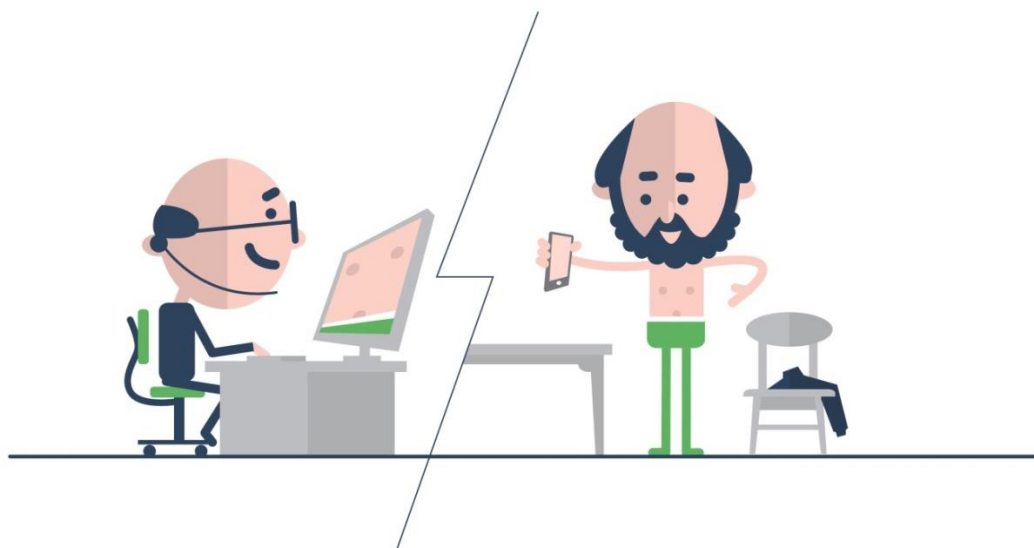




Evaluering af Video i almen og speciallægepraksis



Marts 2020

Anne Mette Ølholm, Lise Kvistgaard og Kristian Kidholm

Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT)

Klinisk Udvikling

OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

I samarbejde med

Lone Højberg og Martin Bergholz-Knudsen

MedCom



Region
Hovedstaden



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder



Region
Syddanmark



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

medcom



CIMT
Center for Innovativ Medicinsk Teknologi

Titel: Evaluering af Video i almen og speciallægepraksis

© OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Forfattere:

Anne Mette Ølholm

Lise Kvistgaard

Lone Højberg

Kristian Kidholm

Martin Bergholz-Knudsen

Versionsdato:

02-03-2020

Finansiering:

Projektet er finansieret af MedCom.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Projektleder for pilotprojektet "Video i almen og speciallægepraksis":

Lone Højberg

MedCom, Forskerparken 10,

5230 Odense M

E-mail: lho@medcom.dk

Tlf: +45 30 54 87 33

Projektleder for evalueringen af pilotprojektet:

Anne Mette Ølholm

CIMT – Center for Innovativ Medicinsk Teknologi

Klinisk Udvikling

Odense Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29, Indgang 102, 3.

5000 Odense C

E-mail: anne.mette.oelholm@rsyd.dk

Tlf. +45 30 46 08 95



Projektorganisering

Medlemmer af evalueringsgruppen:

- Projektleder Lone Høiberg, MedCom (projektleder for pilotprojekt)
- Praktikant Martin Bergholz-Knudsen, MedCom
- MTV-konsulent Lise Kvistgaard, CIMT
- Professor Kristian Kidholm, CIMT
- Projektleder Anne Mette Ølholm, CIMT (projektleder for evalueringen)

Medlemmer af implementeringsgruppen:

- Datakonsulent Karen S. Tvergaard, Region Nordjylland
- Afdelingsleder Carsten Rabe Kvist, Region Nordjylland
- Datakonsulent Lars Ole Larsen, Region Nordjylland
- Konsulent Halfdan Eika, Region Midtjylland
- Datakonsulent Vibeke Madsen, Region Midtjylland
- Kontorchef Steen Vestergaard Madsen, Region Midtjylland
- Specialkonsulent Anita Lerche, Psykiatrien i Region Syddanmark
- Konsulent Claus Terkelsen, Region Syddanmark
- Product Manager Hans Paulsen, Region Syddanmark
- Senior Product Manager Lauge Gejl, Region Syddanmark
- Juridisk konsulent Bente Christiansen, Region Sjælland
- Chefkonsulent Bodil Vestergaard Nielsen, Region Sjælland
- Konsulent Charlotte Frid Perri, Region Sjælland
- Datakonsulent Thomas Steen Nielsen, Region Sjælland
- Chefkonsulent Gitte Mogensen, Region Hovedstaden
- Datakonsulent Henrik Nørregaard, Region Hovedstaden
- Datakonsulent Per Veng Jensen, Region Hovedstaden
- Konsulent Nicholas Christoffersen, PLO
- Konsulent Tini Eksten, Danske Regioner
- Konsulent Lone Høiberg, MedCom
- Konsulent Jesper Søderberg Knudsen, MedCom
- Konsulent Peder Illum, MedCom
- Praktikant Martin Bergholz-Knudsen, MedCom



Indholdsfortegnelse

1 Resumé	1
2 Indledning	3
2.1 Baggrund	3
2.2 Formål	3
2.3 Afgrænsning og forbehold	4
3 Metode	5
3.1 Monitoreringsdata	5
3.2 Patienternes oplevelser: Spørgeskema	5
3.3 Lægernes oplevelser: Spørgeskema og interview	7
3.3.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt læger ("Postkort")	7
3.3.2 Interviewundersøgelse blandt læger	7
4 Resultater	9
4.1 Beskrivelse af teknologien	9
4.1.1 Brug af video i almen og speciallægepraksis	9
4.1.2 Teknisk beskrivelse af videoinfrastruktur	10
4.1.3 Teknisk opsætning i regioner og klinikker	13
4.2 Vurdering af teknologiens sikkerhed	15
4.2.1 Delkonklusion	16
4.3 Monitoreringsdata fra pilotprojekt	18
4.3.1 Delkonklusion	20
4.4 Patienternes oplevelser	22
4.4.1 Delkonklusion	30
4.5 Organisation og lægernes vurdering	31
4.5.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt læger ("Postkort")	31
4.5.2 Gruppeinterviews med læger	34
4.5.3 Delkonklusion	48
4.6 Økonomi og input til business-case	49
4.6.1 Delkonklusion	52
4.7 Juridiske forhold	54
4.7.1 Delkonklusion	55
4.8 Ethiske overvejelser	56
4.8.1 Delkonklusion	56
5 Diskussion	57



6 Konklusion	59
7 Bibliografi	60
Bilag A – Interviewguide.....	62
Bilag B – Overvejelser vedr. brug af video til gruppeinterviews (metode).....	65
Bilag C – Spørgeskema til patienter.....	66
Bilag D – Spørgeskema til lægerne ("Postkort").....	73

Figurer

Figur 1: Eksempel på meddelelse sendt til patienter med link til videomøderum og evaluering	6
Figur 2: Arbejdsgange ifm. videokonsultationer i almen praksis i pilotprojektet ved brug af "Min Læge" app'en.....	9
Figur 3: Arbejdsgange ifm. videokonsultationer i speciallægepraksis i pilotprojektet	10
Figur 4: Antal videokald på VDX >5 minutters varighed pr. måned i 2019 (VDX MedCom).	11
Figur 5: Højeste antal samtidige aktive videokald via VDX på én dag i den givne måned i 2019 (MedCom).	12
Figur 6: Oppetid for VDX i procent for 2019. Oppetid er opgjort vha. simpel teknisk forespørgsel som ping i VDX.	15
Figur 7: Oversigt over antal "straks-møder" fordelt på regioner.....	20
Figur 8: Lykkedes det at få kontakt til lægen i forbindelse med din seneste videokonsultation?	23
Figur 9: Hvor mange gange har du anvendt videokonsultation med lægen?	23
Figur 10: Hvilken type af udstyr har du anvendt i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?	24
Figur 11: Patienternes vurdering af systemets brugervenlighed.....	24
Figur 12: Har du i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen fået hjælp til at anvende video?	24
Figur 13: Hvordan oplevede du billedkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?.....	26
Figur 14: Hvordan oplevede du lydkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?.....	26
Figur 15: Har du oplevet andre tekniske problemer i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?	26
Figur 16: Sammenlignet med et almindeligt besøg hos lægen, har du ved din seneste videokonsultation med lægen så brugt mere eller mindre tid på ovenstående aktiviteter?	27
Figur 17: Er det vigtigt for dig, at du med video kan spare tid på transport?	28
Figur 18: Patienternes samlede tilfredshed med videokonsultation med lægen	28
Figur 19: Hvis du bliver tilbudt en videokonsultation med lægen igen, vil du så tage imod tilbuddet?.....	28
Figur 20: Hvilke fordele har videokonsultation med lægen?	29
Figur 21: Hvilke ulemper har videokonsultation med lægen?	29
Figur 22: Blev videokonsultationen gennemført?	31
Figur 23: Hvordan oplevede du billedkvaliteten?	31
Figur 24: Hvordan oplevede du lydkvaliteten?	31
Figur 25: Har konsultationen med video taget længere tid end vanlig kontakt?	32
Figur 26: Oversigt over videokonsultationer/-konferencer, der har taget længere tid end vanlig kontakt	33
Figur 27: Hvad erstattede denne videokonsultation/-konference?	33



Tabeller

Tabel 1: Oversigt over antal tilmeldte pilotpraksisser fordelt på regioner samt tidspunkt for opstart (akkumuleret)....	18
Tabel 2: Oversigt over antal lægepraksisser, som har anvendt video fordelt på regioner og måneder (aktive)	18
Tabel 3: Overblik over antal afholdte videokonsultationer i pilotperioden fordelt på regioner og måneder.....	19
Tabel 4: Oversigt over antal afholdte videokonferencer i pilotperioden fordelt på regioner og måneder.....	19
Tabel 5: Oversigt over antal videokald, der er foretaget via "Min Læge" app'en fordelt på regioner og måneder.....	19
Tabel 6: Oversigt over antal aktive pilotpraksisser og afholdte videokonsultationer og -konferencer.....	20
Tabel 7: Oversigt over afholdte udgifter i regionerne i pilotperioden	49
Tabel 8: Takster for videokonsultation i regionerne i pilotprojektet.....	52

Bokse

Boks 1: Formålet med videoknudepunktet (VDX).	11
Boks 2: Kommentarer fra patienter, som ikke lykkedes med at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation.	23
Boks 3: Øvrige kommentarer fra patienter til brugervenligheden af videokonsultation med lægen.	25
Boks 4: Uddybende kommentarer fra patienter, der har oplevet andre tekniske problemer ved deres seneste videokonsultation med lægen.	27
Boks 5: Uddybende kommentarer fra patienter til øvrige fordele ved videokonsultation med lægen.	29
Boks 6: Uddybende kommentarer fra patienter til øvrige ulemper ved videokonsultation med lægen.	30
Boks 7: Har du øvrige kommentarer eller forbedringsforslag til brugen af videokonsultation med lægen?	30



1 Resumé

MedCom har i samarbejde med PLO og de fem regioner i 2019 gennemført et pilotprojekt med det formål at afprøve video i almen og speciallægepraksis til konsultationer med patienter og konferencer med samarbejdspartnere. I den forbindelse er der udarbejdet en evaluering, som har til formål:

- At analysere monitoreringsdata fra pilotprojektet
- At beskrive patienternes oplevelser af videokonsultation med lægen
- At beskrive lægernes oplevelser med brug af video til konsultationer og konferencer
- At indsamle informationer, som kan indgå i grundlaget for en business case for de økonomiske effekter af at anvende video i almen og speciallægepraksis

I alt har 47 almene og 5 speciallægepraksisser deltaget i pilotprojektet. I pilotperioden (8 måneder) er der gennemført i alt 517 videokonsultationer og -konferencer fordelt på 40 aktive lægepraksisser. Det gennemsnitlige tidsforbrug for en videokonsultation og en videokonference var henholdsvis 14 minutter og 8 minutter i pilotprojektet.

Kun 21 patienter besvarede spørgeskemaet om deres oplevelse af videokonsultationerne, og heraf lykkedes 18 patienter med at etablere videoforbindelse til lægen. 17 patienter var enige i, at videokonsultation med lægen er nem at anvende, og 16 patienter ville tage imod tilbud om videokonsultationer igen.

Lægerne i pilotprojektet har fremsendt besvarelser om deres oplevelse af video i 166 tilfælde, svarende til ca. en tredjedel af de i alt 517 registrerede videokonsultationer og -konferencer. Mere end 80 % af lægerne lykkedes med at etablere videoforbindelse og vurderer, at billed- og lyd kvaliteten var god. 93 % af lægerne vurderer, at videosamtalen ikke har taget længere tid end vanlig kontakt.

Generelt ønsker både læger og patienter mulighed for at anvende videokonsultation, men teknologien skal fungere og være lettere anvendelig, før det bliver almindelig praksis.

Ved gruppeinterview med 15 praktiserende læger, to medarbejdere fra praksis og to privatpraktiserende speciallæger i psykiatri var holdningen:

- At det er en forudsætning for en god videosamtale, at patient og læge kender hinanden i forvejen og har udviklet en relation.
- At videokonsultationer er uegnede til sygdomme, der kræver objektiv undersøgelse, patienter som har behov for målinger eller prøver og patienter med meget komplekse problemstillinger eller som ikke er kognitivt velfungerende.
- At mangel på nærhed og kontakt med patienten ikke udgjorde et problem i de tilfælde, hvor det var lykkedes at afholde videokonsultationer.
- At fremtidig anvendelse kræver en mere velfungerende videoløsning end den, de har testet i pilotprojektet.
- Respondenterne er uenige om tidsforbruget ved videokonsultation, idet nogle mener de bruger mere tid, nogle oplever samme tidsforbrug, mens andre igen mener, at videokonsultation kan spare tid.

Der er i evalueringen indsamlet forskellige oplysninger, som kan indgå i en kommende business-case:

- Monitoreringsdata viser, at varigheden af videokonsultationer i gennemsnit er 14 minutter, mens varigheden i gennemsnit er 8 minutter for videokonferencer.
- Blandt de interviewede læger var der forskellige opfattelser af tidsforbruget per videokonsultation.
- Flertallet af de 18 patienter, som deltog i evalueringen, vurderede at varigheden af videosamtaler var den samme som ved en fremmødekonsultation hos lægen.
- Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen blandt læger viser, at størstedelen af respondenterne vurderer, at videokonsultationer ikke har taget længere tid end en vanlig konsultation.
- Taksten per videokonsultation var i de fleste regioner 160 kr. mod 143 kr. for en fysisk konsultation.

Forsinkelse i pilotprojektet, herunder det faktum, at lægerne er startet løbende op efter pilotstart, har gjort, at lægerne har haft kortere tid til at afprøve video end planlagt. Derfor er antallet af videokonsultationer og -konferencer lavere end forventet, og lægernes erfaring dermed begrænset. Antallet af deltagere i evalueringens delundersøgelser er også relativt lavt. På den baggrund bør det overvejes, om pilotprojektet bør genoptages eller om et nyt pilotprojekt bør gennemføres inden teknologien stilles til rådighed for alle praktiserende læger.

2 Indledning

2.1 Baggrund

Videosamtaler mellem sundhedspersonale og patienter er på vej ind i det danske sundhedsvæsen med bl.a. det mål at gøre adgangen til sundhedsvæsenet lettere for patienterne og reducere patienternes tids- og transportforbrug.

Erfaringerne med bred anvendelse af video i almen og speciallægepraksis i Danmark er dog begrænsede, da video primært har været anvendt til tolkning, og brugen af video til dette formål har været meget forskellig fra region til region. En af årsagerne til dette var, at det anvendte videoudstyr efter 2015 ikke længere blev supporteret af Cisco efter endt pilotprojekt. (Cisco, 2015) (MedCom, 2011)

Derfor iværksatte MedCom i 2019 i samarbejde med de fem regioner et pilotprojekt med det formål at afprøve video til andre formål end tolkning, herunder konsultationer med patienter (herefter kaldet videokonsultationer) og konferencer med samarbejdspartnere f.eks. sygehus, kommune eller plejehjem (herefter kaldet videokonferencer). PLO og Danske Regioner blev inviteret med i implementeringsgruppen. Da "Min Læge" app'en også blev en del af projektet, har PLO været en vigtig samarbejdspartner undervejs. Digitalisering af sundhedsvæsenet, herunder brugen af video i almen og speciallægepraksis, er genstand for stor politisk bevågenhed, og Danske Regioner udtalte i 2018, at hver tredje kontakt med lægen i fremtiden skal være digital. (Danske Regioner, 2018) Forhåbentlig kan de erfaringer, der opnås i pilotprojektet, også indgå i grundlaget for beslutning om udbredelse af video i almen og speciallægepraksis i de kommende år.

2.2 Formål

Formålet med denne evaluering er at opsamle og beskrive de erfaringer og resultater, der er opnået i forbindelse med afprøvning af video i almen og speciallægepraksisser i pilotprojektet. Her anvendtes video-løsningen i en bredere sammenhæng, dels til konsultationer med patienterne og dels til konferencer med samarbejdspartnere.

Mere specifikt har denne evaluering til formål:

2. At analysere monitoreringsdata fra pilotprojektet
3. At beskrive patienternes oplevelser af videokonsultation med lægen
4. At beskrive lægernes oplevelser med brug af video til konsultationer og konferencer
5. At indsamle informationer, som kan indgå i grundlaget for en business case for de økonomiske effekter af at anvende video i almen og speciallægepraksis.

Evalueringen tager udgangspunkt i MAST-modellens struktur for indsamling af data om effekten af telemedicinske løsninger. (Kidholm et al, 2012)

Pilotafrøvningen er gennemført i perioden fra 1. juni 2019 til 31. januar 2020, dvs. over en periode på otte måneder. I praksis blev pilotafrøvningen dog kortere for en del praksisser af årsager, som beskrives i rapporten.

2.3 Afgrænsning og forbehold

Afgrænsning

På nationalt plan findes flere leverandører af videoløsninger til brug i almen og speciallægepraksis. I dette projekt er videoløsningen Pexip blevet anvendt, og evalueringen omfatter derfor en analyse af monitoringsdata fra dette system og en brugerundersøgelse af erfaringer med netop denne videoløsning.

Der er således ikke tale om en kvantitativ måling af effekter forbundet med at indføre systemet.

Forbehold

Opstart af projektet har taget længere tid end oprindeligt forventet. Forsinkelser i indgåelse af lokale aftaler mellem PLO lokalt og hver af de fem regioner i forhold til honorering for brug af videokonsultation samt valg af evalueringsmetode har medført, at pilotafrøvningen kom i gang senere end planlagt. Dette har betydet, at den periode, hvor de deltagende læger har haft mulighed for at afprøve løsningen i praksis, har været kort. Desuden har de fleste af lægerne gennem hele projektperioden oplevet en del tekniske udfordringer. Det har medført, at de fleste deltagere i interviewundersøgelsen kun har udført ganske få teknisk vellykkede videokonsultationer. Enkelte respondenter i interviewundersøgelsen er ikke lykkedes med at få løsningen til at fungere. Det betyder, at respondenternes svar i et vist omfang er baseret på holdninger og forventninger til teknologiens fremtidige anvendelse, og i mindre grad på egentlig praktisk erfaring opnået i projektet.

Det har ikke været muligt at beregne en reel svarprocent for spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter, da vi ikke ved hvor mange patienter, der reelt har modtaget linket til det elektroniske spørgeskema (jf. afsnit 4.4). Det skal dog påpeges, at spørgeskemaundersøgelsens resultater baseres på et meget lille antal respondenter ($n = 21$), og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

3 Metode

3.1 Monitoreringsdata

Med henblik på at få et billede af lægernes samlede anvendelse af videokonsultation i projektperioden (1. juni 2019 – 31. januar 2020) er der den 10. februar 2020 trukket følgende monitoreringsdata fra VDX-API:

- Antal videokonsultationer pr. lægepraksis pr. måned i hver region
- Antal videokonferencer pr. lægepraksis pr. måned i hver region
- Tidsforbrug for videokonsultationer pr. måned pr. lægepraksis i hver region
- Tidsforbrug på videokonferencer pr. måned pr. lægepraksis i hver region
- Antal straks-møder pr. lægepraksis pr. måned i hver region

"Straks-møder" er møder, lægen opretter, når der er behov for at have et møde med patienten snarest muligt. Når lægen opretter et "straks-møde" antages f.eks. tidspunktet at være nu eller er baseret på de indstillinger, som er sat under brugerinformationer. Eksempelvis kan lægen i en telefonkonsultation vurdere, at der er brug for at få et billede af patienten på skærmen, og kan herefter oprette en videokonsultation, der afvikles som "straks-møde".

Monitoreringsdataene dækker kun de lægepraksisser, som har deltaget i pilotprojektet. Øvrige oprettede testpraksisser og andre lægepraksisser er frasorteret materialet. Monitoreringsdataene præsenteres i grafer og tabeller.

En videokonsultation er i dataudtrækket defineret som én booket videoenhed til en anden videoenhed, mens en videokonference er defineret som en booket videoenhed til flere videoenheder, samt alle ikke bookedede videomøder.

Endvidere er der trukket data på hvor ofte patienterne har benyttet "Min Læge" app'en (Min Læge app, 2019) i en videokonsultation eller videokonference. Disse data er trukket fra VDX-API d. 17. februar 2020.

3.2 Patienternes oplevelser: Spørgeskema

Patienternes oplevelse af brugen af video i almen og speciallægepraksis blev belyst ved hjælp af en elektronisk spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet blev udarbejdet i samarbejde med implementeringsgruppen og blev oprettet i SurveyXact. Følgende temaer indgik i spørgeskemaet til patienter:

- Baggrundsoplysninger
- Erfaring med videokonsultationer
- Brugervenlighed
- Teknisk kvalitet
- Tidsforbrug
- Samlet tilfredshed
- Forslag til forbedringer og øvrige kommentarer

I Bilag C¹ ses spørgeskemaet til patienterne. Spørgeskemaet blev pilottestet af regionale datakonsulenter, hvilket gav anledning til mindre justeringer og enkelte tilføjelser.

Alle patienter, som i perioden 1. juni 2019 – 31. januar 2020 (8 måneder) modtog en booking til en videokonsultation med almen praksis blev inviteret til også at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. I meddelelsen med link til videomøderummet modtog de således også et (ikke-unikt) link til det elektroniske spørgeskema (jf. Figur 1).

https://portal.vdxapi.dk/?url=54082@rooms.medcom.dk&pin=66669&start_dato=2020-02-07T11:50:38

Kære [indsæt navn]

Som vi aftalte, har jeg booket en videokonsultation med dig den 7. februar 2020 kl. 12:50

I stedet for at komme op i klinikken, skal du via Min Læge app'en trykke på nedenstående knap med 'KAMERA-IKONET'.

Har du ikke installeret Min Læge app'en, kan du gøre det fra App-store eller Google Play og logge ind med NEMID.

Du kan logge på ca. 15 min før den aftalte tid. HUSK også her kan der forekomme ventetid.

Vi skal snakke om:

https://portal.vdxapi.dk/?url=54082@rooms.medcom.dk&pin=66669&start_dato=2020-02-07T11:50:38

Evaluering:
Efter din videokonsultation med lægen vil vi meget gerne høre om din oplevelse hermed. Tryk venligst på [dette link](#), hvis du vil deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Det tager ca. 5 min. at deltage og er anonymt".

Med venlig hilsen
Jesper Knudsen

Figur 1: Eksempel på meddelelse sendt til patienter med link til videomøderum og evaluering

Patienter, som i perioden blev booket til mere end én videokonsultation, er således også blevet inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen flere gange.

I analysen af spørgeskemabesvarelsenerne er respondenter, som kun har besvaret baggrundsspørgsmålene blevet ekskluderet. Der er foretaget deskriptive analyser af kategoriske spørgsmål inden for hvert tema og alle tekstfelter er analyseret kvalitativt med udvælgelse af relevante citater.

¹ Her ses alle spørgsmål i spørgeskemaet til patienter, dog er det ikke muligt at vise de aktiveringer i spørgeskemaet, der styrer hvilke spørgsmål den enkelte respondent ser, baseret på deres svar på tidligere spørgsmål.

3.3 Lægernes oplevelser: Spørgeskema og interview

Lægernes oplevelser med brug af video til konsultationer og konferencer blev belyst ved hjælp af dels en interviewundersøgelse med lægerne, dels et kort spørgeskema, som udfyldes af lægen efter hver videokonsultation/-konference. Hermed opnås både viden om lægernes oplevelser i bredden (spørgeskema) og i dybden (interviews).

3.3.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt læger ("Postkort")

Med det formål at belyse lægernes oplevelser med brug af video, blev der udleveret såkaldte "postkort" til de deltagende læger. Med "postkort" forstås korte spørgeskemaer med få spørgsmål, som lægerne skulle udfylde efter hver videokonsultation eller -konference. Postkortene inkluderede spørgsmål inden for følgende fem emner og hvert postkort kunne rumme svar på disse for i alt seks konsultationer (se postkort i Bilag D):

- Gennemførsel
- Billedkvalitet
- Lydkvalitet
- Lægens tidsforbrug sammenlignet med vanlig kontakt
- Hvilken type konsultation videokonsultationen/-konferencen erstattede

Spørgsmålene på postkortene til lægerne er godkendt af implementeringsgruppen. For ikke at bebyrde lægen unødigt blev der i udformningen af spørgsmålene lagt vægt på, at der ikke skulle stilles for mange spørgsmål og at spørgsmålene skulle være lette at besvare. Derfor var der for alle fem spørgsmål på forhånd defineret svarkategorier, så lægen blot skulle sætte en ring om det korrekte svar (jf. Bilag D). Desuden var porto for postkortene betalt på forhånd og modtageradressen printet på forsiden, så de blot skulle afleveres i en postkasse efter besvarelse. Det fremgår ikke af postkortene hvilken region (bortset fra Region Syddanmark – se nedenfor) eller hvilken læge, de kommer fra.

Region Syddanmark valgte at ændre de sidste to spørgsmål og tilføje deres logo på postkortene. Ordlyden blev ændret for spørgsmålet omkring lægens tidsforbrug (nr. 4), mens spørgsmålet om hvilken type konsultation/konference videokonsultationen erstattede (nr. 5) blev udeladt.

3.3.2 Interviewundersøgelse blandt læger

For at opnå yderligere viden om lægernes oplevelser med brug af video til konsultationer og konferencer blev alle læger, som har deltaget i pilotprojektet, tilbudt at deltage i en interviewundersøgelse.

Interviewundersøgelsen blev gennemført som fem gruppeinterviews via video med i alt 19 respondenter, hvor hvert interview var af en times varighed og omfattede mellem tre og seks respondenter. Respondenterne var primært alment praktiserende læger, mens enkelte speciallæger og to lægesekretærer også har deltaget, (begge sekretærer sammen med en læge fra den praksis, de er ansat i).

Forud for interviewet blev udarbejdet en interviewguide (jf. Bilag A), som blev godkendt af projektets implementeringsgruppe.

Interviewundersøgelsen har haft fokus på følgende temaer:

- Billed- og lydkvalitet

- Tekniske udfordringer
- De nødvendige IT-kompetencer
- Lægens oplevelse af patienternes tilfredshed med videokonsultation
- Lægens oplevelse af nærhed og kontakt med patienten
- Lægens oplevelse af om patientens alder og diagnose har betydning for værdien af videosamtalen.
- I hvilke situationer at videobillede af patienten under videosamtalen har betydning for lægen
- Hvilke patientgrupper, som videosamtaler er mest velegnede til
- Hvilke patientgrupper, som videosamtaler ikke er velegnede til
- Om lægens tidsforbrug ved videosamtale er anderledes end ved andre konsultationsformer
- Om videokonsultation er en erstatning for andre konsultationsformer eller et supplement
- Lægens vurdering af fordele og ulemper ved videokonference i forbindelse med sygebesøg, udskrivningskonferencer mv.

Interviews blev foretaget af to konsulenter fra Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT), hvor den ene fungerede som primær interviewer og den anden stillede supplerende spørgsmål, tog noter og iagttog processen.

Lydoptagelserne fra de fem gruppeinterviews blev lyttet grundigt igennem og referater udarbejdet for hvert interview. Herefter blev der udarbejdet en samlet analyse på tværs inden for de centrale temaer i interviewguiden og udvalgt illustrative citater fra respondenterne.

4 Resultater

4.1 Beskrivelse af teknologien

4.1.1 Brug af video i almen og speciallægepraksis

Nedenfor beskrives kort hvordan arbejdsgangene i forbindelse med afholdelse af videokonsultationer med patienter har set ud i pilotprojektet – dels i almen praksis og dels i speciallægepraksis.

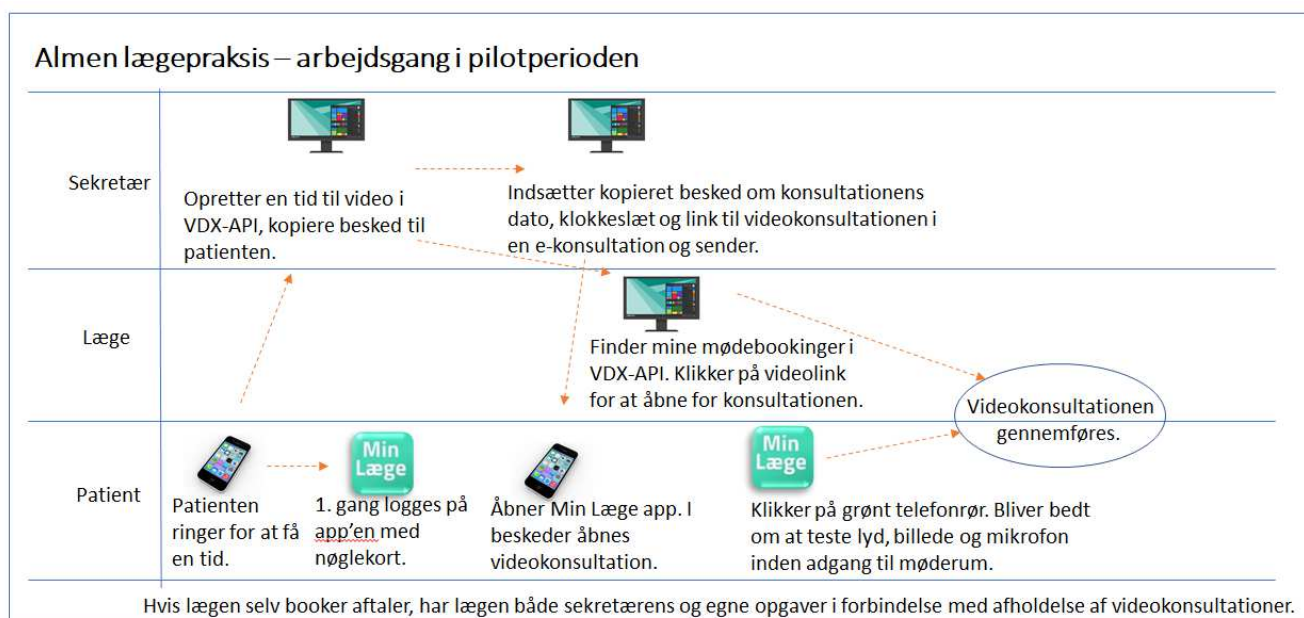
Arbejdsgange i almen praksis

Lægen planlægger og opretter et videomøde i videobookingsystemet (VDX-API). Det kan også være lægens sekretær, som opretter videomøderne for lægen. Når videokonsultationerne er oprettet, har lægen en oversigt over alle sine videomøder uanset, hvem der har booket videomøderne (jf. Figur 2).

Når der er oprettet et videomøde, skal videolinket sendes til patienten. Det gør lægen eller sekretæren i lægens praksissystem/vanlige system i e-konsultationer.

Patienten kan tilgå sine e-konsultationer på to måder, enten via "Min Læge" app'en² eller via lægens hjemmeside. Via app'en skal patienten åbne beskeder (brevikonet) og klikke på videolinket, mens patienten via hjemmesiden skal klikke på videolinket i sine e-konsultationer (jf. Figur 2).

Lægen tilgår videomødet via videobookingsystemet under det aktuelle videomøde.



Figur 2: Arbejdsgange ifm. videokonsultationer i almen praksis i pilotprojektet ved brug af "Min Læge" app'en.

² PLO og Sundheds-og Ældreministeriet har i 2018 lanceret app'en "Min Læge", og stillet den til rådighed for alment praktiserende lægers patienter i forbindelse med videokonsultationer i pilotprojektet. Det er MedComs Pexip videomøderum, som anvendes som browserløsning i app'en.

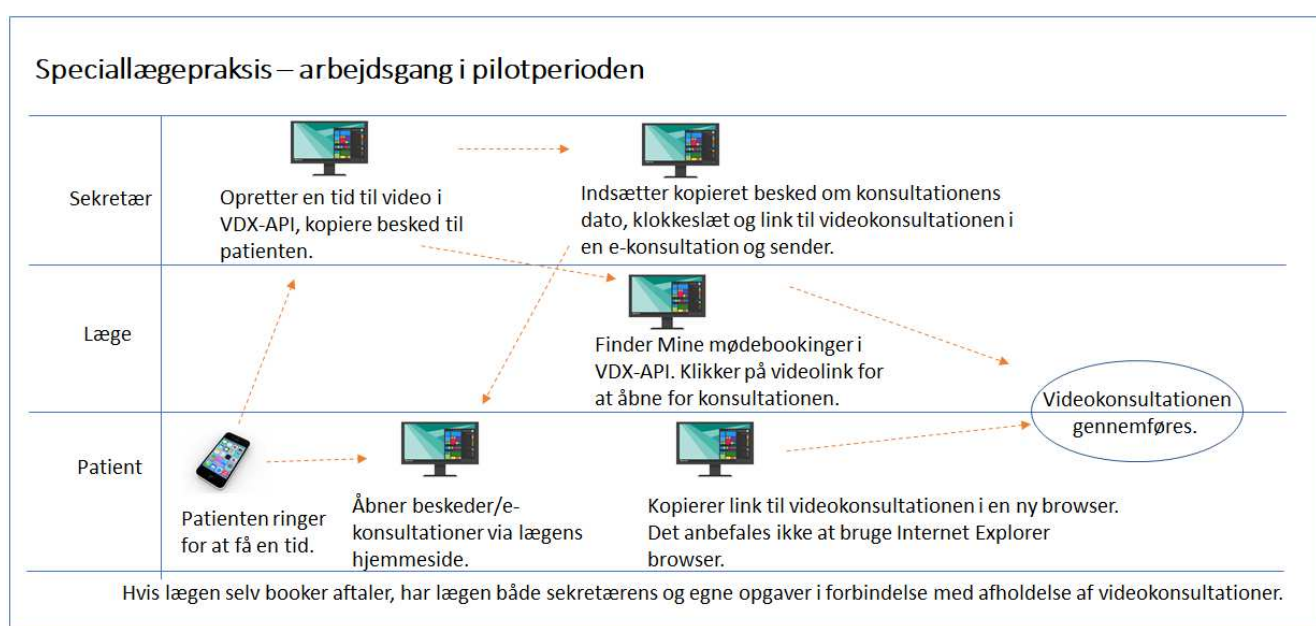
Arbejdsgange i speciallægepraksis

Speciallægen planlægger og opretter et videomøde i videobookingsystemet (VDX-API). Det kan også være lægens sekretær, som opretter videomøderne for lægen. Når videokonsultationerne er oprettet, har lægen en oversigt over alle sine videomøder uanset, hvem der har booket videomøderne (jf. Figur 3).

Når der er oprettet et videomøde, skal videolinket sendes til patienten. Det gør lægen eller sekretæren i lægens praksissystem/vanlige system i e-konsultationer.

Patienten kan tilgå sine e-konsultationer via lægens hjemmeside, finder her den aktuelle besked og klikker på videolinket (jf. Figur 3).

Lægen tilgår videomødet via videobookingsystemet under det aktuelle videomøde.



Figur 3: Arbejdsgange ifm. videokonsultationer i speciallægepraksis i pilotprojektet

4.1.2 Teknisk beskrivelse af videoinfrastruktur

For at kunne anvende videokonsultationer og -konferencer kræves det, at der er en videoinfrastruktur, som enhederne kan kobles op på. MedCom etablerede i forbindelse med Teletolkeprojektet i 2009-2013 (Evaluering-af-teletolkeprojektet, 2013) et nationalt videoknudepunkt, og alle regioner har egen videoinfrastruktur. I dette afsnit beskrives den tekniske del af videokonsultationer og -konferencer i almen og speciallægepraksis og de muligheder og udfordringer, der kan opstå ved anvendelse heraf.

Videoknudepunktet (VDX) – en videoinfrastruktur

Sundhedsdatanettet (SDN) har eksisteret siden 2003 og forvaltes af MedCom. SDN er et sikret netværk til datakommunikation i den danske sundhedssektor. SDN anvendes eksempelvis af Den Nationale Serviceplatform (NSP), Fælles Medicinkort (FMK), Sundhed.dk samt tværsektorielle og tværregionale løsninger i drift.

Videoknudepunktet (VDX) er en fællesoffentlig og tværsektoriel videoinfrastruktur, som stilles til rådighed for brugerkredsen (Stat, Kommuner og Regioner). VDX forvaltes af MedCom og skaber bro mellem de mest

anvendte videostandarder herunder bl.a. Cisco, Skype 4 Business, browsere m.fl. og giver adgang til virtuelle møderum for to eller flere parter.

Hovedfinansieringen til SDN/VDX kommer fra landets kommuner og regioner. Både SDN/VDX er underlagt udgiftsneutral brugerfinansiering. Siden starten af 2018 er SDN/VDX finansieret via bloktilskuddet (Finansministeriet, 2017). Derudover medfinansieres SDN/VDX også af eksempelvis statslige institutioner og it-leverandører efter særlige regler (MedCom, 2017). Driften af VDX varetages af NetDesign efter gennemført offentligt EU-udbud, senest i 2016.

Baggrund for etablering af videoknudepunktet

VDX er etableret som en del af det nationale teletolkeprojekt i 2009 - 2013 (Evaluering-af-teletolkeprojektet, 2013) for i det projekt at sikre kommunikation mellem allerede indkøbte videoløsninger på sygehusene, samt understøtte sikker videokommunikation. MedComs styregruppe har efter teletolkeprojektets afslutning besluttet at videreføre VDX som et servicetilbud for SDN-ejerkredsen med nedenstående formål (jf. Boks 1).

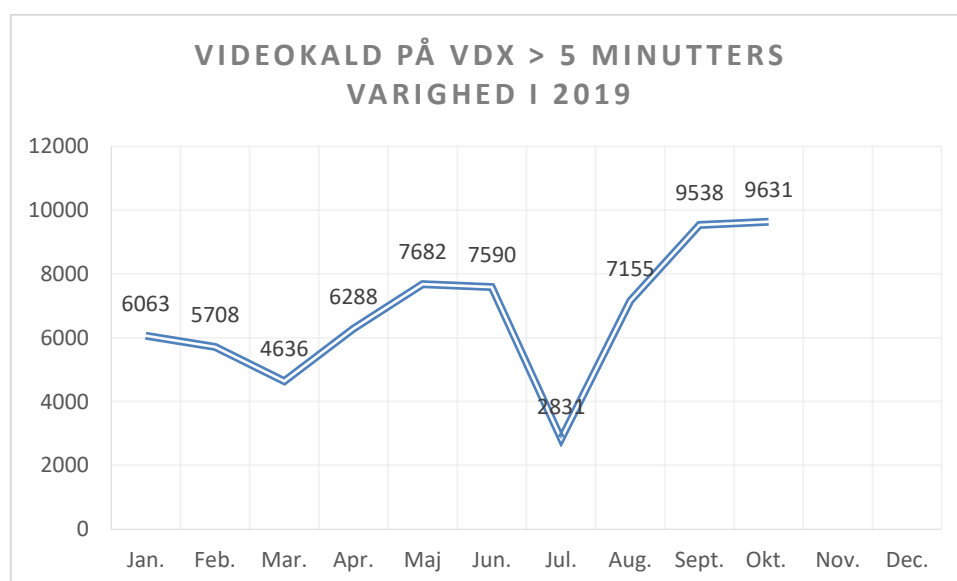
Formålet med VDX:

- At it-understøtte samarbejdet i sundhedssektoren og det sammenhængende patientforløb – herunder med borgeren.
- At understøtte brugerkredsens videokommunikation med andre organisationer (f.eks. almen praksis og tolkebureauer).
- At understøtte projekter med videokommunikation i begrænset omfang og tidsrum.

Boks 1: Formålet med videoknudepunktet (VDX).

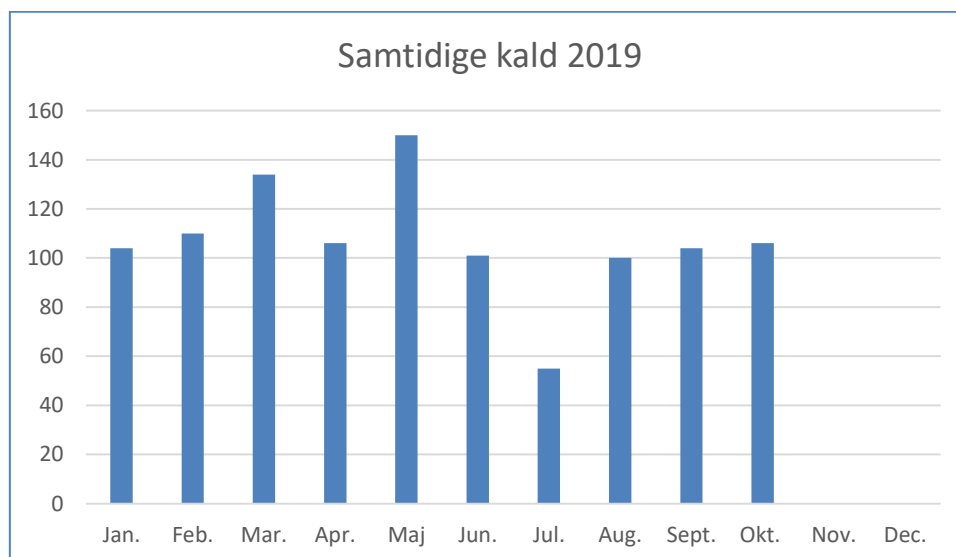
Videoknudepunktet – kvalitet og kapacitet

VDX er baseret på de gængse videostandarder H.323, SIP, MS-SIP og WEBRTC. Kvalitetsmæssigt understøttes til og med HD- kvalitet. Videokald kan gennemføres via internettet, lokalt i regioner, kommuner og stat og via VDX. Det er muligt at deltage med lyd via mobil eller fastnettelefon. Nedenstående graf viser antal videokonferencer gennem VDX (jf. Figur 4).



Figur 4: Antal videokald på VDX >5 minutters varighed pr. måned i 2019 (VDX MedCom).

Videoknudepunktet skal sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet til rådighed for brugerkredsen. En måde at sikre dette på, sker ved at følge antal samtidige kald på VDX (jf. Figur 5). Aktuelt er der plads til godt 250 samtidige kald. For at deltager nr. 251 ikke bliver afvist, er der indbygget en "Grace" periode, hvor der kan trækkes flere licenser end de 250. Antallet af samtidige brugere monitoreres, det er med til at sikre en justering i takt med at behovet opstår. Hvis størstedelen af landets lægepraksisser anvender videokonsultationer, vil det kræve flere licenser til samtidige brugere.



Figur 5: Højeste antal samtidige aktive videokald via VDX på én dag i den givne måned i 2019 (MedCom).

VDX består udover videoinfrastruktur også af et administrationssystem. Administrationssystemet indeholder statistik samt brugeroprettelser. Via administrationssystemet har alle organisationer adgang til statistik over egne kald.

Videoknudepunkt – møderum

Pexip er integrationsplatformen i VDX mellem traditionel video, Skype for business og browser/WebRTC og sikrer, at brugerne kan kommunikere via video mellem flere videoplatforme, f.eks. en region med Cisco Tandberg og en kommune med Skype for Business. I projektet anvender pilotdeltagerne et Pexip møderum uanset om de bruger Pexip Infinity Connect klient eller VDX-API booking. Det er overvejende VDX-API, som er anvendt i projektet, da denne løsning er udviklet til booking og afholdelse af videokonsultationer med patienten, som typisk deltager hjemmefra. MedCom stiller videomøderum til rådighed for pilotprojektet, men alle regioner har opsat egne servere med Pexip møderum.

VDX Brugergruppe

Der er etableret organisering af nationale Fællesoffentlige Sundheds It-løsninger (FSI) fordelt mellem flere systemforvaltningsenheder. MedCom er fællesoffentlig systemforvalter for VDX. Hver Systemforvaltning har nedsat en brugergruppe.

VDX-brugergruppen³ bidrager med forretningsbehov for tværsektoriel videounderstøttelse samt bistår den tekniske og sikkerhedsmæssige udvikling af videoknudepunktet. Brugergruppen følger driften tæt og rådgiver forretningsstyregruppen (MedComs styregruppe).

Nærværende projekt har løbende informeret VDX-brugergruppen om projektets status og behov for teknologiske løsninger. På denne måde er ændringsønsker kommet med i en prioriteret liste over ændringer til VDX.

VDX-API

VDX har fået implementeret et Application Programming Interface (API) programmeret i Open Source, som har til formål at udstille VDX-videoknudepunktets funktioner i en simpel brugerflade, som kan understøtte integration af video-funktionalitet i brugerkredsens egne systemer. Gennem VDX-API kan brugeren planlægge og indkalde til videomøder i sikrede engangsmøderum. Aktuelt er der ikke integration til lægepraksissystemernes kalender, da løsningen er for omfattende til et pilotprojekt. VDX-API skal på sigt kunne skabe integration med fagsystemer⁴, hvis løsningen skal leve op til brugernes forventning om hurtig booking. VDX-API har endnu ikke udarbejdet et statistikmodul med grafisk design.

Kan en organisation ikke integrere eget system til VDX direkte, stiller MedCom to standardbrugerflader til rådighed for alle, som har adgang til VDX:

- Brugerflade til Video Booking
- Brugerflade til administration af faste møderum, brugere og grupper.

4.1.3 Teknisk opsætning i regioner og klinikker

I dette afsnit beskrives regionernes videoinfrastruktur og opsætning i den enkelte lægeklinik.

Den tekniske opsætning i regionen

Hver region har deres egen videoinfrastruktur, men er samtidig også koblet til SDN/VDX. Alle regioner har opsat egne servere med Pexip møderum. Pilotdeltagere har i pilotprojektet kunne benytte VDX-API (herefter kaldet bookingsystemet), som er et bookingmodul med ad hoc møderum, som er udviklet til brug af videokonsultationer. Lægen bruger et nyt møderum ved hver ny patientkonsultation, for at sikre at en patient ikke kalder op igen og bryder ind i en ny konsultation med en anden patient. Derudover har det været muligt at anvende Pexip Infinity Connect klienten (herefter kaldet Pexip-klienten), hvor lægen har et opkaldsnummer til et fast videomøderum, dette kan eksempel anvendes ved videokald til andre sundhedsprofessionelle.

Den tekniske opsætning i klinikken

Kvaliteten af videokonferencen er afhængig af klinikkens internethastighed og samtidige trafik. Hvis flere læger deler klinikkens båndbredde, kan det gå ud over videomødets kvalitet i form af forringet billede eller lyd.

³ VDX-brugergrupperepræsentanter: <https://www.medcom.dk/opslag/navne-og-adresser?gruppe=VDX-brugergruppen>

⁴ Her tænkes på Patientadministrative systemer på sygehuse, i kommuner og praksislægesystemer.

Regionerne (med undtagelse af Region Sjælland) har indkøbt og opsat headset, kamera og mikrofon på de deltagende pilotpraksissers pc'er. For at kunne anvende videokonference i de enkelte praksis, kan det være påkrævet, at der skal åbnes porte via lægepraksissystemet.

Regionernes datakonsulenter har installeret Pexip-klienten og/eller VDX-API på lægens pc, hvor dette var muligt, ellers foregik videokonsultationerne via en browserløsning. Alle brugere er oprettet med brugernavn og kode til systemet.

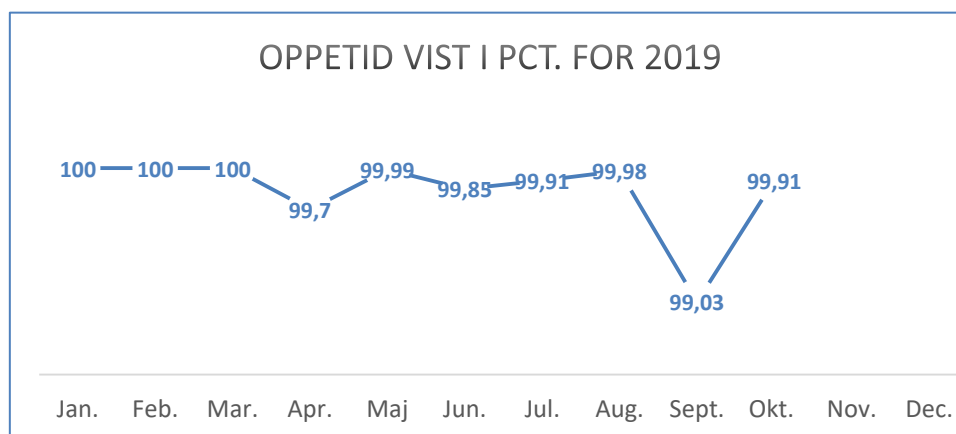
Ikke alle praksisleverandører sender aktive links via e-konsultationer. Hvis det er inaktive links, skal patienten selv kopiere linket ind i en browser. Det stiller lidt flere krav til patientens it-færdigheder og er ikke en holdbar løsning ved storskala udbredelse.

Oversigt over lægepraksissystemer, som har inaktive/aktive links i e-konsultationer:

- Sender inaktive links: 2 lægepraksissystemer
- Sender aktive links: 3 lægepraksissystemer
- Lægesystem leverandør skal kontaktes, når lægen skal sende links via e-konsultation. Så sættes det op for den aktuelle klinik: 1 lægepraksissystem.

4.2 Vurdering af teknologiens sikkerhed

Videoknudepunktet (VDX) er sat op redundant, så der altid er en ekstrem høj tilgængelighed samt konfigurationsback up. Det aftalte servicemål for opptiden er 99,5 procent.



Figur 6: Oppetid for VDX i procent for 2019. Oppetid er opgjort vha. simpel teknisk forespørgsel som ping i VDX.

Der har i pilotperioden været stabil drift uden major incidents. Servicemålet på 99,5 procent er ikke opnået i september måned pga. ændringer i overvågningen. Der er ikke tale om nedetid for brugerne i september (jf. Figur 6).

Data behandles på servere i Danmark.

Servere

Da lyd- og videodata transmitteres via internettet, er det nødvendigt at beskytte indholdet ved hjælp af kryptering. Al kommunikationen mellem konferenceserverne foregår via IPSec med nedenstående indstillinger:

- 256-bit AES-CBC til kryptering
- SHA 512⁵ hashing til integritetstjek
- Et 4096 bit Diffie-Hellmann modul til nøgleudveksling

Det er ikke muligt at benytte eller installere andre moduler end ovenstående.

Ovenstående indstillinger gælder for både det indledende tunnel-set up for nøgleudveksling ⁶(ISAKMP) samt for den sekundære tunnel, hvor der transporteres data ⁷(ESP).

Trafik mellem management-server og conference-server og mellem conference-serverne er begrænset til de protokoller, der forventes af Pexip, al uventet trafik og protokoller slettes.

⁵ SHA 512 er en algoritme, der hører ind under en familie af 5 andre hashalgoritmer, der fælles betegnes for SHA-2 (Secure Hash Algorithm 2).

⁶ ISAKMP (Internet Security Association and Key Management Protokol) definerer procedurerne for godkendelse af kommunikation mellem serverne

⁷ ESP (Encapsulating Security Payload) dækker kryptering samt godkendelse af data som udveksles mellem serverne.

Der benyttes SHA 512 hashing til at sikre integritet mellem serverne. Hashing er en sikkerhedsproces, der har til formål at gardere mod, at uautoriserede endepunktsbrugere manipulerer de data, der sendes mellem serverne.

Endepunkter og klienter

Til udvekslingen af data i forbindelse med videoopkald kan der benyttes en række forskellige protokoller, der dikterer, hvordan behandlingen af dataene skal foregå. Typen af protokol afhænger blandt andet af, hvilken type endepunkt og klient, der benyttes. Traditionelle endepunkter – som f.eks. Cisco Tandberg – benytter typisk protokollerne H.323 og SIP, hvorimod webbaserede klienter såsom Google Chrome benytter WebRTC. Til hver protokol benyttes en sikkerhedsprotokol, der dækker kryptering og forebygger brud på datasikkerheden. I det følgende opgives en oversigt over hvilke sikkerhedsprotokoller, som benyttes i VDX.

Traditionelle endepunkter:

- AES 128-bit til kryptering af medie og indhold
- Til SIP kaldshåndtering benyttes TLS
- Til SIP medie-strømme benyttes SRTP (Secure RTP)
- Til H.323 benyttes H.235

Web/desktop/mobil-klienter:

- Til signalering benyttes HTTPS TLS
- Til kryptering af medie-strømme benyttes DTLS og SRTMP (krypteret RTMP)

VDX-API

Der gemmes ingen personfølsomme oplysninger i VDX-API. Videobookingen knyttes til patienten i lægens praksissystem, som håndterer de patientfølsomme oplysninger.

API'et bruger sikkerhedsprotokollen OIO IDWS REST som sikkerhedslag. (Digitaliser.dk, 2009)

Videomøderum

For hvert videomøderum lægen booker, oprettes der et nyt videomøderum, ad hoc møderum. Det øger sikkerheden, da en afsluttet patient ikke kan kalde op igen og forstyrre næste patients konsultation med lægen.

Lægeklínikken sender et videolink til patienten via beskeder i e-konsultation i lægens praksissystem. Videolinket åbner for ét specifikt videomøderum, som er tilgængeligt, 15 minutter før og efter lægens bookning af videomøderummet. Lægen kan forlænge videomødet, hvis der er brug for det. For at patienten kan benytte lægens e-konsultation, skal patienten logge på med Nem-ID og nøglekort. Anvendes "Min Læge" app'en af patienten, skal Nem-ID anvendes ved første gang app'en bruges. Efterfølgende benyttes blot en kode.

Patienten kan kopiere og sende videolinket til f.eks. en pårørende, så de kan deltage i videokonsultationen. Både læge og patient kan se alle deltagende videoenheder.

4.2.1 Delkonklusion

Den tekniske løsning, som er udviklet til pilotafrøvningen (VDX-API), anvender Pexip møderum, hvor data behandles i Danmark. Den tekniske løsning vurderes sikker for afholdelse af videokonsultationer mellem

læge og patient. Der er et nyt møderum til hver konsultation og møderummene er krypterede. Lægen skal logge sig på VDX-API med brugernavn og adgangskode. Patienterne autentificeres via Nem-ID, inden de får videolinket. Dette uanset om de bruger videolinket i "Min Læge" app'en eller via e-konsultation på lægens hjemmeside.

VDX har tilstrækkelig kapacitet til den aktuelle brug af samtidige kald og fokus på et kommende øget behov. Der benyttes en række protokoller og sikkerhedsprotokoller, der dækker kryptering og forebygger brud på datasikkerheden. Der er ikke personfølsomme oplysninger i VDX-API.

4.3 Monitoreringsdata fra pilotprojekt

Monitoreringsdataene nedenfor viser, hvor mange videokonsultationer og videokonferencer, der er blevet afholdt i pilotperioden via bookingsystemet samt hvad tidsforbruget på disse har været.

Antal tilmeldte og aktive pilotpraksisser

I alt har 47 almene og fem speciallægepraksisser deltaget i pilotprojektet, og de har løbende påbegyndt brug af video i projektperioden (jf. Tabel 1). Region Nordjylland har afventet opsætning af egen server, og er derfor først startet op i november 2019.

Region	Jun. 19	Aug. 19	Sept. 19	Nov. 19	Dec. 19
Hovedstaden	2	5	7	9	9
Sjælland	3	3	3	3	3
Syddanmark	7	25	25	25	25
Midtjylland	3	4	8	8	8
Nordjylland	0	0	0	4	7
I alt	15	37	43	49	52

Tabel 1: Oversigt over antal tilmeldte pilotpraksisser fordelt på regioner samt tidspunkt for opstart (akkumuleret)

Det er ikke alle 52 deltagende pilotpraksisser, som i pilotperioden er lykkedes med at gennemføre en videokonsultation, 12 praksisser har ikke gennemført hverken videokonsultationer eller videokonferencer i pilotperioden. Nedenstående Tabel 2 viser, at der de første tre måneder af pilotperioden er færrest pilotpraksisser, der anvender videokonsultation og videokonference, hvilket stemmer fint overens med, at de løbende er startet op.

Region	Jun. 19	Jul. 19	Aug. 19	Sept. 19	Okt. 19	Nov. 19	Dec. 19	Jan. 20
Hovedstaden	2	4	1	5	6	6	2	3
Sjælland	3	2	3	2	2	1	1	1
Syddanmark	7	3	4	8	9	7	5	4
Midtjylland	3	2	4	7	5	3	4	3
Nordjylland	0	0	0	0	0	4	7	6
I alt	15	11	12	22	22	21	19	17

Tabel 2: Oversigt over antal lægepraksisser, som har anvendt video fordelt på regioner og måneder (aktive)

Afholdte videokonsultationer og -konferencer

En videokonsultation er en konsultation, hvor lægen og patienten har konsultationen via video. En videokonference har mere end to videoenheder samlet i ét videomøde, f.eks. sygehus, kommune og praktiserende læge.

Der er i pilotperioden i alt afholdt 517 videokonsultationer og -konferencer fordelt på 40 aktive pilotpraksisser. Mere specifikt udgøres de 517 afholdte videosamtaler af 503 videokonsultationer og 14 videokonferencer. Nedenstående Tabel 3 viser det samlede antal videokonsultationer fordelt på region og måned. I gennemsnit har hver aktiv pilotpraksis afholdt godt 1,6 videokonsultationer pr. måned.

Region	Jun. 19	Jul. 19	Aug. 19	Sept. 19	Okt. 19	Nov. 19	Dec. 19	Jan. 20	I alt
Hovedstaden	4	6	4	27	17	13	11	26	108
Sjælland	22	9	10	7	6	4	6	16	80
Syddanmark	17	5	10	20	20	27	15	7	121
Midtjylland	12	3	7	28	10	20	31	8	119
Nordjylland	0	0	0	0	0	25	22	28	75
I alt	55	23	31	82	53	89	85	85	503

Tabel 3: Overblik over antal afholdte videokonsultationer i pilotperioden fordelt på regioner og måneder

Det højeste antal afholdte videokonsultationer i én pilotpraksis for en given måned har været 21 videokonsultationer (i december i Region Midtjylland).

Nedenstående Tabel 4 viser antallet af videokonferencer pr. måned i hver region. En videokonference er et videomøde mellem flere parter på flere videoklienter/enheder, f.eks. lægen, patienten og sygehuset.

Region	Jun. 19	Jul. 19	Aug. 19	Sept. 19	Okt. 19	Nov. 19	Dec. 19	Jan. 20	I alt
Hovedstaden	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sjælland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syddanmark	0	0	0	1	4	1	5	3	14
Midtjylland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordjylland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I alt	0	0	0	1	4	1	5	3	14

Tabel 4: Oversigt over antal afholdte videokonferencer i pilotperioden fordelt på regioner og måneder

To lægepraksisser fra Region Syddanmark er tilsammen ansvarlige for de 14 videokonferencer, der i pilotprojektet er blevet afholdt. Det højeste antal afholdte videokonferencer i én pilotpraksis for en given måned har været 5 (i december).

Den alment praktiserende læges patienter har haft mulighed for at holde videokonsultationen via "Min Læge" app'en. Nedenstående Tabel 5 viser antallet af gange en patient har kaldt op via "Min Læge" app'en.

Region/Måned	Jun. 19	Jul. 19	Aug. 19	Sept. 19	Okt. 19	Nov. 19	Dec. 19	Jan. 20	I alt
Hovedstaden	0	3	3	9	18	13	9	10	65
Sjælland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Syddanmark	17	2	5	3	16	18	24	11	96
Midtjylland	3	0	2	1	1	1	8	2	18
Nordjylland	0	0	0	0	0	18	11	12	41
I alt	20	5	10	13	35	50	52	35	220

Tabel 5: Oversigt over antal videokald, der er foretaget via "Min Læge" app'en fordelt på regioner og måneder

Pilotpraksisser i Region Sjælland er alle speciallæger og deres patienter kan ikke anvende "Min Læge" app'en. Den procentvise fordeling af videokonsultationer med brug af "Min Læge" app'en pr. region ser således ud, hvis vi antager, at der er kaldt op via app'en én gang til én videokonsultation:

- Region Hovedstaden: 65 videokald via "Min Læge" app'en ud af 108 videokonsultationer (60 %)
- Region Syddanmark: 96 videokald via Min læge app'en ud af 121 videokonsultationer (79 %)
- Region Midtjylland: 18 videokald via "Min Læge" app'en ud af 119 videokonsultationer (15 %)
- Region Nordjylland: 41 videokald via "Min Læge" app'en ud af 75 videokonsultationer (55 %)

Af de 52 tilmeldte pilotpraksisser er 40 lykkedes med at afholde videokonsultationer eller -konferencer i pilotperioden (aktive). Tabel 6 nedenfor viser antallet af aktive pilotpraksisser samt det gennemsnitlige antal videokonsultationer og -konferencer per aktiv praksis fordelt på regioner.

REGION	ANTAL AKTIVE PILOTPRAKSIS-SER		ANTAL AFHOLDTE VIDEOMØDER			
	Almen	Special	Videokonsultationer	Videokonferencer	Total	Gennemsnit pr. aktiv praksis
Hovedstaden	7	2	108	0	108	12
Sjælland	0	3	80	0	80	27
Syddanmark	13	0	121	14	135	10
Midtjylland	8	0	119	0	119	15
Nordjylland	7	0	75	0	75	11
I alt	35	5	503	14	517	13

Tabel 6: Oversigt over antal aktive pilotpraksisser og afholdte videokonsultationer og -konferencer

Tidsforbrug

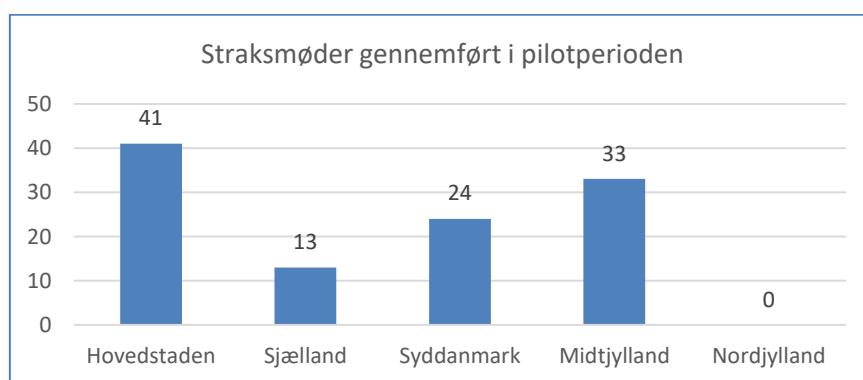
Det samlede tidsforbrug på videokonsultationer afholdt i pilotperioden er på 6.924 minutter for alle regioner. Der er afholdt i alt 503 videokonsultationer i samme periode svarende til et gennemsnitligt tidsforbrug pr. videokonsultation på knap 14 minutter.

Det samlede tidsforbrug på videokonferencer afholdt i pilotperioden er på 110 minutter. Der er afholdt i alt 14 videokonferencer i pilotperioden (alle i Region Syddanmark) svarende til et gennemsnitligt tidsforbrug pr. videokonference på knap 8 minutter.

Typer af møder

Lægen har mulighed for at booke forskellige slags møder, henholdsvis "planlagte møder", som afvikles på et specifikt tidspunkt og "straks-møder", der afvikles med det samme. Alle regioner, med undtagelse af Region Nordjylland, har anvendt muligheden for at afholde "straks-møder".

Der er i alt gennemført 111 straks-møder ud af de i alt 517 videokonsultationer og -konferencer (21 %) i pilotperioden. Figur 7 nedenfor viser hvordan de 111 "straks-møder" fordeler sig på de fem regioner.



Figur 7: Oversigt over antal "straks-møder" fordelt på regioner

4.3.1 Delkonklusion

Ikke alle pilotpraksisser har været klar til at tage video i brug pr. 1. juni 2019, men er kommet i gang løbende hen over pilotperioden. 12 ud af de i alt 52 tilmeldte pilotpraksisser lykkedes aldrig med at afholde videokonsultationer og -konferencer, og det har tilsammen givet færre afholdte videokonferencer og -konsultationer end forventet i perioden.

Der er afholdt meget få videokonferencer i pilotafprøvningen, det kan der være mange forskellige årsager til. Det kan f.eks. skyldes:

- at lægerne har haft mere fokus på at anvende video til borgeren i eget hjem
- at det kræver flere organisatoriske aftaler i videosamarbejdet med kommuner og sygehus
- at videokonferencer med kun to deltagere, f.eks. praktiserende læge og plejehjem, er opgjort som en videokonsultation i ovenstående opgørelser.

"Min Læge" app'en har været anvendt 220 gange ud af de 503 afholdte videokonsultationer, svarende til godt 44 %. Her er ikke taget højde for, at speciallægerne patienter ikke har kunnet benytte app'en i deres videokonsultationer.

Tidsforbruget på en videokonsultation har i gennemsnit været 14 minutter. Det er lidt længere tid end en vanlig konsultation, som ofte er på 10 minutter. Tidsforbruget på en videokonference har i gennemsnit været på 8 minutter.

4.4 Patienternes oplevelser

I alt har 21 patienter besvaret spørgeskemaet (efter eksklusion⁸). Heraf gennemførte 20 (95 %) hele undersøgelsen, mens 1 (5 %) kun besvarede dele af spørgeskemaet.

Som nævnt i Afsnit 4.3 er der i pilotperioden gennemført i alt 503 videokonsultationer i almen praksis og speciallægepraksis. Dermed forekommer svar fra kun 21 patienter som et meget lavt antal (svarprocent = 4 %). Undervejs i projektet blev det imidlertid klart, at linket til spørgeskemaet af flere årsager ikke er blevet distribueret korrekt til patienterne:

1. MedCom har udarbejdet et udkast til den meddelelse, der sendes til patienterne i forbindelse med booking af en videokonsultation (jf. Figur 1). I denne findes både link til videomøderummet og til spørgeskemaet. Det er imidlertid ikke alle læger, der har anvendt dette udkast (se f.eks. punkt 3 nedenfor), og dermed har linket ikke nået alle patienter, som er blevet booket til en videokonsultation.
2. To lægepraksissystemer har haft problemer med at sende inaktive links, som har krævet at patienterne selv har kopieret disse ind i en browser for at komme igennem til videomøderummet og det elektroniske spørgeskema.
3. For enkelte lægepraksissystemer har det ikke været muligt at opsætte og sende længere meddelelser til patienterne, og derfor er linket til spørgeskemaet ikke blevet sendt med i sin fulde længde og det har derfor ikke været muligt for patienterne at tilgå spørgeskemaet. Dette kan løses ved at gøre standard-meddelelsen kortere.

Den reelle svarprocent (hvis vi kendte det faktiske antal af patienter, som har modtaget det fulde link og dermed reelt er blevet inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen) vil derfor formentlig være højere end ovenstående, men grundet de nævnte distributionsproblemer, er det ikke muligt at beregne en sådan. Uanset hvad skal undersøgelsens resultater dog ses i lyset af, at kun en meget lille andel af målgruppen har svaret.

I de følgende afsnit beskrives respondenternes baggrund efterfulgt af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen opdelt i temaer. Antallet af respondenter varierer fra spørgsmål til spørgsmål, fordi 1) en enkelt respondent kun har besvaret dele af spørgeskemaet og 2) aktiveringer i spørgeskemaet styrer hvilke spørgsmål den enkelte respondent modtager, baseret på deres svar på tidligere spørgsmål.

Baggrundsuplysninger om patienterne

Patienterne er imellem 7 – 57 år og har en gennemsnitsalder på 36 år. Godt halvdelen af patienterne er mænd (52,4 %, n = 11).

Erfaring med videokonsultationer

For 18 ud af 21 patienter (86 %) lykkedes det at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation (jf. Figur 8).

⁸ Respondenter, som kun har besvaret baggrundsspørgsmålene er blevet ekskluderet (n = 1).

	Respondenter	Procent
Ja	18	85,7%
Nej	3	14,3%
I alt	21	100,0%

Figur 8: Lykkedes det at få kontakt til lægen i forbindelse med din seneste videokonsultation?

I Boks 2 nedenfor ses kommentarer med mulige årsager fra de tre patienter, som ikke lykkedes med at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation.

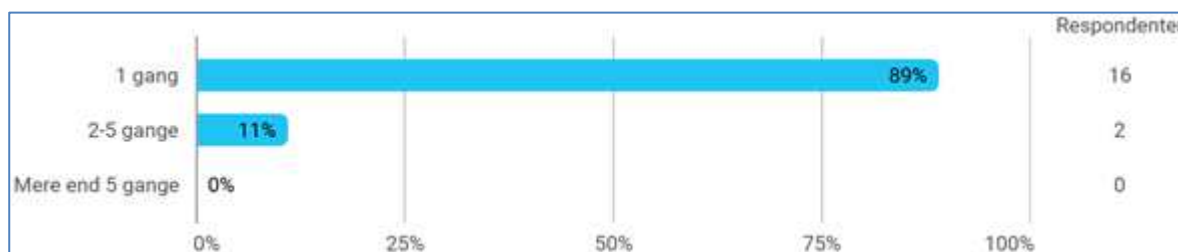
Årsager til mislykket kontakt med lægen

- Videokonsultationen drejede sig om vores søn fra 2012. Og han har ikke nem-id. Måske var det derfor, at det ikke lykkedes at gennemføre videokonsultationen. Vi hentede appen "Min læge", men der lå ikke et brevikon, vi kunne klikke på. Vi prøvede at taste den lange webadresse ind i Chrome-browseren og kom også ind i noget, der lignede noget videokonsultation med tre ikoner i bunden af skærmen. Dog ingen kontakt til lægen.
- Beskeden med link til videokonference var "skåret" over, så den nederste del af beskeden i appen kunne ikke læses og dermed var linket ej heller synligt. Der var ikke andre muligheder for at tilgå videokonference, så det var ikke muligt at gennemføre den. Beskeden i appen var ikke indlæst korrekt. Der burde være mere end en mulighed for at tilgå videokonference hvis appen ikke virker. Evt. gør det muligt at tilgå via browser på smart device.
- Hun sagde de havde problemer når det skulle foregå via tlf. apps.

Boks 2: Kommentarer fra patienter, som ikke lykkedes med at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation.

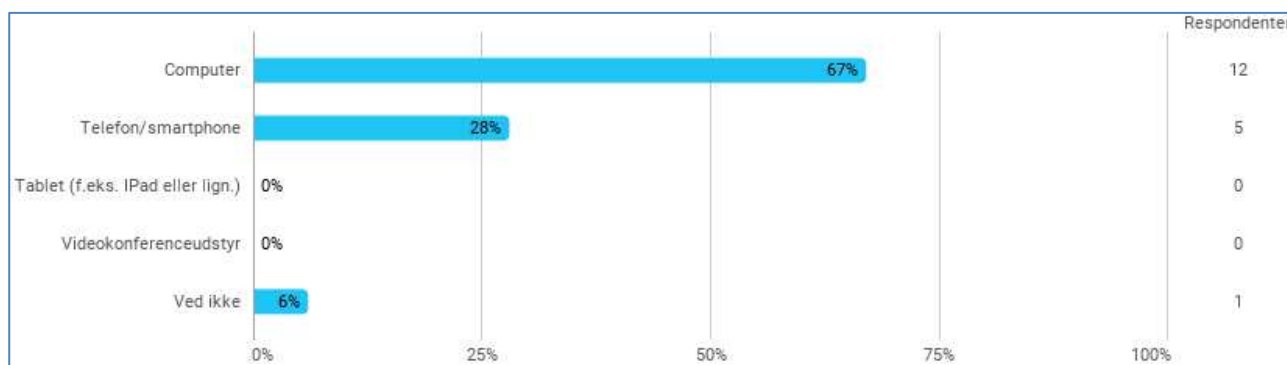
Blandt de tre patienter, som ikke lykkedes med at få kontakt til lægen er der i det ene tilfælde anvendt computer og i de to andre tilfælde anvendt smartphones. Alle tre patienter svarer "ja" til, at de vil tage imod tilbud om en videokonsultation med lægen igen.

For de 18 patienter, som lykkedes med at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation, har langt de fleste (89 %) kun anvendt denne type konsultation en gang. Ingen af patienterne har anvendt videokonsultation med lægen mere end fem gange (jf. Figur 9).



Figur 9: Hvor mange gange har du anvendt videokonsultation med lægen?

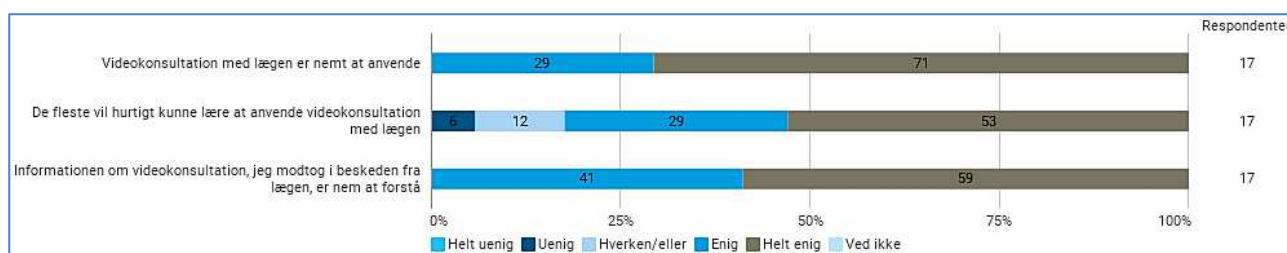
To tredjedele af patienterne har anvendt computer i forbindelse med deres seneste videokonsultation med lægen, mens knap en tredjedel har anvendt smartphones. En enkelt ved ikke hvilken type udstyr, der har været anvendt (jf. Figur 10).



Figur 10: Hvilken type af udstyr har du anvendt i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

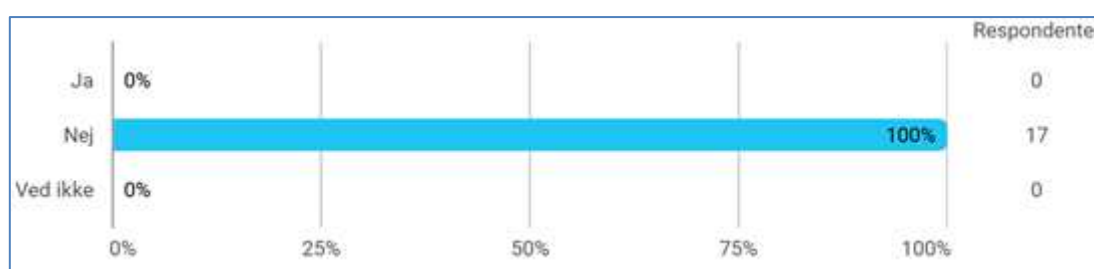
Brugervenlighed

Alle 17 patienter har angivet at være "enige" eller "helt enige" i, at videokonsultation med lægen er nemt at anvende og at den information om videokonsultation, som de modtog i beskeden fra lægen, var nem at forstå. Størstedelen (82 %) af de 17 patienter er ligeledes "enige" eller "helt enige" i, at de fleste hurtigt vil kunne lære at anvende videokonsultation med lægen, mens to har svaret "hverken enig eller uenig" til dette udsagn. En enkelt patient er direkte "uenig" heri (jf. Figur 11).



Figur 11: Patienternes vurdering af systemets brugervenlighed (grad af enighed i udsagn på en skala fra "Helt uenig" til "Helt enig").

Ingen af patienterne har fået hjælp til at anvende video i forbindelse med deres seneste videokonsultation med lægen (jf. Figur 12).



Figur 12: Har du i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen fået hjælp til at anvende video?

I Boks 3 nedenfor ses øvrige kommentarer fra patienterne omkring brugervenligheden af videokonsultation med lægen.

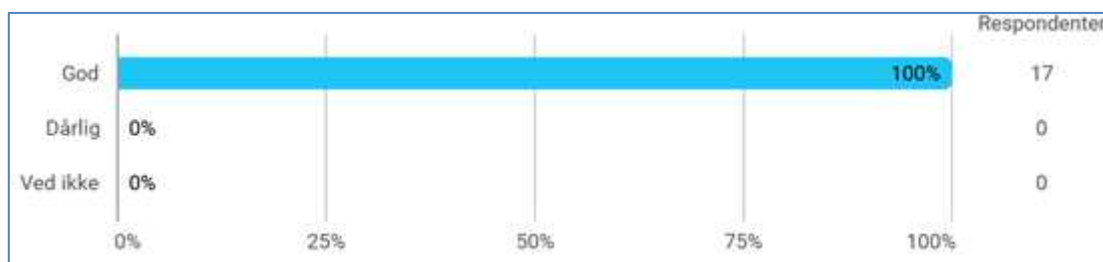
Brugervenlighed

- Hvis lægen ikke dukker op kunne det være super med en 'bliv ringet op' funktion, så jeg ikke skulle sidde og vente og lægen nemt kan kalde op når han/hun er klar - ved at se at jeg har trykket ja til at blive kontaktet.
- Der er desværre meget forsinkelse på talen.
- Det ville være nemmere med et tydeligt link man kunne klikke på. Det er lidt bøvl, at skulle kopiere et link og indsætte det i adressefeltet.
- Super smart.
- Lyd virkede ikke på telefonen, men vi fik det slået til.
- På den del af interfacet man ser under konsultationen er det uklart, hvad de tre blå knapper nederst på skærbilledet gør. Knappen helt til højre med en skærm på tolkede jeg til at betyde fuldskærm, men i stedet slukkede jeg for video-feeden til min læge. Overvej at tilføje knap til fuldskærm.
Overvej at indikere tydeligt hvad "del skærm" knappen gør.
Når både jeg og min læge var stille over ca. 1 sekund, kom der "hakkende" støj på linjen. Stilhed er kommunikativt en væsentlig og vigtig del af lægekonsultationen, så det er vigtigt at softwaren kan understøtte dette. Jeg ved ikke om det skyldtes en af vores computere eller softwaren.
- Det fungerer superfint. Er kun bekymret i forhold til ældre. Mine bedsteforældre vil ikke kunne finde ud af systemet. Formentlig heller ikke min mor.
- Godt koncept som letter adgangen til din læge.
- Såfremt ens webcam til computeren virker, er det supernemt. Jeg synes det med app'en var underlig og lidt uoverskueligt og krævede at man havde oprettet sig, inden lægen havde sendt linket.
- Det var dejligt nemt og hurtigt overstået i forhold til, hvis jeg skulle have været inde til en konsultation hos lægen.

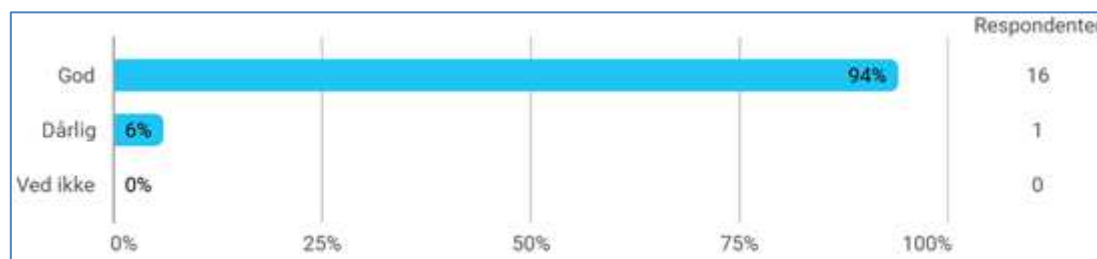
Boks 3: Øvrige kommentarer fra patienter til brugervenligheden af videokonsultation med lægen.

Teknisk kvalitet

Størstedelen af de 17 patienter angiver at have oplevet billed- og lyd kvaliteten som god i forbindelse med deres seneste videokonsultation med lægen (jf. Figur 13 og Figur 14). En enkelt patient angiver imidlertid, at lyd kvaliteten i forbindelse med den seneste videokonsultation med lægen var dårlig (jf. Figur 14), men svarer samtidig nej til, at lyd kvaliteten var så dårlig, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen.

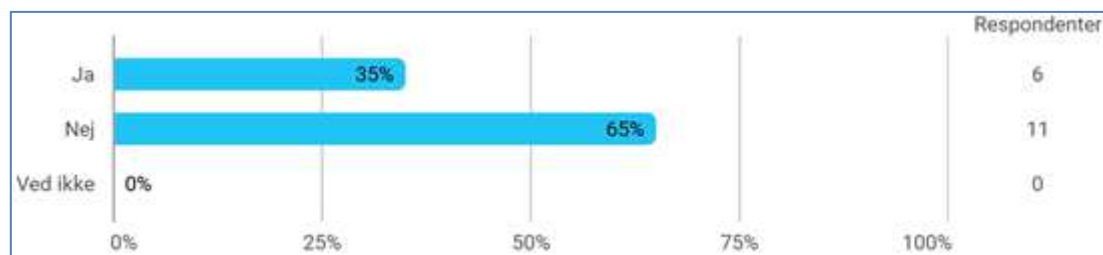


Figur 13: Hvordan oplevede du billedkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?



Figur 14: Hvordan oplevede du lyd kvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

Seks ud af 17 patienter (35 %) angiver at have oplevet andre tekniske problemer i forbindelse med deres seneste videokonsultation med lægen (jf. Figur 15).



Figur 15: Har du oplevet andre tekniske problemer i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

I Boks 4 nedenfor ses uddybende kommentarer fra de seks patienter, som har oplevet andre tekniske problemer ved deres seneste videokonsultation med lægen. Enkelte af kommentarerne handler om lyd- og billedkvalitet, mens andre handler om manglende forbindelse. Alle seks patienter svarer nej til, at de tekniske problemer var så alvorlige, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen.

Andre tekniske problemer

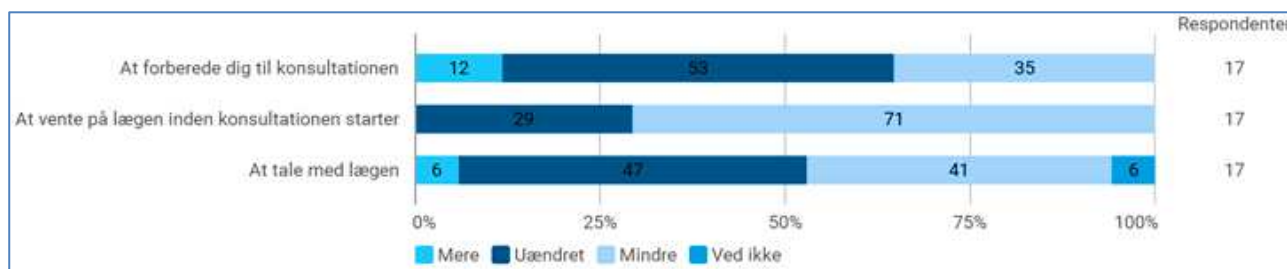
- Forsinkelse i lyden
- Billedet hakkede
- Se tidligere kommentar angående knap der fjernede billedet, og kun frembragte det med noget latenstid. Angående lyd/støj.
- Mit webcam var slået fra. Men det var en indstilling på min computer, der var problemet. Det er meget sjældent, at jeg bruger webcamet, så der var lidt panik, da det gik op for mig at det ikke virkede, 5 minutter før konsultation startede. Man burde blive oplyst om at teste sit webcam. Eller endnu bedre, at man kunne se et preview fra sit webcam, INDEN konsultationen startede, imens man fx venter, så man ved at det virker, inden konsultationen starter.
- Der var problemer med at oprette forbindelse i begyndelsen, men eftersom jeg opholdt mig i et land med streng internetcensur, synes jeg ikke det virker graverende.
- Samtalen gik i stå undervejs, så at jeg var nødt til at indlæse linket igen. Det virkede dog med det samme derefter. Lægen nævnte at videoopløsningen var lidt dårlig set fra hans side. Hos mig fungerede det fint. Jeg brugte Safari.

Boks 4: Uddybende kommentarer fra patienter, der har oplevet andre tekniske problemer ved deres seneste videokonsultation med lægen.

Tidsforbrug

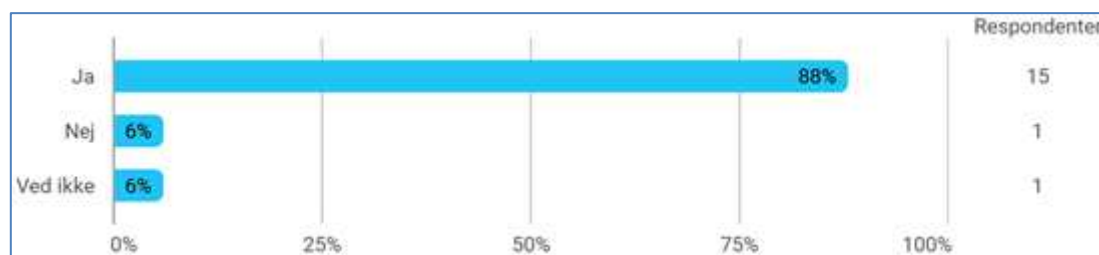
Patienterne blev i spørgeskemaet spurgt om de, sammenlignet med et almindeligt besøg hos lægen, anvendte mere eller mindre tid på en række aktiviteter ved deres seneste videokonsultation med lægen (jf. Figur 16):

- At forberede sig til konsultationen:
Cirka halvdelen af patienterne ($9/17 = 53\%$) vurderer, at deres tidsforbrug er uændret, mens cirka en tredjedel ($6/17 = 35\%$) vurderer, at tidsforbruget er mindre. Resten ($2/17 = 12\%$) vurderer, at de bruger mere tid.
- At vente på lægen inden konsultation starter:
Størstedelen af patienterne ($12/17 = 71\%$) vurderer, at deres tidsforbrug er mindre, mens knap en tredjedel ($5/17 = 29\%$) vurderer, at det er uændret.
- At tale med lægen:
Størstedelen af patienterne vurderer, at deres tidsforbrug er uændret ($8/17 = 47\%$) eller mindre ($7/17 = 41\%$). En enkelt patient (6%) vurderer, at de bruger mere tid, mens en anden (6%) har svaret "ved ikke".



Figur 16: Sammenlignet med et almindeligt besøg hos lægen, har du ved din seneste videokonsultation med lægen så brugt mere eller mindre tid på ovenstående aktiviteter?

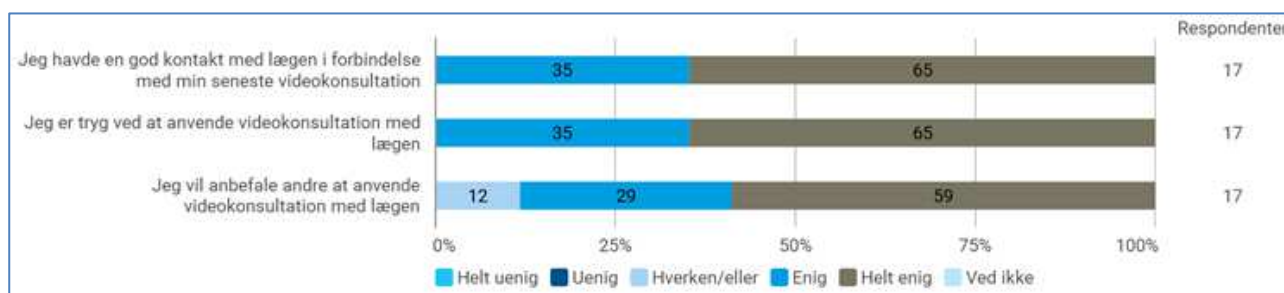
Én af de forventede gevinster ved videokonsultation med lægen er, at patienterne kan spare tid på transport. 15 ud af 17 (88 %) patienter svarer ja til, at denne gevinst er vigtig for dem, mens to patienter svarer henholdsvis nej og ved ikke (jf. Figur 17).



Figur 17: Er det vigtigt for dig, at du med video kan spare tid på transport?

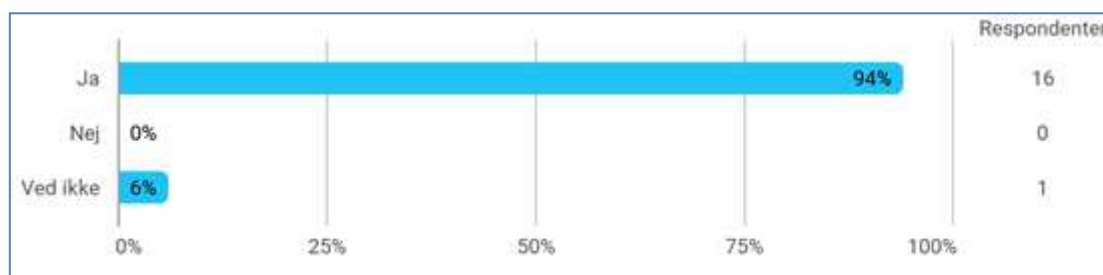
Samlet tilfredshed

Alle 17 patienter angiver, at de er "enige" eller "helt enige" i udsagnet om, at de er trygge ved at anvende videokonsultation med lægen og at de havde en god kontakt med lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation. Størstedelen af de 17 patienter (88 %) er desuden "enige" eller "helt enige" i udsagnet om, at de vil anbefale andre at anvende videokonsultation med lægen, mens to patienter (12 %) har svaret "hverken eller" (jf. Figur 18).



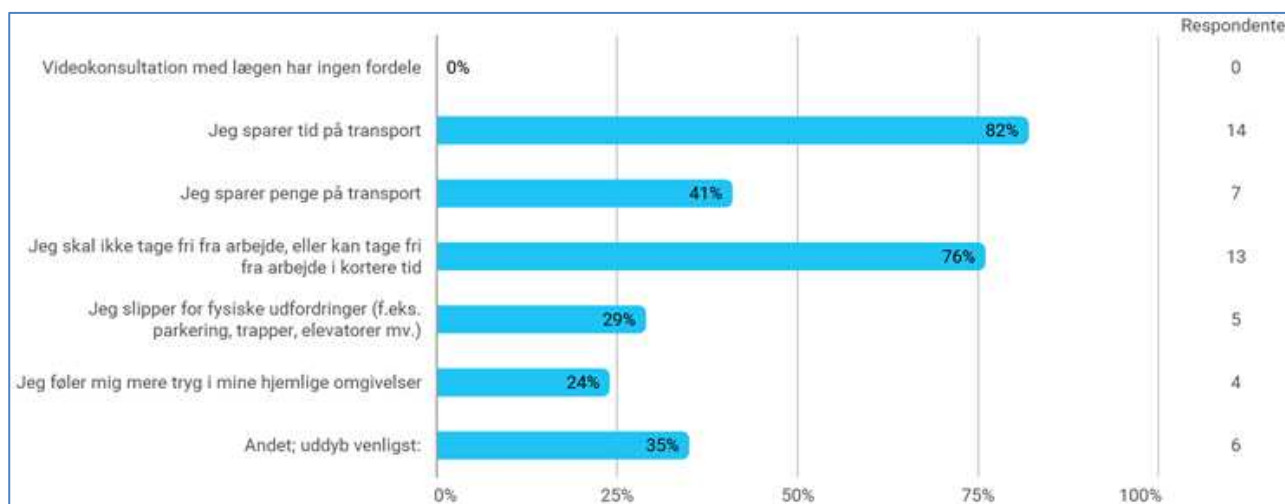
Figur 18: Patienternes samlede tilfredshed med videokonsultation med lægen (grad af enighed i udsagn på en skala fra "Helt uenig" til "Helt enig").

16 ud af 17 patienter (94 %) svarer ja til, at de vil tage imod tilbuddet, hvis de bliver tilbudt en videokonsultation med lægen igen, mens en enkelt patient (6 %) svarer "ved ikke" (jf. Figur 19).



Figur 19: Hvis du bliver tilbudt en videokonsultation med lægen igen, vil du så tage imod tilbuddet?

Figur 20 nedenfor viser hvilke fordele, patienterne mener, at videokonsultation med lægen har. Størstedelen af patienterne vurderer det at spare tid på transport (82 %) og ikke at skulle tage fri fra arbejde (76 %) som fordele ved videokonsultation, mens mindre end halvdelen vurderer det at spare penge på transport (41 %), at slippe for fysiske udfordringer (29 %) samt at føle sig mere tryk i sine hjemlige omgivelser (24 %) som fordele herved. Ingen af patienterne vurderer, at videokonsultation med lægen ingen fordele har.



Figur 20: Hvilke fordele har videokonsultation med lægen?

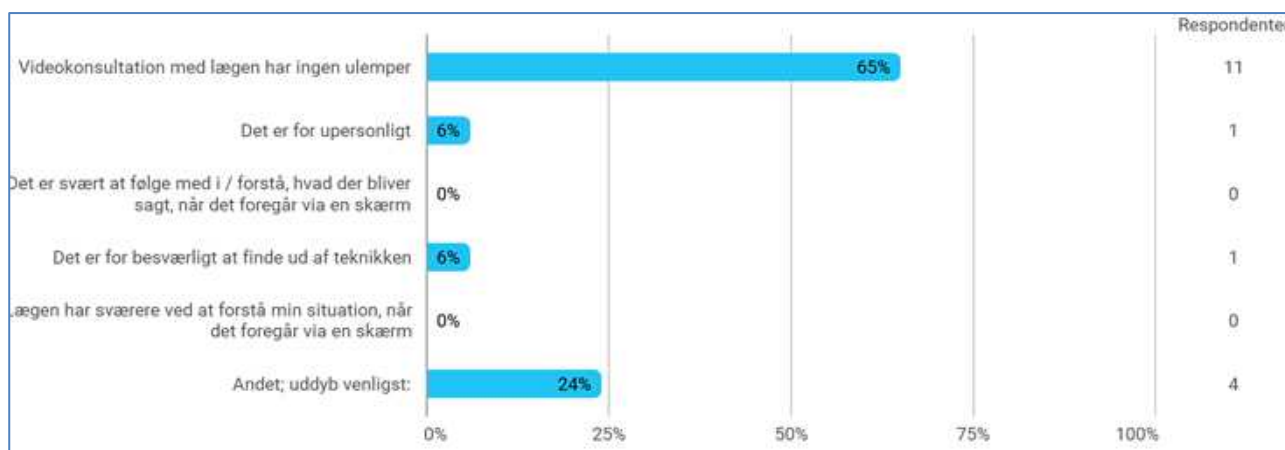
Seks ud af 17 patienter (35 %) angiver, at der er andre fordele end de i forvejen opridsede, og i Boks 5 ses deres uddybende kommentarer hertil.

Øvrige fordele ved videokonsultation med lægen

- Da jeg har angst for at være ude, er det her en rigtig god ting for mig.
- Det kan lade sig gøre trods udenbys ophold.
- Længere distance.
- ALT det er genialt og burde være indført for mange år siden. Så længe sikkerheden er i orden.
- Man kan komme i kontakt med lægen på trods af store afstande.
- Mindre tid brugt på uvigtige ting.

Boks 5: Uddybende kommentarer fra patienter til øvrige fordele ved videokonsultation med lægen.

Figur 21 nedenfor viser hvilke ulemper, patienterne mener, at videokonsultation med lægen har. Størstedelen af patienterne (65 %) vurderer, at videokonsultation med lægen ingen ulemper har. Enkelte patienter angiver, at videokonsultation med lægen er for upersonligt (6 %) eller at det er for besværligt at finde ud af teknikken (6 %).



Figur 21: Hvilke ulemper har videokonsultation med lægen?

Fire ud af 17 patienter (24 %) angiver, at der er andre ulemper end de i forvejen opridsede, og i Boks 6 ses deres uddybende kommentarer hertil.

Øvrige ulemper ved videokonsultation med lægen

- Teknikken i form af støj var forstyrrende for samtalen.
- Det er den næstbedste løsning, men der er en vis afstand mellem patient og læge grundet skærmen. Jeg tænker, at det kan være en udfordring, specielt hvis man ikke har et godt kendskab til sin læge.
- Man skal være tryk ved lægen og teknik for at gøre det.
- Nok ikke egnet i situationer, hvor der er brug for andet end samtale (dvs. kliniske undersøgelser).

Boks 6: Uddybende kommentarer fra patienter til øvrige ulemper ved videokonsultation med lægen.

Forslag til forbedringer og øvrige kommentarer

I Boks 7 nedenfor ses patienternes forbedringsforslag og øvrige kommentarer til brugen af videokonsultation med lægen.

Forbedringsforslag og øvrige kommentarer

- Bør kun bruges i egnede situationer. Bør kun bruges når lægen kender patienten.
- Man skal lige blive informeret om at det er en god ide at teste at ens webcam og lyd virker, inden konsultationen. Man kan evt. lave en test-hjemmeside og smide linket i besked, så man hurtigt kan sikre sig billede og lyd virker.

Boks 7: Har du øvrige kommentarer eller forbedringsforslag til brugen af videokonsultation med lægen?

4.4.1 Delkonklusion

Størstedelen af patienterne lykkedes med at få kontakt til lægen i forbindelse med deres seneste videokonsultation og oplever systemet som nemt at anvende. De fleste patienter, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen og gennemførte en videokonsultation, har anvendt systemet én gang og må betegnes som uerfarne brugere. Billede- og lyd kvaliteten opleves af de fleste som god, og ingen af patienterne angiver på noget tidspunkt at have oplevet tekniske problemer af så alvorlig karakter, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen.

Med videokonsultationer vurderer størstedelen af patienterne, at de bruger enten uændret eller mindre tid på henholdsvis at forberede sig til konsultationen, at vente på lægen inden konsultationen starter eller at tale med lægen sammenlignet med et 'almindeligt besøg' hos lægen.

Størstedelen af de patienter, som gennemførte en videokonsultation, var enige i, at de er trygge ved at anvende videokonsultation med lægen og at de vil tage imod tilbud om videokonsultationer igen.

4.5 Organisation og lægernes vurdering

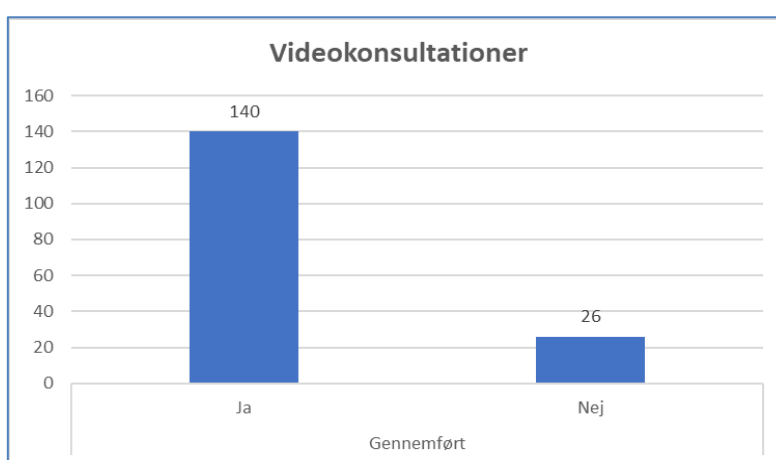
4.5.1 Spørgeskemaundersøgelse blandt læger ("Postkort")

Der er modtaget i alt 166 besvarelser via postkort svarende til en svarprocent på 32 % (166/517) ud af de i alt 517 registrerede videokonsultationer og -konferencer. I det følgende afsnit beskrives resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blandt lægerne. Postkortene indeholdt i alt seks spørgsmål per videokonsultation eller -konference, men de er ikke alle blevet udfyldt for samtlige postkort, og derfor varierer antallet af respondenter fra spørgsmål til spørgsmål nedenfor.

Blandt de 166 postkort-besvarelser er ingen udfyldt i forbindelse med afvikling af videokonferencer.

Gennemførelse

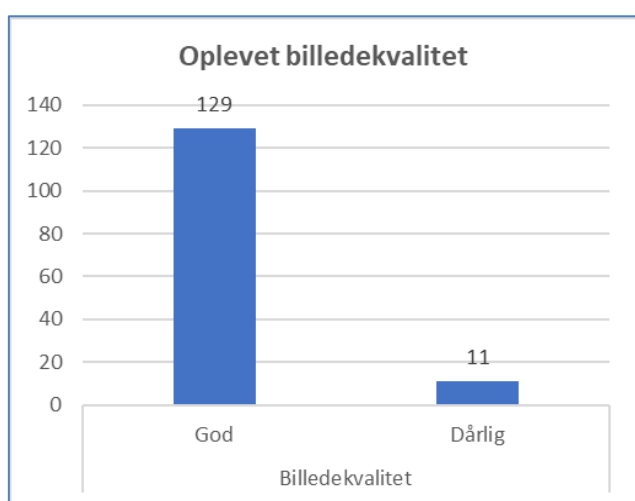
I 84 % (140/166) af tilfældene lykkedes det at gennemføre selve videokonsultationen (jf. Figur 22).



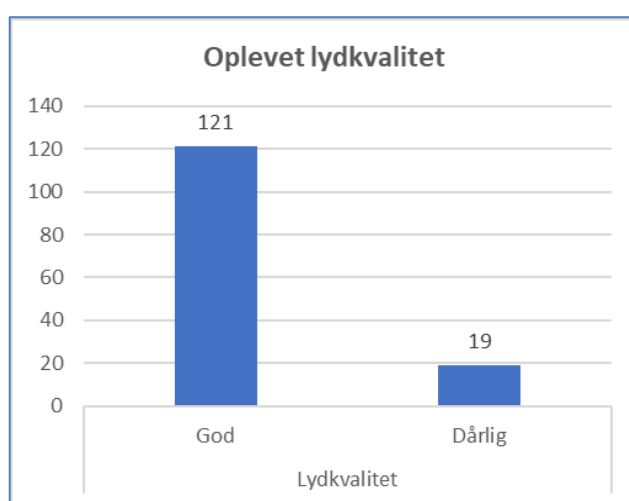
Figur 22: Blev videokonsultationen gennemført?

Billede- og lyd kvalitet

Billedkvaliteten blev i 92 % (129/140) af tilfældene vurderet som god, mens det samme gjaldt for lyd kvaliteten i 86 % (121/140) af tilfældene (jf. Figur 23 og Figur 24).



Figur 23: Hvordan oplevede du billedkvaliteten?

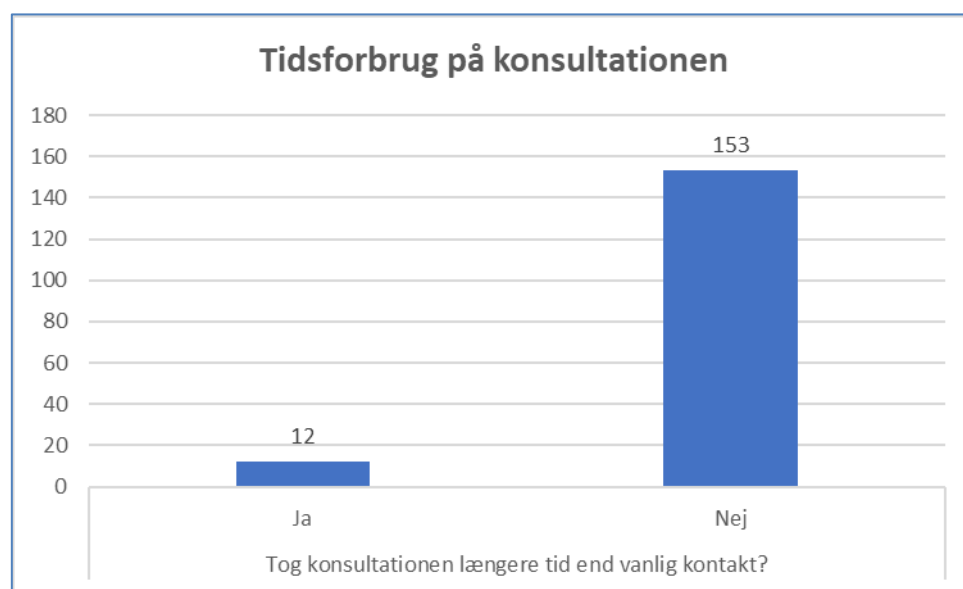


Figur 24: Hvordan oplevede du lyd kvaliteten?

Det har i de fleste tilfælde været muligt at gennemføre videokonsultationerne på trods af dårlig billed- eller lyd kvalitet. I to ud af de 19 (11 %) tilfælde med dårlig lyd kvalitet er de *ikke* gennemført, mens det tilsvarende tal for videokonsultationer med dårlig billed kvalitet er 18 % (2/11).

Tidsforbrug

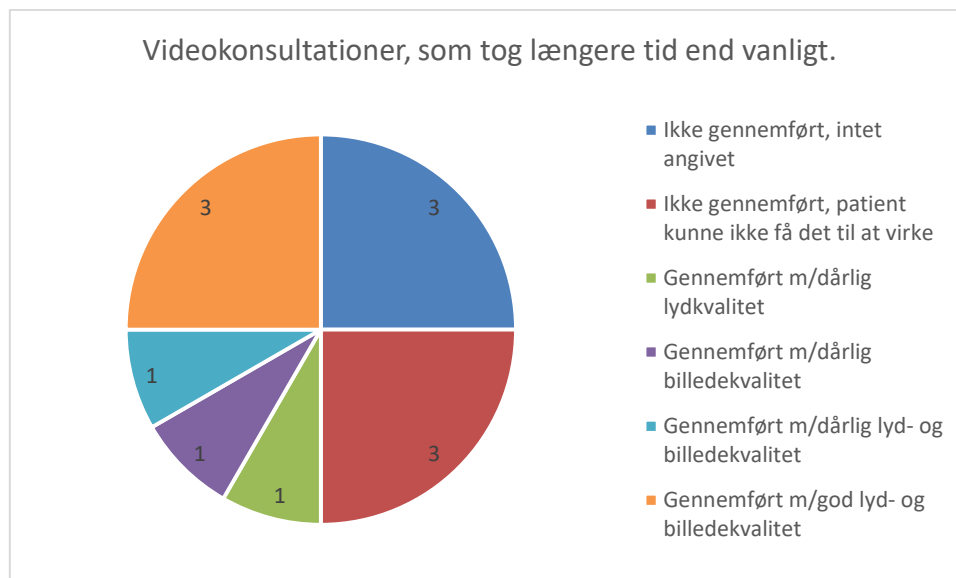
I størstedelen af tilfældene (153/165 = 93 %) vurderer lægerne, at videokonsultationen ikke har taget længere tid end vanlig kontakt (jf. Figur 25).



Figur 25: Har konsultationen med video taget længere tid end vanlig kontakt?

I de 12 tilfælde, hvor tidsforbruget blev vurderet større med brug af video end ved vanlig kontakt, er kun halvdelen blevet gennemført. To læger har i den forbindelse tilføjet på postkortet, at patienten ikke kunne få det til at virke⁹. En enkelt læge har desuden angivet, at der blev anvendt telefonkonsultation i stedet for videokonsultation (jf. Figur 26).

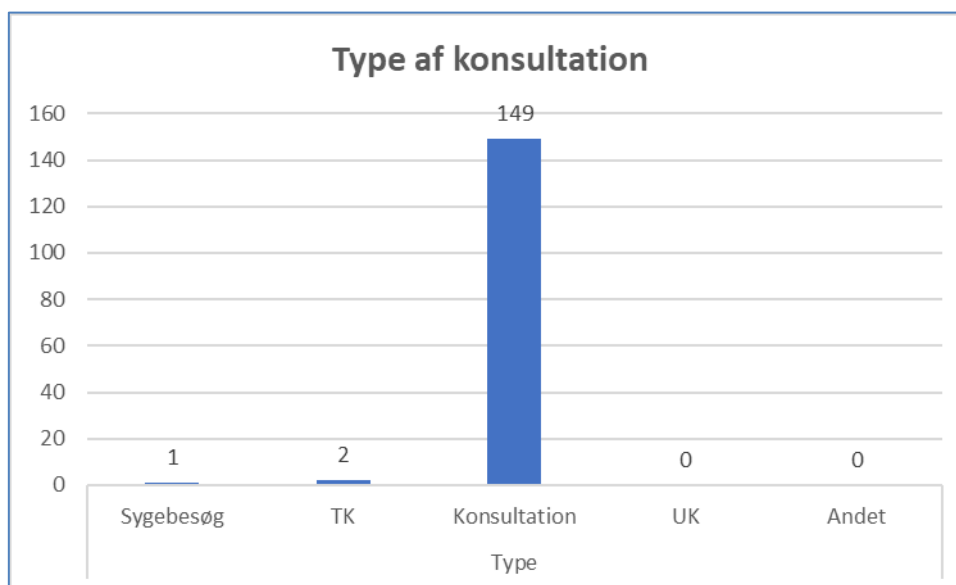
⁹ Her oplyser MedCom, at det er uvist om det er "Min Læge" app'en eller videomøderummet, der ikke har fungeret.



Figur 26: Oversigt over videokonsultationer/-konferencer, der har taget længere tid end vanlig kontakt

Konsultationstype, der erstattes med video

I langt de fleste tilfælde ($149/152 = 98\%$) har videokonsultationen erstattet en "almindelig" konsultation (fremmøde) med patienten. Kun i et enkelt tilfælde ($1/152 = 1\%$) har videokonsultationen erstattet et sygebesøg og i to tilfælde ($2/152 = 1\%$) en telefonkonsultation (TK), (jf. Figur 27).



Figur 27: Hvad erstattede denne videokonsultation/-konference?

4.5.2 Gruppeinterviews med læger

I dette afsnit præsenteres hovedpointerne fra i alt fem gruppeinterviews foretaget via video i december 2019 og januar 2020 med følgende informanter:

- 15 alment praktiserende læger
- 2 privatpraktiserende psykiatere
- 2 sekretærer

Anvendelse og arbejdsgange

- Hvilke typer af konsultationer (sygebesøg, fremmøde, telefon, e-konsultation, konference) kan video erstatte? Eller er det nærmere et supplement?
- I hvilke situationer er billede af patienten under videokonsultation af stor betydning for jer? Eksempler?

Der var enighed blandt respondenterne om, at videokonsultationer aldrig fuldt ud vil kunne erstatte personlig kontakt, men at denne type konsultation kan bruges i stedet for næsten alle slags konsultationer i visse situationer. Mange opfatter videokonsultation som en konsultationsform, der ligger et sted mellem telefonkonsultation og fremmøde. Flere giver udtryk for, at de er ved at udfase telefonkonsultationerne. Lægerne opfatter dem som meget dårligt honorerede, og bruger dem primært til meget hurtigt at afgøre, om en patient har brug for en egentlig konsultation eller ej. Derfor ser de ikke videokonsultation som et økonomisk bæredygtigt alternativ til en telefonkonsultation. De fleste respondenter mener, at de typer af konsultationer, videokonsultationer kan være relevante alternativer til, primært er fremmødekonsultationer, hjemmebesøg og konferencer med samarbejdspartnere i kommuner eller på sygehuse.

I3 18.25: "Jeg tror aldrig, det er bedre at have patienten på afstand end at have patienten tæt på. Jeg tror aldrig video bliver bedre end sygebesøg. Men det er nok bedre end sygebesøget, jeg ikke tager, og det er nok bedre end den konsultation, jeg ikke tager."

I1 54.25: "Budskabet er, at det er et supplement, der kan erstatte nogle konsultationer, der kan give nogle bedre konsultationer i nogle sammenhænge, men det kan langt fra erstatte den store mængde af vores arbejde, det er ikke noget der kommer til at flå det hele fra hinanden."

Lægerne mener overordnet, at de bedst kan læse patienten ved fremmøde, hvor man kan bruge alle sanser og få det fulde billede af mimik, kropssprog mm., men særligt ved tilstande der giver fysiske udslag (eksem, udslæt, øjensymptomer) er billedet vigtigt.

Der er interesse blandt respondenterne for at bruge video til konference med samarbejdspartnere, f.eks. i kommuner eller på hospitaler, men kun ganske få har prøvet det i praksis.

- Hvordan har I anvendt video i jeres praksis? Og hvordan har det fungeret?
- Hvordan har I planlagt jeres videokonsultationer/-konferencer? F.eks.:

14 38.05: "Når det går godt, så er det rigtig godt, og ellers så er det tidskrævende."

Blandt respondenterne er der stor forskel på, hvor mange gange de har anvendt video til konsultationer i praksis. For nogle respondenter er det endnu ikke lykkedes at få teknologien til at fungere, andre har prøvet nogle få gange, mens de mest erfarne har gjort det ca. 20 gange.

Langt de fleste respondenter har oplevet tekniske problemer med opstart og udførelse af pilotprojektet i en grad, så de selv erkender, at det påvirker deres opfattelse af teknologiens anvendelighed.

13 05.50: "...når man oplever at teknikken ikke virker, så vil jeg sige, selv om jeg er meget positiv overfor det her og med i projekter og hvad ved jeg, så er det også demotiverende, når det ikke virker. Så er det svært at bevare motivationen, er for svært i en travl hverdag....de tekniske ting har overdøvet alt."

11 13.07: "Vi har haft så mange tekniske vanskeligheder med det her, så det har fuldstændig oversteget i virkeligheden de sjove muligheder for at bruge det til noget."

Alle respondenternes videokonsultationer i pilotprojektet har været planlagte på forhånd. Den måde, teknologien aktuelt fungerer på, gør det svært at starte en konsultation spontant som video eller konvertere en telefonkonsultation, fordi patienten nævner symptomer, (f.eks. udslæt eller øjengener) lægen føler behov for at se. Dette skyldes blandt andet, at det ene lægesystem kun kan udsende links med en vis forsinkelse, idet systemet udsender via e-konsultation. Dette får konsultationen til at overskride den tid, der er afsat, samtidig med at der i den afsatte konsultationstid ikke er plads til at hjælpe patienten med at komme i gang med at bruge systemet.

Videokonsultationerne er booket på forhånd, i nogle tilfælde af lægen selv, i andre tilfælde af en sekretær. Nogle respondenter lægger videokonsultationer ind mellem fremmødekonsultationer, mens andre afsætter specifikke tidsrum til formålet. I de fleste tilfælde udvælger lægen de patienter, der får tilbudt videokonsultation, men i andre tilfælde har man forsøgt at markere tider i bookingsystemet, der kun kan bookes som videokonsultation, således at det er patienten selv, der vælger det. Nogle er dog kritiske overfor ideen om at patienten selv vælger videokonsultation.

13 56.10 "Jeg tænker kun jeg vil bruge det (videokonsultation) til nogle som jeg udvælger eller min klinik er inde over, og ikke lade det være op til patienten at kunne booke det, i første omgang i hvert fald."

Bookingen opleves af mange læger som besværlig og tidskrævende, foruden at der er tale om flytning af en opgave fra sekretæren, over til lægen selv. Det betyder ekstra tidsforbrug for lægen til opgaver som sekretæren plejer at løse. Nogle respondenter har lagt booking-opgaven over til deres sekretærer, men mange oplever behov for selv at være med til at udvælge egnede patienter til videokonference.

14 8.55: "Det der var hindring for at få booket videokonsultation var at det var for besværligt."

12 4.37: "Selve bookningen er et helvede, og det er det, der gør, synes jeg, at man ikke har booket flere."

14 10.30: "Der er mange trin i det (booking), der er dels at finde tiden, det gør vi måske i dag. Der er også det der med at så skal man til at logge på, så skal man kopiere et svar over og sende en mail til patienten, så der kommer pludselig mange trin ind i det, så det tager i hvert fald 2-3 minutter at booke en tid til patienten".

12 4.46: "Man skal ind i et andet system, og så skal jeg ind og ud og så skal jeg kopiere ind i mit system, og så skal jeg sende linket, og i forvejen skal jeg bruge tid på at snakke med patienten og informere omkring video de skal også lige downloade en app, fordi det virker i Min Læge-app, og så videre, så det tager bare en krig. Og i en travl hverdag er det måske ikke lige der man har tiden."

En respondent oplyser, at han i en periode har haft tilbud om videokonsultation stående på forsiden af sin hjemmeside, uden en eneste patient har benyttet sig af det.

15 11.22: "Vi har haft det på forsiden af vores hjemmeside en måned nu, og vi har ikke fået én kontakt fra en patient, der gerne vil have en videosnak med os. Er det ikke mærkeligt?"

Enkelte privatpraktiserende speciallæger i psykiatri har deltaget i pilotprojektet, heraf to gruppeinterviews. Deres tilgang og erfaringer adskiller sig fra de øvrige lægers på en række punkter, blandt andet på grund af deres specifikke patientgruppe.

De privatpraktiserende speciallæger i psykiatri er ikke koblet på "Min Læge" app'en, og sender derfor det nødvendige link ud til patienten ad anden vej.

En speciallæge i psykiatri fortæller, at der blandt hans patienter er mange, der kun kommer til konsultationer, hvis disse kan foregå over telefon eller video. Dette skyldes dels, at mange psykiatriske patienter ikke kan forlade deres hjem, dels at der i dele af Danmark er meget ringe speciallægedækning indenfor psykiatrien. Han formår at passe sin praksis i Region Hovedstaden og samtidig varetage psykiatrisk behandling af en gruppe patienter på Lolland.

For denne respondent er videokonsultation at foretrække fremfor telefonkonsultation, fordi det er vigtigt for ham at iagttage hele patientens kropssprog under konsultationen. Psykiateren har sjældent brug for fysisk undersøgelse, men har stor nytte af de ekstra oplysninger han får fra videokonsultation fremfor telefon. For ham er det vigtigt at kunne vurdere mimik og kropssprog. F.eks. kan visse typer psykofarmaka påvirke patienten mimik og kropssprog, og det er vigtigt at se om patienten f.eks. har stivnet ansigtsmimik eller tics. Samtidig er alternativet til telefon- og videokonsultation ingen konsultation for en del af hans patienter, der ikke kan forlade deres hjem pga. angst eller anden psykisk lidelse..

Den anden respondent, som er speciallæge i psykiatri mener også, at løsningen er god til patienter med angst, og at han ville kunne hjælpe mange flere, hvis videokonsultation kom ind i systemet. Fordi han som speciallæge ikke kan bruge "Min Læge" app'en, synes han, at den nuværende løsning tager for lang tid. Han er positiv overfor brug af videokonsultation, men ikke som den fungerer på nuværende tidspunkt. Han ønsker integration med eget journalsystem for at få mere hensigtsmæssige arbejdsgange.

- Til hvilke af jeres patientgrupper giver det mening at anvende video? Til hvilke ikke?
 - o Udelukkes nogen?
 - o Har det været nemt eller svært at finde relevante/egnede patienter?
- Til hvilke sygdomme giver det mening at anvende video? Til hvilke ikke?
- I hvilke faser af et patientforløb (indledende kontakt, opfølgning mv.) giver det mening at anvende video?

Der er delte meninger blandt respondenterne om, hvilke patientgrupper, der egner sig til brug af videokonsultation. Respondenterne er delte i spørgsmålet om, hvilke karakteristika hos patienten, der har betydning for evnen til at bruge videokonsultation. Generelt mener lægerne ikke, at patientens alder og diagnose er afgørende for værdien af videosamtalen, selv om det blev fremført af nogle, at de yngre patienter har en mere intuitiv tilgang til teknologien, mens der blandt de 80+-årige er færre patienter med smartphones. Hvis teknologien virker, og hvis patienten er kognitivt velfungerende, oplever mange respondenter, at langt de fleste patienter vil være i stand til at gennemføre videokonsultationer.

14 15.16: "Min ældste (patient i videokonsultation) er Annelise på 80 år, hvis ægtefælle er svært dement, så hun har svært ved at komme til mig, og det har egentligt været fornøjeligt for os begge to og ægtefællen med, at hun også har været håndholder på deres iphone, og jeg derved har haft konsultation med det 80-årige ægtepar."

Der er dog ikke fuldstændig enighed om dette. Nogle respondenter mener, at det primært er yngre patienter med gode tekniske kompetencer, der vil kunne anvende teknologien.

Lægerne mener generelt, at det er en fordel at kunne se patienten for at aflæse ansigtsmimik og danne sig et indtryk af patientens generelle tilstand. I nogle situationer er videobilledet særligt velegnet, f.eks. ved hudlidelser, hvor lægen har brug for at se symptomer. Nogle respondenter fremhæver især konsultationer med børn med udslæt og eksem, hvor forældrene måske kan spare en tur til lægen med et sygt barn, hvis lægen kan danne sig et indtryk af problemet via videokonsultationer.

De fleste mener også, at det er en forudsætning, at patient og læge kender hinanden i forvejen og har udviklet en relation. Mange respondenter har påpeget, at det ikke er hensigtsmæssigt at bruge videokonsultation til den første konsultation i et sygdomsforløb, men i højere grad til opfølgende konsultationer, herunder f.eks. videregivelse af prøvesvar eller nogle af samtalerne i et samtaleforløb.

Blandt respondenterne er der enighed om en række patienter og sygdomsforløb, der ikke egner sig til videokonsultation:

- Sygdomme, der kræver objektiv undersøgelse, f.eks. sygdomme i bevægeapparatet, hvor lægen på forhånd forventer, at han skal foretage en fysisk undersøgelse af patienten i løbet af konsultationen
- Patienter, hvor man må forvente at få behov for målinger eller prøver, f.eks. måling af blodtryk eller udtagning af blodprøver i løbet af konsultationen
- Patienter, uanset alder og diagnose, med meget komplekse problemstillinger
- Patienter, uanset alder og diagnose, som ikke er kognitivt velfungerende, f.eks. som følge af demens

I flere tilfælde førte spørgsmålet om egnede patientgrupper til en diskussion om ulighed i sundhed. Nogle respondenter mener, at videokonsultation giver fordele for de stærkeste patienter, der nu vil få endnu en måde at tilgå sundhedsydelser på, selv om de i forvejen er i stand til at få den hjælp, de har brug for. Der ved trækkes flere af de begrænsede lægeressourcer fra de svageste patienter over mod de stærke.

14 13.10: "Det er måske ikke dem, der har så stort et behov for det, dem som så kan finde ud af det, for de kunne jo også nemt komme ind til mig, kunne man sige, og så er der ikke vundet så meget ved det."

Enkelte påpeger også, at adgangen til videokonsultation kan føre til en sænkning af tærsklen for, hvornår man booker en konsultation, fordi det er nemmere og mindre tidskrævende, når man ikke skal transportere sig hen til lægen.

13 57.59: "Er det bare de ressourcestærke, der synes det kunne være hyggeligt at se deres læge i øjnene fordi de har noget, der klør mellem ballerne?"

En anden vinkel som fremhæves er modsat, at adgang til videokonsultation i høj grad kan være til hjælp for svagere patienter, f.eks. patienter der pga. psykisk sygdom eller lidelser i bevægeapparatet har vanskeligt ved at forlade deres hjem.

Oplæring og vejledning

- Kræver brugen af video oplæring/vejledning?
- Har I savnet oplæring/vejledning i brugen af video?
- Hvordan har I oplevet det at informere patienten om en videokonsultation?
- Hvordan har I oplevet behovet for support fra jer til patientens brug af video?
- Har I haft tilstrækkelig tid og viden til at kunne hjælpe patienterne med at deltage i videokonsultation? Har der været behov for det?

De deltagende praksisser har fået teknologien installeret af regionale datakonsulenter, der samtidig demonstrerede brugen i praksis. Respondenterne er enige om, at anvendelse af videokonference er en tilgængelig teknologi for både sundhedspersonale og patienter, under forudsætning af, at den virker.

Selve anvendelsen kræver således ikke særlige it-kompetencer af lægerne, og oplæringen i systemet var hurtigt klaret. Til gengæld udtrykker flere respondenter ønske om at blive oplært i grundlæggende fejlfinding i systemet. I pilotprojektet måtte de opgive planlagte videokonsultationer, hver gang der opstod problemer. Dels er lægerne ikke klædt på til at løse de tekniske problemer, dels er der ikke afsat tid til fejlfinding og -retning i konsultationen, som er planlagt til normal længde, svarende til en fremmødekonsultation. Nogle respondenter påpeger, at de mest basale problemer måske kunne have været afhjulpnet, hvis lægerne sammen med installation af udstyret havde modtaget en helt grundlæggende fejlretningsmanual: "Sådan gør du, hvis billedet ikke kommer frem, sådan gør du hvis der ikke kommer lyd på" etc. Der var dog ikke enighed om, hvorvidt en sådan guide ville være nok til at få en fejlslagen videokonsultation i gang inden for den givne tidsramme. De fleste mener heller ikke, at de ville kunne have gavn af en service desk, hvor der

løbende står it-ekspertise til rådighed. Hvis teknologien ikke virker fra begyndelsen af konsultationen, må der findes en anden løsning.

Respondenterne har generelt ikke brugt meget tid på at hjælpe patienter med at deltage i videokonsultationen, for hvis teknologien ikke har virket fra begyndelsen af konsultationen, har man hurtigt måttet opgive og enten finde en ny tid eller konvertere til telefonkonsultation.

I 13.52: "Hvis man skal bruge 5 minutter på at instruere patienten i hvordan det virker, så har det allerede taget for lang tid."

En enkelt undtagelse er dog en praktiserende læge, som har gennemført sit pilotprojekt med fem nøje udvalgte patienter, der udenfor normal konsultationstid, dvs. aftener og weekender, har afprøvet videokonsultation sammen med ham.

En respondent efterlyser vejledning til den praktiske implementering. Normalt er det sekretærer, der booker patienternes tider, men i de fleste tilfælde ønsker lægerne selv at være med til at udpege de patienter, der egner sig til videokonsultation. Han ville gerne have haft indsigt i erfaringer fra praksisser, hvor man har fået denne proces til at fungere effektivt.

Tekniske forhold og brugervenlighed

- Hvordan er du blevet introduceret til udstyret? Var introduktionen tilstrækkelig?
- Lykkedes det at gennemføre konsultationer/konferencer med video? Hvis nej, hvorfor ikke?
- Har I oplevet særlige opstartsproblemer? F.eks.:
 - o Manglende åbning af porte/firewall
 - o Manglende internetkapacitet/båndbredde
- Har I oplevet tekniske problemer i forbindelse med brug af video? Hvis ja:
 - o Hvilke tekniske problemer har I oplevet?
 - o Hvem har I kontaktet for at få hjælp til de tekniske problemer?
 - o Hvad skal en eventuel fremtidig supportfunktion (ServiceDesk) kunne hjælpe jer med? Hvordan?
- Hvordan har I oplevet brugervenligheden? Var det nemt/svært at gå til?
 - o Hvordan har I oplevet det at booke patienten til en videokonsultation?
 - o Hvem booker og gør klar til videokonsultation (dig selv, lægesekretær, andre?)
- Hvordan har I oplevet billedkvaliteten?
- Hvordan har I oplevet lyd-kvaliteten?

Hos de alment praktiserende læger er der lagt op til, at videokonsultationerne afvikles via Min Læge-app'en. Dette har dog givet problemer, idet den meddelelse, der sendes til patienterne med linket, de skal bruge for at tilgå videokonferencen, i nogle lægepraksissystemer er for lang. Det betyder, at systemet skærer en del af linket fra, så patienterne ikke kan logge ind. Det medfører, at konsultationen enten må udsættes til en anden dag eller konverteres til en telefonkonsultation. "Min Læge" app'en opdateres med 15 minutters mellemrum, så det er ikke muligt at rette op på fejl indenfor den tid, der normalt afsættes til en

konsultation. Der er heller ikke tid til, at lægen ved problemer sender linket ad anden vej, instruerer patienten i hvordan de skal tilgå det, og derefter gennemfører konsultationen. Hvis videokonsultationen ikke virker med det samme, må den opgives.

Ud over udfordringerne omkring selve adgangen til videokonsultation har lægerne oplevet en række andre problemer.

- Lyd eller billede mangler sommetider
- Lyd eller billede forsvinder uden varsel under konsultationen
- Lyd- og billedkvaliteten er for ringe til, at man kan udveksle de oplysninger, der er behov for i en meningsfuld konsultation
- Billed- og lyd-kvaliteten afhænger også af det udstyr, patienterne selv anvender til videokonsultationerne

Relation til patienten

- Hvordan påvirker brugen af video oplevelsen af nærhed og kontakt med patienten?
- Hvordan oplever jeres patienter brugen af videokonsultationer?

Der var generel enighed om, at mangel på nærhed og kontakt med patienten ikke udgjorde et problem i de tilfælde, hvor det var lykkedes at afholde videokonsultationer. Respondenterne mener selv, at dette i høj grad hænger sammen med, at de nøje havde udvalgt patienterne til pilotprojektet ud fra egne kriterier. Det drejede sig typisk om patienter, som lægen allerede kendte godt, og hvor lægen vurderede, at teknologien vil være egnet til netop denne patient, både ud fra patientens personlighed, praktiske it-færdigheder, type af sundhedsproblem og fase i aktuelt sygdomsforløb.

I2 6.53: "Og så har jeg håndplukket de patienter, hvor jeg føler, at hvis det kikker, så kan vi måske klare det over telefonsamtale."

De fleste respondenter mener dog, at en videokonsultation altid er det næstbedste for lægen i forhold til fremmødekonsultation. Ved personligt fremmøde kan lægen bruge alle sine sanser og aflæse patientens samlede kropssprog, hvorimod videokonsultation kun viser ansigtet. Patienter, hvor lægen forventer at have behov for fysisk kontakt, f.eks. ved sygdomme i bevægeapparatet eller ved forventet behov for at udtage prøver eller foretage målinger, er på forhånd valgt fra, men lægerne påpeger også den manglende mulighed for f.eks. at lægge en trøstende hånd på patientens skulder, når de oplever behov for dette.

I1 37.07 "Jeg synes der er rigtig mange ting, der foregår mellem to mennesker, der sidder i et rum sammen, der ikke foregår, når man er på video"

I3 18.25: "Jeg tror aldrig, det er bedre at have patienten på afstand end at have patienten tæt på. Jeg tror aldrig video bliver bedre end sygebesøg. Men det er nok bedre end sygebesøget, jeg ikke tager, og det er nok bedre end den konsultation, jeg ikke tager."

Til gengæld mente respondenterne, at videokonsultation giver bedre kontakt end telefonkonsultationer. En medvirkende speciallæge i psykiatri, der foruden en praksis i hovedstadsområdet også dækker et geografisk

område med sparsom adgang til f.eks. psykiatrisk ekspertise, er meget positiv overfor videokonsultation. På spørgsmålet om, hvad patienterne synes om det, gør respondenterne opmærksom på, at alle konsultationer er udført med selekterede patienter, som lægerne har vurderet egnede. Flere respondenter har oplevet, at patienter før pilotprojektet har efterspurgt muligheden for videokonference, og udtrykt stor tilfredshed over, at det nu er en mulighed.

13 30.23: "Hvad tror I patienterne synes om det? Hvis det virker, så er det sikkert fint."

Respondenterne oplever, at de patienter, der prøver videokonsultation er tilfredse når det virker, og skuffede når det må opgives.

Fordele og ulemper

- Hvad er de vigtigste fordele ved at anvende video?
 - For lægen?
 - For patienten?
- Hvad er de vigtigste ulemper ved at anvende video?
 - For lægen?
 - For patienten?

Blandt respondenterne er der generel enighed om, at fordelene ved anvendelse af videokonsultation primært opleves af patienten. Nogle peger dog på enkelte fordele for lægen, som f.eks. at de kan effektivisere deres arbejdstid med mere målrettede konsultationer, og at de måske kan spare en række hjemmebesøg hos patienter i eget hjem, på plejehjem og bosteder. Dette vil dog typisk kræve samarbejde med kommunale parter, f.eks. hjemmesygepleje eller plejehjemspersonale.

Ulemperne for lægerne er, at de føler, der går vigtig information tabt, når de ikke sidder overfor patienten. Nogle frygter risiko for dårligere behandling, fordi man ikke får et ligeså godt helhedsbillede af patientens situation. Lægerne kan ikke bruge alle sanser, de kan ikke aflæse kropssprog (men dog til en vis grad ansigtsmimik), de kan ikke måle eller røre patienten, hvilket betyder at de ikke kan lægge en trøstende hånd på patientens skulder, eller i selve konsultationen beslutte sig for at måle et blodtryk eller få taget en blodprøve.

Der er, som beskrevet, også ulemper forbundet med de mange tekniske udfordringer i det nuværende set up, hvilket respondenterne selv påpeger, påvirker deres holdning til teknologien.

Som fordele for patienterne ser respondenterne en række praktiske aspekter. Man sparer tid på transport og parkering, og man kan gennemføre konsultationen hvor man er, f.eks. i hjemmet, på sin arbejdsplads eller under et udlandsophold. Transportaspektet er ifølge respondenterne vigtigst for patienter, der har lang afstand, eller fysiske og psykiske barrierer for at forlade hjemmet. Patienter, der flytter, men ønsker at beholde samme læge, kan også drage fordel af videokonsultation.

13 33.29: "For patienternes side, ud over det vi har snakket om (tidsbesparelse på transport og patienter der ikke kan forlade hjemmet), kan jeg ikke se nogen fordele sådan rent fagligt eller kommunikationsmæssigt i forhold til en konsultation..."

13 33.44: (om ulemper for patienten) "...at noget går tabt, ligesom det også vil være for os (lægerne), at man ikke helt får den konsultation man havde forventet eller ikke helt får den dialog med lægen, som man havde forventet. Det vil altid være en risiko..."

Samtaler bliver ikke så flydende, som når man sidder i samme rum, kunstige pauser opstår, og lægen oplever at mangle det fulde billede af patientens tilstand.

En anden pointe, der fremføres i diskussionen om hvem, der oplever fordele og ulemper ved videokonsultation er spørgsmålet om, hvorvidt det, lægen vinder, fører til kvalitetstab for patienten.

13 35.55: "Man skal se at det vi ser som en fordel, er en ulempe for patienten. Man undgår jo nok 'nu jeg er her-spørgsmålene', i et relativt stort omfang, kunne jeg forestille mig, Det er den ting, vi har aftalt vi skal tale om, det er det, vi kan nu her, og så kan man sige, det er jo en fordel for os som læger, som er akkordlønnede og som gerne vil have mange igennem osv., men patienten får måske ikke opfyldt deres behov særlig godt fordi deres 'nu jeg er her-spørgsmål', det der er opstået, det, de er kommet i tanker om på vej hen til klinikken, det får de ikke løst det problem, og spørgsmålet er så, om de lever uden at få det løst, eller det kræver en ny kontakt. På den måde kan vi næsten sætte lighedstegn mellem det vi vinder og det de taber."

Respondenten overvejer, om det vil føre til, at nogle patienter sidder tilbage med problemer, der ikke bliver løst, eller om de booker en ny tid til det ekstra spørgsmål, de ville have stillet, hvis de havde siddet i konsultationen.

En anden respondent mener, at denne problemstilling primært er et spørgsmål om, at alle parter skal vænne sig til at bruge videokonsultation i det daglige. Når patienterne føler sig trygge ved video, vil de stille spørgsmål på samme måde som i en fysisk konsultation.

Samarbejde med øvrige partnere (videokonferencer)

Lægens vurdering af fordele og ulemper i forbindelse med sygebesøg, udskrivningskonferencer mv.

- Hvordan påvirker brugen af video samarbejdet med øvrige partnere?
- Hvilke arbejdsgange kræver det for at få en videokonference iværksat?
- Hvordan indvirker brugen af videokonferencer med samarbejdspartnere på antallet af korrespondancemeddelelser?
- Hvordan oplever jeres samarbejdspartnere brugen af video?

En enkelt respondent har brugt videokonference til kontakt med specialister på hospitaler. Han har prøvet 4-5 gange, og en enkelt gang er opkaldet mislykket. De øvrige gange har det fungeret fint. Han betragter det som en god mulighed for at konsultere ekspertise over afstand.

På grund af tekniske opstartsproblemer har kun en af undersøgelsens respondenter erfaring fra pilotprojektet med anvendelse af video til sygebesøg, udskrivningskonferencer eller konferencer med lokale samarbejdspartnere som f.eks. plejecentre. Han bruger aktuelt Cisco Jabber, men overvejer at gå over til Pexip, som er det system, der testes i pilotprojektet, idet han opfatter Pexip som meget brugervenligt. Respondentens erfaringer med videokonference til samarbejdspartnere er derfor ikke relevante for denne evaluering ud fra et teknisk synspunkt, mens hans organisatoriske erfaringer stadig kan være nyttige i forhold til diskussion af fremtidige anvendelsesmuligheder for videokonference.

Respondenten, der udover sin almene praksis også fungerer som praksiskonsulent og plejehjemslæge i en mindre kommune, har meget positive erfaringer med brug af videokonference til kommunikation med samarbejdspartnere på kommunale plejehjem. Han oplever en tidsbesparelse, dels fordi han ikke behøver tage på hjemmebesøg hos plejhjemsbeboerne i samme omfang som tidligere, dels fordi han undgår en del løbende opkald fra personalet, fordi ved, at de har fastlagte videomøder med lægen, hvor alt, hvad der ikke er akut, kan tages op.

15 35.34: "Det at blive plejehjemslæge var en enorm øjenåbner for mig. For det første så fik vi en god kontakt med personalet ude på plejehjemmet, som gjorde at vi sparede en masse korrespondancer og en masse akutte besøg fordi de vidste at vi kom hver 14. dag. Så tænkte jeg, vi kan ikke være plejehjemslæger på alle plejehjem, men vi kunne lave sådan en mellemordning, sådan en hybrid, hvor vi sagde, jamen altså jeg har en videokonsultation en gang om ugen, som vi så fik installeret på kommunens ipad, et device hvor de kan gå rundt til borgerne, og jeg kan se på sår og alt muligt andet. Kontakten til personalet gør, at vi får en større fælles ansvarsfølelse."

Respondenten oplever også, at det videobaserede samarbejde med plejhjemspersonale gavner på andre måder. Det er blevet lettere at samarbejde fordi man kender hinanden bedre, og kan sætte et ansigt på, når f.eks. personalet fra plejehjemmet tager kontakt. Han oplever, at personalet er meget velkvalificeret i forhold til deres opgaver, men alligevel ofte har ønsket deres vurderinger og beslutninger godkendt af lægen for en sikkerheds skyld. Gennem det tættere samarbejde oplever han, at plejhjemspersonalet føler sig opgraderet og opnår større tillid til egen dømmekraft.

15 44.43: "De (plejhjemspersonalet) stoler mere på sige selv når de har fået nogle samtaler med mig om deres egne vurderinger er rigtige nok, og sygeplejerskerne er superdygtige, og det er og social- og sundhedsassistenterne også, men nogle gange er det også usikkerhed, at de bare lige for en sikkerheds skyld skal have lægen ud og kigge på nogen ting. Jeg tror også vi opgraderer personalet på en eller anden måde."

Blandt de øvrige respondenter, der ikke har prøvet samarbejde med kommunale partnere via video, er der interesse for det, men også en vis skepsis i forhold til samarbejde med plejehjem. Her oplever de, at personalet ikke føler sig kvalificeret til at varetage opgaven og at det nødvendige udstyr ikke findes eller ikke er klar til brug.

14 13:50: "...er plejehjemslæge på plejehjem, så har jeg snakket med dem (personalet) og faktisk instrueret dem i hvordan de kunne gøre det ude ved dem, men de har så ikke rigtig brugt det til noget endnu, men altså jeg kunne godt se lidt perspektiv i det faktisk, hvis de havde en hurtig ting de gerne ville have afklaret, uden at jeg behøver at køre ud til dem, så kunne vi måske tage den på en videokonsultation."

Flere respondenter foreslår samarbejde med hjemmesygeplejen, så de i fællesskab kan foretage videokonsultationer i patienternes hjem, hvor sygeplejersken fungerer som mediator og hjælper patienten med at bruge udstyret. Nogle respondenter, som er meget skeptiske over at erstatte almindelige fremmødekonsultationer, ser dette, som en mere relevant anvendelse af videokonsultation.

14 13:30: "Kunne man ikke bruge det som en forlænget arm ved fx en akutsygeplejerske? Hvis hun havde kendskab til det tekniske, så havde hun det med ude, så man kunne se om man kunne bruge det som en forlænget arm i forhold til noget sygebesøgsvurdering."

Økonomi

Om lægens tidsforbrug ved videosamtale er anderledes end ved et fysisk besøg

- Hvilke typer af konsultationer (sygebesøg, fremmøde, telefon, e-konsultation, konference) kan video erstatte? Eller er det nærmere et supplement?
- Har succesfulde/gennemførte konsultationer/konferencer med video taget kortere eller længere tid end vandlig kontakt (f.eks. fysisk fremmøde)?
 - o Hvis længere, hvor meget?
- Har I haft udgifter til at afholde videokonsultationer (udstyr, uddannelse, andet)?
- Hvordan er jeres honorering for at afholde videokonsultationer i forhold til traditionelt fremmøde?

Respondenterne udtrykker delte meninger omkring tidsforbrug ved videokonsultation. Nogle oplever at det tager længere tid end en fremmødekonsultation, mens nogle mener tidsforbruget er det samme. En tredje holdning er, at videokonsultationerne sparer tid, eller vil komme til det, når de virker og brugerne har fået mere rutine.

De, der oplever et større tidsforbrug, taler ikke så meget om det egentlige indhold i konsultationen. De peger på den tid, der går med at booke tider til videokonsultationer og den tid, der bruges på at få teknologien til at fungere. Det er her, de ser det ekstra tidsforbrug.

De, der mener at have det samme tidsforbrug, fremfører, at når patienten først er booket (og teknologien virker), gør det ingen forskel, om patienten er fysisk til stede eller optræder på video. Det tager lige lang tid at kalde op til patienten og at hente patienten i venteværelset.

De, der mener at kunne spare tid, oplever, at videokonsultationer er mere effektive og målrettede. Patienten bruger ikke tid på at komme ind, lægge overtøj mm., og der er mindre indledende småsnak, inden man når frem til det egentlige formål med konsultationen. Desuden er der også mindre tendens til såkaldte "dørhåndtagsspørgsmål" hvor patienten på vej ud ad døren efter den egentlige konsultation stiller et eller flere spørgsmål om øvrige helbredsproblemer til lægen.

Nogle respondenter i gruppen, der mener at kunne spare tid, sammenligner også videokonsultationer med andre konsultationsformer end fremmødekonsultationer i lægens egen praksis, herunder om man f.eks. vil kunne spare hjemmebesøg hos svage borgere i eget hjem eller på plejehjem og bosteder.

Lægerne har den generelle holdning, at videokonsultationer aldrig fuldt ud vil kunne erstatte fysiske konsultationer, men i visse tilfælde supplere og måske erstatte enkelte besøg i et længere sygdomsforløb. Dette gælder blandt andet patienter med kroniske sygdomme eller hos patienter med særlige behov, såsom fysiske eller psykiske hindringer for at forlade deres hjem.

De fleste respondenter mener, at de altid har brug for at se patienterne til en fysisk konsultation ved starten af et sygdomsforløb eller hvis der er tale om patienter, de ikke på forhånd kender godt. I løbet af et sygdomsforløb kan nogle konsultationer, f.eks. præsentation af prøvesvar eller nogle af samtalerne i et samtaleforløb, gennemføres via videokonsultation.

Nogle respondenter overvejer, om adgang til videokonsultation vil rykke grænserne for hvornår patienter vil søge læge. Måske vil nogle patienter opfatte det som en lettere adgang, hvor de kan få en konsultation uden at møde op fysisk og dermed spare tid på transport. Andre rejser spørgsmålet om videokonsultation vil bidrage til mere ulighed i sundhed, idet der primært bliver de ressourcestærke patienter, der i forvejen er gode til at få adgang til sundhedsydelser, der vil benytte sig af muligheden for videokonsultation.

Respondenterne har ikke haft udgifter til anskaffelse af udstyr til deltagelse i pilotprojektet. Regionerne har indkøbt og opsat head set, kamera og mikrofon, og nogle har haft det i forvejen, fordi de har brugt det ved teletolkning. Installation og indledende oplæring er foretaget af regionale datakonsulenter uden udgift for de deltagende lægehuse. De ressourcer, deltagerne i pilotprojektet selv har bidraget med, er således den tid, der er gået med oplæring og tilvænning til teknologien samt tekniske udfordringer.

Det har været op til hver region i samarbejde med lokal PLO at fastsætte honorering for videokonsultationer i almen praksis i projektperioden. Respondenterne oplyser, at honorering for en videokonsultation er en smule højere end for fremmøde. Nogle respondenter har anvendt videokonsultation i samtaleforløb, hvor nogle, (men ikke alle) samtaler med fysisk fremmøde er blevet erstattet af videokonsultation. Her er taksten lavere ved brug af video end ved fremmøde, og flere respondenter understreger, at dette må reguleres, hvis teknologien, som de i øvrigt vurderer som velegnet til dette formål, skal anvendes fremadrettet.

Der er enighed blandt respondenterne om, at videokonsultation aldrig fuldstændig kan erstatte fremmødekonsultationer. I en rangorden af mulige former for patientkontakt udtrykte flere, at videokonsultationer er bedre end telefonkonsultationer, men ringere end fremmøde.

Respondenternes holdning til fremtidig anvendelse er i nogen grad præget af deres erfaringer med mange opstartsproblemer og tekniske udfordringer i selve konsultationerne, når de bliver spurgt om, hvilke funktioner, videokonsultationer kan erstatte. Der fremkom dog en række forslag:

- Fremmødekonsultationer ved lidelser, der har visuelle manifestationer, som f.eks. øjen- eller hud-sygdomme. Dette kræver dog, at billedkvaliteten forbedres.
- Nogle, men ikke alle fremmødekonsultationer i længerevarende sygdomsforløb, f.eks. ved patienter med kroniske sygdomme og deraf følgende hyppige kontakter eller patienter i samtaleforløb. Dette kræver dog en justering af taksterne, så lægerne ikke stilles ringere ved brug af video.
- Fremmødekonsultationer for patienter med psykiske eller fysiske lidelser, der hindrer dem i at forlade deres hjem, og hvor alternativet vil være telefonkonsultation eller ingen konsultation
- Besøg på plejehjem og bosteder. Dette vil ofte kræve at lokalt personale inddrages og fungerer som mellemlid, samt at nødvendige kompetencer og udstyr er til stede.
- Hjemmebesøg, hvis man kan gøre det i samarbejde med lokale hjemmesygeplejersker, under samme betingelser som ovenfor.

Fremtid

- Vil i fortsat bruge video til konsultationer og konferencer i fremtiden?
- Forventer I at komme til at bruge video mere i fremtiden?
- Har I forbedringsforslag til brugen af video i jeres praksis?
- Ville I anbefale jeres kolleger at anvende video?
- Pilotperioden:
 - Har afprøvningsperioden været passende ift. at opnå erfaringer med video?
 - Hvordan har I oplevet det at være testpersoner?

Den generelle holdning blandt respondenterne er, at man anser brug af video i fremtiden som både ønskeligt og nødvendigt, selv om der ikke er enighed om omfang og egnede patientgrupper, samtidig med at meget få har erfaringer med at bruge videokonference til samarbejdspartnere. Til gengæld er respondenterne enige om, at fremtidig anvendelse kræver en mere velfungerende videoløsning end den, de har testet i pilotprojektet.

14 37.49: "Indtil det bliver fuldstændig integreret ind i lægesystemet og det bliver meget nemt, så bliver det ikke en succes..."

Respondenterne har en lang række forbedringsforslag:

- Teknologien skal være gennemtestet og velfungerende inden den sættes i gang.
- Både lyd- og billedkvalitet skal forbedres, og forsinkelser (hvor lyd og billede ikke følges ad) skal mindskes. Flere respondenter efterlyser løsninger, der minder mere om Skype og Face time.
- Systemet skal været lettere at installere og tilgå
- Der skal være bedre integration til lægernes øvrige patientadministrative systemer
- Booking af videokonsultation skal være enklere og hurtigere
- Systemet skal være mere fleksibelt, så man f.eks. kan skifte fra telefon til video undervejs i konsultationen, hvis lægen opdager, at der er noget, man gerne vil se på

- Der skal være integration til andet materiale til patienter, f.eks. skemaer, der skal udfyldes
- Lægen skal have mulighed for at vise prøvesvar på delt skærm¹⁰
- Patienterne skal have mulighed for at lægge billeder op¹¹

En respondent mener, at man i stedet for at tale om hvorvidt fremmødekonsultationer og videokonsultationer er ligestillede alternativer, skal se på om man kan udvikle videokonsultation i en retning, så det bliver en selvstændig funktion blandt lægens tilbud, frem for en erstatning for f.eks. fremmøde.

13 48.07: "Jeg tror den knap jeg kunne forestille mig at komme til at skrue på, det er at sige, serviceniveauet ved videokonsultationer, det er bare lavere, så jeg sætter kortere tid af til videokonsultationer for på den måde at kunne holde det hjemme. For det er jo rigtigt, der skal bare bruges mere tid til administration og booking, og man kunne også godt forestille sig at hvis det bliver udbredt nok, så er der større udeblivelsesrisiko, i den forstand at folk nok glemmer det lettere. På en eller anden måde skal det jo tjenes hjem et andet sted."

De fleste respondenter vil anbefale kolleger at bruge videokonsultation, men ikke i den nuværende form.

14 44.19: "Jeg anbefaler ikke den nuværende løsning. De (lægekolleger) ville miste tålmodigheden og besindelsen, hvis de skulle arbejde med det!"

Flere af respondenterne gør opmærksom på, at testgruppen ikke udgør et repræsentativt udsnit af de praktiserende læger i Danmark. Alle deltagere har meldt sig frivilligt til at blive testpersoner, og mange har prøvet det før eller er med i andre forsøg, så de opfatter sig selv som mere teknologiinteresserede og -vante end den gennemsnitlige praktiserende læge. De ovenfor skitserede forbedringer ser de som en forudsætning for, at de kan forestille sig videokonsultation i drift i almen praksis generelt.

Respondenterne synes samstemmende, at det har været spændende at være testpersoner.

14 45.35: "Det er rart (at være testperson), så føler man sig helt med fremme."

En respondent udtrykker dog følgende holdning:

14 45.49: "Det havde været rart, hvis regionens medarbejdere havde været lidt mere igennem det i forvejen, men altså vi har virkelig været testpersoner!"

Respondenterne er ret enige om, at testperioden er for kort. Seks måneder ville have været nok, hvis teknologien havde virket fra starten, men på grund af de mange tekniske problemer, har de ikke nået en egentlig afprøvning.

12 7.05 "for nu er det noget med at få noget føling med softwaren både for mig og for patienten. Det bliver lidt noget vi leger stadigvæk, synes jeg, lidt pseudo,"

En respondent opfordrer til at holde fokus på for hvis skyld man vil indføre videokonsultation. Er det for lægerne eller for patienterne? Han ser det som et område med stor politisk bevågenhed, der i visse tilfælde kan gavne patienterne, men som lægeligt ikke giver stor tilfredsstillelse.

¹⁰ Dette er allerede muligt med den nuværende løsning.

¹¹ Dette er ligeledes muligt med den nuværende løsning.

4.5.3 Delkonklusion

Dette afsnit bygger på to dele: Spørgeskemaundersøgelse ("Postkort") omhandlende lægernes erfaringer med 166 videokonsultationer og gruppeinterviews med 15 praktiserende læger, 2 lægesekretærer og 2 praktiserende speciallæger i psykiatri.

I spørgeskemaundersøgelsen er der modtaget i alt 166 besvarelser via postkort svarende til en svarprocent på 32 % ud af de i alt 517 registrerede videokonsultationer og -konferencer. Her rapporteres primært positive erfaringer med videokonsultationer, idet det lykkedes at gennemføre 84 % af de 166 videokonsultationer. I 92 % af tilfældene var lyden god, og det samme gjaldt lyden i 84 %. I de fleste tilfælde er det en fremmødekonsultation, der er konverteret til en videokonsultation og respondenterne oplever ikke, at videokonsultationer tager længere tid end fremmødekonsultationer.

Interviewundersøgelsen viser et mere blandet billede. Respondenterne er generelt positive overfor ideen om at bruge videokonsultation i visse situationer, men oplever en del tekniske problemer, og synes at manglende integration til eksisterende lægeadministrative systemer går teknologien tung at arbejde med.

Respondenterne er delt i spørgsmål og tidsforbrug og egnede patientgrupper, men enige om, at kun dele af patientforløb kan erstattes af video

Der er enighed om, at videokonsultation aldrig fuldt ud vil kunne erstatte fremmøde, men under forudsætning af en række forbedringer og en afregningsaftale, vil den kunne bruges i visse situationer.

Generelt ser de interviewede læger positivt på ideen om at bruge videokonference til møder med samarbejdspartnere f.eks. i kommuner, men kun ganske få har erfaringer med dette.

4.6 Økonomi og input til business-case

I dette afsnit præsenteres en række oplysninger om udgifter og indtægter forbundet med at indføre videokonsultationer og -konferencer i bredere sammenhæng i almen og speciallægepraksis i Danmark. Oplysningerne kan indgå som en del af grundlaget for en eventuel fremtidig business-case med det formål at belyse de økonomiske konsekvenser af at tage videokonsultationer og -konferencer i brug.

Udgifter i regionerne til pilotprojektet

I Tabel 7 herunder vises regionernes udgifter til udstyr mv. ifølge de regionale datakonsulenter. Bemærk at den support, som de tilmeldte pilotpraksisser har modtaget fra projektleder og projektsekretariat under opstart og i løbet af pilotperioden ikke er inkluderet i tabellen.

Udgiftspost	Region				
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Udstyr	17.000 kr.		De fleste af deres pilotpraksis havde videoudstyr i forvejen til teletolkning. Ellers bruges der 800 kr. pr. PC. Generelt 5 stk. pr. praksis.	15.000 kr.	15.000 kr. + 50.000 kr. til server
Tidsforbrug på teknisk support	30 timer (i alt på support) + 2 timer pr. opstartet klinik (ekskl. kørsel).		30 timer på support i 2019 (inkl. tid til vejledningsmateriale og video) + opstart (30-60 min. pr. praksis + kørsel).	5 timer ugentligt i 8 måneder, inkl. installation, undervisning og kørsel	15 timers support + 20 timers opstart (installation og undervisning)
Honorar - lægepraksisser	Hver praksis får et honorar på 10.000 kr.		Hver praksis honoreres for 8 timer a kr. 932,71 kr.	8 timer (947,41 kr. pr. time)	Hver praksis fik et opstartshonorar på 10.000 kr. + 8 timer (932,70 kr. pr. time)
Øvrige udgifter	Tidsforbrug for datakonsulent på projektforberedelser og dialog med Trifork omkring udvikling af "Min Læge" app = 30 timer.				Regning til privatleverandør for support ift. åbning af firewall (642 kr.)

Tabel 7: Oversigt over afholdte udgifter i regionerne i pilotperioden

Tidsforbrug pr. videokonsultation og -konference

De analyserede monitoreringsdata viste, at der i forbindelse med i alt 503 videokonsultationer var et gennemsnitligt tidsforbrug pr. videokonsultation på knap 14 minutter. Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. videokonference var tilsvarende på knap 8 minutter.

Spørgeskemaundersøgelsen ("postkort") blandt lægerne viste, at 93 % oplevede, at tidsforbruget var det samme ved videokonsultation som ved fremmøde, og at der i 98 % af de tilfælde, hvor man erstattede en konsultation med video, var tale om erstatning af fremmødekonsultationer i lægens praksis.

Gruppeinterviews med de 15 praktiserende læger og 2 privatpraktiserende psykiatere viste, at lægerne ikke er enige om hvordan brug af videokonsultationer påvirker lægens tidsforbrug:

- Nogle respondenter oplever, de bruger mere tid ved videokonsultationer. På baggrund af de afholdte interviews ser det ud til, at den ekstra tid i høj grad anvendes på to områder: Tekniske udfordringer med at få systemet til at virke, og booking af tider. Det er normalt en opgave for lægesekretærer at booke tider for patienter, men i nogle tilfælde har læger overtaget denne opgave, da de har ønsket selv at udvælge patienter, som de anser for egnede til videokonsultation.
- Nogle respondenter oplyser, at bruge den samme mængde tid. Når patienten først er booket (og teknologien virker), er der samme tidsforbrug, uanset om patienten er fysisk til stede i konsultationen, eller deltager på video. Det tager lige så lang tid for dem at kalde op til patienten på video som at hente patienten i venteværelset.
- Nogle respondenter føler, at de sparer tid, fordi videokonsultationer kan gøres mere effektive og målrettede. De oplyser således at det er lettere i en videokonsultation at gå direkte til patientens helbredsproblem og at holde sig til emnet. Der forekommer mindre indledende snak, og typisk behandles kun et emne pr. konsultation.

De afholdte gruppeinterviews giver derfor ikke et entydigt billede af den tid, de praktiserende læger anvender på videokonsultation i forhold til fremmødekonsultation.

Patienterne blev i spørgeskemaet spurgt om de, sammenlignet med et almindeligt besøg hos lægen, anvendte mere eller mindre tid på en række aktiviteter ved deres seneste videokonsultation med lægen:

- At forberede sig til konsultationen:
Cirka halvdelen af patienterne (9/17 = 53 %) vurderer, at deres tidsforbrug er uændret, mens cirka en tredjedel (6/17 = 35 %) vurderer, at tidsforbruget er mindre. Resten (2/17 = 12 %) vurderer, at de bruger mere tid.
- At vente på lægen inden konsultation starter:
Størstedelen af patienterne (12/17 = 71 %) vurderer, at deres tidsforbrug er mindre, mens knap en tredjedel (5/17 = 29 %) vurderer, at det er uændret.
- At tale med lægen:
Størstedelen af patienterne vurderer, at deres tidsforbrug er uændret (8/17 = 47 %) eller mindre (7/17 = 41 %). En enkelt patient (6 %) vurderer, at de bruger mere tid, mens en anden (6 %) har svaret "ved ikke".

I forhold til at kunne spare transporten til og fra lægen svarer 15 ud af 17 (88 %) patienter "ja" til, at denne gevinst er vigtig for dem, mens to patienter svarer henholdsvis nej og ved ikke.

Video som supplement eller erstatning

Det gennemførte pilotprojekt kan ikke give et entydigt svar på, om videokonsultationer og -konferencer vil erstatte fysiske besøg eller blot være et supplement.

Interviewundersøgelse med praktiserende læger viste, at respondenterne var enige om, at videokonsultationer ikke i fuldt omfang vil kunne erstatte fremmødekonsultationer. Til gengæld mente de fleste respondenter, at man i et vist omfang kunne udskifte visse konsultationer med video:

- Ved patienter i lange sygdomsforløb. Her kan nogle af konsultationerne afholdes pr. video, under forudsætning af, at patienten er kendt af lægen og i et velfungerende forløb.
- Ved patienter med kroniske forløb og heraf følgende hyppige konsultationer med egen læge. Her kan nogle af konsultationerne afholdes pr. video, under forudsætning af, at patienten er kendt af lægen og i et velfungerende forløb.
- Ved samtaleforløb, hvor nogle, men ikke alle, samtaler kan erstattes. Dette forudsætter dog, at taksten for samtale i videokonsultation reguleres, således at den matcher den eksisterende takst for samtaleforløb.
- Ved henvendelser, hvor det visuelle aspekt er vigtigt, f.eks. hud- og øjenlidelser, eller vurdering af om skader skal sys.
- Patienter, der pga. fysiske eller psykiske lidelser ikke kan forlade deres hjem.
- Travle patienter, der gerne vil spare transporttiden og f.eks. foretage konsultationen fra deres arbejdsplads.
- Patienter, som opholder sig i udlandet.
- Patienter som flytter bopæl, men gerne vil bevare deres læge.

Respondenterne ser også muligheder i samarbejde via video på kommunale områder, herunder hjemmesygepleje, akutfunktion og plejehjem. Kun én respondent arbejder aktuelt på denne måde, så dette er primært baseret på holdninger og forventninger, ikke på erfaring. Ved velfungerende samarbejde forventer man at kunne spare tid på følgende:

- Hjemmebesøg på plejehjem, idet man udfører videokonsultation i samarbejde med plejehjems personale. Dette kræver oplæring af personalet og indkøb af udstyr.
- Hvis man aftaler faste videokonsultationstider med plejehjem, sparer man løbende opkald om ikke-akutte patienter. Det kræver oplæring af personalet og indkøb af udstyr.
- Hvis man indgår samarbejde med kommunale hjemmesygeplejersker, kan man spare hjemmebesøg hos svage patienter, der ikke selv har mulighed for at møde op i lægens konsultation.

Nogle respondenter gjorde opmærksom på, at mulighed for videokonsultationer med ressourcestærke patienter vil kunne opfattes som en lettere adgang til lægekonsultationer. De forudser, at dette kan flytte grænsen for, hvornår man opsøger sin praktiserende læge, så teknologien i praksis fører til øget forbrug af konsultationer, og måske også flytter ressourcer fra ressource svage til -stærke patienter.

Lægernes honorar

Lægernes honorar og forskellen mellem honorar for en fremmødekonsultation og en videokonsultation forventes både at have betydning for regionernes udgifter til videokonsultationer og antallet af videokonsultationer.

Lægernes nuværende honorar for henholdsvis en fremmødekonsultation og en telefonkonsultation er ifølge Overenskomst om almen praksis, gældende 1. oktober 2019 til 31. marts 2020 (www.laeger.dk):

- 0101 Konsultation kr. 143,44 (§50, grundydelse, mandag-fredag 08-16)

- 0201 Telefonkonsultation kr. 28,08 (§50, grundydelse, mandag-fredag 08-16)

Tabel 8 herunder viser de lokale takster for videokonsultationer, som har været anvendt i de fem regioner i pilotperioden.

Region	Takster
Hovedstaden	• Videokonsultation: 160 kr. (niveau 1.4. 2019) • Videokonference per modul af 10 minutters varighed (dog maksimalt 30 minutter i alt.: 155,85 kr. (niveau 1.4. 2019) • Engangsbeløb for at teste ny teknologi, deltage i evaluering mv. 10.000 kr. per lægepraksis
Sjælland	• Region Sjælland fik aldrig indgået en samarbejdsaftale med lokal PLO, dvs. takster er uændrede. Der har kun været speciallæger med i pilotprojektet i regionen.
Syddanmark	• 160,00 pr. videokonsultation, inkl. registrering i forbindelse med projektet (se nedenfor). • Praksis honoreres derudover for deltagelse i pilotafprøvningen med 8 timer á kr. 932,71. • 156,92 kr. per påbegyndt 10-minutter for videokonferencer.
Midtjylland	• Deltagende lægepraksis modtager engangsbeløb på 8 timer á 932,70 kr. (1. april 2019) til planlægning, registrering og evaluering af pilotprojektet. • Videokonsultation (ydelse 4436) 160,00 kr. (1. april 2019) • Videokonference (ydelse 4435) 155,45 kr. (1. april 2019) per modul, max. 6 moduler svarende til 60 minutter. • Såfremt en videokonsultation/-konference ikke teknisk kan gennemføres eller hvis patienten udebliver, gælder det samme, altså honorar kan afregnes.
Nordjylland	• Videokonsultation (ydelse 4436) 160,00 kr. (1. april 2019) • Videokonsultationer der ikke gennemføres f.eks. pga. tekniske problemer 155,45 kr. (1. april 2019) • Engangsbeløb per praksis: 10.000 kr.

Tabel 8: Takster for videokonsultation i regionerne i pilotprojektet

4.6.1 Delkonklusion

I pilotperioden har lægerne modtaget 160 kr. pr videokonsultation, svarende til 12 % mere end den almindelige takst for fremmødekonsultationer. Dette gælder dog ikke region Sjælland, der ikke havde en særlig takst. Det er ikke afgjort hvordan taksten vil blive fastsat efter pilotprojektet. Taksten forventes både at have betydning for regionernes udgifter til videokonsultationer og antallet af fremtidige videokonsultationer.

Regionernes udgifter til pilotprojektet varierer. Der er stor forskel på, hvor meget udstyr, det har været nødvendigt at anskaffe, og hvilke aftaler der er indgået vedrørende lægernes honorar og tid afsat til teknisk support.

Det gennemførte pilotprojekt giver ikke et entydigt svar på, om videokonsultationer og -konferencer kan erstatte fysiske besøg eller blot være et supplement, men respondenterne er enige om, at video er anvendeligt i nogle situationer. Respondenterne ser muligheder i samarbejde, og deraf følgende tidsbesparelse, via video med kommunale samarbejdspartnere, herunder hjemmesygepleje, akutfunktion og plejehjem, hvilket dog kun i meget ringe grad er testet i pilotprojektet.

Pilotprojektet giver ikke et entydigt svar på om videokonsultation fører til ændret tidsforbrug.

Nogle respondenter påpeger, at grænsen for hvornår ressourcestærke patienter vil opsøge læge kan rykkes grundet lettere adgang til lægen via video. Teknologien kan i så fald føre til øget forbrug af konsultationer, og måske flytte ressourcer fra ressourcesvage til -stærke patienter.

4.7 Juridiske forhold

Den juridiske redegørelse i forhold til anvendelse af video i almen og speciallægepraksis vil primært tage udgangspunkt i databeskyttelsesforordningen (GDPR), der fandt anvendelse fra 25. maj 2018. Nedenfor findes også en redegørelse for CE-mærkning i forbindelse med nærværende projekt.

Fortegnelse over pilotprojektet "Video i almen og speciallægepraksis"

I pilotprojektet "Video i almen og speciallægepraksis" er det patientens lægepraksis, som er dataansvarlige, med MedCom som databehandler og TDC A/S samt Netic A/S som underdatabehandlere (MedCom, 2019). I selve videokonsultationen og -konferencen bliver der behandlet både almindelige personoplysninger og følsomme personoplysninger. Almindelige personoplysninger inkluderer eksempelvis navn, telefonnumre, adresse, hvorimod følsomme personoplysninger inkluderer eksempelvis helbredsoplysninger, religiøs orientering, etnisk tilhørsforhold. Behandlingen af de to typer personoplysninger sker i transmissionen af lyd- og videodata. Disse data kan – i tilfælde af utilstrækkelige sikkerhedsforanstaltninger – opfanges af udefrakommende hackere, som kan sammensætte dataene til at skaffe information om brugeren af systemet. Det er den pågældende lægepraksis' ansvar at sørge for, at der er taget passende tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger, som er angivet i en databehandleraftale mellem praksis og dennes databehandler.

Modtageren af dataene i forbindelse med transmissionen af personlige oplysninger er netværkets endepunktsbrugere. Det betyder, at både den involverede lægepraksis, dennes samarbejdspartnere (f.eks. et plejehjem) og patienten selv kan angives som modtagere af data. Dette skyldes at lyd- og videodataene både går fra lægen og samarbejdspartneren til patienten, men også fra patienten til lægen og samarbejdspartneren. Derudover fungerer regionen/kommunen, MedCom, TDC A/S samt Netic A/S også som databehandlere, da disse organer behandler dataene i forbindelse med transmissionen.

Behandlingen af lyd- og videodata benyttes kun til videokonsultation og -konference mellem brugerne af systemet og foregår i overensstemmelse med GDPR's princip om formålsbegrænsning. (GDPR, 2019) Disse data bliver hverken gemt eller videresendt til en udenforstående part. I transmissionen af lyd- og videodata bedes der ikke udtrykkeligt om samtykke fra brugeren af systemet, da det må antages, at brugeren giver sin tilladelse når denne foretager eller svarer på videoopkaldet. Da behandlingen af lyd- og videodata foregår i forbindelse med folkesundhed, kan der findes lovhjemmel i GDPR's artikel 9 stk. 2 litra h (EU, 2016), som tillader behandling af personoplysninger, hvis dette sker i forbindelse med medicinsk diagnose eller ydelse af sundhedsomsorg, og i øvrigt er i overensstemmelse med national ret. Da MedCom er omfattet af sundhedslovens definition på en "sundhedsperson" (jf. §6 Sundhedsloven), kan der findes lovhjemmel til behandling af lyd- og videodataene i sundhedslovens §41 stk. 2 punkt 1. (Retsinformation.dk, 2019)

CE-mærkning

I forbindelse med anvendelsen af tekniske løsninger i sundhedssektoren er det vigtigt at være opmærksom på, om det anvendte apparatur er CE-mærket til dets tilsigtede formål. Her skal man være særligt opmærksom på, om teknologien skal klassificeres som værende medicinsk udstyr. Jf. MDR Artikel 2, definition 1 defineres medicinsk udstyr som "*ethvert instrument, apparat, udstyr, software, implantat, reagens, materiale eller anden genstand, som ifølge fabrikanten er bestemt til anvendelse, alene eller i kombination, på mennesker med henblik på et eller flere af følgende særlige medicinske formål: diagnosticering, forebyggelse, monitorering, forudsigelse, prognose, behandling eller lindring af sygdomme.*" (EU, 2016)

I dette projekt kan der blive benyttet følgende typer af udstyr:

- PC/MAC
- Webcam
- Højtaler
- Smartphone

Ovenstående udstyr er fra fabrikantens side ikke tilsigtet brug i medicinsk sammenhæng og behøver af denne grund ikke at være CE-mærket som medicinsk udstyr.

Videokonsultation og -konference har imidlertid potentiale til at blive benyttet i andre sammenhænge end kommunikation med borgere eller mellem sundhedsfaglige samarbejdspartnere. F.eks. kan videoopkald benyttes som et hjælpemiddel i diagnosticering af patienter. Hvis der i denne sammenhæng bliver benyttet monitoreringsudstyr (f.eks. et pulsoximeter) skal det sikres, at dette udstyr er CE-mærket som klasse 1m, klasse 1s, klasse 2a, klasse 2b eller klasse 3, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1263 Kapitel 2, §5, af 5. december 2008 om medicinsk udstyr. (Retsinformation, 2008) Software som har til formål at blive brugt i kombination med medicinsk udstyr eller til overvågning af patientens vitale værdier betegnes som "stand alone software" og kan klassificeres som tilbehør til et medicinsk apparat jf. Dir. 93/42 CEE art. 1.2b. (EU, 1993) Denne type software skal af denne grund være CE-mærket som klasse 2.b, hvis det skal benyttes i projektet jf. [MDR, 2017] bilag VII, punkt 6.3 "Regel 11" (EU, 2017).

4.7.1 Delkonklusion

Databeskyttelsesforordningen er trådt i kraft og gælder også for indeværende pilotprojekt, der transmitterer lyd- og videodata. Ingen data gemmes eller videresendes til en udenforstående part, data behandles udelukkende mellem brugerne af systemet. Patienten skal selv kalde op til videokonsultationen eller -konferencen og dette kan antages som et samtykke. Det udelukker ikke, at lægen kan vælge at indhente samtykke fra patienten inden gennemførelse af en videokonsultation. Aktuelt hører video ikke under medicinsk udstyr, som kræver CE-mærkning.

4.8 Etiske overvejelser

I forbindelse med implementeringen af ny teknologi er det hensigtsmæssigt at gøre sig nogle overvejelser om den pågældende teknologis potentielle effekt på samfundet. I takt med, at teknologien indtager en voksende rolle i sundhedsvæsenet, opstår der en risiko for, at denne teknologi vil begynde at diktere borgernes levevilkår, frem for at lette dem. Dette er overvejelser, som kan have tendens til at blive forbigået, da der oftest er fokus på nytteetiske argumenter som tidsbesparelse og effektivitet.

I projektet "Video i almen og speciallægepraksis" er den største faldgrube hvad angår ovenstående, at videokonsultationer med patienten vil erstatte almindelige lægekonsultationer (fremmøde), og derved forårsage en forringelse af patientbehandlingen. Hensigten med pilotprojektet har været at afklare, hvad videokonsultationen kan erstatte eller supplere i forhold til en almindelig patientkonsultation, samt undersøge om der er nogle konsultationer, som egner sig bedre til videokonsultationer end andre. Dog skal det nævnes, at videokonsultationer ikke nødvendigvis behøver at være underlegen i forhold til den sædvanlige konsultation, og der findes flere scenarier, hvor de to konsultationstyper vil kunne supplere hinanden. Derudover kan videokonsultationen også være et alternativ til andre konsultationsformer, heriblandt telefonkonsultationer, sygebesøg eller udskrivningskonferencer. Det er op til den enkelte læge at vurdere, hvilken type konsultation eller konference, videokonsultationen kan erstatte i den pågældende situation.

Videokonsultationen skal ikke blot være til gavn for lægen, men også patienten. Videokonsultation kan anvendes af mange patientgrupper. Det kan f.eks. være patienten, som skal have et prøvesvar, skal have en samtale, skal vise et udslæt, ikke har mulighed for at komme frem i åbningstiden. Patienten behøver ikke tage fri fra arbejde, men kan deltage over afstand. Det kan også være den ældre gruppe af patienter, som kan udnytte de fordele, som brugen af videokonference åbner op for. F.eks. behøver den ældre borger ikke længere bekymre sig om transporten ind til den praktiserende læge; en tur som kan være besværlig afhængig af borgerens førlighed. I denne forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på den ældre borgers forhold til teknologi. Der kan desværre opstå en tendens til at se på den ældre borger med et stereotyp syn og straks sætte denne i bås som værende teknisk udfordret. Dette bør generelt undgås, da mange ældre i dagens Danmark er IT-kompetente med både computere og smartphones. Samtidig er det dog et faktum, at mange ældre ikke mener, at de har tilstrækkelige IT-kompetencer til at benytte internettet (Danmarks Statistik, 2016), hvilket er vigtigt at tage i betragtning, så ingen borgere risikerer at tabes på gulvet i forbindelse med implementeringen af ny teknologi. Under udviklingen af videosystemet har der derfor været fokus på at gøre brugerfladen så intuitiv og brugervenlig som muligt for både læge og patient, ung og gammel.

I de tilfælde, hvor patienten møder et inaktivt videolink i meddelelsen fra lægen, og derfor skal copy/paste linket over i en browser, mistes den intuitive del, og der stilles flere krav til patientens IT-færdigheder.

4.8.1 Delkonklusion

Ved implementering af videokonferencer og videokonsultationer er det vigtigt at være opmærksom på, at sundhedssektoren ikke bevæger sig i en teknologisk determinerende retning, hvor patienternes behandling dikteres af den anvendte teknologi. I projektet har der derfor været fokus på at udvikle videotjenesten med fokus på brugervenlighed og intuitiv brug, så teknisk kunnen ikke er en forudsætning for anvendelsen af tjenesten. Hvis der skal arbejdes videre med projektet er det fremadrettet vigtigt at kunne redigere i videotjenestens design og indrette den efter evalueringer fra brugerne.

5 Diskussion

I diskussionen af evalueringen herunder præsenteres først en række udfordringer vedrørende pilotprojektet og evalueringsmetoderne, som bør tages i betragtning ved tolkning af resultaterne. Herefter sammenfattes undersøgelsens resultater kort.

Evalueringsmæssige udfordringer:

1. Projektet er forsinket: Implementering af video i almen og speciallægepraksis har taget væsentligt længere tid end forventet ved projektstart. Dette har medført, at den periode, hvor de deltagende læger har haft mulighed for at afprøve teknologien i praksis, har været meget kort.
2. Lægerne oplever derfor stadig en del tekniske udfordringer. Det betyder, at de fleste deltagere i undersøgelsen kun har haft lejlighed til at udføre ganske få teknisk vellykkede videokonsultationer. Enkelte respondenter har endnu til gode at opleve, at teknologien fungerer. Det betyder, at respondenternes svar i høj grad er baseret på holdninger og forventninger til teknologiens fremtidige anvendelse, og i langt mindre grad på egentlig praktisk erfaring.
3. Da projektet er et pilotprojekt, er der ikke brugt ressourcer på at lave fuld integration til lægernes patientadministrative systemer. Det betyder, at arbejdsgangene ved anvendelse af teknologien i pilotperioden er tungere, end de ville være, hvis videokonference blev fuldt integreret i lægernes øvrige systemer.
4. De enkelte delundersøgelser er baseret på små stikprøver af læger og patienter. Desuden er både lægerne og patienter udvalgt, fordi de vurderes at være egnede til at bruge videokonsultation. Der er således ikke tale om repræsentative stikprøver.
5. Generelt er der i undersøgelsen lave svarprocenter – både spørgeskema til patienter og postkort fra læger. Resultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed.
6. Der er forskelle mellem resultater fra delundersøgelser. Eksempelvis er lægernes postkort-besvarelser omkring deres oplevelse af den enkelte videokonsultation generelt mere positive end resultater indsamlet ved fokusgruppeinterviews. Dette kan skyldes, at der er tale om forholdsvis få deltagere i undersøgelserne og at forskellige læger deltog i de to undersøgelser. Herudover må det forventes, at læger, der udfyldte postkort, gjorde det umiddelbart efter udførte videokonsultationer, mens det var længere siden de interviewede læger havde brugt teknologien. Endelig er der en vis form for dynamik i et gruppeinterview, hvor deltagerne kan påvirke hinandens holdninger og udtalelser.
7. Det er meget vanskeligt at foretage fejlfinding i pilotprojektet. Ofte tales om tekniske problemer, men dette begreb kan dække over problemer forårsaget af lægernes udstyr og båndbredde, eller patienternes. Der kan være fejl forårsaget af "Min Læge" app'en eller videoklienten. Endelig kan der være tale om menneskelige fejl i betjeningen, eller manglende information om teknologiens muligheder og begrænsninger. Det kan overvejes, om der burde have været mere fokus på dette aspekt.

Sammenfatning af undersøgelsens resultater:

- I alt har 47 almene og 5 speciallægepraksisser deltaget i pilotprojektet og de har gennemført i alt 517 videokonsultationer og -konferencer fordelt på 40 aktive lægepraksisser.
- Ud af de 21 patienter, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen og gennemførte en videokonsultation, var 17 patienter enige i, at videokonsultation med lægen er nemt at anvende, og 16 patienter ville tage imod tilbud om videosamtaler igen.
- Lægerne i projektet har fremsendt 166 besvarelser om deres oplevelse af videokonsultation. Mere end 80 % af lægerne lykkedes med at etablere videoforbindelse og vurderede at billede og lydkvalitet var god.
- 93 % af lægerne vurderer, at videosamtalen ikke har taget længere tid end vanlig kontakt.
- Ved fokusgruppeinterview oplyste lægerne:
 - At det er en forudsætning for en god videosamtale, at patient og læge kender hinanden i forvejen og har udviklet en relation.
 - At mangel på nærhed og kontakt med patienten ikke udgjorde et problem i de tilfælde, hvor det var lykkedes at afholde videokonsultationer.
 - At fremtidig anvendelse kræver en mere velfungerende videoløsning end den, de har testet i pilotprojektet.
- Vedrørende de økonomiske aspekter af videokonsultation og -konference er der indsamlet forskellige oplysninger, som kan indgå i en kommende business-case:
 - Monitoreringsdata viser, at varigheden af videokonsultationer i gennemsnit er 14 min., mens varigheden af videokonferencer i gennemsnit er 9 min.
 - Blandt de interviewede læger var der forskellige opfattelser af tidsforbruget per videokonsultation.
 - Flertallet af de 18 patienter, som deltog i evalueringen, vurderede at varigheden af videosamtaler var den samme som ved en fremmødekonsultation hos lægen.
 - Taksten per videokonsultation var i de fleste regioner 160 kr. i pilotprojektet, dvs. lidt højere end taksten for en almindelig konsultation på 143 kr.

6 Konklusion

MedCom, PLO og de fem regioner gennemførte i 2019 et pilotprojekt med det formål at afprøve video i almen og speciallægepraksis til konsultationer med patienter og konferencer med samarbejdspartnere.

Evalueringen af pilotprojektet viser, at de deltagende læger generelt lykkedes med at gennemføre videokonsultation med patienter, idet 503 videokonsultationer blev foretaget på i alt 40 aktive lægepraksisser. Derudover blev der foretaget 14 videokonferencer med forskellige samarbejdspartnere (f.eks. sygehus, kommune eller plejehjem) i pilotperioden.

Lægernes besvarelser om deres oplevelse af i alt 166 videokonsultation viser, at mere end 80 % af lægerne lykkedes med at etablere videoforbindelse og vurderede at billede og lydkvalitet var god. 93 % af lægerne vurderer, at videosamtalen ikke har taget længere tid end vanlig kontakt.

Ved gruppeinterview med 15 praktiserende læger, 2 privatpraktiserende speciallæger i psykiatri og 2 lægesekretærer blev det oplyst, at der stadig var tekniske udfordringer for lægerne, og at fremtidig anvendelse kræver en mere velfungerende videoløsning. Den generelle holdning var her, at videokonsultation er en anvendelig teknologi i mange situationer, men altid vil være den næstbedste løsning for lægen i forhold til at have patienten fysisk tilstede. Lægerne frygter, at information går tabt, når læge og patient ikke befinder sig i samme rum under konsultationen. Mange af de interviewede læger mener, at videokonsultation primært er til fordel for patienten, der ønsker at spare tid og besvær, eller har svært ved at forlade sit hjem. Mange af de interviewede læger ser muligheder i samarbejde med kommunale partnere, f.eks. hjemmesygeplejersker og plejehjems personale, hvilket dog kræver både udstyr og flere tekniske færdigheder, også hos de kommunale samarbejdspartnere.

De interviewede læger er enige om, at teknologien skal være bedre integreret i lægens patientadministrative systemer og lettere at tilgå for både læger og patienter, hvis den for alvor skal slå igennem.

Ud af de 18 patienter, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen og gennemførte en videokonsultation var 17 patienter enig i, at videokonsultation med lægen er nem at anvende, og 16 patienter ville tage imod tilbud om videosamtaler igen.

Det skal bemærkes, at pilotprojektet var forsinket og at lægerne havde kortere tid til at afprøve teknologien end planlagt. Derfor er antallet af videokonsultationer og -konferencer lavere end forventet af projektejer og implementeringsgruppe, og lægernes erfaring er begrænset. Antallet af deltagere i de enkelte delundersøgelser var også relativt lavt, og det begrænsede antal respondenter er en udfordring for evalueringens udsagnskraft.

På denne baggrund bør det overvejes, om pilotprojektet bør genoptages og løbe noget tid endnu eller om et pilotprojekt bør gennemføres inden teknologien stilles til rådighed for alle praktiserende læger. En ny evaluering vil således kunne sikre viden om, hvordan teknologien fungerer, når de tekniske problemer er løst og når lægerne har fået mere erfaring med videokonsultationer. Evalueringen vil også kunne give et bedre billede af patienternes oplevelse af videokonsultationerne.

7 Bibliografi

- Cisco. (29. 01 2015). *www.cisco.com*. Hentede 17. 02 2020 fra *collaboration-endpoints/jabber-video-telepresence-movi/eos-eol-notice-listing*: <https://www.cisco.com/c/en/us/products/collaboration-endpoints/jabber-video-telepresence-movi/eos-eol-notice-listing.html>
- Danmarks Statistik. (01. 11 2016). *It-anvendelse i befolkningen 2016 (kap 6)*. Hentede 19. 02 2020 fra *www.dst.dk/*: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=20738&sid=itbef2016>
- Danske Regioner. (01. 10 2018). *Hver tredje kontakt med lægen skal være digital*. Hentede 12. 02 2020 fra 1. Sundhedspolitisk Tidsskrift: 1. [Shttps://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1345-danske-regioner-hver-tredje-kontakt-med-laegen-skal-vaere-digital.html](https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1345-danske-regioner-hver-tredje-kontakt-med-laegen-skal-vaere-digital.html) (01.10.2018, besøgt 12.02.2020)
- Digitaliser.dk. (01. 10 2009). <https://digitaliser.dk/resource/416476>. Hentede 17. 2 2020 fra <https://digitaliser.dk/>: <https://digitaliser.dk/resource/416476>
- EU. (14. 06 1993). *De Europæiske Fællesskabers Tidende*. Hentede 17. 02 2020 fra *eur-lex.europa.eu*: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:31993L0042&from=EN>
- EU. (27. 04 2016). *Den Europæiske Unions Tidende*. Hentede 17. 2 2020 fra *eur-lex.europa.eu*: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=DA>
- EU. (05. 05 2017). *Den Europæiske Unions Tidende*. Hentede 17. 02 2020 fra *eur-lex.europa.eu*: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2017:117:FULL&from=EN>
- EU. (05. 05 2017). *Den Europæiske Unions Tidende*. Hentede 17. 02 2020 fra *eur-lex.europa.eu*: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2017:117:FULL&from=EN>
- Evaluering-af-teletolkeprojektet*. (02. 04 2013). Hentede 25. 02 2020 fra *www.medcom.dk*: <https://www.medcom.dk/media/1233/evaluering-af-teletolkeprojektet.pdf>
- Finansministeriet. (06. 07 2017). *Økonomiaftale 2018: jf. finansierings- og styringsmodellen for fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet*. Hentede 17. 02 2020 fra *Regeringen.dk*: <https://www.regeringen.dk/media/3496/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2018.pdf>
- GDPR. (2019). *De 7 principper*. Hentede 17. 02 2020 fra *gdpr.dk*: <https://gdpr.dk/persondataforordningen/de-7-principper/#section2>
- Kidholm et al. (28. Jan 2012). A model for assessment of telemedicine applications: MAST. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012 Jan;28(1):44-51., s. 44-51.
- MedCom. (01. 08 2011). <https://www.medcom.dk>. Hentede 17. 02 2020 fra MedCom, Evaluering af ABT-projekt: Pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis : <https://www.medcom.dk/media/1228/pilotafproevning-af-videotolkning-i-almen-praksis.pdf>
- MedCom. (13. 12 2017). 5. *Principper for finansiering af SDN (Sundhedsdatanettet), VDX (videoknudepunktet) og KIH Databasen (hjemmemonitoreringsdatabase) med virkning fra og med*

2018. Hentede 17. 02 2020 fra www.medcom.dk:
https://www.medcom.dk/media/8407/principper-for-finansiering-af-sdn_vdx-og-kih-131217.pdf

MedCom. (12. 12 2019). *Sundhedsdatanet*. Hentede 17. 02 2020 fra <https://www.medcom.dk/>:
<https://www.medcom.dk/systemforvaltning/sundhedsdatanet-sdn>

Min Læge app. (28. 06 2019). Hentede 25. 02 2020 fra Sundhedsdatastyrelsen.dk:
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-min-laege-app>

Retsinformation. (15. 12 2008). *Retsinformation*. Hentede 17. 02 2020 fra www.retsinformation.dk:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=122694>

Retsinformation.dk. (19. 08 2019). *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*. Hentede 16. 02 2020 fra
www.retsinformation.dk: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110>

www.laeger.dk. (u.d.). Hentede 01. 03 2020 fra Honorartabel:
https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel_2019_oktober-1.pdf

Bilag A – Interviewguide

INTERVIEWGUIDE

Introduktion

- Formål: At få viden om jeres oplevelser og erfaringer med at anvende video i konsultationer med jeres patienter og konferencer med samarbejdspartnere.
- Gruppeinterviewets rammer:
 - 7 emner, vi gerne skal snakke om...
 - Interviewet forventes at vare ca. 1 time
 - Må jeg optage vores samtale? Ingen andre end mig hører optagelsen eller ser en eventuel udskrift. Alle navne og andet personhenførbart vil blive anonymiseret i offentliggjort materiale
- Præsentationsrunde:
 - Navn
 - Type af praksis (almen/special)
 - Antal gennemførte videokonsultationer/-konferencer

Spørgsmål

(Giv gerne eksempler undervejs)

1. Anvendelse og arbejdsgange

- Hvordan har I anvendt video i jeres praksis? Og hvordan har det fungeret?
 - o Anvendelsesområder:
 - Videokonsultation med patient
 - Videokonference med sygehus, kommune, plejehjem, andre?
 - Videotolkning (som noget nyt)
- Hvordan har I planlagt jeres videokonsultationer/-konferencer? F.eks.:
 - o Straks-konsultationer eller planlagte videokonsultationer? Hvorfor?
 - o Afsætter I sammenhængende tid til videokonsultationer eller lægger I videokonsultation ind imellem andre konsultationer?
- Til hvilke af jeres patientgrupper giver det mening at anvende video? Til hvilke ikke?
 - o Udelukkes nogen?
 - o Har det været nemt eller svært at finde relevante/egnede patienter?
- Til hvilke sygdomme giver det mening at anvende video? Til hvilke ikke?
- I hvilke faser af et patientforløb (indledende kontakt, opfølgning mv.) giver det mening at anvende video?
- Hvilke typer af konsultationer (sygebesøg, fremmøde, telefon, e-konsultation, konference) kan video erstatte? Eller er det nærmere et supplement?
- I hvilke situationer er billede af patienten under videokonsultation af stor betydning for jer? Eksempler?

2. Tekniske forhold og brugervenlighed (af systemet når det virker)

- Hvordan er du blevet introduceret til udstyret? Var introduktionen tilstrækkelig?
- Lykkedes det at gennemføre konsultationer/konferencer med video? Hvis nej, hvorfor ikke?
- Har I oplevet særlige opstartsproblemer? F.eks.:
 - o Manglende åbning af porte/firewall

- Manglende internetkapacitet/båndbredde
- Har I oplevet tekniske problemer i forbindelse med brug af video? Hvis ja:
 - Hvilke tekniske problemer har I oplevet?
 - Hvem har I kontaktet for at få hjælp til de tekniske problemer?
 - Hvad skal en eventuel fremtidig supportfunktion (ServiceDesk) kunne hjælpe jer med? Hvordan?
- Hvordan har I oplevet brugervenligheden? Var det nemt/svært at gå til?
 - Hvordan har I oplevet det at booke patienten til en videokonsultation?
 - Hvem booker og gør klar til videokonsultation (dig selv, lægesekretær, andre?)
- Hvordan har I oplevet billedkvaliteten?
- Hvordan har I oplevet lydkvaliteten?

3. Relation til patienten

- Hvordan påvirker brugen af video oplevelsen af nærhed og kontakt med patienten?
- Hvordan oplever jeres patienter brugen af videokonsultationer?

4. Samarbejde med øvrige partnere = videokonferencer (hjemmesygepleje, kommune, sygehus, plejehjem etc.)

- Hvordan påvirker brugen af video samarbejdet med øvrige partnere?
- Hvilke arbejdsgange kræver det for at få en videokonference iværksat?
- Hvordan indvirker brugen af videokonferencer med samarbejdspartnere på antallet af korrespondancemeddelelser?
- Hvordan oplever jeres samarbejdspartnere brugen af video?

5. Oplæring/vejledning

- Kræver brugen af video oplæring/vejledning?
- Har I savnet oplæring/vejledning i brugen af video?
- Hvordan har I oplevet det at informere patienten om en videokonsultation?
- Hvordan har I oplevet behovet for support fra jer til patientens brug af video?
- Har I haft tilstrækkelig tid og viden til at kunne hjælpe patienterne med at deltage i videokonsultation? Har der været behov for det?

6. Økonomi

- Hvilke typer af konsultationer (sygebesøg, fremmøde, telefon, e-konsultation, konference) kan video erstatte? Eller er det nærmere et supplement?
- Har succesfulde/gennemførte konsultationer/konferencer med video taget kortere eller længere tid end vandlig kontakt (f.eks. fysisk fremmøde)?
 - Hvis længere, hvor meget?
- Har I haft udgifter til at afholde videokonsultationer (udstyr, uddannelse, andet)?
- Hvordan er jeres honorering for at afholde videokonsultationer i forhold til traditionelt fremmøde?

7. Fordele/ulemper – styrker/svagheder – gevinster/udfordringer

- Hvad er de vigtigste fordele ved at anvende video?
 - For lægen?
 - For patienten?
- Hvad er de vigtigste ulemper ved at anvende video?
 - For lægen?
 - For patienten?

8. Fremtid

Evaluering af "Video i almen og speciallægepraksis"

- Vil i fortsat bruge video til konsultationer og konferencer i fremtiden?
- Forventer I at komme til at bruge video mere i fremtiden?
- Har I forbedringsforslag til brugen af video i jeres praksis?
- Ville I anbefale jeres kolleger at anvende video?
- Pilotperioden:
 - Har afprøvningsperioden været passende ift. at opnå erfaringer med video?
 - Hvordan har I oplevet det at være testpersoner?

9. Eventuelt

- Er der noget, vi har glemt at spørge om?

Bilag B – Overvejelser vedr. brug af video til gruppeinterviews (metode)

Af praktiske, tidsmæssige og økonomiske årsager blev alle gruppeinterviews foretaget ved brug af video, hvor interviewerne befandt sig i MedComs lokaler i Odense, mens respondenterne sad på selvvalgte lokationer, typisk eget hjem eller praksis.

Interviewernes erfaring er, at brug af video ved gruppeinterviews er en brugbar løsning, der sparer deltagerne (såvel respondenter som interviewere) for transporttid, idet alternativet ville være at samle respondenter i deres geografiske områder (f.eks. et interview pr. region) til et gruppeinterview, hvor alle var fysisk til stede. Det blev vurderet vanskeligt at anvende sidstnævnte løsning inden for projektets tidsmæssige og økonomiske rammer.

Den valgte løsning, gruppeinterview ved brug af video, gav en række udfordringer. Ikke alle respondenter kunne umiddelbart logge på. Nogle kom på med en del forsinkelse, hvilket medførte, at interviewet måtte starte forfra med præsentation af deltagere og formål, hvilket kostede en del tid. I flere tilfælde måtte respondenterne opgive at få lyd på, og deltog derfor med billede samt mobiltelefon. I et andet tilfælde deltog en respondent i det meste af interviewet uden billede, men med lyd. Lydkvaliteten var meget svingende, og vi oplevede en del støj.

Under de afholdte interviews oplevede vi forsinkelser, så lyd og billede ikke altid matchede. Desuden opstod der ventetid, fordi det var sværere for interviewerne at afdøre, hvem der ønskede at få ordet, sammenlignet med et interview, hvor alle deltagere sidder om samme bord, og lettere kan markere, når de ønsker at udtale sig.

Ved de i alt fem afholdte interviews varierede antallet af respondenter mellem tre og seks. Set i lyset af ovennævnte udfordringer fungerede dialogen bedst i de mindre grupper. Det var lettere for alle at komme til orde indenfor den afsatte tidsramme, og det var lettere for interviewerne at opfange hvem, der ønskede at sige noget.

Interviewerne konkluderer på den baggrund, at brug af video til gruppeinterviews er en anvendelig løsning, men ikke på niveau med interviews hvor alle deltagere er fysisk til stede.

Bilag C – Spørgeskema til patienter

Videokonsultation med lægen

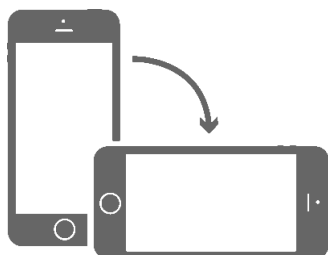
Vejledning til besvarelse af spørgeskemaet

Når der i spørgeskemaet står "lægen" henvises til enten den praktiserende læge eller speciallæge, du for nylig har haft en videokonsultation med.

Du bevæger dig frem og tilbage i spørgeskemaet ved at klikke på knapperne "Forrige/Næste" nederst på siden.

Du sender din besvarelse ved at trykke på "Afslut" på sidste side. Du mister dine svar, hvis du afbryder besvarelsen inden du har trykket på "Afslut", men kan tilgå spørgeskemaet igen via linket i beskeden fra din læge.

VIGTIGT: Bruger du telefon eller tablet til besvarelsen, anbefales det at vende telefon/tablet vandret.



Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen kan du kontakte konsulent Lone Højberg på telefon: 30 54 87 33, eller e-mail: lho@medcom.dk.

Spørgeskemaundersøgelsen gennemføres i samarbejde med:



BAGGRUNDSOPLYSNINGER

Køn

- (1) ☐ Mand
(2) ☐ Kvinde

Fødselsår

(Format: YYYY)

ERFARING MED VIDEOKONSULTATION

Lykkedes det at få kontakt til lægen i forbindelse med din seneste videokonsultation?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Forklar venligst hvorfor, det ikke lykkedes at få kontakt til lægen i forbindelse med din seneste videokonsultation:

Hvor mange gange har du anvendt videokonsultation med lægen?

- (1) ☐ 1 gang
(2) ☐ 2-5 gange
(3) ☐ Mere end 5 gange

Hvilken type af udstyr har du anvendt i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

- (1) ☐ Computer
(2) ☐ Telefon/smartphone
(3) ☐ Tablet (f.eks. iPad eller lign.)
(4) ☐ Videokonferenceudstyr
(5) ☐ Ved ikke

BRUGERVENLIGHED

Angiv venligst hvor enig du er i nedenstående udsagn på en skala fra "Helt uenig" til "Helt enig":

	Helt uenig	Uenig	Hverken/eller Enig	Helt enig	Ved ikke	
Videokonsultation med lægen er nemt at anvende	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
De fleste vil hurtigt kunne lære at anvende videokonsultation med lægen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Informationen om videokonsultation, jeg modtog i beskeden fra lægen, er nem at forstå	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Har du i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen fået hjælp af andre til at anvende video?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke

Hvem har ved din seneste videokonsultation med lægen hjulpet dig med at anvende video?
(Sæt gerne flere krydser)

- (1) ☐ Pårørende
(2) ☐ Plejepersonale
(3) ☐ Lægen eller øvrigt personale hos lægen
(4) ☐ Andre; uddyb venligst: _____

Har du øvrige kommentarer til brugervenligheden af videokonsultation med lægen, kan du skrive dem her:
(Ellers tryk "Næste")

TEKNISK KVALITET

Hvordan oplevede du billedkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

- (1) ☐ God
- (2) ☐ Dårlig
- (3) ☐ Ved ikke

Var billedkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen så dårlig, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvordan oplevede du lydkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

- (1) ☐ God
- (2) ☐ Dårlig
- (3) ☐ Ved ikke

Var lydkvaliteten i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen så dårlig, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Har du oplevet andre tekniske problemer i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

Hvilke andre tekniske problemer har du oplevet i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen?

Var de tekniske problemer i forbindelse med din seneste videokonsultation med lægen så alvorlige, at det ikke lykkedes at gennemføre konsultationen?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej
- (3) ☐ Ved ikke

TIDSFORBRUG

Sammenlignet med et almindeligt besøg hos lægen, har du ved din seneste videokonsultation med lægen så brugt mere eller mindre tid på følgende:

	Mere	Uændret	Mindre	Ved ikke
At forberede dig til konsultationen	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
At vente på lægen inden konsultationen starter	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
At tale med lægen	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Én af de forventede gevinster ved videokonsultation med lægen er, at patienten kan spare tid på transport. Er det vigtigt for dig?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

(3) ☐ Ved ikke

SAMLET TILFREDSHED OG FORSLAG TIL FORBEDRINGER

Angiv venligst hvor enig du er i nedenstående udsagn på en skala fra "Helt uenig" til "Helt enig":

	Helt uenig	Uenig	Hverken/eller	Enig	Helt enig	Ved ikke
Jeg havde en god kontakt med lægen i forbindelse med min seneste videokonsultation	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg er tryk ved at anvende videokonsultation med lægen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg vil anbefale andre at anvende videokonsultation med lægen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvis du bliver tilbudt en videokonsultation med lægen igen, vil du så tage imod tilbuddet?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke

Du har netop svaret "ved ikke" til spørgsmålet om, hvad du vil svare, hvis du bliver tilbudt en videokonsultation med lægen igen. Kan du uddybe hvorfor?

(Ellers tryk "Næste")

Videokonsultation med lægen har følgende fordele:

(Sæt gerne flere krydser)

- (7) ☐ Videokonsultation med lægen har ingen fordele
- (1) ☐ Jeg sparer tid på transport
- (6) ☐ Jeg sparer penge på transport
- (2) ☐ Jeg skal ikke tage fri fra arbejde, eller kan tage fri fra arbejde i kortere tid
- (3) ☐ Jeg slipper for fysiske udfordringer (f.eks. parkering, trapper, elevatorer mv.)
- (4) ☐ Jeg føler mig mere tryk i mine hjemlige omgivelser
- (5) ☐ Andet; uddyb venligst: _____

Videokonsultation med lægen har følgende ulemper:

(Sæt gerne flere krydser)

- (6) ☐ Videokonsultation med lægen har ingen ulemper
- (1) ☐ Det er for upersonligt
- (2) ☐ Det er svært at følge med i / forstå, hvad der bliver sagt, når det foregår via en skærm
- (3) ☐ Det er for besværligt at finde ud af teknikken
- (4) ☐ Lægen har sværere ved at forstå min situation, når det foregår via en skærm
- (5) ☐ Andet; uddyb venligst: _____

Har du øvrige kommentarer eller forbedringsforslag til brugen af videokonsultation med lægen, kan du skrive dem her:

(Ellers tryk "Næste")

Mange tak for din besvarelse.

Tryk venligst "Afslut" for at sende din besvarelse.

Bilag D – Spørgeskema til lægerne ("Post-kort")

Vurder din videokonsultation/konference 	
<i>(Sæt en cirkel omkring svaret)</i>	
Blev videokonsultationen gennemført? Ja / Nej Hvordan oplevede du billedkvaliteten? God / Dårlig. Hvordan oplevede du lydkvaliteten? God / Dårlig Har konsultationen med video taget længere tid end vanligt kontakt? Ja / Nej Hvad erstattede denne videokonsultation/konference? Sygebesøg / Telefonkonsultation / Konsultation / Udskrivningskonference / Andet	Blev videokonsultationen gennemført? Ja / Nej Hvordan oplevede du billedkvaliteten? God / Dårlig. Hvordan oplevede du lydkvaliteten? God / Dårlig Har konsultationen med video taget længere tid end vanligt kontakt? Ja / Nej Hvad erstattede denne videokonsultation/konference? Sygebesøg / Telefonkonsultation / Konsultation / Udskrivningskonference / Andet
Blev videokonsultationen gennemført? Ja / Nej Hvordan oplevede du billedkvaliteten? God / Dårlig. Hvordan oplevede du lydkvaliteten? God / Dårlig Har konsultationen med video taget længere tid end vanligt kontakt? Ja / Nej Hvad erstattede denne videokonsultation/konference? Sygebesøg / Telefonkonsultation / Konsultation / Udskrivningskonference / Andet	Blev videokonsultationen gennemført? Ja / Nej Hvordan oplevede du billedkvaliteten? God / Dårlig. Hvordan oplevede du lydkvaliteten? God / Dårlig Har konsultationen med video taget længere tid end vanligt kontakt? Ja / Nej Hvad erstattede denne videokonsultation/konference? Sygebesøg / Telefonkonsultation / Konsultation / Udskrivningskonference / Andet

Center for Innovativ Medicinsk Teknologi (CIMT)
Klinisk Udvikling
OUH Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus

Region Syddanmark