ved de kvalitative interviews, at de sundhedsprofessionelle ikke har det samme kendskab til 'Min Læge' samt det samme perspektiv på fordelene ved implementeringen af introduktion og støtte. Det identificeres ligeledes, at et øget vidensniveau hos de sundhedsprofessionelle kan påvirke implementeringen af introduktion og støtte. En måde, hvorpå de sundhedsprofessionelles viden kan øges, er gennem uddannelse eller optræning. Dét at lære nye evner kan dog være en barriere for implementering, hvorimod træning anses som faciliterende for implementeringen i praksis (Lau et al., 2016). Det kan dermed ses divergerende, at tillæring af ny evner er en barriere, når træning er faciliterende. Dermed kan det anskues, at træning er en vigtig komponent for, at de sundhedsprofessionelle ikke oplever tillæring af ny evner som en barriere. Uddannelse eller optræning af de sundhedsprofessionelles anvendelse af 'Min Læge' anses derved som afgørende for en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis.

Modsat meningsfuldhedens vigtighed, fremkommer der forhold, som påvirker, at de sundhedsprofessionelle oplever implementeringen som meningsløst. Oplevelsen af borgers manglende anvendelse af digitale patientportaler, medfører, at de sundhedsprofessionelle finder tiltaget meningsløst, hvilket fremgår af de kvalitative interviews. Denne oplevelse understøttes af, at borgernes manglende motivation til en adfærdsændring er en barriere for at implementere (Geense et al., 2013). De sundhedsprofessionelles opfattelse af at implementering er meningsløst kan if. lit-

teraturstudiet medføre modstand på forandring (Nilsen et al. 2019, Nilsen et al., 2020). Modstand på forandring kan komme til udtryk ved både aktiv og passiv modstand, hvilket identificeres i litteraturstudiet. Der er dermed risiko for, at de sundhedsprofessionelle i almen praksis udviser aktiv eller passiv modstand mod implementeringen af introduktion og støtte, da de ikke oplever, at borgerne anvender digitale patientportaler. Hertil bidrager fund fra litteraturstudiet til diskussionen med et perspektiv på, hvordan modstand til forandring kan undgås. Af litteraturstudiet fremgår det at, de sundhedsprofessionelle ikke støtter op om en forandring, som er implementeret uden forudgående kommunikation herom (Nilsen et al., 2020). Information om forandringen kan derimod få de sundhedsprofessionelle til at støtte implementeringen heraf (Nielsen et al., 2019), og især hvis de bliver oplyst om tiltagets fordele som tidligere belyst. Dermed kan kommunikation og information bidrage til en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis.

Tidligere erfaring med implementering

Tidligere erfaring med implementering fremkommer i litteraturstudiet som værende af betydning for implementeringen af en forandring i praksis (Grady et al., 2021, Nilsen et al. 2019). På den ene side viser litteraturstudiet, at erfaring med tidligere forandring øger tilfredsheden blandt de sundhedsprofessionelle (Hung, Chen, 2017). Lignende perspektiv findes i forbindelse med de kvalitative interviews, da tidligere erfaring med implementering kan skabe gode handleerfaringer, som de sundhedsprofessionelle kan trække på, når noget nyt skal implementeres. På den anden side findes det i forbindelse med de kvalitative interviews ligeledes, at mange forandringer kan medfører at de sundhedsprofessionelle føler sig belastet i form af træthed. Lignende perspektiv ses i litteraturstudiet, hvor det fremgår, at flere forandringer er associeret med højere angst, frustration og tilbagetrækning ved de sundhedsprofessionelle (Grady et al., 2021) samt mange forandringer kan medføre en ligegyldighed ved de sundhedsprofessionelle, som bl.a. kan komme til udtryk ved udmattelse, træthed, stress m.m. (Nilsen et al., 2019). På baggrund heraf fremkommer det, at tidligere erfaring kan have en positiv eller negativ indflydelse på forandringsparatheden, hvorved der forekommer divergerende fund. Dog forekommer det af de kvalitative interviews, at hvis forandringen, som skal implementeres, er en tvungen forandring, vil dette have en negativ indvirkning på omstillingsparatheden. Ikke desto mindre anses tvang som en reaktion på manglende mulighed for at kommunikere og træffe beslutninger, hvorved tvang er en reaktion på af-

magt (Nissen, 2010). Problemet herved er, at tvang afføder mere afmagt, hvormed det kan anskues, at anvendelsen af tvang kan skabe en ond cirkel, hvor mere tvang benyttes (Nissen, 2010). På baggrund af dette anses dette ikke som en egnet tilgang. Hermed underbygges det at kommunikation og tillid er af betydning for implementeringen af introduktion og støtte.

Fagligt incitament for at implementere introduktion og støtte

Af resultaterne fra de kvalitative interviews fremkommer et fagligt incitament som afgørende for, om de sundhedsprofessionelle er villige til at implementere introduktion og støtte i almen praksis. Fund fra de kvalitative interviews viser at fordelene ved implementering af introduktion og støtte, bør dokumenteres og præsenteres for de sundhedsprofessionelle for, at de kan opleve implementeringen som meningsfuld. Det pointeres ligeledes, at praktiserende lægers interesse til at implementere forandringer i praksis i høj grad motiveres af god, faglig og videnskabelig argumentation. Dette fund understøttes ved, at interventioner, hvor fordelene er dokumenteret ved klinisk evidens, ses at være faciliterende for implementering af en forandring (Lau et al., 2016). Således vil en dokumentation af effekten for implementeringen af introduktion og støtte bidrage til, at implementeringen opleves som meningsfuld, og bidrage til at de sundhedsprofessionelle er motiveret for at implementere forandringen i praksis. Til dokumentering af tiltagets effekt i en dansk kontekst kan pilottestning og evaluering som tidligere diskuteret være relevant. Dog forekommer det af de kvalitative interviews, at en dokumenteret effekt ikke er afgørende for, at de praktiserende læger oplever implementeringen af introduktion og støtte som meningsfuldt, men blot vil styrke troen på tiltagets fordele for borgerne og almen praksis. Dermed er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle tror på tiltaget, men troen på tiltagets fordele styrkes af en dokumenteret effekt.

7.2.5 Organisationskulturens betydning for implementering i almen praksis

Foruden de individuelle forhold, som er diskuteret ovenfor, har organisatoriske relationer og uformelle organisatoriske forhold, ligeledes betydning for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis.

Af fundene fra litteraturstudiet og de kvalitative interviews fremkommer det, at forhold, som relaterer sig til selve organisationskulturen, kan have betydning for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Organisationskultur er et uformelt træk ved organisationen. If. Jacobsen

og Thorsvik (2014) definerer Schein organisationskulturen som ”et mønster af grundlæggende antagelser udviklet af en bestemt gruppe efterhånden, som den lærer at mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration” (Jacobsen, Thorsvik, 2014, p. 119). Betydningen af organisationskulturen vil diskuteres for at fremkomme med viden om, hvilke dele af organisationskulturen som der bør tages højde for ved implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Af fund fra de kvalitative interviews identificeres, at en god organisationskultur, i form af overskud i praksis, god trivsel og samarbejde mellem kolleger, har betydning for implementeringen i almen praksis. Dette fund ses ligeledes i relation til fund fra litteraturstudiet, hvor et højt niveau af samarbejde i den almene praksis er forbundet med engagement, som er associeret med en positiv forandringsparathed (Hung, Chen, 2017). Der ses dermed overensstemmelse omkring, at et godt og velfungerende samarbejde bidrager til en god organisationskultur. Disse fund understøttes ydermere af, at en positiv kultur, som er modtagelig overfor forandring, er væsentligt for en implementering (Lau, et al., 2016). Derimod fremgår det ligeledes, at en dårlig organisationskultur kan påvirke implementeringen negativt. Af fund fra litteraturstudiet identificeres det, at et manglende gruppesammenhold er forbundet med udbrændthed, som er negativt forbundet med engagement til forandring (Dubois et al., 2013). Vigtigheden af samarbejde i almen praksis understøttes herved. Dette fund ses ligeledes identificeret ved, at samarbejdsprocessen er vigtigt for implementeringen, hvor samarbejdsprocessen er faciliteret af gensidig respekt eller tillid, åben kommunikation, og at der ikke forekommer en hierarkisk relation (Lau et al., 2016). Netop vigtigheden af tillid identificeres ligeledes i de kvalitative interviews. Det fremgår, at for at opnå et godt samarbejde i organisationen og dermed en god organisationskultur identificeres tillid som en vigtig komponent, da tillid faciliterer en horisontal kommunikation og arbejdsdeling i organisationen. Disse forhold er med til at skabe et samarbejde om implementering og er med til at fremme organisationens omstillingsparathed samt de sundhedsprofessionelles motivation for at gennemføre implementeringen. Tillid kan bl.a. forstås ved *personlig tillid* (Luhmann, 1999). Den personlige tillid defineres som den tillid, der skabes i forbindelse med personlig interaktion (Luhmann, 1999, Vardinghus-Nielsen, Bak, 2018). For at skabe tillid kræver det, at en af de involverede parter tager en risiko ved at vise tillid, dog uden at vide om modparten viser tillid tilbage. Modparten kan enten udvise tillid, hvilket kan facilitere, at der skabes mere tillid og samhandling. Modparten kan dog også bidrage til, at der opstår mistillid i relationen (Luhmann, 1999, Vardinghus-Nielsen, Bak, 2018). At skabe en tillidsfuld relation mellem de sundhedsprofessionelle anses dermed væ-

sentligt for faciliteringen af en horisontal kommunikation og arbejdsdeling i organisationen og dermed en god organisationskultur. På baggrund af ovenstående diskussion vurderes tillid og samarbejde som væsentlige faktorer for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis.

7.2.6 Organisatoriske ressourcers betydning for implementering i almen praksis

Af fund fra de kvalitative interviews synes en implementering af introduktion og støtte at kræve flere forskellige organisatoriske ressourcer, som der skal bruges på både at implementere forandringen i organisationen og på at varetage den nye arbejdsopgave. Et vigtigt komponent før implementeringen er, at de fornødne ressourcer såsom menneskelig og økonomiske ressourcer adresseres (Fixsen et al., 2005). Der følger dermed en diskussion af, hvilke organisatoriske ressourcer implementeringen af introduktion og støtte måtte kræve i almen praksis.

Tids- og økonomiske ressourcer

Fund fra de kvalitative interviews antyder, at det vil kræve en prioritering af arbejdsopgaverne og dermed af de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer for at kunne implementere introduktion og støtte i almen praksis. Dermed anses det, at tid er en ressource som er begrænset, hvorved dette kan virke hæmmende for implementeringen i praksis. Dette fund understøttes af, at manglende tid kan besværliggøre implementering (Lau, et al., 2016). Dog forekommer det, at hvis omkostningerne kan medføre en investering, særligt iht. tid, kan det fremme implementeringen (Lau et al., 2016). Dermed kan det øgede tidsforbrug, som introduktion og støtte vil medføre, virke fremmende for implementeringen, såfremt at det på sigt kan spare de sundhedsprofessionelle tid. Der findes dog divergerende fund for, hvorvidt en øget anvendelse af digitale patientportaler kan være tidseffektivt for de sundhedsprofessionelle. På den ene side forekommer det, at anvendelsen af digitale patientportaler øger tidsforbruget hos de sundhedsprofessionelle (Ye et al., 2010, Houston et al., 2003). På den anden side findes det, at digitale patientportaler er forbundet med et øget arbejdsflow og en mere effektiv arbejdsproces (de Wilt et al., 2020, Kittler et al., 2004). Et bedre arbejdsflow og mere effektiv arbejdsproces antyder at have en positiv betydning for den anvendte tid. Dermed kan det være divergerende, om de sundhedsprofessionelle oplever anvendelsen af digitale patientportaler som tidsbesparende på længere sigt. Der er således risiko for, at tid kan være en hæmmende faktor for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Der-

med forekommer pilottestning og evaluering, som tidligere er diskuteret, igen som vigtige komponenter for at klarlægge positive og negative utilsigtede konsekvenser af dette tiltag. Dog belyses det i forbindelse med de kvalitative interviews, at det kan medføre tabt indtjening, når de sundhedsprofessionelle anvender tid på noget, de ikke honoreres for. Økonomi kan dermed være et fremmede element for implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. I forbindelse med de kvalitative interviews er det belyst, at et fremmede element for implementeringen kan være at de sundhedsprofessionelle honoreres for at levere introduktion og støtte. En honorering kan således være med til at reducere betydningen af de tidsressourcer, som skal afsættes til introduktion og støtte. Dette økonomiske incitament understøttes ligeledes af, at det vanskeliggør implementeringen, hvis tiltaget ikke er omkostningseffektivt, og hvis der ikke er de fornøden økonomiske ressourcer, er det ligeledes hæmmende for implementeringen (Lau et al., 2016). På baggrund af den diskussion forekommer det relevant at diskutere, hvordan almen praktiserende læger honoreres, for at skabe en forståelse af deres økonomiske incitament. Praktiserende lægers afregningsordning består af en kombination af ydelseshonorering, som er betaling per ydelse, der leveres, og ved per capita-honorering (Pedersen, 2013). Per capita-honorering beror på, at lægerne honoreres for hver borger, der er tilknyttet praksissen, hvorved de tildeles et fast årligt beløb per patient uanset patientens aktivitetsniveau (Pedersen, 2013). Per capita-honoreringen vil sikre, at de praktiserende læger ikke alene fokuseres på indtjening, men på at være til rådighed for mange patienter (Pedersen, 2013). Dog har ydelseshonoreringen den modsatte effekt, da dette medfører et incitament til at behandle så mange patienter, som det er forsvarligt, gennem ydelser (Pedersen, 2013). Dermed kan denne afregningsordning påvirke adfærden hos de praktiserende læger. På baggrund heraf kan ydelseshonoreringen ligge til grund for det økonomiske incitament, som er fundet i forbindelse med de kvalitative interviews. Hvis de sundhedsprofessionelle leverer introduktion og støtte uden muligheden for at få ydelseshonorering, taber de således potentiel indtjening, da de kun have anvendt tiden til levere andre ydelser, hvor honorering er muligt. Dermed antages det, at tiltag, som ikke medfører en ydelse, vil nedprioriteres i almen praksis. Som tidligere belyst viser fund fra de kvalitative interviews, at et økonomisk tilskud i forbindelse med ydelsen kan medføre, at personalet er mere motiveret for implementering af introduktion og støtte, og derved modvirke de barrierer, der kan være tilknyttet prioriteringen af ressourcer i organisationen. Dette økonomiske tilskud kan være i form af ydelseshonorering. Dog forekommer det, at ressourcer, herunder økonomiske ressourcer, ikke er ubegrænset (Pedersen, 2013, Peder-

sen, 2015, Ehlers, Vestergaard, 2019), hvorved ressourcerne skal prioriteres. Dette medfører, at når et tiltag prioriteres, er der andet som må nedprioriteres eller fravælges (Pedersen, 2013). Dermed vil denne prioritering være forbundet med alternativomkostninger, som er det alternativ, der fravælges, når et andet alternativ tilvælges (Ehlers, Vestergaard, 2019). På baggrund heraf anskues det, at hvis de sundhedsprofessionelle skal honoreres for introduktion og støtte, vil det betyde, at noget andet skal fravælges. Det, som fravælges, bliver alternativomkostningen. Det kan dog anses som svært at pege på, hvad der skal fravælges for at sikre honorering til introduktion og støtte. Dermed kan økonomisk evaluering af tiltaget som tidligere nævnt anses som relevant til at belyse tiltagets effekt, og den økonomiske evaluering kan bidrage til at belyse, hvad der medfører mest sundhed for pengene (Pedersen, 2013). På baggrund af dette forekommer der et økonomisk incitament hos de sundhedsprofessionelle, hvorved honorering kan virke fremmende for implementeringen af introduktion og støtte. Dog vil prioritering af ydelseshonorering til introduktion og støtte medføre alternativomkostninger, hvorved en evaluering og herunder en økonomisk evaluering er nødvendigt for at vurdere, hvad der skal prioriteres.

Menneskelig og kompetence ressourcer

Foruden de diskuterede økonomiske ressourcer, anses menneskelige ressourcer som vigtige for en succesfuld implementering i praksis (Fixsen et al., 2005). I henhold til de menneskelige ressourcer fremgår en diskussion af placering af opgaven som relevant. I forbindelse med de kvalitative interviews er det belyst, at placeringen af introduktion og støtte kan have betydning for, om organiseringen af tiltaget opleves meningsfuldt. Til denne diskussion forekommer det ligeledes, at hvis opgaven placeres hos lægen, kan det medføre, at lægens arbejdsflow brydes. En tilsigtet konsekvens ved at øge anvendelsen af digitale patientportaler er dog, at det kan forbedre arbejdsflowet blandt de sundhedsprofessionelle ved effektiviserede arbejdsprocesser (de Wilt et al., 2020, Kittler et al., 2004). Dermed kan det anses paradoksalt, at lægen finder, at implementeringen af tiltaget bryder arbejdsflowet, når en eventuel implementering kan medføre en øget anvendelse af digitale patientportaler, som kan forbedre arbejdsflowet. I de kvalitative interviews fremgår det dog, at opgaven kan placeres et andet sted. Fra et lægeperspektiv foreslås det at placere opgaven hos en administrativ medarbejder. Herved vil flowet i konsultationsrummet, opretholdes og den praktiserende læge kan fokusere på sine faglige kompetencer. Det kan dog overvejes, om lægens modstand på at placere introduktion og støtte i konsultationsrummet kan skyldes mang-

lende kompetencer til at introducere og støtte borgerne i anvendelsen af 'Min Læge'. Dette underbygges af, at manglende kompetencer kan hæmme implementering (Lau et al., 2016). I de kvalitative interviews, tyder det dog på, at praktiserende læger gerne vil varetage lægefaglige arbejdsopgaver, dvs. behandling og diagnostik. Heraf kan det udledes, at praktiserende læger gerne vil varetage de arbejdsopgaver, som inspirerer og motiverer dem. Hertil viser resultater fra litteraturstudiet, at manglende inspirerende arbejde medfører en øget udbrændthed, som kan påvirke de sundhedsprofessionelles forandringsparathed negativt (Dubois et al., 2013). Dermed peger denne diskussion på, at placeringen af opgaven hos en administrativ medarbejder kan forandre en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis. Ikke desto mindre foreskriver Fixsen et al. (2005), at ved påbegyndelsen af en implementering i en organisation kræves en kompetenceudvikling af dem, som varetager opgaven. Kompetenceudviklingen kan tilkommes af uddannelse (Fixsen et al., 2005). Lignende perspektiv er fundet i forbindelse med de kvalitative interviews, hvor optræning og uddannelse af personale i 'Min Læge' er en nødvendighed for at øge videns- og kompetenceniveauet i applikationen. Dette understøttes af den tidligere diskussion af, at uddannelse og træning er afgørende for en succesfuld implementering af introduktion og støtte i almen praksis. Succesen af implementeringen af introduktion og støtte vil if. Fixsen et al. (2015) afhænge af '*implementation drivers*'. En '*implementation driver*' er bl.a. '*kompetence-drivers*', som har fokus på at udvikle, forbedre og vedligeholde medarbejders evne til at bruge interventionen, som det er intenderet, gennem bl.a. optræning (Fixsen et al., 2015). Træning af personale er dermed en '*kompetence driver*', som kan bidrage til, at den administrativ medarbejder, som skal introducere og støtte i 'Min Læge', har de rette kompetencer, og at disse kompetencer bliver vedligeholdt. På baggrund af dette understøttes vigtigheden af fundet fra de kvalitative interview, om at medarbejderne skal have undervisning for at opnå en succesfuld implementering.

7.2.7 Strategiske overvejelser for implementering i almen praksis

For at implementere introduktion og støtte er der behov for at diskutere, hvilken strategi der skal benyttes for at øge anvendelsen af 'Min Læge'. Jf. afsnit 2.5 er det særligt personer med lave digitale sundhedskompetencer, som i mindre grad anvender digitale patientportaler. Med udgangspunkt i dette kan det umiddelbart synes, at en højrisikostrategi if. Geoffiey Roses (2001) terminologi er at foretrække. I en højrisikostrategi er tiltaget målrettet de individer, der er i højest

risiko for den pågældende risikofaktor (Rose, 2001). Individer, som betragtes som værende i høj risiko, er således borgere med lave digitale sundhedskompetencer. De tilsigtede konsekvenser ved denne strategi er, at der er større sandsynlighed for motiverede borgere og sundhedsprofessionelle, samt at strategien tilbyder en mere omkostningseffektiv brug af de begrænsede ressourcer (Rose, 2001). Dermed kan en højrisikostrategi anses som en fordel, da der ved denne strategi kun bruges ressourcer på introduktion og støtte til borgere med lave digitale sundhedskompetencer. Derimod er en negative, utilsigtede konsekvens ved højrisikostrategien, at de underliggende årsager til problemet ikke adresseres (Rose, 2001). Ydermere kan anvendelsen af en højrisikostrategi have flere potentielle utilsigtede negative konsekvenser. Ved anvendelsen af en højrisikostrategi vil de sundhedsprofessionelle skulle vurdere og vælge, hvilke borgere som har lave digitale sundhedskompetencer. Denne individuelle vurdering skal danne grundlag for at afgøre, hvilke borgere der skal introduceres og støttes i deres anvendelse af 'Min Læge'. Sundhedsprofessionelle, herunder både læger og sygeplejersker, synes dog at have en tendens til at overestimere patienters sundhedskompetencer (Dickens et al., 2013, Kelly, Haidet, 2007, Bass et al., 2002), hvorfor en utilsigtet konsekvens ved at anvende en højrisikostrategi kan være, at ikke alle borgere med lave digitale sundhedskompetencer modtager introduktion og støtte til 'Min Læge'. På trods af at determinanterne for lave digitale sundhedskompetencer er kendte jf. afsnit 2.1.3 og disse potentielt kunne bruges i selektionen, ville denne selektion bero på subjektive vurderinger fra de sundhedsprofessionelle, hvorfor selektionen kan være forbundet med usikkerhed. Selektionen af hvilke borgere der skal introduceres og tilbydes støtte i 'Min Læge', stiller derfor store krav til de sundhedsprofessionelles baggrundsviden om og evner til at udvælge borgere, som opfylder determinanterne for lave digitale sundhedskompetencer. Ligeledes vil det være forbundet med en vis mængde tid for at kunne udføre denne screening.

For det andet kan denne subjektive selektion være forbundet med en risiko for at stigmatisere borgere med lave digitale sundhedskompetencer, som anses som en utilsigtet, negativ konsekvens. Stigmatisering kan forstås som en stempling af individet som anderledes ud fra uønskede karakteristika (Benoit, Shumka & Barlee, 2010, Link, Phelan, 2006, Vardinghus-Nielsen, Nissen, 2018), der kan påvirke dets menneskelige identitet, idet menneskets sociale væren kompromitteres grundet omgivelsernes bedømmelse (Vardinghus-Nielsen, Nissen, 2018) samt have negative konsekvenser for deres helbred (Benoit, Shumka & Barlee, 2010, Link, Phelan, 2006). Ved den subjektive selektion kan der, dermed være risiko for, at individer stemples til at have lave digitale

sundhedskompetencer, hvilket kan medføre helbredsrelaterede konsekvenser. Dette understøttes af, at stigmatiseringen kan have negative konsekvenser for borgernes behandlingsudbytte, da der er risiko for samtaleinteraktionen med sundhedsprofessionelle kompromitteres (Easton, Entwistle & Williams, 2013). Det manglende behandlingsudbytte kan derfor antages at påvirke disse personers helbred. Ydermere kan denne stigmatisering påvirke patienternes mentale helbred signifikant ved at tilskynde til selvudstødelse fra social deltagelse og skabe en vedvarende angst, relateret til at afsløre deres lave digitale sundhedskompetencer (Easton, Entwistle & Williams, 2013). Der synes derfor at være risiko for utilsigtede negative konsekvenser i form af manglende behandlingsudbytte og en negativ påvirkning af borgernes mentale helbred pga. stigmatiseringen. Der er på baggrund af denne oplevelse af stigma risiko for, at borgerne begrænser deres engagement i samtalen og bruger en række strategier, der kan dække over deres lave digitale sundhedskompetencer, som kan sende misvisende signaler til de sundhedsprofessionelle (Easton, Entwistle & Williams, 2013). Det synes derfor at være en ond cirkel, hvor stigma fører til nogle reaktioner hos individet, som den sundhedsprofessionelle potentielt kan mistolke og potentielt set have stigmatiserende reaktioner. Dette kan forværre borgernes sundhed i form af manglende udbytte af behandlingen og en forværring af deres mentale helbred. Tiltag, der involverer en risiko for stigmatisering, kan risikere at øge den sociale ulighed i sundhed (Bell et al., 2010). Disse utilsigtede negative konsekvenser synes derfor essentielle at undgå, for ikke at bidrage til at øge den sociale ulighed i sundhed som et resultat af en højrisikostrategi. På baggrund af disse udfordringer i selektionen for de sundhedsprofessionelle samt de potentielle negative, utilsigtede konsekvenser ved højrisikostrategien, synes det derfor væsentligt at diskutere alternative forebyggelsesstrategier for tiltaget. Universale løsninger, som ikke kun gælder borgere med lave digitale sundhedskompetencer, men også den resterende befolkning, synes at være at foretrække (Raynor, 2012; Easton, Entwistle & Williams, 2013).

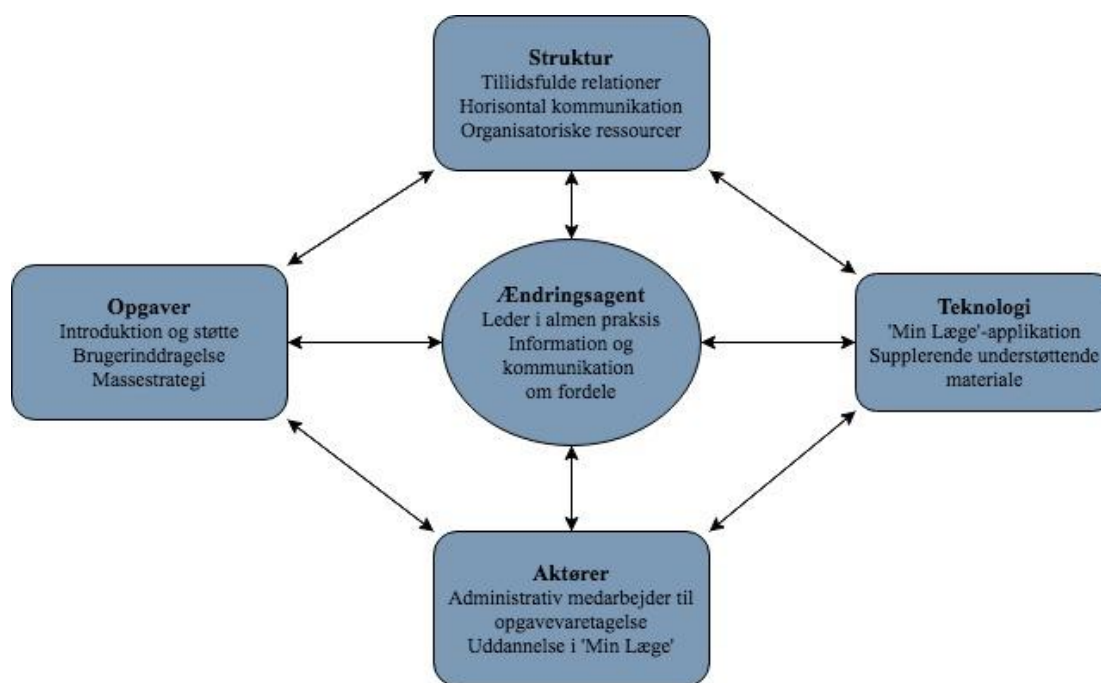
På baggrund heraf er det i stedet fordelagtigt, at tiltaget organiseres som en massestrategi, der er målrettet alle borgere uagtet deres niveau af digitale sundhedskompetencer. I en massestrategi er målet at forskyde fordelingen af en risikofaktor i en favorabel retning ved at tilbyde tiltaget til alle (Rose, 2001). Dermed vil tiltag organiseres således, at alle borgere som udgangspunkt skal introduceres til 'Min Læge' og tilbydes støtte i anvendelse heraf. En tilsigtet positiv konsekvens ved en massestrategi er, at den er radikal, idet strategien forsøger at behandle den underliggende årsag til problemet (Rose, 2001). Endvidere har massestrategien et stort potentiale for hele popu-

lationen og er adfærdsmæssig passende, da strateigen forsøger at skabe en social norm (Rose, 2001), hvormed en massestrategi kan fordre til, at anvendelsen af 'Min Læge' bliver en social norm. Dog er massestrategien også forbundet med negative, utilsigtede konsekvenser, såsom at motivationen ved de sundhedsprofessionelle er dårlig (Rose, 2001). Dette kan anses problematisk, da det i forbindelse med de kvalitative interviews er belyst, at motivation kan føre til en implementering af introduktion og støtte. Dog er der som belyst i afsnit 6.3.2. flere forhold, som kan medføre motivation. Derved bliver tilstedeværelsen af disse forhold vigtige for at facilitere de sundhedsprofessionelles motivation.

Endvidere kan massestrategien også medføre, at tiltaget har en lille fordel for individet, hvilket kaldes '*prevention paradox*' (Rose, 2001). 'Prevention paradox' omhandler, at på trods af strategien har stort potentiale for hele befolkningen, har den mindre potentiale for det enkelte individ (Rose, 2001). Den lave effekt, som særligt gør sig gældende kortsigtet, kan også påvirke individets motivation negativt (Rose, 2001). Derudover kan det anskues mere tidskrævende for de sundhedsprofessionelle at tilbyde en massestrategi, da alle borgere, som besøger den almen praksis, skal tilbydes introduktion og støtte, hvor det ved højrisikostrategi kun er borgere med lave digitale sundhedskompetencer. Ikke desto mindre udledes på baggrund af indeværende diskussion, at på trods af de utilsigtede negative konsekvenser som massestrategi kan medføre, anses det, at de tilsigtede konsekvenser ved massestrategien er fordelagtige. Dermed bør tiltaget introduktion og støtte bero på en massestrategi.

8.0 Praksisrettede anbefalinger til skabe en forandring i almen praksis

Afslutningsvis sammenfattes forandringspotentialer ud fra specialets fund og diskussionen heraf, i en helhedsmodel for forandring. Til dette anvendes Harold J. Leavitts (2013) systemmodel. Systemmodellen er et værktøj til organisationsændringer og afgrænser de forskellige muligheder herfor (Bakka et al., 2019). Modellen består af fire komponenter, som kan beskrive en organisation, og som er i indbyrdes og dynamisk sammenhæng (Leavitt, 2013). Det er dog væsentligt at have for øje, at Leavitts model (2013) er blevet kritiseret for ikke at inddrage omverdenens påvirkninger, da organisationsændringer ofte vil være komplicerede processer, hvor der sker en sammenblanding af menneskelige følelser og holdninger med økonomiske, tekniske og politiske forhold (Bakka et al., 2019). Ikke desto mindre kan modellen anvendes til en simpel fremstilling af forandringer i en organisation. Derfor anvendes denne systemmodel som ramme for en sammenfatning af specialets praksisrettede forandringspotentialer. Modellen illustreres i figur 7.



Figur 7 viser Leavitts systemmodel med de fire komponenter samt ændringsagenten (Leavitt, 2013 p. 1145)

Den første komponent er 'opgaver', der omfatter de arbejdsopgaver, som organisationen skal udføre, og som er bestemt af organisationens målsætning (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019). I relation til indeværende speciale, vil det være i dette komponent, hvor en ny arbejdsopgave skal

indtræde i den almene praksis, nemlig at introducere og støtte borgerne i anvendelse af 'Min Læge'. For at opgaven 'introduktion og støtte' tilpasses den almene praksis og dermed konteksten, som opgaven skal implementeres i, er det relevant, at tiltaget udvikles og implementeres ved at anvende brugerinddragelse. Ved brugerinddragelsen kan lederne, de sundhedsprofessionelle samt borgerne inddrages. Derudover kan arbejdsopgaven 'introduktion og støtte' suppleres med skriftligt understøttende materiale. Brugerinddragelsen anses dog særligt relevant ift. at inddrage borgerne i udviklingen af materialet. Endvidere anses det, at tiltaget 'introduktion og støtte' kan udformes som en massestrategi, hvorved opgaven 'introduktion og støtte' bør tilbydes til alle borgerne i den almen praksis. Denne nye arbejdsopgave vil pga. af den indbyrdes relation mellem komponenterne (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019) påvirke og kræve en ændring i de andre komponenter.

På baggrund af den nye opgave, påvirkes komponenten '*teknologi*', da 'Min Læge'-applikationen er den teknologi, der skal ydes introduktion og støtte til. Teknologi-komponenten omfatter de teknologiske systemer og arbejdsopgaver relateret den nye opgave (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019). Introduktionen og støtte bør understøttes af skriftligt og digitalt materiale, hvorfor tilgængeligheden af understøttende materiale bør øges i almen praksis.

Ved den nye arbejdsopgave i organisationen, påvirkes komponenten '*struktur*' ligeledes. Komponentens struktur indebærer de mere stabile elementer i organisationen, såsom hierarkiet og arbejdsdelingen mellem de forskellige opgaveområder (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019). Der bør ved struktureringen af opgaven tages højde for, hvilken kultur og arbejdsdeling der er i almen praksis. Således bør der skabes tillidsfulde relationer, for dermed at facilitere et godt samarbejde og en horisontal kommunikation. På baggrund af diskussionen anbefales det, at der bør prioriteres nogle økonomiske ressourcer til at implementere opgaven i almen praksis, hvilket kan overvejes at indgå som en del af ydelseshonoreringen. Opgaven kan placeres i organisationen hos en administrativ medarbejder, da det vurderes at den praktiserende læge, ikke har tid til opgaven. Dermed kan aktøren være en administrativ medarbejder, som skal varetage den nye arbejdsopgave i almen praksis. Komponentens '*aktører*' omfatter de medarbejdere, som løser organisationens nye opgave, og aktøren bliver karakteriseret af deres viden, færdigheder, værdier, holdninger og motivation (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019). Det er dog vigtigt at sikre, at den administrative medarbejder har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven 'introduktion og støtte' til borgernes

anvendelse af 'Min Læge'. Dermed synes uddannelse i 'Min Læge' applikationen, at være relevant for en administrativ medarbejder i almen praksis. Uddannelsen bør både have fokus på, at give viden og kompetence til den administrative medarbejder for at kunne anvende 'Min Læge' samt inkorporere en dokumenteret effekt af introduktion og støttes virkning på anvendelsen af applikationen. Dette kan være med til at de sundhedsprofessionelle finder tiltaget mere meningsfuldt. Den dokumenteret effekt kan bero på pilottestning og evaluering af tiltaget i en dansk kontekst.

I midten af disse fire komponenter er '*ændringsagenten*', som har til formål at analysere, planlægge og holde styr på forandringsprocessen, hvilket ofte er ledelsen i en organisation (Leavitt, 2013, Bakka et al., 2019). I tilfælde af at implementeringen af introduktion og støtte prioriteres i almen praksis, kan det overvejes, at ledelsen i almen praksis bør agere som ændringsagenten. Ledelsen vil dermed skulle holde styr på forandringsprocessen i den pågældende almene praksis. Det ses væsentlig, at ledelsen opfatter tiltaget som meningsfuldt og er motiveret herfor, for at facilitere en succesfuld implementering. Dette kan medføre, at ledelsen er i bedre stand til, at videreformidle fordelene ved tiltaget til deres personale. Videreformidlingen til personalet kan bero på, at informere om tiltagets fordele, sørge for rettidig kommunikation og inddragelse af personalet i beslutningsprocesserne relateret til implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis.

9.0 Konklusion

Indeværende speciale havde til formål at undersøge, hvordan introduktion og støtte til borgeres anvendelse af digitale patientportaler kunne implementeres i almen praksis, med henblik på at fremme anvendelse af patientportalen 'Min Læge' blandt personer med lave digitale sundhedskompetencer.

På baggrund af tværsnitsstudiet fremkommer det, at associationen mellem social støtte fra det nære netværk og anvendelsen af digitale patientportaler, ikke kan bekræftes i en dansk kontekst. Effekten af introduktion og støtte til borgeres anvendelse af 'Min Læge', beror således på tidligere forskningslitteratur på området. Ydermere identificeres der ikke en forskel i associationen mellem social støtte og anvendelsen af digitale patientportaler for personer med høje og lave digitale sundhedskompetencer, hvorfor der ikke findes et argument for udelukkende at rette tiltaget til personer med lave digitale sundhedskompetencer. Dermed kan det type på at en massestrategi bør anvendes. Argumentation for anvendelsen af en massestrategi findes ligeledes i afsnit 7.2.7.

If. litteraturstudiet er der flere fremmende og hæmmende faktorer for implementeringen af en forandring i almen praksis. Hertil fremkom de kvalitative individuelle interviews med viden om, hvilke kontekstuelle betingelser og mekanismer som de sundhedsprofessionelle udtrykker som værende afgørende for, at implementere introduktion og støtte i almen praksis. På baggrund af diskussionen af specialets resultater konkluderes det således, at der er flere elementer, herunder individuelle forhold, organisatoriske relationer og organisatoriske ressourcer som skal være til stede for, at introduktion og støtte kan implementeres i almen praksis. Der fremkommer heraf en praksisrette anbefaling til, hvilke forhold der bør tages højde for ved implementeringen af introduktion og støtte i almen praksis. Der bør dog tages forbehold for, at særligt den kvalitative interviewundersøgelses gyldighed, og dermed er der behov for yderligere undersøgelse af, hvordan implementering af introduktion og støtte er muligt i den pågældende kontekst. I den forbindelse er der et behov for brugerinddragelse af både borgere og personale i udviklingen af det konkrete tiltag med introduktion og støtte. Heraf findes yderligere forskning af tiltagets virkning på anvendelsen af 'Min Læge', nødvendigt hvorved pilottestning og evaluering af tiltaget er relevant.

10.0 Litteraturliste

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G. & Maindal, H.T. 2017, "Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease", *European Journal of Preventive Cardiology*, vol. 24, no. 17, pp. 1880-1888.
- Aaby, A., Maindal, H.T., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K. & Bertram, M. n.d., *GPS - God Praxis for folkeSundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed?*, Dansk Selskab for Folkesundhed og Dansk Health Literacy Netværk.
- Aday, L.A. & Cornelius, L.J. 2006, *Designing and Conducting Health Surveys*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Althubaiti, A. 2016, "Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods", *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 9, pp. 211-217.
- Amante, D.J., Hogan, T.P., Pagoto, S.L. & English, T.M. 2014, "A Systematic Review of Electronic Portal Usage Among Patients with Diabetes", *Diabetes technology & therapeutics; Diabetes Technol Ther*, vol. 16, no. 11, pp. 784-793.
- Ammenwerth, E., Hoerbst, A., Lannig, S., Mueller, G., Siebert, U. & Schnell-Inderst, P. 2019, "Effects of Adult Patient Portals on Patient Empowerment and Health-Related Outcomes: A Systematic Review", *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 264, pp. 1106-1110.
- Andersen, K.N., Nielsen, J.A. & Kim, S. 2019, "Use, cost, and digital divide in online public health care: lessons from Denmark", *Transforming Government: People, Process and Policy*, vol. 13, no. 2, pp. 197-211.
- Andersen, N.Å 2007, *Borgerens kontraktliggørelse*, 1. e-bogsudgave, 1. oplag edn, Hans Reitzel.
- Andrus, M.R. & Roth, M.T. 2002, "Health Literacy: A Review", *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, vol. 22, no. 3, pp. 282-302.
- APA PsycNET n.d., *Getting Started - Database descriptions*. Available: <http://help.psycnet.org/getting-started/> [2021, Mar 24].

- Arcury, T.A., Quandt, S.A., Sandberg, J.C., Miller, D.P., Latulipe, C., Leng, X., Talton, J.W., Melius, K.P., Smith, A. & Bertoni, A.G. 2017, "Patient Portal Utilization Among Ethnically Diverse Low Income Older Adults: Observational Study", *JMIR medical informatics*, vol. 5, no. 4, pp. e47.
- Atherton, H., Pappas, Y., Heneghan, C. & Murray, E. 2013, "Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study", *British journal of general practice; Br J Gen Pract*, vol. 63, no. 616, pp. e760-e767.
- Azzopardi-Muscat, N. & Sørensen, K. 2019, "Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective", *European journal of public health*, vol. 29, pp. 13-17.
- Bakka, J.F., Fivelsdal, E., Bakka, J.T., Fivelsdal, A. & Vendelø, M.T. 2019, *Organisationsteori - Struktur, kultur, processer*, 7th edn, Djøf, Kbh.
- Bass, P.F., Wilson, J.F., Griffith, C.H. & Barnett, D.R. 2002, "Residents' ability to identify patients with poor literacy skills", *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 77, no. 10, pp. 1039-1041.
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J. & McCullough, L. 2010, "Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3)", *Social science & medicine; Soc Sci Med*, vol. 70, no. 6, pp. 795-799.
- Benoit, C., Shumka, L. & Barlee 2010, *Stigma and the health of vulnerable women*, Research Brief 2, Women's Health Research Network, Vancouver.
- Bergmo, T.S., Kummervold, P.E., Gammon, D. & Dahl, L.B. 2005, "Electronic patient-provider communication: Will it offset office visits and telephone consultations in primary care?", *International Journal of Medical Informatics*, vol. 74, no. 9, pp. 705-710.
- Birkler, J. 2005, *Videnskabsteori - En grundbog*, Munksgaard Danmark, København.

- Bjørner, J.B., Damsgaard, M.T., Watt, T., Bech, P., Rasmussen, N.K., Kristensen, T.S., Modvig, J. & Thunedborg, K. 1997, *Dansk manual til SF-36 - Et spørgeskema om helbredsstatus*, Lægemiddelindustriforeningen, København Ø.
- Block, E.S. & Erskine, L. 2012, "Interviewing by Telephone: Specific Considerations, Opportunities, and Challenges", *International journal of qualitative methods*, vol. 11, no. 4, pp. 428-445.
- Bo, A., Friis, K., Osborne, R.H. & Maindal, H.T. 2014, "National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults", *BMC public health*, vol. 14, pp. 1095-1095.
- Bøggild, H. 2018, *Doing data: Management and documentation using Epidata, REDCap and statistical software (Preprint edition)*, Aalborg University, Aalborg Denmark.
- Bondemark, L. & Ruf, S. 2015, "Randomized controlled trial: the gold standard or an unobtainable fallacy?", *European journal of orthodontics; Eur J Orthod*, vol. 37, no. 5, pp. 457-461.
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. & Cummins, S. 2015, "'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions", *J Epidemiol Community Health*, vol. 69, pp. 95-98.
- Booth, A. 2010, "How much searching is enough? Comprehensive versus optimal retrieval for technology assessments", *International Journal of Technology Assessment in Health Care; Int J Technol Assess Health Care*, vol. 26, no. 4, pp. 431-435.
- Borger.dk n.d., *Hjælp og fritagelse fra Digital Post*. Available: <https://www.borger.dk/internet-og-sikkerhed/Digital-Post/Hjaelp-og-fritagelse> [2021, Apr 20].
- Bourdieu, P. 1986, "The Forms of Capital" in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, ed. J. Richardson, Greenwood, Westport, CT, pp. 241-258.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006, "Using Thematic Analysis in Psychology", *Qualitative research in psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77-101.
- Brinkmann, S. 2015, "Etik i en kvalitativ verden" in *Kvalitative metoder - En grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 463-479

- Bryan, C. 2008, "Provider and policy response to reverse the consequences of low health literacy", *Journal of healthcare management; J Healthc Manag*, vol. 53, no. 4, pp. 230-241.
- Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. 2012, "Kritisk realisme" in *Samfundsvidenskabernes videnskabs-teori - En indføring*, eds. S. Juul & K.B. Pedersen, Hans Reitzels Forlag, København K, pp. 277-318.
- Burnham, J.F. 2006, "Scopus database: a review", *Biomedical digital libraries*, vol. 3, no. 1, pp. 1.
- Buus, N., Boldrup, E., Rossen, C.B. & Kristiansen, H.M. 2008, *Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller*, Sygeplejersken, DSR.
- Carr, E. & Worth, A. 2001, "The use of telephone interview for research", *Nursing Times Research*, vol. 6, pp. 511-524.
- Cerdan, J., Catalan-Matamoros, D. & Berg, S.W. 2017, "Online communication in a rehabilitation setting: Experiences of patients with chronic conditions using a web portal in Denmark", *Patient Education and Counseling*, vol. 100, no. 12, pp. 2283-2289.
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K. & Rogers, N. 2016, "Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review", *Gerontology and Geriatric Medicine*, vol. 2, pp. 1-13.
- Christensen, A.I., Severin, M., Holmberg, T., Eriksen, L., Toftager, M., Zachariassen, A., Ekholm, O., Tolstrup, J.S., Grønbæk, M. & Curtis, T. 2009, *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden, København.
- Coughlin, S.S., Stewart, J.L., Young, L., Heboyan, V. & De Leo, G. 2018, "Health literacy and patient web portals", *International journal of medical informatics*, vol. 113, pp. 43-48.
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frohlich, K.L., Mykhalovskiy, E. & White, M. 2018, *Taking account of context in population health intervention research - guidance for producers, users and funders of research*, National Institute for health research.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. 2008, "Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance", *BMJ*; vol. 337, no. 7676, pp. 1655.

Cramer, D. 2000, "Social desirability, adequacy of social support and mental health", *Journal of community & applied social psychology; J.Community.Appl.Soc.Psychol*, vol. 10, no. 6, pp. 465-474.

Crawford, R. 1977, "You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming", *International journal of health services; Int J Health Serv*, vol. 7, no. 4, pp. 663-680.

Dahler-Larsen, P. 2003, "Opskrift på virkningsevaluering" in *Nye Veje i Evaluering*, eds. P. Dahler-Larsen & H.K. Krogstrup, Systime, Aarhus, pp. 51-79.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991, *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*, Institute for Future Studies.

Danish Rational Economic Agents Model 2016, *Langsigtet økonomisk fremskrivning 2016*, DREAM, København.

Danmarks Statistik n.d., *Befolkningens højest fuldførte uddannelse*. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/uddannelse-og-viden/befolkningens-uddannelsesstatus/befolkningens-hoejst-fuldfoerte-uddannelse> [2021, May 20].

Danmarks Statistik 2020, May 27, *Befolkningsfremskrivninger 2020-2060*. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30674> [2021, Feb 23].

Danmarks Statistik 2018, *Markant flere ældre i fremtiden*. Available: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=26827> [2021, Apr 16].

Danske Regioner n.d., *De næste digitale skridt*. Available: <https://www.regioner.dk/media/13791/de-naeste-digitale-skridt.pdf> [2020, Mar 1].

Danske Regioner 2015, *Pres på sundhedsvæsenet. Derfor stiger sygehusudgifterne – sådan holder vi væksten nede*, Danske Regioner, København Ø.

Datatilsynet 2019, *Vejledning - Samtykke*, Datatilsynet, København K.

Datatilsynet, Digitaliseringsstyrelsen, Justitsministeriet & Erhvervsstyrelsen 2017, *Databeskyttelsesforordningen En introduktion til de kommende, nye regler om beskyttelse af personoplysninger*, Datatilsynet, København.

Datatilsynet & Justitsministeriet 2017, *Vejledning om dataansvarlige og databehandlere*, Datatilsynet, København.

de Wilt, T., Versluis, A., Goedhart, A., Talboom-Kamp, E. & van Delft, S. 2020, "General practitioners' attitude towards the use of eHealth and online testing in primary care", *Clinical eHealth*, vol. 3, pp. 16-22.

Dendere, R., Slade, C., Burton-Jones, A., Sullivan, C., Staib, A. & Janda, M. 2019, "Patient Portals Facilitating Engagement with Inpatient Electronic Medical Records: A Systematic Review", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 21, no. 4, pp. e12779.

Dickens, C., Lambert, B.L., Cromwell, T. & Piano, M.R. 2013, "Nurse Overestimation of Patients' Health Literacy", *Journal of Health Communication*, vol. 18, no. Suppl 1, pp. 62-69.

Diderichsen, F., Andersen, I., Manual, C., Andersen, A.N., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F.K., Jeune, B. & Jørgensen, T. 2011, *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*, Sundhedsstyrelsen, København.

Dubois, C., Bentein, K., Ben Mansour, J., Gilbert, F. & Bédard, J. 2013, "Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: Associations between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, no. 1, pp. 187-201.

Duplaga, M. 2020, "Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society", *International journal of environmental research and public health; Int J Environ Res Public Health*, vol. 17, no. 2, pp. 642.

Easton, P., Entwistle, V.A. & Williams, B. 2013, "How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation", *BMC health services research; BMC Health Serv Res*, vol. 13, no. 1, pp. 319.

EBSCO n.d., *CINAHL Database*. Available: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database> [2021, Mar 24].

Edje, L., Miller, C., Kiefer, J. & Oram, D. 2013, "Using skype as an alternative for residency selection interviews", *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 5, no. 3, pp. 503-505.

- Edwards, M., Wood, F., Davies, M. & Edwards, A. 2015, "'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition", *Health Expectations*, vol. 18, no. 5, pp. 1180-1193.
- Ehlers, L.H. & Vestergaard, A.S. 2019, *Costing in health economic evaluation - Theory and practice*, Aalborg University Press, Aalborg.
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. 2009, "The costs of limited health literacy: a systematic review", *International journal of public health; Int J Public Health*, vol. 54, no. 5, pp. 313-324.
- Elsevier n.d.a, *Embase*. Available: <https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/solutions/embase-biomedical-research> [2021, Mar 15].
- Elsevier n.d.b, *Scopus*. Available: <https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/about> [2021, Mar 3].
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., Metz, A., Louison, L. & Ward, C. 2015, *Implementation Drivers: Assessing Best Practices*, National Implementation Research Network, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. 2005, *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, University of South Florida, Tampa, Florida.
- Frandsen, T., Dyrvig, A., Christensen, J., Færevold, I. & Oelholm, A. 2014, "En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger" in *Videnskab Ugeskrift læger*, Odense, pp. 647-650.
- Friis, K., Jensen, M.L., Lasgaard, M. & Maindal, H.T. 2015, *Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom*, Region Midtjylland, Aarhus N.
- Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R.H. & Maindal, H.T. 2016, "Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens", *BMJ open*, vol. 6, no. 1, pp. e009627-009627.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W. & Davey Smith, G. 2006, "Indicators of socioeconomic position (part 1)", *Journal of epidemiology and community health (1979); J Epidemiol Community Health*, vol. 60, no. 1, pp. 7-12.

- Geense, W.W., Glind, I.M., Visscher, T.L. & Achterberg, T. 2013, "Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study", *BMC family practice; BMC Fam Pract*, vol. 14, no. 1, pp. 20.
- Giacomini, M.K. & Cook, D.J. 2000, "Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care. A. Are the results of the study valid?", *The Medical Literature, JAMA*, vol. 284, no. 3, pp. 357-362.
- Goel, M.S., Brown, T.L., Williams, A., Hasnain-Wynia, R., Thompson, J.A. & Baker, D.W. 2011a, "Disparities in Enrollment and Use of an Electronic Patient Portal", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 26, no. 10, pp. 1112-1116.
- Goel, M.S., Brown, T.L., Williams, A., Cooper, A.J., Hasnain-Wynia, R. & Baker, D.W. 2011b, "Patient reported barriers to enrolling in a patient portal", *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, vol. 18, no. Suppl 1, pp. i8-i12.
- Gordon, N.P. & Hornbrook, M.C. 2016, "Differences in Access to and Preferences for Using Patient Portals and Other eHealth Technologies Based on Race, Ethnicity, and Age: A Database and Survey Study of Seniors in a Large Health Plan", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 18, no. 3, pp. e50.
- Grady, V.M., Soylu, T.G., Goldberg, D.G., Kitsantas, P. & Grady, J.D. 2021, "A Cross-Sectional Analysis of Primary Care Practice Characteristics and Healthcare Professionals' Behavioral Responses to Change", *Inquiry (00469580)*, vol 58, pp. 1-7.
- Graetz, I., Gordon, N., Fung, V., Hamity, C. & Reed, M.E. 2016, "The Digital Divide and Patient Portals: Internet Access Explained Differences in Patient Portal Use for Secure Messaging by Age, Race, and Income", *Medical care; Med Care*, vol. 54, no. 8, pp. 772-779.
- Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A., Moreland, J. & Sedlmayr, M. 2018, "eHealth literacy research - Quo vadis?", *Informatics for health & social care; Inform Health Soc Care*, vol. 43, no. 4, pp. 427-442.
- Grønning, A., Hvidt, E.A., Brøgger, M.N. & Fage-Butler, A. 2020, "How do patients and general practitioners in Denmark perceive the communicative advantages and disadvantages of access via

email consultations? A media-theoretical qualitative study", *BMJ Open*, vol. 10, no. 10, pp. e039442.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. 2001, *Handbook of Interview Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Gut, R., Fuglsang, M. & Rimda, B. 2011, *Spørg brugerne - En guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*, Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, Frederiksberg.

Halkier, B. 2015, "Fokusgrupper" in *Kvalitative Metoder: En grundbog.*, eds. S. Brinkmann & L. Tangaard, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 137-152.

Hansen, S. & Algreen-Ussing, H. n.d., *Projektforløbet - Fra start til slut*. SLP-Gruppen, Aalborg Universitet.

Hobbs, J., Wald, J., Jagannath, Y.S., Kittler, A., Pizziferri, L., Volk, L.A., Middleton, B. & Bates, D.W. 2003, "Opportunities to enhance patient and physician e-mail contact", *International Journal of Medical Informatics*, vol. 70, no. 1, pp. 1-9.

Højgaard, B. & Kjellberg, J. 2017, *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*, KORA, København K.

Hoogland, A.I., Mansfield, J., Lafranchise, E.A., Bulls, H.W., Johnstone, P.A. & Jim, H.S.L. 2020, "eHealth literacy in older adults with cancer", *Journal of Geriatric Oncology*, vol. 11, no. 6, pp. 1020-1022.

Houston, T.K., Sands, D.Z., Nash, B.R. & Ford, D.E. 2003, "Experiences of Physicians Who Frequently Use E-Mail with Patients", *Health Communication*, vol. 15, no. 4, pp. 515-525.

Hung, D. & Chen, P.H. 2017, "Ready for Change? The Role of Physician and Staff Engagement, Burnout, and Workplace Attributes", *The Journal of ambulatory care management*, vol. 40, no. 2, pp. 150-157.

Huxley, C.J., Atherton, H., Watkins, J.A. & Griffiths, F. 2015, "Digital communication between clinician and patient and the impact on marginalised groups: a realist review in general practice", *British journal of general practice; Br J Gen Pract*, vol. 65, no. 641, pp. e813-e821.

- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. 2014, *Hvordan organisationer fungerer - En indføring i organisation og ledelse*, 3rd edn, Hans Reitzel, København.
- Janghorban, R., Roudsari, R.L. & Taghipour, A. 2014, "Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 9, no. 1, pp. 24152.
- Jensen, H.A.R., Thygesen, L.C. & Davidsen, M. 2017, *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030: KOL og type 2-diabetes*, Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Jensen, J.D., King, A.J., Davis, L.A. & Guntzviller, L.M. 2010, "Utilization of Internet Technology by Low-Income Adults: The Role of Health Literacy, Health Numeracy, and Computer Assistance", *Journal of Aging and Health*, vol. 22, no. 6, pp. 804-826.
- Joanna Briggs Institute n.d.a, *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. Available: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf [2021, Mar 29].
- Joanna Briggs Institute n.d., *Checklist for Qualitative Research*. Available: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf [2021, Mar 29].
- Jørgensen, H. 2007, "Vurdering af litteratur" in *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, eds. F.B. Kristensen & H. Sigmund, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, København, pp. 59-69.
- Juul, S., Bech, B.H., Dahm, C.C. & Rytter, D. 2017, *Epidemiologi og evidens*, 3rd edn, Munksgaard, København.
- Juul, S. 2012, "Hermeneutik" in *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*, eds. S. Juul & K.B. Pedersen, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 107–148.
- Juul, S. 2008, *Take good care of your data*, Institute of Public Health, Department of Epidemiology, University of Aarhus, Aarhus.

- Kelly, P.A. & Haidet, P. 2007, "Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities", *Patient Education and Counseling*, vol. 66, no. 1, pp. 119-122.
- Kim, H. & Xie, B. 2017, "Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature", *Patient Education and Counseling*, vol. 100, no. 6, pp. 1073-1082.
- Kirkwood, B.R. & Sterne, J. 2003, *Essential medical statistics*, 2nd edn, Blackwell Publishing, Malden, Mass.
- Kittler, A.F., Carlson, G.L., Harris, C., Lippincott, M., Pizziferri, L., Volk, L.A., Jagannath, Y., Wald, J.S. & Bates, D.W. 2004, "Primary care physician attitudes towards using a secure web-based portal designed to facilitate electronic communication with patients", *Informatics in primary care; Inform Prim Care*, vol. 12, no. 3, pp. 129-138.
- Kocalevent, R., Berg, L., Beutel, M.E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. & Brähler, E. 2018, "Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3)", *BMC Psychology; BMC Psychol*, vol. 6, no. 1, pp. 31.
- Kommunernes Landsforening 2019, *Antallet af ældre med kroniske sygdomme er mere end tredoblet siden årtusindskiftet*, Momentum, København.
- Kontos, E., Blake, K.D., Chou, W.S. & Prestin, A. 2014, "Predictors of eHealth Usage: Insights on The Digital Divide from the Health Information National Trends Survey 2012", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 16, no. 7, pp. e172.
- Kreps, G.L. & Sparks, L. 2008, "Meeting the health literacy needs of immigrant populations", *Patient education and counseling; Patient Educ Couns*, vol. 71, no. 3, pp. 328-332.
- Krogstrup, H.K. 2016, *Evalueringsmodeller*, 3rd edn, Hans Reitzels Forlag, København.
- Kruse, C.S., Argueta, D.A., Lopez, L. & Nair, A. 2015, "Patient and Provider Attitudes Toward the Use of Patient Portals for the Management of Chronic Disease: A Systematic Review", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 17, no. 2.
- Kruse, C.S., Bolton, K. & Freriks, G. 2015, "The Effect of Patient Portals on Quality Outcomes and Its Implications to Meaningful Use: A Systematic Review", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 17, no. 2, pp. e44.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2015, *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, 3rd edn, Hans Reitzels Forlag, København.
- Latulipe, C., Gatto, A., Nguyen, H., Miller, D., Quandt, S., Bertoni, A., Smith, A. & Arcury, T. 2015, *Design Considerations for Patient Portal Adoption by Low-Income, Older Adults*, ACM.
- Latulippe, K., Hamel, C. & Giroux, D. 2017, "Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review with Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies", *Journal of medical Internet research; J Med Internet Res*, vol. 19, no. 4, pp. e136.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B.N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R. & Murray, E. 2016, "Achieving change in primary care - Causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews", *Implementation science: IS; Implement Sci*, vol. 11, no. 1, pp. 40.
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., Kujala, S., Kaihlanen, A., Gluschkoff, K. & Kanste, O. 2020, "Health Care Professionals' Experiences of Patient-Professional Communication Over Patient Portals: Systematic Review of Qualitative Studies", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no. 12, pp. e21623.
- Leavitt, H.J. 2013, "Applied Organizational Change in Industry - Structural, technological and humanistic approaches" in *Handbook of Organizations*, ed. J.G. March, Taylor & Francis Group, London, pp. 1144-1170.
- Lin, C., Wittevrongel, L., Moore, L., Beaty, B.L. & Ross, S.E. 2005, "An Internet-Based Patient-Provider Communication System: Randomized Controlled Trial", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 7, no. 4, pp. e47.
- Link, B.G. & Phelan, J. 1995, "Social conditions as fundamental causes of disease", *Journal of health and social behavior*, vol. Spec No, pp. 80-94.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. 2006, "Stigma and its public health implications", *The Lancet (British edition); Lancet*, vol. 367, no. 9509, pp. 528-529.

- Liu, Y., Hou, P., Xue, H., Mao, X. & Li, Y. 2019, "Social Support, Health Literacy, and Health Care Utilization Among Older Adults", *Asia-Pacific journal of public health; Asia Pac J Public Health*, vol. 31, no. 4, pp. 359-366.
- Lo Iacono, V., Symonds, P. & Brown, D.H.K. 2016, "Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews", *Sociological research online*, vol. 21, no. 2, pp. 103-117.
- Lober, W.B., Zierler, B., Herbaugh, A., Shinstrom, S.E., Stolyar, A., Kim, E.H. & Kim, Y. 2006, "Barriers to the use of a Personal Health Record by an Elderly Population", *AMIA Annual Symposium Proceedings*, vol. 2006, pp. 514-518.
- Logue, M.D. & Effken, J.A. 2012, "An exploratory study of the personal health records adoption model in the older adult with chronic illness", *Informatics in Primary Care*, vol. 20, no. 3, pp. 151-169.
- Luhmann, N. 1999, *Tillid - En mekanisme til reduktion af social kompleksitet*, Hans Reitzels forlag, København.
- Lund, H., Carsten, B.J., Andreassen, J. & Møller, A.M. 2014, *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis*, Munksgaard.
- Lund, H. & Røgind, H. 2016, *Statistik i ord: En introduktion til statistiske metoder*, 2nd edn, Munksgaard, København.
- Lustria, M.L.A., Smith, S.A. & Hinnant, C.C. 2011, "Exploring digital divides: An examination of eHealth technology use in health information seeking, communication and personal health information management in the USA", *Health informatics journal; Health Informatics J*, vol. 17, no. 3, pp. 224-243.
- Lyles, C.R., Nelson, E.C., Frampton, S., Dykes, P.C., Cemballi, A.G. & Sarkar, U. 2020, "Using Electronic Health Record Portals to Improve Patient Engagement: Research Priorities and Best Practices", *Annals of Internal Medicine*, vol. 172, no. 11 Suppl, pp. S123-S129.
- Lyles, C.R., Sarkar, U., Ralston, J.D., Adler, N., Schillinger, D., Moffet, H.H., Huang, E.S. & Karter, A.J. 2013, "Patient-provider communication and trust in relation to use of an online pa-

tient portal among diabetes patients: The Diabetes and Aging Study", *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, vol. 20, no. 6, pp. 1128-1131.

MacKinnon, D., Krull, J. & Lockwood, C. 2000, "Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect", *Prevention Science*, vol. 1, no. 4, pp. 173-181.

Magnani, J.W., Mujahid, M.S., Aronow, H.D., Cené, C.W., Dickson, V.V., Havranek, E., Morgenstern, L.B., Paasche-Orlow, M., Pollak, A. & Willey, J.Z. 2018, "Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement from the American Heart Association", *Circulation*, vol. 138, no. 2, pp. e48-e74.

Maindal, H.T. & Vinther-Jensen, K. 2016, "Sundhedskompetence (Health literacy) - Teori, forskning og praksis - Health Literacy - Theory, Research and Practice", *Klinisk sygepleje*, vol. 43, no. 1, pp. 3-16.

Marsh, J., PhD., Bryant, D., PhD., Hoch, J.S., PhD., MacDonald, Steven J., M.D., F.R.C.S.C., Naudie, Douglas, M.D., F.R.C.S.C., McCalden, Richard, M.D., F.R.C.S.C., Howard, James, M.D., F.R.C.S.C., Bourne, Robert, M.D., F.R.C.S.C. & McAuley, James, M.D., F.R.C.S.C. 2014, "Economic Evaluation of Web-Based Compared with In-Person Follow-up After Total Joint Arthroplasty", *Journal of bone and joint surgery.American volume; J Bone Joint Surg Am*, vol. 96, no. 22, pp. 1910-1916.

Maxwell, J. 2005, *Qualitative research design: An interactive approach*, 2nd edn, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

McAuley, A. 2014, "Digital health interventions: widening access or widening inequalities?", *Public health (London); Public health*, vol. 128, no. 12, pp. 1118-1120.

McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. 1988, "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs", *Health education & behavior*, vol. 15, no. 4, pp. 351-377.

Merriam, S.B. & Tisdell, E.J. 2016, *Qualitative Research: A guide to design and implementation*, 4th edn, Jossey-Bass, San Francisco, California.

Miller Jr, D.P., Latulipe, C., Melius, K.A., Quandt, S.A. & Arcury, T.A. 2016, "Primary Care Providers' Views of Patient Portals: Interview Study of Perceived Benefits and Consequences", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 18, no. 1.

Miller, E.A. 2003, "The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor–patient communication", *Journal of telemedicine and telecare; J Telemed Telecare*, vol. 9, no. 1, pp. 1-7.

Min Læge 2019, *Min Læge*. Available: <https://minlaegeapp.dk/> [2021, Mar 1].

Moore, G.F. & Evans, R.E. 2017, "What theory, for whom and in which context? Reflections on the application of theory in the development and evaluation of complex population health interventions", *SSM - population health*, vol. 3, pp. 132-135.

Morrow, B. 2010, "An overview of cohort study designs and their advantages and disadvantages", *International journal of therapy and rehabilitation*, vol. 17, no. 10, pp. 518-523.

M-POHL n.d.a, *HLS19 Project*. Available: https://m-pohl.net/HLS19_Project [2021, Mar 17].

M-POHL n.d.b, *Design & Methods*. Available: https://m-pohl.net/Design_Methods [2021, Mar 24].

National Heart Lung and Blood Institute 2020, *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group*. Available: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools> [2021, Mar 29].

Neter, E. & Brainin, E. 2012, "eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 14, no. 1, pp. e19.

Niazkhani, Z., Toni, E., Cheshmekaboodi, M., Georgiou, A. & Pirnejad, H. 2020, "Barriers to patient, provider, and caregiver adoption and use of electronic personal health records in chronic care: a systematic review", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 20, no. 1, pp. 153.

Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I. & Birken, S. 2019, "Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses", *Implementation science: IS*, vol. 14, no. 1, pp. 51-6.

- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S.A. & Schildmeijer, K. 2020, "Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses", *BMC Health Services Research*, vol. 20, no. 1, pp. 1-8.
- Nissen, M.A. 2010, "Konflikt og magt" in *Nye horisonter i socialt arbejde - En refleksionsteori*, ed. M.A. Nissen, Akademisk Forlag, København, pp. 179-209.
- Norman, C.D. & Skinner, H.A. 2006, "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World", *Journal of medical Internet research; J Med Internet Res*, vol. 8, no. 2, pp. e9.
- Nutbeam, D. 2000, "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health promotion international*, vol. 15, no. 3, pp. 259-267.
- Nutbeam, D. 1998, "Health Promotion Glossary", *Health promotion international*, vol. 13, no. 4, pp. 349-364.
- O'Leary, K.J., Sharma, R.K., Killarney, A., O'Hara, L.S., Lohman, M.E., Culver, E., Liebovitz, D.M. & Cameron, K.A. 2016, "Patients' and healthcare providers' perceptions of a mobile portal application for hospitalized patients", *BMC medical informatics and decision making; BMC Med Inform Decis Mak*, vol. 16, no. 1, pp. 123.
- Ortiz, E. & Clancy, C.M. 2003, "Use of Information Technology to Improve the Quality of Health Care in the United States", *Health Services Research*, vol. 38, no. 2, pp. xi-xxii.
- Paasche-Orlow, M., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L. & Rudd, R.R. 2005, "The Prevalence of Limited Health Literacy", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, no. 2, pp. 175-184.
- Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M. & Piscopo, G. 2016, "The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy", *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, vol. 120, no. 9, pp. 1087-1094.

Patt, M.R., Houston, T.K., Jenckes, M.W., Sands, D.Z. & Ford, D.E. 2003, "Doctors Who Are Using E-mail with Their Patients: a Qualitative Exploration", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 5, no. 2, pp. e9.

Pedersen, K.M. 2015, *Prioritering i sundhedsvæsenet - Hvorfor er det nødvendigt?* 1st edn, Munksgaard, Kbh.

Pedersen, K.M. 2013, *Sundhedsøkonomi*, 1st edn, Munksgaard, København.

Pelikan, J.M. & Ganahl, K. 2017, "Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort", *Studies in health technology and informatics*, vol. 240, pp. 34-59.

Perzynski, A.T., Roach, M.J., Shick, S., Callahan, B., Gunzler, D., Cebul, R., Kaelber, D.C., Huml, A., Thornton, J.D. & Einstadter, D. 2017, "Patient portals and broadband internet inequality", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 24, no. 5, pp. 927-932.

Phelps, R.G., Taylor, J., Simpson, K., Samuel, J. & Turner, A.N. 2014, "Patients' continuing use of an online health record: a quantitative evaluation of 14,000 patient years of access data", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 16, no. 10, pp. e241.

Powell, K.R. 2017, "Patient-Perceived Facilitators of and Barriers to Electronic Portal Use: A Systematic Review", *Computers, informatics, nursing: CIN*, vol. 35, no. 11, pp. 565-573.

Praktiserende Lægers Organisation 2020, *PLO Faktaark*, Praktiserende Lægers Organisation.

Praktiserende Lægers Organisation 2018, *Overenskomst om almen praksis*, Praktiserende Lægers Organisation, København Ø.

Praktiserende Lægers Organisation 2017, *Min Læge*. Available: <https://www.laeger.dk/min-laeger> [2021, Mar 1].

Price-Haywood, E., Harden-Barrios, J., Ulep, R. & Luo, Q. 2017, "eHealth Literacy: Patient Engagement in Identifying Strategies to Encourage Use of Patient Portals Among Older Adults", *Population health management; Popul Health Manag*, vol. 20, no. 6, pp. 486-494.

PubMed n.d., *PubMed Overview*. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> [2021, Mar 17].

Rasmussen, L.T., Remvig, K. & Wien, C. 2017, "Litteratur- og informationssøgning til opgaven" in *Den Gode Opgave*, eds. L. Rienecker & P.S. Jørgensen, 5th edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg, pp. 145-181.

Raynor, D.K.T. 2012, "Health literacy", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 344, pp. e2188.

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. 2014, *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*, Samfundslitteratur, Frederiksberg C.

Ringold, D.J. 2002, "Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market", *Journal of consumer policy*, vol. 25, no. 1, pp. 27-63.

Ronda, M.C.M., Dijkhorst-Oei, L., Gorter, K.J., Beulens, J.W.J. & Rutten, Guy E. H. M. 2013, "Differences Between Diabetes Patients Who Are Interested or Not in the Use of a Patient Web Portal", *Diabetes Technology & Therapeutics*, vol. 15, no. 7, pp. 556-563.

Ronda, M.C., Dijkhorst-Oei, L. & Rutten, G.E. 2014, "Reasons and Barriers for Using a Patient Portal: Survey Among Patients with Diabetes Mellitus", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 16, no. 11, pp. e263.

Rose, G. 2001, "Sick individuals and sick populations", *International journal of epidemiology; Int J Epidemiol*, vol. 30, no. 3, pp. 427-432.

Rowell, A., Muller, I., Murray, E., Little, P., Byrne, C.D., Ganahl, K., Müller, G., Gibney, S., Lyles, C.R., Lucas, A., Nutbeam, D. & Yardley, L. 2015, "Views of People with High and Low Levels of Health Literacy About a Digital Intervention to Promote Physical Activity for Diabetes: A Qualitative Study in Five Countries", *Journal of medical Internet research*, vol. 17, no. 10, pp. e230.

Ryan, B.L., Brown, J.B., Terry, A., Cejic, S., Stewart, M. & Thind, A. 2016, "Implementing and Using a Patient Portal: A qualitative exploration of patient and provider perspectives on engaging

patients", *Journal of innovation in health informatics; J Innov Health Inform*, vol. 23, no. 2, pp. 848.

Sakaguchi-Tang, D., Bosold, A.L., Choi, Y.K. & Turner, A.M. 2017, "Patient Portal Use and Experience Among Older Adults: Systematic Review", *JMIR medical informatics; JMIR Med Inform*, vol. 5, no. 4, pp. e38.

Sarkar, U., Karter, A.J., Liu, J.Y., Adler, N.E., Nguyen, R., López, A. & Schillinger, D. 2010, "The Literacy Divide: Health Literacy and the Use of an Internet-Based Patient Portal in an Integrated Health System—Results from the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE)", *Journal of health communication*, vol. 15, no. Suppl 2, pp. 183-196.

Schulz, P.J. & Nakamoto, K. 2013, "Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins", *Patient education and counseling*, vol. 90, no. 1, pp. 4-11.

Shanafelt, T.D., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J. & West, C.P. 2016, "Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment with Physician Burnout and Professional Satisfaction", *Mayo Clinic proceedings*, vol. 91, no. 7, pp. 836-848.

Showell, C. 2016, "Barriers to the use of personal health records by patients: A structured review", *PeerJ*, vol. 5, pp. e3268-e3268.

Smith, B. & Magnani, J.W. 2019, "New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy", *International journal of cardiology*, vol. 292, pp. 280-282.

Song, J.W. & Chung, K.C. 2010, "Observational Studies: Cohort and Case-Control Studies", *Plastic and reconstructive surgery (1963); Plast Reconstr Surg*, vol. 126, no. 6, pp. 2234-2242.

Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H. & HLS-EU Consortium 2015, "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)", *European journal of public health*, vol. 25, no. 6, pp. 1053-1058.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, Z. & Brand, H. 2012, "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", *BMC public health; BMC Public Health*, vol. 12, no. 1, pp. 80.

Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H. 2006, "Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease", *Annual Review of Psychology*, vol. 58, no. 1, pp. 565-592.

Stenbæk, D.E. & Jensen, M.F. 2007, "Litteratursøgning" in *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, eds. F.B. Kristensen & H. Sigmund, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, København, pp. 49-58.

Stormacq, C., Van den Broucke, S. & Wosinski, J. 2019, "Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review", *Health Promotion International*, vol. 34, no. 5, pp. e1-e17.

Stringer, E.T. 2014, *Action research*, SAGE, Thousand Oaks, California.

Sund, E. & Krokstad, S. 2011, "Social kapital" in *Medicinsk sociologi - Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, eds. R. Lund, U. Christensen & L. Iversen, 2nd edn, Munksgaard Danmark, København, pp. 43-62.

Sundhed.dk 2021, Jan 29, *Om Nord-KAP*. Available:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/konsulenthjælp/nord-kap/nord-kap/> [2021, Apr 21].

Sundheds- og Ældreministeriet 2019, Aug 26, *Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 1286 af 2. november 2018. Kapitel 1, § 2, Sundhedsloven*. Available:

<https://www.retsinformation.dk/eli/accn/A20190090329> [2021, Apr 13].

Sundhedsdatastyrelsen 2021, *Min Læge-appen*. Available:

https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger/selvbetjening_og_services/min_laege_appen [2021, Feb 17].

Sundhedsdatastyrelsen 2020, *Borgere med multisygdom*, Sundhedsdatastyrelsen, København.

Sundhedsdatastyrelsen 2018, *Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle Strategi for digital sundhed 2018-2022*, Sundhedsdatastyrelsen, København.

Sundhedsdatastyrelsen 2015, *Store udgifter forbundet med multisygdom*, Sundhedsdatastyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2021, Mar 17, *COVID-19: Forebyg smitte - Socialt samvær*. Available: <https://www.sst.dk/da/corona/Forebyg%20smitte/Samvaer%20og%20sociale%20sammenhaenge> [2021, Apr 21].

Sundhedsstyrelsen 2020, *COVID-19 i Danmark: Epidemiens første bølge. Status og strategi*, Sundhedsstyrelsen, København.

Svendsen, M.T., Bak, C.K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S.J., Skals, R.K., Mortensen, R.N., Maindal, H.T., Bøggild, H., Nielsen, G. & Torp-Pedersen, C. 2020, "Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults", *BMC Public Health*, vol. 20.

Szklo, M. & Nieto, F.J. 2019, *Epidemiology: Beyond the Basics*, 4th edn, Jones & Bartlett Learning, Burlington, Massachusetts.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015, "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" in *Kvalitative metoder - En grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, , pp. 29-53.

Tassy, A. & Nielsen, M.B. 2020, *It-anvendelse i befolkningen – 2020*, Danmarks Statistik, København.

Tieu, L., Sarkar, U., Schillinger, D., Ralston, J.D., Ratanawongsa, N., Pasick, R. & 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*, vol. 17, no. 12, pp. e275.

Turner, A.M., Osterhage, K., Hartzler, A., Joe, J., Lin, L., Kanagat, N. & Demiris, G. 2015, "Use of Patient Portals for Personal Health Information Management: The Older Adult Perspective", *AMIA Annual Symposium Proceedings*, vol. 2015, pp. 1234-1241.

Udesen, C.H., Skaarup, C., Petersen, M.N.S. & Ersbøl, A.K. 2020, *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*, Sundhedsstyrelsen, København S.

- Ulrich, J. 2016, *Samskabelse - en typologi*, CLOU Skriftsserie, Via University College Aarhus.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. 2014, *Sygdomsforebyggelse*, Munksgaard, København.
- VanderWeele, T.J. & Knol, M.J. 2014, "A Tutorial on Interaction", *Epidemiologic methods*, vol. 3, no. 1, pp. 33-72.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Bak, C.K. 2018, "Tillid i relationer og systemer" in *Sociologi for sundhedsprofessionelle*, eds. A. Dalsgaard & L. Meldgaard, 1st edn, Gads Forlag, København, pp. 69-92.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Nissen, M.A. 2018, "Hvordan sociale forhold kan gøre mennesker syge" in *Sociologi for sundhedsprofessionelle*, eds. A. Dalsgaard & L. Meldgaard, Gads Forlag, København, pp. 177–200.
- Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet 2020, *Definition af brugerinddragelse*. Available: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse> [2021, Feb 26].
- Villadsen, S.F., Hadi, H., Ismail, I., Osborne, R.H., Ekstrøm, C.T. & Kayser, L. 2020, "ehealth literacy and health literacy among immigrants and their descendants compared with women of Danish origin: a cross-sectional study using a multidimensional approach among pregnant women", *BMJ open; BMJ Open*, vol. 10, no. 5, pp. e037076.
- Weingart, S.N., Rind, D., Tofias, Z. & Sands, D.Z. 2006, "Who Uses the Patient Internet Portal? The PatientSite Experience", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 13, no. 1, pp. 91-95.
- World Health Organization 2020, *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Available: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/?fbclid=IwAR3SLUDpKa b7Gv8LJONMByof0wta_GNuHCJI76RXoqDPxBAsnVQFw87nQ2E [2021, Feb 10].
- World Health Organization 2018a, *Ageing and health*. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [2021, Feb 23].

World Health Organization 2018b, *Health inequities and their causes*. Available: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> [2021, Feb 3].

World Medical Association 2018, *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2021, Apr 2].

Ye, J., Rust, G., Fry-Johnson, Y. & Strothers, H. 2010, "E-mail in patient–provider communication: A systematic review", *Patient Education and Counseling*, vol. 80, no. 2, pp. 266-273.

Zhao, J.Y., Buer Song, E.A., Schwartz, D., Panesar, M., Jackson, G.P. & Elkin, P.L. 2017, "Barriers, facilitators, and solutions to optimal patient portal and personal health record use: a systematic review of the literature", *American Medical Informatics Association*, vol. 2017, pp. 1913-1922.

Zhu, X. & Yang, F. 2021, "The associations among individual factors, eHealth literacy, depression symptoms and health related quality of life among Chinese elderly: a cross-section study", *Journal of medical Internet research*, vol. 19, no. 1, pp. e15-e15.

Zickmund, S.L., Hess, R., Bryce, C.L., McTigue, K., Olshansky, E., Fitzgerald, K. & Fischer, G.S. 2008, "Interest in the Use of Computerized Patient Portals: Role of the Provider–Patient Relationship", *Journal of general internal medicine: JGIM; J Gen Intern Med*, vol. 23, pp. 20-26.

11.0 Bilagsoversigt

Bilag 1 – Udkast til databehandleraftale	1
Bilag 2 - Do-fil	2
Bilag 3 - Log-fil	2
Bilag 4 - Oversigt over spørgsmål for variable	3
Bilag 5 – Systematisk litteratursøgning	5
Bilag 6 - Kvalitetsvurdering af artikler	10
Bilag 7 – Interviewguide	15
Bilag 8 - Rekurtteringsopslag	19
Bilag 9 - Informationsbrev til informanter	20
Bilag 10 - Samtykkeerklæring ved interview	21
Bilag 11 - Transskriptionsguide	22
Bilag 12 - Kodetræ	23

Bilag 1 – Udkast til databehandlersaftale

Se vedhæftet udkast til databehandlersaftale.

Bilag 2 - Do-fil

Se vedhæftet for do-fil.

Bilag 3 - Log-fil

Se vedhæftet for log-fil.

Bilag 4 - Oversigt over spørgsmål for variable

Variabel	Bagvedliggende spørgsmål	Originale svarkategorier
Eksponering		
Social støtte (Spørgsmål fra Oslo Social Support Scale (OSSS-3), som ligger bag den samlede score)	<i>Hvor mange personer er du så tæt på, at du kan regne med dem, hvis du har alvorlige personlige problemer?</i>	• Ingen • 1-2 personer • 3-5 personer • 6 personer eller flere
	<i>I hvor høj grad er andre mennesker engagerede og interesserede i det du laver?</i>	• Meget engagerede og interesserede • Engagerede og interesserede • Uvist • Lidt engagerede og interesserede • Slet ikke engagerede og interesserede
	<i>Hvor nemt ville det være for sig at få praktisk hjælp af dine naboer, hvis du havde brug for det?</i>	• Meget nemt • Nemt • Muligt • Svært • Meget svært
Outcome		
Digital kontakt med sundhedsvæsenet	<i>Hvor mange dage på en typisk uge bruger du følgende digitale kilder til at få information om sundhed?</i> Digital kontakt med sundhedsvæsenet (f.eks. e-konsultationer, adgang til patientjournal, elektronisk adgang til svar på medicinske prøver, digital kommunikation med sundhedsprofessionelle osv.)	• Mindre end 1 gang pr uge • 1-3 dage pr uge • 4-6 dage pr uge • En gang om ugen • Mere end en gang om dagen • Ikke relevant for mig
Stratificeringsvariabel		
Digitale sundheds-kompetencer	De otte spørgsmål, der ligger bag den samlede score: <i>Når du søger online efter information om sundhed, hvor let eller svært er det for dig...</i> 1. at bruge det rigtige søgeord eller begreb til at finde den information du leder efter? 2. ... at finde nøjagtig den information du leder efter? 3. at forstå den information	• Meget let • Let • Svært • Meget svært

	du finder? 4. at kunne vurdere om informationen er troværdig? 5. at vurdere om information gives med kommercielle interesser? 6. at besøge forskellige hjemmesider for at kontrollere om de viser tilsvarende information om emnet? 7. at vurdere om informationen er relevant for dig? 8. at bruge information som hjælp til at løse et sundhedsproblem	
Baggrundsvariabler		
Køn	Udtrukket gennem cpr-registret	Ulige ciffer til sidst = mand Lige ciffer til sidst = kvinde
Alder	Udtrukket gennem cpr-registret	Seks første tal indikerer DDMMÅÅ
Uddannelse	<i>Hvad er din højest fuldførte uddannelse?</i>	• 1.-7. Klasse • 8.-10. Klasse • Ungdomsuddannelse (gymnasium, STX, HF, HH, HHX, HTX) • Erhvervsfaglig uddannelse (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent) • Kort videregående uddannelse (f.eks. markedsøkonom, tandplejer, byggetekniker) • Mellemlang videregående uddannelse (bachelor/professionsbachelor eller tilsvarende) • Lang videregående uddannelse (kandidat/master eller tilsvarende) • Ph.D. eller tilsvarende
Etnicitet	<i>I hvilket land er du født?</i>	Alle lande i verden

Bilag 5 – Systematisk litteratursøgning

5.1 Søgestrategi i PubMed

Søgning i PubMed d. 22/3		
<i>Forandring</i>	<i>Almen praksis</i>	<i>Sundhedsprofessionelle</i>
MeSH Term: Change management (130)	MeSH Term: General practice (75.647) Primary health care [NoExp] (80.426)	MeSH Term: Health Personnel[NoExp] (47.263)
Fritekst: "Readiness for change" (480) "Readiness to change" (1.177) "Change response*" (423) "Change in practice" (1.118) "Change management" (1.704) "Attitude to Change" (1)	Fritekst: "health care" (945.375) "Primary care" (167.782) "Primary health care" (104.293) "General practice*" (71.582) "Family practice*" (76.966)	Fritekst: "Health Personnel" (183.242) "Health professional*" (58.947) "Health staff" (2.432)
OR: 4.886	OR: 1.116.178	OR: 233.328
AND = 224		

5.2 Søgestrategi i Scopus

Søgning i Scopus d. 22/3		
<i>Forandring</i>	<i>Almen praksis</i>	<i>Sundhedsprofessionelle</i>
Fritekst: "Readiness for change*" (974) "Readiness to change" (1.599) "Change response" (1.374) "Change in practice" (3.867) "Change management*" (11.736) "Attitude to Change" (740)	Fritekst: "health care" (1.767.389) "Primary care" (144.533) "Primary health care" (111.983) "General practice*" (113.863) "Family practice*" (63.181)	Fritekst: "Health Personnel" (175.962) "Health professional*" (77.791) "Health staff" (3.110)
OR: 19.940	OR: 1.908.244	OR: 245.762
AND = 513		

5.3 Søgestrategi i PsycInfo

Søgning i PsycInfo d. 22/3		
<i>Forandring</i>	<i>Almen praksis</i>	<i>Sundhedsprofessionelle</i>
MeSH Term: Readiness to change (1603) Attitude change (7.373)	MeSH Term: Primary health care (18.947)	MeSH Term: Health Personnel (17.719)
Fritekst: “Readiness to change*” (2.580) “Readiness for change*” (721) “Change response*” (203) “Change in practice*” (306) “Change management”(3.427) “Attitude Change*” (9.468) “Attitude to Change*” (21)	Fritekst: “health care” (254.865) “Primary care” (43.518) “Primary health care”(27.673) “General practice*” (11.400) “Family practice*” (9.868)	Fritekst: "Health Personnel" (114.287) "Health professional*" (38.478) "Health staff" (1.022)
OR: 16.352	OR: 280.875	OR: 140.984
AND = 199		

5.4 Søgestrategi i Embase

Søgning i Embase d. 22/3		
<i>Forandring</i>	<i>Almen praksis</i>	<i>Sundhedsprofessionelle</i>
MeSH Term: Change management/exp (1.829) Attitude to change/exp (616)	MeSH Term: General practice (86.235) Primary health care/exp (178.444) Health care/de (118.337)	MeSH Term: Health care Personnel/de (176.703)
Fritekst: "Readiness for change*" (607) "Readiness to change" (1.569) "Change response*" (496) "Change in practice*" (2.343) "Change management" (3.255) "Attitude to Change*" (627)	Fritekst: "health care" (1.826.977) "Primary care" (241.593) "Primary health care" (97.698) "General practice*" (141.250) "Family practice*" (37.506)	Fritekst: "Health care Personnel" (183.344) "Health Personnel" (91.571) "Health professional*" (104.891) "Health staff" (3.158)
OR: 8.696	OR: 2.078.655	OR: 360.489
AND = 483		

5.5 Søgestrategi i Cinahl

Søgning i Cinahl d. 22/3		
<i>Forandring</i>	<i>Almen praksis</i>	<i>Sundhedsprofessionelle</i>
MeSH Term: MH "Change Management" (6,819)	MeSH Term: MH "Family Practice" (25,415) MH "Primary Health Care" (65,989)	MeSH Term: MH "Health Personnel" (43,606)
Fritekst: "Readiness for change*" (1.180) "Change response*" (43) "Change in practice*" (1.853) "Change management*" (7.584) "Attitude to Change" (4.258)	Fritekst: "health care" (538.791) "Primary care" (89.081) "Primary health care" (71.066) "General practice*" (31.998) "Family practice*" (31.329)	Fritekst: "Health Personnel" (101.815) "Health professional*" (45.914) "Health staff" (24.149)
OR: 14,257	OR: 593,852	OR: 140,442
AND: 341		

Bilag 6 - Kvalitetsvurdering af artikler

6.1 Kvalitetsvurdering af Dubois et al. (2013)

Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group

Reviewer: Gruppe 10308

Date: 29/3-2021

Author: Dubois, C.-., Bentein, K., Ben Mansour, J., Gilbert, F. & Bédard, J. Year: 2013

	Yes	No	Other. *CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported
1. Was the study question or objective clearly stated?	X		
2. Were eligibility/selection criteria for the study population prespecified and clearly described?	X		
3. Were the participants in the study representative of those who would be eligible for the test/service/intervention in the general or clinical population of interest?	X		
4. Were all eligible participants that met the prespecified entry criteria enrolled?	X		
5. Was the sample size sufficiently large to provide confidence in the findings?			X
6. Was the test/service/intervention clearly described and delivered consistently across the study population?	X		
7. Were the outcome measures prespecified, clearly defined, valid, reliable, and assessed consistently across all study participants?			X
8. Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' exposures/interventions?		X	
9. Was the loss to follow-up after baseline 20% or less? Were those lost to follow-up accounted for in the analysis?		X	
10. Did the statistical methods examine changes in outcome measures from before to after the intervention? Were statistical tests done that provided p values for the pre-to-post changes?	X		
11. Were outcome measures of interest taken multiple times before the intervention and multiple times after the intervention (i.e., did they use an interrupted time-series design)?		X	
12. If the intervention was conducted at a group level (e.g., a whole hospital, a community, etc.) did the statistical analysis take into account the use of individual-level data to determine effects at the group level?			X

Overall appraisal:

Include: X

Exclude: Seek further info:

6.2 Kvalitetsvurdering af Hung D. & Chen P.H. (2017)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTION- AL STUDIES

Reviewer: Gruppe 10308

Date: 29/3-2021

Author: Hung, D. & Chen, P.H.

Year: 2017

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?			X	
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?				X
5. Were confounding factors identified?	X			
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X			
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?			X	
8. Was appropriate statistical analysis used?	X		X	

Overall appraisal:

Include: X

Exclude:

Seek further info

6.3 Kvalitetsvurdering af Nielsen et al. (2019)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Gruppe 10308

Date: 29/3-2021

Author: Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I. & Birken, S. Year: 2019

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?			X	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?			X	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?			X	
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal:

Include: X

Exclude:

Seek further info:

6.4 Kvalitetsvurdering af Nielsen et al. (2020)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer: Gruppe 10308

Date: 29/3-2021

Author: Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S.A. & Schildmeijer, K.

Year: 2020

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?			X	
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal:

Include: X

Exclude:

Seek further info:

6.5 Kvalitetsvurdering af Grady et al. (2021)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTION- AL STUDIES

Reviewer: Gruppe 10308 Date: 29/3-2021

Author: Grady V.M, Soylu T.G, Goldberg D.G, Kitsantas P og Grady J.D Year: 2021

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?			X	
2. Were the study subjects and the setting described in detail?			X	
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X			
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X			
5. Were confounding factors identified?			X	
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?			X	
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X			
8. Was appropriate statistical analysis used?			X	

Overall appraisal: Include: X Exclude: Seek further info:

Bilag 7 – Interviewguide

Briefing:

Hej. Jeg hedder (*navn*). Mange tak fordi du vil deltage i dette interview. Inden vi går i gang, vil jeg høre dig, om det er i orden at vi optager interviewet? Optagelsen er blot til at understøtte vores hukommelse og for at sikre at vi får alt med fra interviewet i dag. (Optagelsen af interviewet starter herfra)

Information:

Du har fået fremsendt skriftlig information om vores speciale og formålet med interviewet, men inden vi påbegynder interviewet har vi nogle praktiske informationer vi skal omkring. Selvom du har givet informeret samtykke til at deltage i interviewet, har du til hver en tid ret til at trække dig fra interviewet. I forhold til lydoptagelsen af interviewet vil denne blive opbevaret efter gældende GDPR-regler, hvorfor optagelsen af interviewet vil blive opbevaret på en krypteret harddisk. Lydfilen vil efter transskriberingen blive slettet. Du vil i specialet blive anonymiseret hvormed dit navn og andre oplysninger ikke ville fremgå nogle steder.

Formålet med interviewet:

Som vi har skrevet i den fremsendte information, er vi tre kandidatstuderende på Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, som er i gang med at skrive vores afsluttende speciale. Specialet omhandler, hvordan man i almen praksis kan implementere instruktion og støtte i patienters anvendelse af den digitale patientportals app ‘Min Læge’. Formålet med interviewet derfor at få dit perspektiv på hvad der er vigtigt for at skabe en forandring (implementering af instruktion og støtte) i almen praksis.

Interviewet vil derfor tage udgangspunkt i app’en ‘Min Læge’, som vi jo ved I anvender i den almene praksis, som du arbejder i.

Praktiske forhold for interviewet

Vi forventer at interviewet tager op til 40 min. Jeg (*navn*) kommer til at foretage interviewet. Det er min opgave at stille spørgsmål, mens (*navn*) er med for at sørge for at jeg komme omkring alle spørgsmålene, hvis jeg skulle glemme noget. Hvis der skulle være spørgsmål som du ikke forstår eller er i tvivl om - så siger du til, så spørger jeg på en anden måde. Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang med interviewet?

Interviewguide		
Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende spørgsmål		
<i>Jeg vil lige starte ud med nogle korte og lidt mere faktuelle og indledende spørgsmål, som giver os et billede af den almene praksis, du arbejder i, og din dagligdag heri samt patienters anvendelse af Min Læge</i>		
Karakteristika om praksis og arbejdsfunktion	Først vil jeg derfor høre, hvor den praksis, du arbejder i placeret?	Storby eller udkantsområde?
	Hvor mange arbejder I i den praksis, hvor du arbejder?	Hvem er det, der arbejder der?
	Vil du kort fortælle lidt om den arbejdsfunktion, du har i praksissen?	Hvor længe har du arbejdet her?
Hvad er de sundhedsprofessionelles oplevelse med digitale patientportaler (Min Læge)?	Har du i din praksis før informeret om og/eller hjulpet en patient med at anvende Min Læge app'en?	Vil du fortælle lidt om hvordan?
	Oplever du, at patienterne anvender 'Min Læge'?	Hvordan oplever du det? Har du opfattelsen af, om der er forskellig i anvendelsen? Og i så fald hvem?
Perspektiv og holdninger i forhold til implementering af støtte og introduktion i almen praksis		
<i>De næste spørgsmål omhandler din holdning og dit perspektiv på implementering af introduktion og støtte i patienters anvendelse af digitale patientportaler. Ved introduktion og støtte refereres der til oplysning om portalen, opfordring til og hjælp i anvendelsen af dets funktionerne i forbindelse med deres første log-in.</i>		
Hvilket perspektiv og hvilken holdning har de sundhedsprofessionelle til implementering af introduktion og støtte i almen praksis?	Hvad er din holdning til at implementere introduktion og støtte i anvendelsen af min læge applikationen?	Hvorfor, hvorfor ikke?
	Tænker du, at der noget som kunne hæmme implementeringen af støtte og introduktion til min læge applikationen?	Hvad kan hæmme det, og hvordan? Hvorfor, hvorfor ikke?
	Hvad tænker du der kunne være fremmende ift. implementeringen af støtte og introduktion til min læge?	Hvad kan fremme det, og hvordan? Hvorfor, hvorfor ikke?
Feedback på fund fra litteraturstudiet		
<i>Jeg vil gerne blive i sporet med, hvad der kan virke fremmende og hæmmende, da vi igennem forskningslitteraturen/en systematisk litteratursøgning har identificeret nogle konkrete hæmmende og fremmende faktorer for at implementere en generel forandring i Almen praksis. Vi vil derfor gerne</i>		

have dit perspektiv på disse faktorer i forhold til hvis de skulle implementere introduktion og støtte til anvendelsen af min læge applikation i Almen praksis. De næste spørgsmål vil derfor tage afsæt i disse.		
Hvordan påvirker flere forandringer i praksis implementeringen af støtte og introduktion til min læge/digitale patient porter	For det første har vi fundet, at dét at man tidligere har oplevet flere ændringer i ens arbejdsgang/-rutiner kan virke hæmmende for sundhedsprofessionelles forandringsparathed. Tænker du, at dette vil have betydning for dig?	Hvorfor du at det for nogle kan virke hæmmende, hvorfor ikke?
	Omvendt er en fremmede faktor er at have erfaring med implementering af ændring i ens arbejdsgang. Vil det have betydning for dig?	Hvorfor, hvorfor ikke?
Hvilken betydning har <i>modstand på forandring</i> på implementeringen af introduktion og støtte i patienters anvendelse af Min Læge?	En anden hæmmende faktor, som er af betydning er en 'modstand på forandring af praksis', som kan opstå, hvis forandringen findes meningsløs. Har dette betydning for dig?	Hvilke andre forhold kan have betydning for, at du oplever modstand til forandring?
	Oplever du støtte og introduktion til applikationen kan give mening at implementere?	Hvorfor, hvorfor ikke? Hvad har betydning for, at det opleves meningsfuld/-løst?
Hvilken betydning har <i>udbrændthed og engagement</i> for implementeringen af introduktion og støtte i patienters anvendelse af Min Læge?	En tredje hæmmende faktor er at opleve en udbrændthed, hvilket her refererer til at føle sig emotionelt udmattet i sit arbejde. Oplever du, at dette vil have betydning for dig i relation til implementering introduktion og støtte?	Hvorfor, hvorfor ikke? Hvad kan påvirke følelsen af udbrændthed hos dig?
	En fremmede faktor er sundhedsprofessionelles engagement i form af deres personlige motivation og jobtilfredshed. Har disse forhold betydning for dig?	Hvorfor, hvorfor ikke? Hvad kan påvirke din personlige motivation og jobtilfredshed?
Hvilken betydning har <i>praktiske forhold</i> for implementeringen af introduktion og støtte i patienters anvendelse af Min Læge?	Praktiske forhold som praksis størrelse og beliggenhed har betydning for implementeringen af en forandring. Kunne du forestille dig, at dette vil have betydning for dig i implementering af introduktion og støtte?	Hvorfor, hvorfor ikke? Er der andre praktiske forhold, der kan have betydning, og i såfald hvilke?
Hvilken betydning har <i>kommunikation og information</i> for implementeringen af introduktion og støtte i patienters an-	God kommunikation og information ses som værende faciliteterne for implementering af en forandring i praksis. Tror du,	Hvorfor, hvorfor ikke? Kan du sige noget mere om det?

vendelse af Min Læge?	at dette betydning for dig i implementering af introduktion og støtte?	
	Forskningslitteraturen viser ligeledes, at det at kunne se og forstå behovet for den pågældende implementering har betydning. Vil det have betydning for dig ved implementering af introduktion og støtte til Min Læge?	Vil du kunne se eller forstå det?
Hvilken betydningen har <i>involvering</i> for implementeringen af introduktion og støtte i patienters anvendelse af Min Læge?	Slutteligt er en fremmede faktor er, at de sundhedsprofessionelle bliver involveret i forandringsprocessen. Vil dette have betydning for dig?	Hvorfor, hvorfor ikke? Kan du sige noget mere om det?
Afsluttende spørgsmål		
<i>Vi vil nu afslutningsvis høre om din opfattelse af implementering af introduktion og støtte som en reel mulighed.</i>		
Oplever de sundhedsprofessionelle at det er en realitet at implementere introduktion og støtte i patienters anvendelse Min Læge	Tror du, at det vil kunne lade sig gøre at implementere støtte og introduktion til 'Min Læge' i din arbejdsgang?	Hvorfor, hvorfor ikke? Hvad oplever du, der vil skulle til for at implementere støtte og introduktion i din praksis?

Debriefing:

Så tror jeg vi er igennem interviewet - Jeg har ikke flere spørgsmål. Har du nogle opfølgende eller uddybende spørgsmål? Vi vil gerne sige mange tak, for at du havde lyst til at deltage i interviewet. Hvis du skulle komme i tanke om nogle spørgsmål efterfølgende er du meget velkommen til at kontakte os.

(mikrofonen slukkes)

Bilag 8 - Rekurrteringsopslag

Deltagere til interview ifm. speciale søges

Vi er i forbindelse med vores speciale i gang med at undersøge, hvordan introduktion og støtte til patienters anvendelse af 'Min Læge' mobilapplikationen, kan implementeres i almen praksis. Vi søger derfor sundhedsprofessionelle til at deltage i en interviewundersøgelse i forbindelse med vores speciale.

Om undersøgelsen/specialet

Forskningslitteratur viser, at der er ulighed i anvendelsen af digitale patientportaler, hvilket kan være med til at øge risikoen for social ulighed i sundhed. Det viser sig dog, at patienter, der introduceres for og støttes i anvendelsen af portalen, har potentiale for at overkomme barrierer, der er forbundet med ulighed i anvendelsen af portalen. Vi søger derfor indsigt i sundhedsprofessionelle holdninger og perspektiv på en eventuelt implementering af dette i almen praksis.

Hvem er vi?

- Vi er tre specialestuderende på kandidatuddannelsen for Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Hvem kan deltage?

- Almen praksis som er tilknyttet mobilapplikationen Min Læge.
- Sundhedsprofessionelle i almen praksis (læger, sygeplejersker, lægesekretærer m.m.)

Praktiske forhold:

- Det er et online eller telefonisk interview af max 45 minutters varighed, gerne indenfor de næste 2 uger. Vi har dog mulighed for at være fleksible.
- Din deltagelse vil blive anonymiseret i specialet.

Har du spørgsmål til ovenstående er du velkommen til at kontakte os på mail: clarse18@student.aau.dk eller telefon: 28447571. Vi håber du har lyst til at deltage.

Med venlig hilsen

Lise Lind Kristensen, Katrine Moisen Weinreich & Camilla Bille Larsen

Specialestud. Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Bilag 9 - Informationsbrev til informanter

Kære sundhedsprofessionelle i almen praksis

Vi er tre kandidatstuderende på Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, som er i gang med at skrive vores afsluttende i speciale. Vores speciale undersøger anvendelsen af den digitale patientportal *Min Læge*, og hvordan digitale sundhedskompetencer er afgørende for uligheden i anvendelsen heraf. Anvendelsen af digitale patientportaler er forbundet med flere fysiske, psykiske og samfundsøkonomiske fordele, men er samtidig i risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed, hvorfor der er derfor behov for at fremme anvendelsen af *Min Læge* blandt patienter med lave digitale sundhedskompetencer. Forskningslitteraturen peger på, at der foreligger flere barrierer for anvendelsen af digitale patientportaler. Dog identificeres instruktion og støtte i patienters anvendelse af Min Læge til at kunne overkomme flere af disse barrierer hos patienten. Ved instruktion og støtte forstås opfordring til anvendelsen af min læge, støtte til første log-in og instruktion til funktionerne i applikationen første gang. Dermed er støtte og introduktion som afgørende for, hvorvidt patienter anvender en digitale patientportal. Vores speciale har derfor til formål at undersøge, hvordan introduktion og støtte kan implementeres i almen praksis for at øge anvendelsen af *Min Læge*. I den forbindelse har vi brug for dit perspektiv.

Grundet COVID-19 restriktionerne vil interviewet afholdes digitalt og vi har derfor ikke mulighed for at indhente skriftlig samtykke fysisk. Vi vil derfor bede dig om at underskrive den vedhæftende samtykkeerklæring elektronisk og sende den tilbage på mail

Har du spørgsmål til ovenstående er du velkommen til at kontakte os på mail: clarse18@student.aau.dk eller på telefon: 28 44 75 71

Vi glæder os til at tale med dig!

Med venlig hilsen,

Lise Lind Kristensen, Katrine Moisen Weinreich & Camilla Bille Larsen

Bilag 10 - Samtykkeerklæring ved interview

Informeret samtykke til at deltage i et sundhedsvidenskabeligt speciale

Specialets titel: Instruktion og støtte til patienters anvendelse af 'Min Læge' - En forandring i almen praksis.

Specialet omhandler hvordan instruktion og støtte kan implementeres i almen praksis, med henblik på at øge anvendelsen af den digitale patientportal *Min Læge*. Formålet med interviewet er derfor at få dit perspektiv på hvad der er vigtigt for at implementere instruktion og støtte i almen praksis.

Oplysninger fra interviewet opbevares og behandles i overensstemmelse med bestemmelserne i Databeskyttelsesforordningen og Aalborg universitets retningslinjer og vil dermed blive behandlet fortroligt. Endvidere vil dine oplysninger blive behandlet i overensstemmelse med specialets formålet og det vil sikres at oplysningerne ikke er henførbare til dig. Lydoptagelsen vil blive slettet når det er transskriberet. Specialet afleveres den 1. juni 2021, og forsvares medio juni, hvorefter transskriberingen vil blive slettet efter bestået eksamen dog senest d. 30. juni 2021.

De dataansvarlige er Camilla Bille Larsen, Katrine Moisen Weinreich & Lise Lind Kristensen studerende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

Erklæring fra informanten:

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage og at jeg til enhver tid, har ret til at tilbagekalde dette samtykke, hvis jeg alligevel ikke ønsker at deltage i specialet. Jeg ved at tilbagekaldes af min samtykke ikke virker med tilbagevirkende kraft, dermed vil tilbagekaldelsen kun påvirker behandlingen af mine oplysninger fremadrettet.

Jeg giver samtykke til, at deltage i projektet, og at jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om specialet til eget brug. Dertil giver jeg samtykke til at anonyme citater må indgå i specialerapporten og at disse må videregives til vejleder og censor samt uploads i Aalborg Universitets Projektbibliotek efter endt bedømmelse.

Jeg giver samtykke til, at der i forbindelse med interviewet må foretages en audiooptagelse.

Informantens navn: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Bilag 11 - Transskriptionsguide

Lydoptagelse	Transskribering
Når en ny person begynder tale	To linjeskift
Ved standsning eller afbrydelse midt i sætning	Tre punktummer: ...
Ved længere tænkepause eller ophold i tale	(pause)
Ved betoning af ord	Store bogstaver fx MEGET
Hvis informanten citerer egne tanker eller andre personer	Citationstegn: “ ”
Hvis transskribenten ikke kan høre, hvad der blev sagt. Noter tidspunktet	Underscore: _
Ved sløring af personidentificerbare navne, steder eller andet, der kan være henførbart	Klammer: []
Hmm, arh, iih, uuh	Undlad udtryksord og ordlyde
Ved tale af informant 1	I1
Ved tale af informant 2	I2
Primær interviewer	PI

Bilag 12 - Kodetræ

