

Patientsikkerhed i digital kræftopfølgning

Hvilke patientsikkerhedsmæssige problemstillinger er forbundet med omstilling fra fysisk til digital opfølgning på kræftområdet?

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1. sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Projektleder: Liv Nørregaard Skøtt

Samarbejdspartnere: Kræftens Bekæmpelse og afdeling for kræftbehandling på et universitetshospital i Danmark

Udgivet med støtte fra: Helsefonden

Udgivelsesår: 2021

Indhold

1. Indhold	2
2. Forord	3
3. Resumé og vigtigste fund	5
4. Indledning	7
5. Datagrundlag og metoder	8
6. Litteraturstudie	10
7. Brugerpanelsundersøgelse	12
8. Interview	15
9. Arbejdsgangsanalyse	20
10. Konklusion og ideer til videre arbejde	22
11. Litteraturliste	26
12. Bilagsoversigt	27
Bilag 1: Litteraturstudiet - søgning og udvælgelsesproces	28
Bilag 2: Litteraturstudiet - de inkluderede publikationer	31
Bilag 3: Litteraturstudiet - de vigtigste fund	35
Bilag 4: Tabel over reviews der undersøger videokonsultationers effekt på patientsikkerhed	43
Bilag 5: Oversigt over målinger (surrogatmål) i international litteratur om videokonsultationer, som relaterer sig direkte eller indirekte til patientsikkerhed	44
Bilag 6: Reviews om udfordringer for patientsikkerhed ved omlægning til videokonsultationer	46
Bilag 7: Litteraturstudie – oversigt over faktorer kan påvirke videokonsultationen og bidrage til potentielle udfordringer for patientsikkerhed	49
Bilag 8: Brugerpanelsundersøgelse - positive erfaringer	53
med omlægning	53
Bilag 9: Interviewguide	55
Bilag 10: Arbejdsgangsanalyse	57

Forord

I det danske sundhedsvæsen er man bekendt med mange af de største patientsikkerhedsproblematikker inden for en række behandlinger, arbejdsgange, procedurer inden for såvel den primære, sekundære og tertiære sektor. De helt store patientsikkerhedsproblematikker, som bliver indrapporteret i form af utilsigtede hændelser, er fejlmedicinering, diagnosefejl og kommunikationsfejl.

Når der i det danske sundhedsvæsen bliver lavet omlægninger fra fysiske til digitale opfølgninger på kræftområdet på ganske kort tid på grund af Corona-pandemien, er det vigtigt, at vi sørger for, at patientsikkerheden har topprioritet. Det kan være nemt at se de umiddelbare fordele af omlægningen til digital opfølgning; mindre transporttid for patienterne, mindre ventetid, mindre risiko for infektionssmitte. Det er relevant at mindske smitterisikoen både ved den aktuelle Coronapandemi, men også generelt, da mange kræftpatienter har nedsat immunforsvar. Selvom fordelene kan virke indlysende og det er fristende at fortsætte omlægningen, må det sikres, at det sker på forsvarlig og patientsikker vis.

Kendskabet til patientsikkerhedsmæssige risici ved omlægning af kræftopfølgning er minimalt. Der er lavet en række undersøgelser af patientoplevelser ved omlægning fra fysisk til digital kommunikation, men patientsikkerhed har ikke været fokus i undersøgelserne.

Med midler fra Helsefonden har vi undersøgt de patientsikkerhedsmæssige konsekvenser ved omlægning til digitale konsultationer med udgangspunkt i fire delmål:

1. Kortlægge patientsikkerhedsmæssige risici ved omlægning af fysiske kræftopfølgninger til digital opfølgning i videnskabelig litteratur
2. Belyse patient- og pårørendes erfaringer med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning
3. Belyse klinikers erfaring med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning
4. Udarbejde ideer til videreudvikling, så vi fremadrettet sikrer en patientsikker omlægning af kræftopfølgning på baggrund af punkt 1-3.

Med udgangspunkt i punkt 1-3 viser denne rapport, at der ikke kan gives et kort og entydigt svar på patientsikkerhed ved omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning. Der er både fordele og ulemper ved at omlægge kræftopfølgning fra fysiske konsultationer til digitale konsultationer set ud fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv. Oplevelsen af om digitale konsultationer er patientsikre er også forskellig alt efter, hvem du spørger og hvilke erfaringer, man har med sig. Dette ser vi både i litteraturen, ved brugerpanelsundersøgelser, interviews og ved arbejds-gangsanalyse hos klinikere.

På baggrund af denne rapportes resultater og årelange erfaringer på kræftområdet og med patientsikkerhedsarbejde peger vi på en række områder, der kan arbejdes med for at sikre en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning:

- Kommunikation
- Samarbejde og arbejdsgange

- Omsorg og nærvær
- De rette ydelser og de rette patienter på det rette tidspunkt
- Teknologi

De digitale konsultationer blev implementeret på ganske kort tid under covid-19 pandemien og denne rapport er med til at belyse hvilke områder, man skal være særlig opmærksom på for at sikre en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning.

En stor tak til dem, der har bidraget til denne rapport; Kræftens Bekæmpelse ved Lotte Linnemann Rønfeldt, en tværfaglig gruppe af sundhedsprofessionelle fra en afdeling for kræftbehandling på et universitetshospital i Danmark samt Liv Nørregaard Skøtt og Mona Lykke von Osmanski fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

En stor tak til patienter og pårørende - uden jeres deltagelse ville denne rapport ikke have samme relevans og gennemslagskraft.

Endelig skal der lyde stor tak til Helsefonden for at bidrage økonomisk til tilblivelsen af denne rapport.

Inge Kristensen

Direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Resumé og vigtigste fund

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse lavet en kortlægning af hvilke patientsikkerhedsmæssige risici patienter, pårørende og klinikere har erfaringer med i forhold til omlægning af kræftopfølgning fra fysiske konsultationer til digitale konsultationer. Formålet er at udarbejde ideer til videreudvikling, så det fremadrettet sikrer, at omlægningen foregår uden øget risiko for patienterne.

Der er lavet en systematisk litteraturgennemgang af national og international litteratur. 41 reviews er udvalgt og på baggrund af data heri, er der set på, hvilke patientsikkerhedsmæssige risici, der omtales i forbindelse med omlægning til videokonsultation. Litteraturgennemgangen viser, at der er artikler om udfordringer med videokonsultationer, men der er ikke studier der eksplicit omtaler videokonsultationer, patientsikkerhed og kræftområdet i kombination. Særligt omtales patientsikkerhed meget sjældent eksplicit, hvorfor der må undersøges/analyseres ved at studere forskellige temaer og indirekte beskrivelser af patientsikkerhed. Analysen viser, at brugen af videokonsultationer er forbundet med patientsikkerhedsrisici inden for disse fem områder:

- Klinisk effekt
- Psykosociale effekter
- Teknologi
- Adfærd
- Andre risici

Litteraturgennemgangen viser os, at videokonsultationer bidrager til en ændret kommunikation og adfærd hos brugerne af teknologien dvs. patienter, pårørende, klinikere og organisationen. Det patientsikkerhedsmæssige er dog ikke tilstrækkeligt undersøgt og på baggrund af den foreliggende litteraturgennemgang kan der ikke vises, at omlægning fra fysisk til digital konsultation har betydning for patientsikkerheden.

Interview og brugerundersøgelse med patienter og pårørende i et brugerpanel i Kræftens Bekæmpelse peger på patientsikkerhedsmæssige udfordringer særligt ift. kommunikation mellem patient og klinikker. Denne udfordring kan få betydning for manglende/fejlagtige diagnoser og for at patienterne misforstår eller slet ikke forstår den information de får, hvilket kan føre til behandlingsfejl.

Arbejdsgangsanalyse på en afdeling for kræftbehandling på et universitetshospital i Danmark viser, at der er områder, hvor klinikerne oplever patientsikkerhedsmæssige udfordringer i den digitale kræftopfølgning:

- Det er svært at vise omsorg i det digitale rum, hvilket kan skabe situationer, hvor patienter ikke får svar på de spørgsmål og bekymringer de har. I forhold til patientsikkerhed kan dette indebære en risiko for, at patienterne f.eks. ikke forstår en behandlingsplan og derved ikke følger den korrekt.
- Det tværfaglige samarbejde kan gå tabt i den digitale konsultation. Ved en fysisk konsultation fungerer det tværfaglige samarbejde som et sikkerhedsnet, hvor personalet

samarbejder om at observere patienten, reagerer på tegn til forværring og sikre at patienten har forstået den besked lægen og sygeplejersken har givet. I forhold til patientsikkerheden kan det manglende sikkerhedsnet betyde en øget risiko for, at f.eks. symptomer og tegn på forværring, som patienten ikke selv gør opmærksom på ikke indgår i lægen og sygeplejerskens behandling af patienten.

- Tekniske udfordringer kan gå ud over koncentration/fokus og flow i konsultationen. I forhold til patientsikkerheden kan dette have betydning for, at patienten ikke fortæller om oplevede symptomer eller forværring eller, at patienten ikke får stillet de spørgsmål, som er med til at skabe sikkerhed for, at patienten følger behandlingsplanen.

Udover de patientsikkerhedsmæssige udfordringer, peger arbejdsgangsanalysen også på nogle fordele ved digital kræftopfølgning f.eks.:

- At pårørende kan deltage i konsultationer på tværs af landegrænser.
- Mulighed for at have flere pårørende med under konsultationen. Dette kan være med til at sikre forståelsen af, hvad lægen og sygeplejersken siger, og sikre at patienterne får stillet de relevante spørgsmål. I forhold til patientsikkerheden kan dette være med til at mindske risikoen for fejl grundet manglende forståelse.
- Giver mulighed for større fleksibilitet for nogle patienter.
- Svaret kan på forhånd læses, og nogle befinder sig bedre i hjemlige rammer.
- Valg af platform – video gør det muligt at dele skærm med patienten, og der er en vis mulighed for at se patienten.

På baggrund af resultater fra de fire dataindsamlingsmetoder er hovedkonklusionerne, at patientsikkerhedsrisiciene knytter sig til fem følgende områder:

- Kommunikation
- Samarbejde og arbejdsgange
- Omsorg og nærvær
- De rette ydelser og de rette patienter på det rette tidspunkt
- Teknologi

Det er således disse fem hovedområder, som projektgruppen foreslår som områder, der skal arbejdes videre med.

Indledning

Omlægning af opfølgninger på kræftområdet er ikke en ny tanke. Flere steder i Danmark har man forsøgt sig med omlægning fra fysisk til digital opfølgning på kræftområdet. En Afdeling for Kræftbehandling på et Universitetshospital i Danmark har været projektafdeling i forhold til brugen af værdibaseret styring. Her har man forsøgt at omlægge fysisk fremmøde for at få scanningssvar til telefonisk overlevering af svar. Fokus har været på at opnå høj kvalitet for patienterne samtidig med, at man ønskede at patienterne skulle være mindre fysisk til stede på hospitalet. Onkologisk Klinik har haft gode erfaringer med omlægningen i form af høj patienttilfredshed.

Der er dog et klart billede af, at mange af de iværksatte omlægninger ikke evalueres systematisk. Dette bekræftes i en del litteratur, der peger på, at der kun foreligger ganske lidt viden om hvilke patientsikkerhedsmæssige risici, der skal tages højde for, når der bruges telemedicinske løsninger som f.eks. video/telefonkonsultation (Guise, V. 2014).

Dette projekts litteraturgennemgang viser, at der i 79 studier kun er fire reviews, der rapporterer om fund af utilsigtede negative effekter og/eller hændelser samt et studie, der rapporterer fravær af utilsigtede hændelser. Ingen af disse reviews rapporterer data om effekter i form af alvorlige og/eller ikke alvorlige utilsigtede hændelser; 1 ud af 43 studier rapporterer data om potentielt skadelige effekter som udvikling af angst (Stevenson JK et al 2019); 2 ud af 150 studier rapporterer om medicinfejl (Rush K, 2018); 1 ud af 11 studier rapporterer data om interventionsrelaterede utilsigtede hændelser, der omfattede kommunikationsfejl; mens 2 ud af 11 studier rapporterer fravær af utilsigtede hændelser i interventionsperioden (Stevens W et al 2019).

I SKA Nyt, et magasin som formidler ny viden inden for forskning, behandling og pleje til de forskellige personalegrupper på kræftafdelingerne, er der netop udkommet en artikel, der beskriver et nært kommende forskningsprojekt om telekommunikation på kræftområdet (Simonsen, R. 2020). Onkologisk afdeling på Sjællands Universitetshospital skal i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, COMPAS og Changing Cancer Care afdække patienter, pårørende og sundhedsprofessionelles oplevelse af at overgå til telekommunikation i corona-perioden. Herudover vil det også blive undersøgt hvilken social slagside, der er ved omlægningen fra fysisk fremmøde til telefonisk konsultation. Dette forskningsprojekts fokus er således på oplevelser af omlægning og sociale slagsider. Der er ikke fokus på patientsikkerhedsmæssige risici, som det ønskes at afdække i det ansøgte projekt.

Projektet har fire delmål:

1. Kortlægge patientsikkerhedsmæssige risici ved omlægning af fysiske kræftopfølgninger til digital opfølgning i videnskabelig litteratur.
2. Belyse patient- og pårørendes erfaringer med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning
3. Belyse klinikeres erfaring med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning
4. Udarbejde ideer til videreudvikling så der fremadrettet sikres en patientsikker omlægning af kræftopfølgning på baggrund af punkt 1-3.

Det er i delmål 1 og 2 valgt kun at fokusere på videokonsultation og ikke telefonisk konsultation. I delmål 3, hvor der er udarbejdet en arbejdsgangsanalyse, er det valgt at inddrage erfaringer

med både video- og telefoniske konsultationer for at give et helhedsindtryk af, hvordan digitale konsultationer fungerer i praksis, og for at være så tro mod virkeligheden som muligt.

Rapporten med ideer til videre udvikling vil være relevant på flere organisatoriske niveauer i sundhedsvæsenet samt for patienter og pårørende. Ledelser, som skal beslutte om en række kræftopfølgninger skal foregå ved fysisk fremmøde af patienten eller om det skal foregå som en digital løsning, vil kunne bruge rapporten som et beslutningsværktøj. På afdelingsniveau vil klinikere kunne bruge ideerne til at sikre, at omlægning og de nye arbejdsgange forbundet med omlægning vil ske på en patientsikker måde til gavn for patienter, pårørende og klinikerne. Ansatte med dagligt ansvar for kvalitet- og patientsikkerhedsmæssige opgaver vil kunne bruge rapporten til at sikre, at omlægning og de dertilhørende arbejdsgange sker på en patientsikker måde.

Datagrundlag og metoder

For at opnå de fire delmål, har vi arbejdet i fire parallelle spor, hvor der er gjort brug af fire forskellige dataindsamlingsmetoder:

1. Afgrænset litteraturstudie omkring omlægning af fysiske opfølgninger til digital opfølgning inden for relevante kræftområder
2. Brugerpanelsundersøgelse/(spørgeskemaundersøgelse) hos et større brugerpanel
3. Interviews med patienter og pårørende
4. Arbejdsganganalyse af klinikeres erfaringer med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning

Dataindsamlingen har således taget udgangspunkt i både patienter og pårørendes perspektiv samt klinikernes erfaring med omlægning. Denne viden er suppleret med viden fra international litteratur.

Litteraturstudiet

Viden fra international litteratur er indsamlet på systematisk vis og detaljerne i det udførte litteraturstudie inkl. søgeprotokol og selektion af datakilder beskrives i bilag 1. Litteraturen er blevet gennemgået og resultater af utilsigtede negative effekter og risikofaktorer blev registreret under overordnede kategorier; *klinisk effekt*, *psykosocial effekt*, *adfærd*, *teknologi* og *andre*. De overordnede kategorier afspejler både direkte patientskade eller indirekte patientskade dvs. risikosituationer, hvor der kunne ske patientskade. Litteraturen blev derefter screenet for anden gang med udgangspunkt i de udarbejdede kategorier. De identificerede udfordringer for patientsikkerhed blev til sidst analyseret ved brug af SEIPS-modellen for at kortlægge mulige bidragende faktorer. Se beskrivelsen om SEIPS-model nederst i dette afsnit

Litteraturstudiet er foretaget af Kræftens Bekæmpelse, som også har skrevet afsnittet herom.

Brugerpanelundersøgelse

Besvarelsene i brugerpanelsundersøgelsen stammer fra et spørgeskema, som har været sendt ud til over 600 personer i et brugerpanel i Kræftens Bekæmpelse. 419 personer har besvaret spørgeskemaet. 41 % af dem, der besvarede spørgeskemaet, havde afsluttet deres kræftforløb,

37 % var i behandling, mens 20 % havde en anden status f.eks. afsluttet i kræftforløb, men i behandling for følgeskader eller i kontrolforløb.

Patienternes og de pårørendes erfaringer med brug af video- og/eller telefonkonsultationer er helt central for at kunne belyse de patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, der er ved omlægning fra fysiske til digitale konsultationer. Svarene i spørgeskemaet er kategoriseret ved hjælp af SEIPS-modellen (System Engineering Initiative for Patient Safety). SEIPS-modellen tager udgangspunkt i fem overordnede domæner; *Person* (karakteristika af patienten og personalet), *Opgave* (sundhedsydelsens egenskaber), *Teknologi* (hjælperedskaber), *Miljø* (de fysiske rammer, hvor opgaven løses) og *Organisation* (kultur, ledelse, opgavens organisering, retningslinjer m.m.) (Carayon P. et al. 2014).

Brugerpanelundersøgelsen er foretaget af Kræftens Bekæmpelse.

Interview

Erfaring med deltagelse i omlægning til videokonsultationer blev indhentet dels via semistrukturerede interviews af tre kræftpatienter og en pårørende (se bilag 9 for interviewguide), dels via spørgsmål om Corona-erfaringer stillet i Kræftens Bekæmpelses brugerpanel, juni 2019.

Materialet om informanternes erfaringer er blevet gennemgået og analyseret på tværs. De væsentligste og gennemgående patientsikkerhedstematikker og risici beskrevet af patienter og pårørende omfatter videokonsultationers effekt på patienternes og personalets adfærd og kommunikation. Erfaringerne blev kategoriseret, så de afspejler, hvad informanterne selv betragtede som konkrete muligheder for patientsikkerheden (positiv effekt) og konkrete konsekvenser/udfordringer for patientsikkerheden (negativ effekt). Til sidst anvendes SEIPS-modellen for at kortlægge mulige bidragende faktorer til udfordringerne.

Interviewene er foretaget af Kræftens Bekæmpelse og de har endvidere skrevet afsnittet herom.

Arbejdsgangsanalyse

Arbejdsgangsanalysen udformes ved at kortlægge og beskrive de trin og aktører, der spiller en rolle ved fysiske og digitale konsultationer på en Afdeling for Kræftbehandling på et Universitetshospital. Med arbejdsgangsanalysen belyses det hvilke patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, klinikere har erfaring med, når fysiske konsultationer omlægges til digitale konsultationer. I denne analyse er der fokus på kræftopfølgning. Det er således patienter, som allerede er i et aktivt behandlings- og/eller opfølgingsforløb og dermed er kendte i klinikken. Analysen bygger på en sammenligning mellem fysiske og digitale konsultationer. Patientsikkerhedsmæssige problemstillinger vil blive identificeret ved at se på forskellene mellem de to konsultationsformer. Resultaterne er blevet kvalificeret af to omgange af relevante klinikere og sekretærer i klinikken, hvor arbejdsgangsanalysen er foretaget.

Resultater fra de øvrige dataindsamlingsmetoder er kvalificeret ved en miniworkshop af deltagere fra onkologisk klinik, en medarbejder fra Kræftens Bekæmpelse samt en medarbejder fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er to medarbejdere fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der har faciliteret arbejdsgangsanalysen og workshoppen og herefter skrevet afsnittet om det.

SEIPS-MODELLEN

En af de brugte teorier til analyse er SEIPS-modellen (Systems Engineering Initiative for Patient Safety), som deler en arbejdsgang i tre elementer: arbejdsystem, proces og resultat (Carayon et al, 2014). Arbejdsystem opdeles yderligere i fem overordnede domæner og dækker over potentielle faktorer, som kan påvirke f.eks. patientsikkerhed. De fem overordnede domæner er: person (karakteristika af patienten og personalet), opgave (sundhedsydelsens egenskaber), teknologi (hjælperedskaber), miljø (de fysiske rammer, hvor opgaven skal løses) og organisation (kultur, ledelse, opgavens organisering, retningslinjer m.m.). I denne rapport brugte vi SEIPS-modellen til at beskrive mulige årsager, som kunne føre til de beskrevne skader og utilsigtede effekter. De rapporterede utilsigtede hændelser, nær ved hændelser og utilsigtede negative effekter blev kodet efter en eller flere af de fem domæner, hvis det var muligt at analysere, hvad der gik forud. Der anvendes altså en forsimplet illustration af SEIPS-modellen, hvor fem faktorer kan have indflydelse på videokonsultation (person, opgave, teknologi, miljø og organisation) og derved påvirke udfaldet ift. patientsikkerheden.

Litteraturstudie

I dette afsnit gennemgås resultaterne af litteraturstudiet. Formålet med litteraturstudiet er at kortlægge patientsikkerhedsmæssige risici ved omlægning af fysiske kræftopfølgninger til digital opfølgning i videnskabelig litteratur.

Der er identificeret 41 reviews, som omhandler eksempler på udfordringer ved videokonsultationer og 13 studier om videokonsultationer i relation til kræftpatienter. Oftest undersøges klinisk perspektiv og adfærd samt patienttilfredshed. Patientsikkerhed undersøges i disse reviews ved at studere forskellige temaer og ikke ved brug af et standardsæt af patientsikkerhedsmålinger eller indikatorer. Ingen omhandler kræftpatienter. Benævnelsen utilsigtede hændelser er hyppigt anvendt som et ønsket mål for undersøgelserne, men det er uklart hvad begrebet dækker over (og hvilke hændelser der er uønskede og derfor utilsigtede) og definition som vi kender utilsigtede hændelser i læringsøje med i Danmark mangles i litteraturen.

Størstedelen af litteraturen fokuserer i deres formål på andre aspekter såsom kliniske effekter og brugertilfredshed og -adfærd.

Der blev identificeret fire reviews, som specifikt undersøger effekter af videokonsultation på patientsikkerheden (se bilag 4), dog ikke kræftspecifikt. I formålet angiver reviews et eksplicit ønske om at undersøge patientsikkerhed eller utilsigtede negative effekter, utilsigtede hændelser eller potentielle skadelige effekter (Stevenson JK et al 2019, Stevens W et al 2019, Rush K et al 2018, Haider Z et al 2020).

De tre reviews' resultater viser, at negative (utilsigtede) hændelser eller potentielle skadelige effekter ikke er særlig udbredt. Tilsammen undersøges 79 studier, hvoraf fire rapporterer fund af utilsigtede negative effekter og/eller hændelser samt et studie, der rapporterer fravær af utilsigtede hændelser. Ingen af disse reviews rapporterer data om effekter i form af alvorlige og/eller ikke alvorlige utilsigtede hændelser; 1 ud af 43 studier rapporterer data om potentielt skadelige effekter som udvikling af angst (Stevenson JK et al., 2019); 2 ud af 150 studier rapporterer om medicinfejl (Rush K, 2018); 1 ud af 11 studier rapporterer data om interventionsrelaterede utilsigtede hændelser, der omfattede kommunikationsfejl; mens 2 ud af 11 studier rapporterer fravær af utilsigtede hændelser i interventionsperioden (Stevens W et al., 2019).

Selvom omtalen af begrebet patientsikkerhed (eng. patient safety) mangler i litteraturen om videokonsultation og kræftforløb, rapporteres der om andre udfordringer, f.eks. manglende patientcentrering, kommunikationsfejl, implementeringsvanskeligheder og tekniske udfordringer. Disse udfordringer kan have en direkte eller indirekte sammenhæng med patientsikkerheden. Når der i litteraturen beskrives skader på patienter, er dette let genkendelig som patientsikkerhedsrelateret data (f.eks. angives overforbrug af antibiotika blandt deltagerne i forsøg med videokonsultation), mens andre beskriver kommunikationsbrists med manglende forberedelse og dokumentation efter samtalerne (Stevens W et al., 2019). Det er sværere at få øje på nærværdshændelser og risikosituationer, som kunne medføre skade på patienter. Da skader oftest bliver undgået, bliver disse hændelser og situationer måske slet ikke tolket og beskrevet som potentielle risici for patienterne (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2020).

Yderligere rapporteres der fund, som afspejler utilsigtede negative effekter på patienternes adfærd, som kan skyldes forskellige faktorer (f.eks. brugernes personlige overbevisninger og præferencer og problemer med teknologien). Andre faktorer, som i nogle tilfælde kan tilknyttes kommunikationsfejl, er øget tidsforbrug på konsultationer og triagering og kan i nogle tilfælde påvirke patient og klinikers adfærd.

Da der ikke findes en standardmetode til at evaluere videokonsultationers effekt på patientsikkerheden hos kræftpatienter, er der herunder samlet forskellige resultater fra litteraturen, som efter vores vurdering afspejler direkte eller indirekte patientsikkerhed. Disse resultater er inddelt i overordnede kategorier: *Klinisk effekt*, *Psykosocial effekt*, *Adfærd*, *Teknologi* og *Andre risici* og uddybes i bilag 5.

Klinisk effekt	Psykosocial effekt	Teknologi	Adfærd	Andre risici
<ul style="list-style-type: none"> • Klinisk forværring • Funktionstab • Indlæggelse • Forpasset chance for tidlig kræftdiagnose 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional skade • Patientcentrering 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfejl • Manglende tilgængelighed • Netværksfejl, teknologifejl • Designudfordring 	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedskompetence • It-kompetence • Compliance • Akutte kontakter til sundhedsvæsenet 	<ul style="list-style-type: none"> • U hensigtsmæssig ændring i kliniske arbejdsgange • U hensigtsmæssig kultur, kompetencer og adfærd hos klinikere

Kategorierne *Klinisk effekt* og *Psykosocial effekt* afspejler konkret utilsigtet skade på patienten (f.eks. emotional skade, funktionsnedsættelse eller klinisk forværring), mens de resterende tre

kategorier indirekte kan skade patienten (f.eks. uhensigtsmæssig ændring i adfærd hos patienter og sundhedsprofessionelle eller kommunikationsfejl med tab af vigtige data). De hyppigst indsamlede data i internationale reviews findes under kategorier Psykosocial effekt og Adfærd med fokus på emotionel skade samt sundhedskompetence.

Eksempler fra international litteratur viser rapporterede udfordringer, som kan have betydning for patientsikkerhed ved omlægning til videokonsultationer – både i kræftforløb og i andre sygdomsforløb. Udfordringerne afspejler bl.a. patientskade med klinisk forværring, funktionstab, emotionel utryghed samt andre vigtige forhold som patienternes manglende IT-kompetencer, kommunikationsfejl, uhensigtsmæssig teknologisk design, klinikeres adfærd samt ændring i arbejdsgange. Eksemplerne tager udgangspunkt i både kræftforløb (bl.a. onkologi, palliation, børnekræft) og i andre sygdomsforløb og er opdelt efter samme kategorier som illustreret i bilag 5.

Udfordringer for patientsikkerheden

Af de 41 reviews, der omhandler udfordringer ved videokonsultationer, er der kun tre reviews der eksplicit omhandler patientsikkerhed og disse tre reviews viser, at negative (utilsigtede) hændelser eller potentielle skadelige effekter ikke er særlig udbredt.

De resterende reviews peger på områder, der potentielt kan have betydning for patientsikkerheden, men dette er ikke tilstrækkeligt undersøgt og på baggrund af den foreliggende litteraturn gennemgang kan der ikke vises, at omlægning fra fysisk til digital konsultation har betydning for patientsikkerheden.

Analyse af bidragende faktorer

Med udgangspunkt i SEIPS-modellen blev data i 41 reviews analyseret for at finde frem til mulige årsager bag de beskrevne udfordringer, som kunne have betydning for patientsikkerheden. De bidragende faktorer var ikke undersøgt og/eller rapporteret i alle gennemgåede 41 reviews. Analysens resultater kan give inspiration til hvilke områder, der skal undersøges nærmere ifm. brug af videokonsultationer.

De hyppigst angivne faktorer, der kunne føre til udfordringer for patientsikkerhed i telemedicin, faldt under SEIPS-domænerne *Person* og *Teknologi* (se bilag 7).

Opsamling på litteraturstudie

Patientsikkerhed undersøges sjældent eksplicit i litteraturen, men der er fundet enkelte reviews, der undersøger videokonsultationer og patientsikkerhed via *utilsigtede hændelser*, *utilsigtede negative effekter* eller *potentielle skadelige effekter*. Derudover findes et større mængde publiceret litteratur, som evaluerer omlægning af fysiske konsultationer til digitale løsninger under Coronaepidemien, med hovedfokus på tekniske set-up, organisatoriske konsekvenser og adfærd (fordele/barrierer) hos hhv. patienter og sundhedsprofessionelle.

Brugerpanelsundersøgelse

I dette afsnit præsenteres resultaterne af brugerpanelsundersøgelsen.

Formålet med brugerpanelundersøgelsen er at belyse patient- og pårørendes erfaringer med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning.

Brugerpanelundersøgelses svar stammer fra et spørgeskema, hvor der er stillet en lang række spørgsmål om kontakt til sundhedsvæsenet efter genåbningen af samfundet efter covid-19.

Spørgsmålene er stillet som ja/nej spørgsmål, hvortil det har været muligt at skrive fritekst til. Svarene er kategoriseret ved brug af SEIPS-modellen. Det er samme model, som blev anvendt til litteraturstudiets analyse. Der er taget udgangspunkt i tre af SEIPS-modellen fem domæner; *Person* (karakteristika af patienten og personalet), *Opgave* (sundhedsydelsens egenskaber), *Teknologi* (hjælperedskaber).

I dette afsnit vil vi hovedsageligt koncentrere os om de negative erfaringer og deres potentielle betydning for patientsikkerheden. De positive erfaringer er beskrevet i bilag 8.

De negative erfaringer

Patienter

Evnen til at formulere sig og huske hvad man vil sige	Patienter beskriver, at det kan være svært at få sagt det man vil, men også at huske de ting, man gerne vil tale om og få stillet de rigtige spørgsmål. En patient beskriver eksempelvis, at det er svært at beskrive, hvor ens ryg ser ud. En patient efterspørger, at man som patient bliver trænet i at fremlægge sine spørgsmål: angst, frustration, ønsker osv. og at der udarbejdes et samtalskema som støtte, så lægen ikke skal lokke oplysningerne ud af patienten. Ellers vurderer de at konsultationen ender med større frustration og spørgsmål stilles i Facebook-grupper i stedet.
Mulighed for forberedelse, og kendskab til krop, signaler og betegnelser	Patient forklarer, at det kræver, at patienten er meget vel forberedt og kender alle tegn og betegnelser. Hvis ikke patienten har mulighed for at forberede sig, og ikke kender betegnelserne bliver det ifølge en patient en meget tom samtale.
Patientsikkerhedsmæssig betydning	Patienternes beskrivelse af utrygheden ved at vurdere egen krop, symptomer og evt. forværring kan indebære en risiko for diagnosefejl.
Evnen til at huske	Patient beretter om, at personale også kan glemme de ting, der skal konsulteres eller aftales ved konsultationen (bl.a. medicinordination).

Patientsikkerhedsmæssig betydning: Patientsikkerhed handler om, at patienterne får den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt.

Hvis personalet glemmer ting ifm. digitale konsultationer, er der øget risiko for f.eks. medicinfejl (manglende ordination) eller forsinket behandling.

Opgaver

Informationstab	Patient beskriver, at kommunikation er udfordret af, at meget går tabt ved videokonsultation. En patient følte sig bl.a. overhørt mht. sine senfølger, og bad om at få en fysisk konsultation. En anden patient følte, at det var svært at få sagt det man ville.
Misforståelser	Patienter oplever, at videokonsultationer kan være associeret med misforståelser. En patient beskriver bl.a., at læger der ikke taler klart og tydeligt dansk, kan være svære at forstå og der kan tales forbi hinanden, dog bedre med video end telefon, da man her kan se lægens kropssprog. Det kan ligeledes være en udfordring, når der ikke er en pårørende til stede til at lytte med, hvis man som patient har svært ved at huske eller misforstår det der bliver sagt. Men patienter beskriver, at de ikke selv magter at sige "jeg vil gerne, at en pårørende kan lytte med". En patient beskriver bl.a. at denne er mere forvirret efter samtalen end før samtalen.
Går for hurtigt	Patienter beskriver, at det kan være svært at få besvaret alle sine spørgsmål, fordi videokonsultationerne går for hurtigt, og man kan føle sig overhørt. En anden patient beretter ligeledes om, at konsultationer kræver, at patienten er velforberedt, fordi der ikke er tid til, at lægen skal "lokke oplysninger frem i patienternes bevidsthed".
Kræver mere af patienten	En patient beskriver, at videokonsultationen virker mere usikker og kunstig, og at det dermed stiller større krav til patienten (kræver mere forberedelse, kendskab til betegnelser mv. end en fysisk konsultation).
Forringelse af behandling/opfølgning af den fagprofessionelle	Patienter oplever konsultationerne som en forringelse af deres opfølgingsforløb eller behandling, da de er utrygge ved den manglende kliniske undersøgelse (f.eks. er det ikke muligt at se egen ryg ift. hudkræft).
Fremmed fagperson og usikre svar	Patient har oplevet, at konsultationen blev med en ukendt sygeplejerske, hvilket følte utrygt. En anden patient blev mødt af en ukendt læge, som overbragte, at der var mistanke om tilbagefald, hvilket gjorde patienten utryg.

Patientsikkerhedsmæssig betydning: Kommunikationsfejl udgjorde 13% af de utilsigtede hændelser på sygehusene i 2019 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2020).

De ovenstående udsagn fra patienter og pårørende viser, at der er risiko for kommunikationsfejl ifm. digitale konsultationer. Risikoen for kommunikationsfejl opleves derfor som øget.

Organisation

Overholdelse af tidspunkt	En patient oplevede, at tidspunktet for konsultationen ikke blev overholdt og følte sig uanstændig behandlet.
Relation	Videokonsultationer kan bidrage med en upersonlig, utryg, usikker, kunstig, og overfladisk. En patient beskriver manglende nærvær, når der ikke er fysiske konsultationer.

Den videre analyse

SEIPS-modellen er brugt til at kategorisere svarene i brugerpanelsundersøgelsen med henblik på at kortlægge eventuelle patientsikkerhedsmæssige udfordringer. Først noteres både positive og negative rapporterede erfaringer ved hhv. konsultationer med fysisk fremmøde og videokonsultationer. Dette gøres, ved at give tendenserne overordnede koder. Herefter analyseres disse erfaringer ud fra SEIPS-modellen for at identificere de erfaringer, som potentielt kunne have indflydelse på patientsikkerheden. Dette gøres ved at organisere koderne i opsamlede basistemaer, som er inspireret af SEIPS-modellens fokus på personer, opgaver, værktøjer/teknologier, fysisk miljø, og organisering som delementer. Disse delementer kan påvirke de processer, som foregår i opfølgingsbehandlingen, eller de processer som skaber generel patient tryghed, samt eventuelle udfald som enten kan forværre behandlingskvaliteten eller patientsikkerheden for patienterne i kræftopfølgning.

Helt overordnet passer citatet "*Meget upersonligt. Men også en god idé*", rigtig godt på det billede af videokonsultationer, som informanterne tegner.

Udfordringer for patientsikkerheden

Brugerpanelsundersøgelsen viser, at omlægningen fra fysisk til digital kræftopfølgning kan have betydning for patientsikkerheden. Der er en øget risiko for diagnosefejl, fordi patienter selv kan vurdere symptomer og forværring. Der kan ske kommunikationsfejl, fordi den digitale platform opleves som utryg for patienterne og der kan ske fejl i behandlingen f.eks. i form af manglende ordinationer, fordi personalet glemmer at lave ordinationer ifm. den digitale opfølgning. Alle identificerede udfordringer for patientsikkerheden bygger på patienter og pårørendes oplevelser af mulige fejl.

Interview

I dette afsnit præsenteres resultaterne af interviews. Formålet med at udføre interviews er at høre patienter og pårørendes erfaringer med omlægning fra fysiske til digitale konsultationer. Det overordnede spørgsmål var, hvilke konsekvenser videokonsultation har på patientsikkerhed i kræftforløb herunder også hvilke faktorer, der har relevans for patientsikkerheden og indirekte kan påvirke den.

I det følgende præsenteres hovedresultaterne af evalueringen bygget op om temaer fundet i Kræftens Bekæmpelses brugerpanelundersøgelse om corona-erfaringer, samt i interviews med

kræftpatienter og pårørende. Citater fra interviews er markeret med kursiv. Til at analysere patienter og pårørendes svar er der anvendt SEIPS-modellen, som det også gjorde sig gældende ved litteraturstudiet og brugerpanelundersøgelsen.

Domænet Person (karakteristika af patienten og personalet)

Den rette patient

Hos patienter, der har kompleks kræftsygdom eller som har komplicerede behandlingsforløb, vurderer informanterne, at det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt at gøre brug af videokonsultation frem for fysiske, kliniske konsultationer og vurderinger. Videokonsultation er ligeledes ikke nødvendigvis favorabel, når der var behov for fysisk undersøgelse eller hos patienter, hvor der skal drøftes følsomme emner.

” Svær besked givet uden pårørende tilstede. Fik ikke stillet de spørgsmål, der skulle stilles og var frygtelig alene. Opfølgning og nærvær går helt fløjten, og det er der bare så meget brug for. ”

” Jeg ved ikke hvordan jeg ville have taget det, hvis det havde været en dårlig og grim besked jeg fik. Et almindeligt møde [fysisk konsultation] når man sidder over for folk, er på en anden måde mere personligt og nærværende, når man får den slags beskeder. ”

Videokonsultationer kan pålægge både patienter og behandlere nye roller og ansvarsfordeling. Ansvar for at vurdere helbredsstatus under videokonsultationerne skal ikke placeres hos patienten. Hvis ikke konsultationen følger en nogenlunde systematik, så risikerer kliniker at "under- eller overdosere" informationer og tilhørende indsatser.

” Når jeg normalt er afsted fysisk, så starter den læge jeg går hos med at åbne sin skærm og vise mig billederne og blodprøverne. Det fik vi ikke gjort på videomødet. ”

Der må ikke være tvivl om ansvars- og opgavefordeling mellem patienten selv og den sundhedsprofessionelle. Ansvar for vurdering af helbredsstatus kan derfor være malplaceret hos patienten og føre til uhensigtsmæssig adfærd. De fleste informanter taler for, at kræftpatienten ikke skal have ansvaret for indholdet i konsultationen og ønsker, at kliniker følger samme skabelon som ved fysisk fremmøde.

” .. videokonsultationer kræver, at man som patient er velforberedt, fordi der ikke er tid til, at lægen skal ”lokke oplysninger frem i patienternes bevidsthed”. ”

” Jeg vil næsten sige, at man forbereder sig lidt mere på videomødet end på det fysiske, fordi der netop under det fysiske møde er mere mulighed for snak frem og tilbage. ”

Domænet Opgaven

Den rette ydelse

Videokonsultationer begrænser klinikerens mulighed for at anvende flere sanser (lugte, føle, syn og hørelse) og dermed deres mulighed for at samle alle nødvendige informationer for at skabe et helhedsorienteret helhedsbillede af patienten.

” Der kan let gå detaljer tabt, når man er på videomøde frem for at have et fysisk møde - og det er vel min væsentligste anke. ”

Derudover kræver videokonsultation tilvænning og systematik for at udgå, at der tabes vigtige informationer mellem kliniker og kræftpatient. Klinisk vurdering af f.eks. hud, sår og kvalme/bivirkninger kan blive udfordret af dårlig billedkvalitet og lysforhold. Indirekte informationer om patienternes helbredsstatus kan let gå tabt ved videokonsultationer, da fokus er på samtalen, og kliniker ikke nødvendigvis ser hævede ben eller bivirkninger af behandling såsom neopati. Eller hvor patienten ikke medbringer en pårørende til videokonsultationen, som kan understøtte med spørgsmål og svar.

” Der går jo det tabt, at vanligt så kigger han [lægen] helt bevidst på hvordan jeg går, når jeg kommer ind. Fordi jeg også har noget dårlig balance qua neuropatien. Det kigger han efter og kommenterer på: ”Nårh, det ser da rimeligt ud i dag”. Det gjorde han ikke, dengang vi havde videomøde. ”

Ændret kommunikation sætter andre krav til kræftpatienter og personalet (digital kompetence, kommunikationsteknikker, forventningsafstemning)

Med den hurtige omstilling til videokonsultation, som er sket i Danmark i forbindelse med restriktioner under Coronapandemien, har det ikke været mulighed forud at tilpasse kommunikationsformen til kræftpatienter og personalet ift. at sikre digitale kompetencer og kommunikationsteknikker. Optimalt set burde der være en forventningsafstemning om videokonsultationers muligheder og begrænsninger samt et fokus på, hvordan man kan vedligeholde eller opbygge relationen mellem parterne uden det fysiske møde.

” Læger, som ikke taler et helt klart og tydeligt dansk, kan være svære at forstå i videokonsultation, på trods af, at man fysisk ser kropssprog. ”

Dog ses en ny mulighed for at involvere patientens pårørende særligt pårørende, som ikke er samboende med patienten eller bor med stor afstand fra behandlingssted.

” Når man har billedet på og man er to mennesker om at sidde der og kigger på hinanden og kan sige: ”Det skal du vist svare på”, så synes jeg at samtalen bliver mere lødig. ”

” I starten af Corona sad man [pårørende] ude i bilen. Og så begyndte han [hjernekræftpatient] at sidde og fortælle en hel masse derinde om, at det gik fint, som slet ikke passede for det gik IKKE godt derhjemme. Det var i hvert fald ikke en ønskelig situation for os. Så er det bedre med en videokonsultation, hvor man sidder overfor hinanden. ”

Kommunikationsteknikker

Fagpersonernes kommunikationsevner har indtil videre været baseret på fysisk møde med patienten, hvorfor digitale kommunikationsteknikker ikke er trænet. For at sikre, at der ikke mistes vigtige informationer i mødet med patienter, er det en forudsætning, at både patienter og kliniker har gode kommunikative evner – også ved digital kommunikation. I videokonsultationer, hvor det ikke er muligt at bruge alle andre sanser i en vurdering af patienten, så stiller det krav til kliniker om at kunne formulere eksplicite spørgsmål, som direkte/indirekte giver de ønskede informationer for på den måde at sikre, at kliniske beslutninger træffes på adækvat datagrundlag.

” Det er meget vigtigt, at man som patient bliver trænet i at fremlægge sine symptomer og spørgsmål. Måske der findes et samtaleskema, der kan bruges inden samtalen går i gang? ”

Der skal være klar forståelse og forventningsafstemning om videokonsultationen for at undgå utryghed muligheder/begrænsninger hos patienter. Det kræver et klart formål for, hvad der er det vigtigste at fokusere på i samtalen. Det er velkendt, at patienter kan have nogle vigtige spørgsmål, som de ikke får stillet, eller som ved fysisk fremmøde først stilles i døren på vej ud fra konsultationen. Disse ”dørspørgsmål” er oftest de vigtigste for patienten. Ved videokonsultation kan indholdet være fokuseret – f.eks. svar på patientens scanning – og tiden til konsultationen kan opleves begrænset, hvorfor der er risiko for at ”dørspørgsmål” udebliver, og der er risiko for, at klinikerer dermed ikke får reageret rettidigt på alvorlige sundhedstegn.

” Da jeg havde været til mødet, havde jeg tre spørgsmål, som jeg ikke rigtigt fik svar på. Dem skrev jeg så til lægen efterfølgende på mail, og så gik der et par dage før jeg får svar tilbage. ”

Relationsopbygning

At der er en god og tryk relation mellem patienten og f.eks. lægen er vigtig for informationsudveksling. Hvis relationen er dårlig, kan det have negativ betydning for behandlingen og patientsikkerheden. Relationen opbygges normalt ved kontinuerlige, fysiske møder mellem parterne.

” Møder bliver mere effektive sådan her, end når man sidder formelt sammen, fordi man bryder ikke ind i den andens snak på samme vis. Det bliver sådan spørgsmål, svar, spørgsmål, svar - mere end det bliver en uformel snak, hvor du udveksler vigtige ting. Og igen du får ikke den der med, hvor lægen siger: ”Jeg kan se, at du har fået problemer, at din venstre arm...”, den hjælp får du ikke. Nogle gange

siger man jo som patient "det betyder ingenting". Men jo det betyder noget. Men det er måske kun den pårørende, der har set det og så får man ingen hjælp af lægen, hvis ikke han kender dig. ”

Domænet Teknologi

Teknologien og digitale kompetencer

Sundhedspersonalet og patienter har ikke nødvendigvis de IT-løsninger eller kompetencer til rådighed, der skal til for at modtage videokonsultation. Dog har patienter i stort omfang tillært at anvende video i kommunikationen i privatregi via smartphones eller tablets. Øvelse i brug af videokonsultationer som sundhedsteknologi/kommunikationsteknologier er en forudsætning for korrekt brug.

” Ja man skal lige kunne navigere i sin computer, få den sat op, tænde og slukke for mikrofonen og kamera. Men altså det tilbyder de ikke hjælp til. ”

For nogle kræftpatienter tager de tekniske udfordringer dog hovedfokus.

” Man kan have en teknik-... ja, ikke angst, men sådan lidt.. Man er jo helt uprøvet i de nye tekniske hjælpemidler der kommer. Blandt andet Teams. ”

Konsekvensen af, at videokonsultationer ikke nødvendigvis er tilpasset patienterne, kan udgøre en risikofaktor for at utilsigtede negative effekter opstår. Når klinikerer ikke ser patienten fysisk og dermed ser, hvordan patienten bevæger sig, kan det føre til en mangelfuld vurdering af f.eks. rehabiliteringsbehov eller behandlingsindsats. Mangelfuld vurdering kan føre til underbehandling eller manglende tidlig opsporing af tilbagefald.

” Der går jo det tabt, at han [lægen] kigger helt bevidst når jeg kommer ind på hvordan jeg går. Fordi jeg også har noget dårlig balance qua neuropatien. Derfor kigger han efter det og så kommenterer han på det. ”Nårh det ser da rimeligt ud i dag”. Det gjorde han ikke dengang vi havde videomøde. ”

Videokonsultationer er betegnet som en almenkendt teknologi, som blev sat i værk for at løse et eksisterende problem med fysisk fremmøde. I patienters hverdagsliv kender flere til anvendelse af video som kommunikationsform forud for Corona (såsom videosamtaler over Facetime, eller lign). Videokonsultation som teknologi indeholder yderligere forudsætningen om kendskab til PC og netværksforbindelse, anvendelse af browser, evt. hentning af app-løsning, håndtering af kalenderinvitation og/eller links. Desværre er det ikke muligt for kræftpatienterne at få særlig hjælp til det tekniske, hvorfor der er risiko for forsinkelser/udsatte konsultationer eller konsultationer som ikke lykkedes. Ligeledes kan problemer med lyd og lys give anledning til forkerte vurderinger og potentielt fejlbehandling.

” *Der, hvor jeg har oplevet, at det har været problematisk, er at sidde med sin telefon. Det er for lille en skærm, så kan det bedre gå med en tablet. Ja, og så kan man og sidde og snakke, hvor der er slukket for mikrofonen.* ”

Udfordringer for patientsikkerheden

De fire interviews peger på mange af de samme patientsikkerhedsmæssige udfordringer som ved brugerpanelundersøgelsen; der er en risiko for kommunikationsfejl, diagnosefejl og behandlingsfejl. Størstedelen af de beskrevne udfordringer og risici omfattede utilsigtet negativ effekt på brugernes (patienternes og/eller personalets) adfærd og/eller deres kommunikation. Overordnet peges der på behov for at sikre, at digitale konsultationer benyttes med den rette patient, og ifm. den rette ydelse. Der er tale om en anderledes kommunikation, som stiller anderledes krav til patienter og personalet. Derudover peges der på, at teknologien i sig selv kan have betydning for patientsikkerheden f.eks., oplever informationerne, at teknologien kan betyde øget risiko for diagnosefejl.

Arbejdsgangsanalyse

I dette afsnit præsenteres resultatet af arbejdsgangsanalysen. Formålet med arbejdsgangsanalysen er at belyse klinikeres erfaring med patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved omlægning fra fysisk til digital konsultation. Arbejdsgangsanalysen er lavet som en swimlane-analyse med henblik på at tydeliggøre de forskellige faggruppers rolle i kræftopfølgninger (se bilag 10).

Fysisk konsultation karakteriseres ved, at patienten og eventuelle pårørende rent fysisk møder op på en hospitalsafdeling/klinik og har en konsultation med en læge og en sygeplejerske.

Digital konsultation er karakteriseret ved, at patienten og eventuelle pårørende møder lægen digitalt enten som en videokonsultation eller en telefonisk konsultation.

Konsultation i forbindelse med kræftopfølgning kan opdeles i før, undervejs og efter selve konsultationen. Dette gælder for både en fysisk og en digital konsultation. For begge konsultationsformer gælder også, at de involverede parter er; patienter (og evt. pårørende), sekretærer, sygeplejersker og læger.

I bilag 10 præsenteres hvilke handlinger, de enkelte aktører udfører før, undervejs og efter henholdsvis fysisk og digital konsultation. Dette er ikke et udtryk for en standardiseret måde at udføre fysiske og digitale konsultationer på indenfor kræftopfølgning. Skemaet er et udtryk for, hvordan to afsnit på en Afdeling for Kræftbehandling foretager konsultationer.

Mulige patientsikkerhedsmæssige risici ved omlægning til digital konsultation

Svært at vise omsorg i det digitale rum

De sundhedsprofessionelle kan opleve, at de tekniske løsninger går ud over den gode og nære dialog med patienterne. Ved den fysiske konsultation har lægen og sygeplejersken mulighed for at observere patientens reaktioner og kropssprog og på den måde få indblik i, hvordan patienten reagerer på den information, de modtager. Ved telefonkonsultationer er denne mulighed slet

ikke eksisterende og ved videokonsultationer kan det være svært at observere patienten tilstrækkeligt. Når det er svært at vise den tilstrækkelige omsorg i det digitale rum, kan der skabes situationer, hvor patienter ikke får svar på de spørgsmål og bekymringer, de har. I forhold til patientsikkerhed kan dette indebære en risiko for, at patienterne ikke får svar på spørgsmål, der kan have betydning for deres evne til at følge behandlingen.

Mange konsultationer med cancerpatienter indebærer svære samtaler, hvilket kræver, at lægen og sygeplejersken udviser en høj grad af omsorg og nærhed. De sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at det er svært at være omsorgsfulde, når man ikke sidder i samme rum som patienten, og de digitale løsninger opleves som svære med cancerpatienter.

Som det fremgår af arbejdsgangsanalysen, har sygeplejersken, ifm. den fysiske konsultation, mulighed for at tale med patienten efter konsultationen, f.eks. på vej til elevatoren, og sikre sig at patienten har fået svar på eventuelle spørgsmål. Dette er ikke en mulighed/muligt ved den digitale konsultation. De digitale konsultationer indeholder ikke samme mulighed for et mere uformelt rum, hvor patienterne kan spørge ind til den information, de har fået. De sundhedsprofessionelle giver udtryk for en bekymring ift., om patienten får stillet de spørgsmål, de sidder med ifm. en digital konsultation.

Det tværfaglige samarbejde kan gå tabt i den digitale konsultation

Som det fremgår af arbejdsgangsanalysen, spiller både sekretær, sygeplejerske og læge en vigtig del af de fysiske konsultationer. Det tværfaglige samarbejde ifm. den fysiske konsultation danner et sikkerhedsnet rundt om patienten, hvor alle observerer og taler med patienten og deler information på tværs af faggrupper. Sekretæren spiller en væsentlig rolle i det første møde med patienten og under den uformelle smalltalk fremkommer der ofte information, der er væsentlig for sygeplejersken og lægen i deres møde med patienten. I de digitale konsultationer er der ikke mulighed for samme stærke tværfaglige sikkerhedsnet. Patienten taler f.eks. ikke med sekretæren ifm. den digitale konsultation og den vigtige information, der kan komme frem ifm. den uformelle smalltalk, indgår således ikke i lægens og sygeplejerskens samtale med patienten.

At patienten føler sig ventet og velkommen er en vigtig del af arbejdet i klinikken. Idéen med "Ventet og Velkommen" er, at patienter og pårørende bliver mødt på en måde, der får dem til at føle sig ventede og velkomne og som understøtter, at patientens situation styrer forløbet – her spiller serviceadfærden blandt sekretærer, sygeplejersker og læger en stor rolle. Med digitale konsultationer bliver det måske sværere at levere en høj serviceadfærd ift. indsatsen. Derfor kræver det dygtiggørelse i den digitale verden.

Tekniske udfordringer kan gå ud over koncentration/fokus og flow i konsultationen

Det opleves indimellem, at der kan være tekniske udfordringer ved digitale konsultationer f.eks. i form dårlig lyd, latenstid på billede/lyd og manglende billede. Dette til frustration og ubehag for både patienten og lægen. De sundhedsprofessionelle udtrykker, at de oplever, at deres faglighed bliver udfordret/at de fremstår uprofessionelle, når teknikken ikke fungerer/når der er

tekniske udfordringer, og i værste fald kan patienten blive utryk og skuffet. Hvis der er tekniske udfordringer, kontaktes patienten per telefon i stedet.

Den digitale konsultation kræver mere forberedelse, da de sundhedsprofessionelle ikke vil risikere at signalere at være fraværende overfor patienten ved at kigge på sin skærm med sundhedsinformation. Lægen og sygeplejersken forsøger derfor at huske mere information og forbereder sig i længere tid. Hvis patienten er i rummet, kan lægen og sygeplejersken nemmere orientere sig mod skærmen med sundhedsinformation, da patienten kan se, hvad de foretager sig.

Det kan opleves, at de tekniske løsninger kan udfordre flowet i konsultationen. Ved en fysisk konsultation kan lægen og sygeplejersken bestille prøver og behandlinger, mens patienten er i rummet. Patienten kan følge med i, hvad lægen og sygeplejersken foretager sig og det opleves derfor ikke som om, at opmærksomheden fjernes fra patienten.

Hvis lægen eller sygeplejersken skal bestille prøver og behandlinger under en digital konsultation, skal de fjerne blikket fra videoen og patienten kan opleve at den nærhed, der er skabt, forsvinder. Lægen og sygeplejersken vil derfor ofte vente med at bestille prøver og behandlinger til efter konsultationen, og opgaver relateret til konsultationen tager derfor længere tid at afslutte.

Fordele ved omlægning til digital konsultation

Der kan identificeres fordele ved omlægningen til digitale konsultationer. De sundhedsprofessionelle peger bl.a. på:

- Pårørende kan deltage i konsultationer på tværs af landegrænser.
- Mulighed for at have flere pårørende med under konsultationen.
- Giver mulighed for større fleksibilitet for nogle patienter.
- Svaret kan på forhånd læses, og nogle befinder sig bedre i hjemlige rammer.
- Valg af platform – video eller telefon:
 - Video: Skærmen kan deles med patienten.
 - Video: Gør det muligt at aflæse, om patienten bliver berørt/kropssprog – den mentale dimension.

Konklusion og ideer til videre arbejde

I denne rapport er det undersøgt, hvilke patientsikkerhedsmæssige risici patienter, pårørende og klinikere har erfaringer med i forhold til omlægning af kræftopfølgning fra fysiske konsultationer til digitale konsultationer. Det har ført til en kortlægning, der viser, at der er patienter, pårørende og klinikere, der oplever udfordringer, som har betydning for patientsikkerheden, f.eks. ift. kommunikationsfejl, diagnosefejl og behandlingsfejl. Det har ikke været muligt at finde klare tegn på patientsikkerhedsmæssige udfordringer i litteraturgennemgangen, bl.a. fordi patientsikkerheden ikke er et område, der er undersøgt i størstedelen af de identificerede reviews. Omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning stiller helt nye krav til patienter, pårørende og klinikere, hvis omlægningen skal ske patientsikkert. Det stiller blandt andet krav til kommunikation,

samarbejde og arbejdsgange, vurdering af rette ydelser til rette patient på det rette tidspunkt, omsorg, nærvær og endelig teknologi.

1. Nye krav til kommunikation

Risikoen for kommunikationsfejl nævnes af både patienter og klinikere og det at afholde kræft-opfølgning som videokonsultation stiller mange krav til kommunikationen hos både patienter, pårørende og hos klinikere. Det stiller krav til både den rent lavpraktiske kommunikation lyd, lys, vinkler osv. men også til den verbale og nonverbale kommunikation. For at reducere risikoen for kommunikationsfejl, er det vigtigt, at patienter og pårørende forstår hinanden og det, der bliver sagt. Hvordan sikres det, at alt det nonverbale ses og forstås? Det kan være svært for patienter at udtrykke sig på en skærm og forklare, hvordan noget på kroppen ser ud eller udvikler sig. Hjælp til kommunikation i det digitale rum til både patienter og klinikere, kan være en nødvendighed for at sikre patientsikkerheden i kommunikationen.

2. Nye samarbejds måder og arbejdsgange

Digital kræftopfølgning betyder, at arbejdsgange ændres. Det er ikke muligt blot at overføre den fysiske måde at afholde konsultationer på til en digital udgave. Ved den fysiske konsultation er der et før, under og efter konsultationen. Her indgår sekretærer, sygeplejersker og læger i et tæt samarbejde fra før patienten træder ind i afdelingen og til patienten igen forlader afdelingen. Det tværfaglige samarbejde skaber et sikkerhedsnet rundt om patienten og dette sikkerhedsnet forsvinder i den digitale konsultation. Af arbejdsgangsanalysen fremgår det, at sekretærene i høj grad tages ud af samarbejdet ved video/telefonkonsultation. Sekretæren spiller bl.a. en vigtig rolle i forhold til koordinering og kommunikation og omsorg for patienten. Det manglende sikkerhedsnet kan have stor betydning for patientsikkerheden i form af øget risiko for manglende identifikation af forværring, patientens manglende forståelse af, hvad lægen og sygeplejersken siger og derved risiko for fejl, fordi patienten ikke følger behandlingsplanen. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan det tværfaglige sikkerhedsnet kan blive en del af den digitale konsultation.

3. Omsorg og nærvær skal sikres

Ved digitale konsultationer er det ikke muligt for de sundhedsprofessionelle at være omsorgspersoner, som man traditionelt er ved fysisk fremmøde. Det skal sikres, at denne nærhed og omsorg ikke går tabt i det digitale møde. Det at yde omsorg skal gentænkes. Når det er svært at vise den tilstrækkelige omsorg i det digitale rum, kan der skabes situationer, hvor patienter ikke får svar på de spørgsmål og bekymringer, de har. I forhold til patientsikkerhed kan dette indebære en risiko for, at patienterne f.eks. ikke forstår en behandlingsplan og derved ikke følger den korrekt.

4. De rette ydelser/konsultationsform og de rette patienter på det rette tidspunkt

Både i interviews og i brugerundersøgelsen står det klart, at patienter og pårørende finder det meget vigtigt, at de sværeste samtaler f.eks. ved dårlig udvikling i behandling, tilbagefald osv. ikke foretages digitalt. Der ytres et stort behov for, at disse samtaler skal foregå fysisk. Der ligger således en opgave i forhold til at få de rette patienter til den rette samtale og på det rette tidspunkt. For en patient kan det måske være relevant at deltage i nogle konsultationer digitalt

og nogle fysisk – alt efter behandlingsstatus osv. Nogle patienter og pårørende italesætter endvidere, at det er vigtigt for dem at bliver spurgt om, hvornår de ønsker hvilken konsultationsform. Hvis der ikke sikres den rette type af konsultation til den rette patient på det rette tidspunkt, kan de få betydning for patientsikkerheden. Hvis patienten oplever en stor grad af utryghed, kan det have betydning for patientens forståelse af, hvad lægen og sygeplejersken fortæller og kan medføre, at patienten ikke følger behandlingsplanen.

5. Teknologi

Teknologien opleves som en barriere for patientsikkerheden – særligt med hensyn til risikoen for misforståelser og manglende deling af information fra patienten. Teknologien kan altså være en patientsikkerhedsmæssig udfordring ift. både kommunikationsfejl, diagnosefejl og behandlingsfejl. Det er vigtigt, at der er den rette teknologi til rådighed hos både patienter/pårørende og hos klinikere. Endnu vigtigere, at de forskellige parter kan anvende teknologien og er komfortable med det. Ellers risikerer vi, at teknologien bliver en hindring for, at kommunikationen kan fungere, og der er flow i samtalen. Det skal være muligt at kunne få teknisk assistance.

De fem ovenfor omtalte områder er vigtige at holde for øje, når omlægningen af kræftomlægning skal ske på patientsikker vis. I kortlægningen ifm. dette projekt har det vist sig, at der er områder, der kan have en positiv effekt på patientsikkerheden:

Transporttid og tid til at finde parkeringsplads i forbindelse med konsultation fjernes. Det er hensigtsmæssigt for mange – især også de erhvervsaktive. Sparrer også mange ældre for at sidde længe og vente på transport tur/retur til et hospital.

Smitterisiko reduceres kraftigt, når patienter/pårørende ikke skal fysisk ind til konsultation. Dette er særligt relevant for patienter med kræftsygdomme med tilhørende lavt immunforsvar. Dette har også vist sig at give store fordele under f.eks. Coronapandemien eller ved store udbrud af influenza osv.

Pårørende på fjern afstand har en unik mulighed for at deltage i konsultationer og kan bidrage med unik viden.

Manglende viden på området

Litteraturgennemgangen viser, at der mangler viden om de patientsikkerhedsmæssige konsekvenser af omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning. Af de 41 reviews, der omhandler udfordringer ved videokonsultationer, er der kun tre reviews der eksplicit omhandler patientsikkerhed og disse tre reviews viser, at negative (utilsigtede) hændelser eller potentielle skadelige effekter ikke er særlig udbredt.

For at sikre at omlægning fra fysisk til digital kræftopfølgning foregår forsvarligt, er der behov for yderligere undersøgelser af de patientsikkerhedsmæssige konsekvenser af oplægningen. Derfor peger projektgruppen for denne rapport på, at der skal arbejdes med følgende områder:

- Kommunikation
- Samarbejde og arbejdsgange
- Omsorg og nærvær
- De rette ydelser og de rette patienter på det rette tidspunkt

- Teknologi

Litteraturliste

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, *Patientsikkerhed og Telemedicin – hvordan påvirker telemedicin patientsikkerhed? Internationale og danske erfaringer*, 2020, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed; *Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2019*
<https://stps.dk/da/udgivelser/2020/aarsberetning-for-dansk-patientsikkerhedsdatabase-2019/~media/01707469F7F9446FB3D3FD4EAB99CD6E>)

Se desuden bilag 2 og 3 for referencer.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Litteraturstudiet - søgning og udvælgelsesproces

Bilag 2: Litteraturstudiet - de inkluderede publikationer

Bilag 3: Litteraturstudiet - de vigtigste fund

Bilag 4: Tabel over reviews der undersøger videokonsultationers effekt på patientsikkerhed

Bilag 5: Oversigt over målinger (surrogatmål) i international litteratur om videokonsultationer, som relaterer sig direkte eller indirekte til patientsikkerhed

Bilag 6: Reviews om udfordringer for patientsikkerhed ved omlægning til video-konsultationer

Bilag 7: Litteraturstudie – oversigt over faktorer kan påvirke videokonsultationen og bidrage til potentielle udfordringer for patientsikkerhed.

Bilag 8: Brugerpanelsundersøgelse - positive erfaringer med omlægning

Bilag 9: Interviewguide

Bilag 10: Arbejdsgangsanalyse

Bilag 1: Litteraturstudiet - søgning og udvælgelsesproces

PICO-spørgsmål

Litteratursøgningen skulle belyse følgende spørgsmål:

- Hvilke patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved brug af videokonsultation i kræftopfølgning er der rapporteret i videnskabelig litteratur?

PICO-strukturen blev anvendt til at formulere et fokuseret søgespørgsmål og dermed give et overblik over, hvilke interventioner og effektmål, der skal inkluderes i litteraturgennemgangen.

- P Patienter/Borgere
- I Telemedicinsk hjemmemonitorering
- C Vanlig praksis
- O Patientsikkerhed*

*Patientsikkerhedseffektmål er defineret som konsekvenser ved fravær/brist af patientsikkerhed, som antagelsesvis ville være rapporteret i litteraturen som *harm, adverse events, incidents, unintended consequences* og lignende.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev udført ved brug af følgende søgemaskiner: PubMed, CINAHL, Embase og Cochrane Bibliotek. Søgeordene blev inddelt i 4 grupperinger – teknologi, anvendelsesområde, patientsikkerhed og studietyper. Inden for hver gruppe blev søgeordene kombineret med "OR" mens grupperne blev kombineret med "AND". Samme søgeord blev anvendt i alle databaser.

Søgetermer			
Cluster 1a – Teknologi (bred)	Cluster 1b – Teknologi (anvendelsesområde)	Cluster 2 – Patientsikkerhed	Cluster 3 Studietyper
MeSH: Videoconferencing Remote Consultation Fritekst: telemedicine tele medicine tele-medicine telemedical tele-medical tele medical telehealth tele-health tele health telecare tele care tele-care Telesupport Tele-support ehealth e-health mhealth	MeSH: Neoplasm Fritekst: home care Home care services Remote care patient monitoring patient monitor self-management home-based monitoring homebased monitoring home based monitoring home-based monitor homebased monitor home based monitor Assisted living assistive technology Home-use device therapeutic self-care digital therapeutic	MeSH: Patient Safety Risk Management Risk assessment Fritekst: Patient safety Complication Medical complication Misdiagnosis Overdiagnosis Underdiagnosis delayed diagnosis delayed treatment Adverse event Adverse reaction sentinel event Unintended event Unintended consequence Hazard failure incident	MeSH: Meta-Analysis Meta-Analysis as topic Review literature as topic Fritekst: systematic review systematic reviews meta analysis meta analyses metaanalysis metaanalyses meta-analysis meta-analyses Scoping review

m-health mobile health Mobile healthcare digital health remote care remote caring Remote consult teleconsultation tele consultation tele-consultation telehome care tele home care tele-home care hospital at home telecommunication tele-communication tele communication telecommunications tele communications tele-communications telephone nursing Telemanagement Telenurse Video consult Video consultation Computer mediated therapy Distance technology Distance technologies Remote technology Wearable monitor		error lapse slip near miss mistake harm inappropriate iatrogenic side effect Workaround Underuse Misuse Proximate cause Product recall Overriding alert Negligence Medication reconciliation contributing factor improve appropriate treatment appropriate care root cause swiss cheese model human factors ergonomics human factors engineering human factor design patient safety culture information overload defective product	
---	--	--	--

Her gives et eksempel på søgestrategi udført på PubMed:

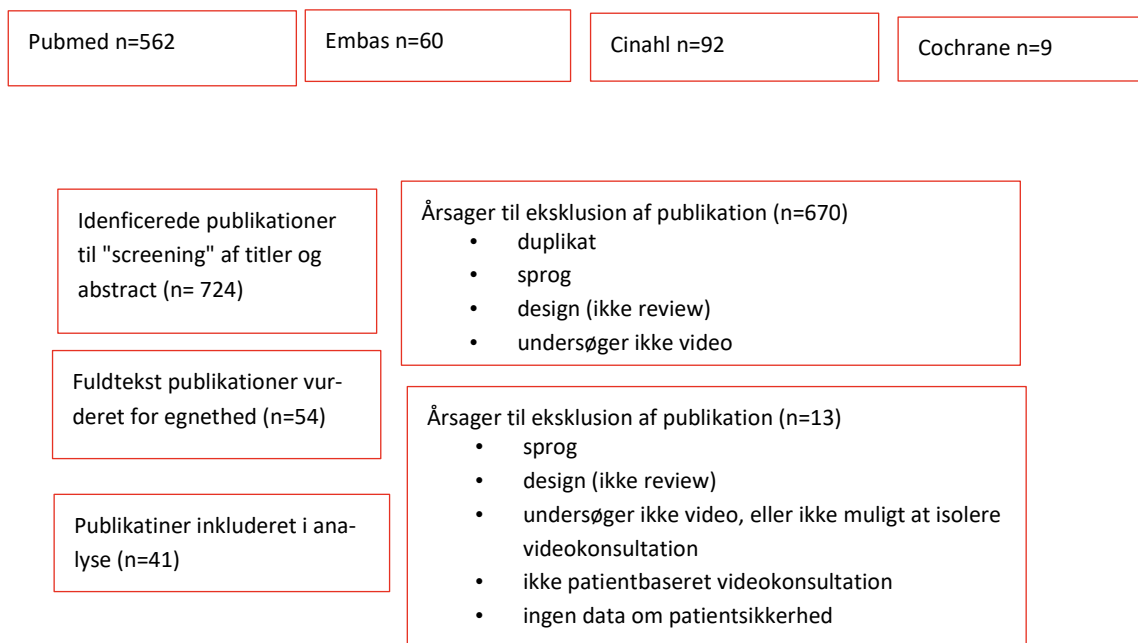
Selektionsprocessen af litteraturen

Selektionsprocessen var delt op i 2 trin: 1) initial screening af titler og abstracts; 2) gennemlæsning af fuldtekstartikler. Vurderingen og udvælgelsen er jf. inklusions- og eksklusionskriterier som angivet herunder.

Inklusions- og eksklusionskriterier for udvælgelsesprocessen	
Studie design	<p>Inklusion: Artikler og reviews publiceret mellem februar 2015 og februar 2021 publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk. Artikler og reviews, som beskriver deres metode (inkluderet søgning), selektionskriterier samt i resultatafsnittet forelægger data om de inkluderede primære studier (ved review).</p> <p>Eksklusion: Bogmateriale, primære studier, white papers, ekspert perspective, konsensusdokumenter. Artikler, hvis abstrakt og/eller fuldtekst ikke var tilgængelig. Reviews, hvis resultater var baseret på data uden en beskrivelse af, hvordan disse er blevet selekteret. Reviews, hvis digital konsultation ikke var videobaseret.</p>
Population	<p>Inklusion: Artikler og reviews, som beskriver interventioner med patienter, der havde enhver dokumenteret kræftform, og som modtager videokonsultation som digital sundhedsydelse i eget hjem uden et fysisk møde med sundhedsprofessionelle. Pga. lavt antal, er også andre sygdomsgrupper inkluderet.</p> <p>Eksklusion: Artikler og reviews, som beskriver telefonkonsultationer som intervention (obs patienter, som betegnes som risikopopulation for kræft, uden at denne endnu er indtruffet).</p>
Intervention	<p>Inklusion: Artikler og reviews, som beskriver en videokonsultation (intervention) som en sundhedsydelse leveret til en patient af sundhedsprofessionelle over afstand som informations- og kommunikationsteknologi. Konsultationen kan yderligere være</p>

	<p>understøttet af fx PRO eller anden monitorering. Patienten skal som udgangspunkt være i eget hjem</p> <p>Eksklusion: Artikler og reviews, som beskriver andre digitale konsultationstyper dvs. telefon-, sms- eller e-mailkonsultationer eller hvor interventionen involverer automatiske, algoritmestyrede vejledninger som respons til selv-monitoreringsdata (f.,eks. PRO).</p>
Outcome	<p>Inklusion: Artikler eller reviews, som fremstiller kvalitative eller kvantitative data om effektmål direkte eller indirekte relateret til videokonsultation og patientsikkerhed. F.eks. utilsigtede hændelser uden/med skade på patienten (fysisk eller emotionel skade, klinisk forværring) eller andre utilsigtede effekter for patienten (teknologi og kommunikationsfejl, non-compliance og ophørt deltagelse i interventionen) og implementeringstematikker.</p> <p>Eksklusion: Artikler eller reviews, som nævner patientsikkerhed i diskussions- eller konklusionsafsnittet uden empirisk data. Artikler eller reviews, som fokuserer på implementering.</p>

Flowchart over selektionsprocessen af datakilder



Bilag 2: Litteraturstudiet - de inkluderede publikationer

	Authors and year of publication	Title	Reference
1	Stevens W et al 2019	Ex eHealth Apps Replacing or Complementing Health Care Contacts: Scoping Review on Adverse Effects	1. Stevens WJM, van der Sande R, Beijer LJ, Gerritsen MG, Assendelft WJ. J Med Internet Res. 1. marts 2019;21(3):e10736.
2	Howego G et al 2020	The rules for online clinical engagement in the COVID era	Howego G, Sharma I, Kalu P. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons 2020
3	James HM et al 2021	Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework	James HM, Papoutsi C, Wherton J, Greenhalgh T, Shaw SE. J Med Internet Res. 2021 Jan; 23(1).
4	Rush KL et al 2018	Videoconference compared to telephone in healthcare delivery. A systematic review	Rush KL , Howlett L , Munro A , Burton L . International Journal of Medical Informatics , Volume 118, October 2018, Pages 44-53
5	Jess M et al 2019	Video consultations in palliative care: A systematic integrative review	Jess M, Timm H, Dieperink KB. Palliative Medicine 2019, Vol. 33(8) 942–958
6	Rowett KE et al 2020	Oncology Nurse Navigation Expansion of the navigator role through telehealth	Rowett KE, Christensen D. Clinical journal of oncology nursing, supplement june 2020, vol 24, no3
7	Karlsen C et al 2017	Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review	Karlsen C, Ludvigsen MS, Moe CE, Haraldstad K, Thygesen E. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(12):2913-2980.
8	Vorderstrasse A et al 2016	Social Support for Diabetes SelfManagement via eHealth Interventions	Vorderstrasse A, Lewinski A, Melkus GD, Johnson C. Curr Diab Rep. 2016;16(7):56.
9	Sutherland AE et al 2020	Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the Covid-19 pandemic: rapid review	Sutherland AE, Stickland J, Wee B.. BMJ Support Palliat Care. 2020 Sep;10(3):271-275.
10	Hancock S et al 2019	Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review	Hancock S, Preston N, Jones H. BMC Palliat Care 2019;18:114.
11	Ohannessian R et al 2020	Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action	Ohannessian R, Duong TA, Odone A. JMIR Public Health Surveill. 2020 Apr 2;6(2)
12	Smith A et al 2020	Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19)	Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ. Journal of Telemedicine and Telecare 0(0) 1–5
13	Flodgren et al 2016	Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes	Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep

14	da Silva HEC et al 2021	The role of teledentistry in oral cancer patients during the COVID-19 pandemic: an integrative literature review.	da Silva HEC, Santos GNM, Leite AF, Mesquita CRM, Figueiredo PTS, dos Reis PED, Stefani CM, de Melo NS. Support Care Cancer. 2021 Jul 5;1-15.
15	Mold F er al 2019	Electronic Consultation in Primary Care Between Providers and Patients: Systematic Review	Mold F, Hendy J, Lai Y, de Lusignan S. JMIR Med Inform. 2019 Oct-Dec; 7(4).
16	Almatham HKY et al 2020	Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review	Almatham HKY , Win KT , Vlahu-Gjorgievska E . J Med Internet Res. 2020 Feb 20;22(2)
17	Patel KU et al 2019	Multidisciplinary Approach and Outcomes of Tele-neurology: A Review	Patel KU, Malik P , DeMasi M , Lunagariya A , Jani VB . Cureus. 2019 Apr 8;(4)
18	Diedrich L et al 2021	Video-based teleconsultations in pharmaceutical care - A systematic review.	Diedrich L, Dockweiler C. Research in Social and Administrative Pharmacy, Volume 17, Issue 9 , September 2021, Pages 1523-1531
19	Christensen LF et al 2020	Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review	Christensen LF, Moller AM , Hansen JP , Nielsen, CT , Gildberg FA . Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Volume 27, Issue 3 June 2020. Pages 258-271
20	Fletcher TL et al 2018	Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home	Fletcher TL, Hogan JB , Keegan F , Davis ML , Wassef M , Day S , Lindsay JA . Psychiatry in the Digital Age (J Shore, Section Editor) 56 (2018)
21	Elsner P 2020	Tele dermatology in the times of COVID-19 – a systematic review	Journal of the German Society of Dermatology, Volume 18, Issue 8
22	Chaudhry H et al 2020	How Satisfied Are Patients and Surgeons with Telemedicine in Orthopaedic Care During the COVID-19 Pandemic? A Systematic Review and Meta-analysis	Chaudhry H, Nadeem S, Mundi R. Clin Orthop Relat Res. 2021 Jan 1;479(1):47-56.
23	Kim Y et al 2020	Decision Support Capabilities of Telemedicine in Emergency Prehospital Care: Systematic Review	Kim Y, Groombridge C, Romero L, Clare S, Fitzgerald MCJ Med Internet Res 2020;22(12):e18959
24	Asiri A et al 2018	The Use of Telemedicine in Surgical Care: A Systematic Review	Asiri A, AlBishi A, Househ M Acta Inform Med. 2018 Oct; 26(3): 201–206.
25	Haider Z et al 2020	Telemedicine in orthopaedics and its potential applications during COVID-19 and beyond: A systematic review.	Haider Z, Aweid B, Subramanian P, Iranpour F. Journal of Telemedicine and Telecare 2020, 0(0) 1–13

26	Larsona DN et al 2021	A New Era: The Growth of Video-Based Visits for Remote Management of Persons with Parkinson's Disease	Larsona DN, Schneider RB, Simunia T. Journal of Parkinson's Disease 11 (2021) S27–S34
27	Abimbola S et al 2019	The medium, the message and the measure: a theory-driven review on the value of telehealth as a patient-facing digital health innovation	Abimbola S, Keelan S; Everett M, Casburn K, Mitchell M, Burchfield K, Martiniuk A. Health Economics Review (2019) 9:21
28	Petersen W et al 2020	A systematic review about telemedicine in orthopedics.	Petersen W, Karpinski K, Backhaus L, Bierke S, Häner M. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, feb 2021
29	O'Cathail M et al 2020	The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review	O'Cathail M, Sivanandan A, Christian J. JMIR Med Inform. 2020 Mar 16;8(3):
30	Hilty DM et al 2018	An Update on Telepsychiatry and How It Can Leverage Collaborative, Stepped, and Integrated Services to Primary Care	Hilty DM, Rabinowitz T, McCarron RM, Katzelnick DJ, Chang T, Bauer AM, Fortney J. Psychosomatics. 2018 May-Jun;59(3):227-250.
31	Soliman AM 2020	Telemedicine in the Cardiovascular World: Ready for the Future?	Soliman AM. Methodist Debakey Cardiovasc J. Oct-Dec 2020;16(4):283-290
32	Gilbert AW et al 2020	Use of virtual consultations in an orthopaedic rehabilitation setting: how do changes in the work of being a patient influence patient preferences? A systematic review and qualitative synthesis	Gilbert AW, Jones J, Jaggi A, May CR. BMJ Open. 2020 Sep 16;10(9):
33	Gorrie A et al 2021	Benefits and limitations of telegenetics: A literature review.	Gorrie A, Gold J, Cameron C, Krause M, Kincaid H. J Genet Couns. 2021 Aug;30(4):924-937.
34	Wong SH et al 2021	Telehealth and Screening Strategies in the Diagnosis and Management of Glaucoma.	Wong SH, Tsai JC. J Clin Med. 2021 Aug 4;10(16):3452.
35	Carrillo de Albornoz S et al 2021	The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review	Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A. Fam Pract. 2021 Jul 19
36	Shah AC et al 2021	Telemedicine in Malignant and Nonmalignant Hematology: Systematic Review of Pediatric and Adult Studies.	Shah AC, O'Dwyer LC, Badawy SM. JMIR Mhealth Uhealth. 2021 Jul 8;9(7)
37	Bakhit M et al 2021	Antibiotic prescribing for acute infections in synchronous telehealth consultations: a systematic review and meta-analysis	Bakhit M, Baillie E, Krzyzaniak N, van Driel M, Clark J, Glasziou P, Del Mar C. BJGP Open. 2021 Sep 8

38	Chuchu N et al 2018	Tele dermatology for diagnosing skin cancer in adults.	Chuchu N, Dinnes J, Takwoingi Y, Matin RN, Bayliss SE, Davenport C, Moreau JF, Bassett O, Godfrey K, O'Sullivan C, Walter FM, Motley R, Deeks JJ, Williams HC; Cochrane Skin Cancer Diagnostic Test Accuracy Group. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 4;12(12):
39	Hazenberg CEVB et al 2020	Telehealth and telemedicine applications for the diabetic foot: A systematic review.	Hazenberg CEVB, Aan de Stegge WB, Van Baal SG, Moll FL, Bus SA. Diabetes Metab Res Rev. 2020 Mar;36(3):
40	Socarrás MR et al 2020	Telemedicine and Smart Working: Recommendations of the European Association of Urology.	Rodriguez Socarrás M, Loeb S, Teoh JY, Ribal MJ, Bloemberg J, Catto J, N'Dow J, Van Poppel H, Gómez Rivas J. Eur Urol. 2020 Dec;78(6):812-819.
41	Dykgraaf SH et al 2021	"A decade's worth of work in a matter of days": The journey to telehealth for the whole population in Australia.	Dykgraaf SH, Desborough J, de Toca L, Davis S, Roberts L, Munindradasa A, McMillan A, Kelly P, Kidd M. Int J Med Inform. 2021 Jul;151

Bilag 3: Litteraturstudiet - de vigtigste fund

Author and Year of publication (review)	Purpose	Patient safety related outcome measures	Key findings concerning challenges for patient safety related to video-consultation
Stevens W et al 2019	To investigate whether adverse effects were reported and the nature and quality of research into these possible adverse effects.	Patient safety incidents, technology related metrics, behavioral outcomes	Communication failure, technology issues
Howego G et al 2020	To review current technical, medical and legal guidelines for video consulting to assist hospital doctors, who are conducting remote consultations as a result of COVID-19	Clinical outcomes, technology related metrics, behavioral outcomes.	Implementation issues, barriers at providers.
Jess M et al 2019	To provide an overview of the evidence concerning video consultations in palliative care to various patient groups, by answering the following research question: What are (1) the advantages and disadvantages and (2) the barriers and facilitators, when implementing video consultations in general and specialized palliative care from the perspective of patients and relatives, health care professionals, and society?	Clinical outcomes, behavioral outcomes, psychosocial outcomes.	Admission, technology issues, psychological and communicative issues, economic, barriers and facilitators, impact of relatives.
James HM et al 2021	To review and synthesize reported opportunities, challenges, and lessons learned in the scale-up, spread, and sustainability of video consultations, and identify transferable insights that can inform policy and practice	Clinical outcomes, organizational behavior	Lack of evidence that can support the spread and scale-up of video consulting, clinical issues, cost, organization and staff issues,
Rush KL et al 2018	To conduct a review comparing the effectiveness of videoconference versus telephone in the delivery of healthcare	Clinical outcomes, patient safety, patient satisfaction, technology,	<u>Healthcare utilization</u> and costs were highly variable across studies.
Rowett KE et al 2020	To provide an overview of teleoncology and introduces telenavigation through the collaborative role of the	Clinical outcomes, behavioral outcomes, psychosocial outcomes, technology	Communication failure, emotional harm, noncompliance

	<p>oncology nurse navigator (ONN), who provides care in comprehensive cancer centers and clinic practices in the community</p>	<p>related metrics, other hazards</p>	
<p>Karlsen C et al 2017</p>	<p>The aim of this paper is to provide a summary of the literature pertaining to the various applications of VC within mental health and the impact of these approaches. Issues relating to the implications of VC within services and guidance for the usage of VC will also be discussed. As well as drawing on the existing literature, where appropriate, we will also report our experience of implementing VC in an NHS mental health trust, as part of a Knowledge Transfer Partnership</p> <p>The aim of this paper is to provide a summary of the literature pertaining to the various applications of VC within mental health and the impact of these approaches. Issues related to the implications of VC within services and guidance for the usage of VC, will also be discussed. As well as drawing on the existing literature, where appropriate we will also report our experience of implementing VC in an NHS mental health trust, as part of a Knowledge Transfer Partnership</p> <p>The aim of this paper is to provide a summary of the literature pertaining to the various applications of VC within mental health and the</p>	<p>Psychosocial outcomes, behavioral outcomes, technology related metrics</p>	<p>Emotional harm, noncompliance to action plan, technology issues</p>

	<p>impact of these approaches. Issues relating to the implications of VC within services and guidance for the usage of VC will also be discussed. As well as drawing on the existing literature, where appropriate we will also report our experience of implementing VC in an NHS mental health trust, as part of a Knowledge Transfer Partnership</p> <p>To identify and synthesize the best evidence of community-dwelling older adults' experiences with the use of telecare in home care services. Further, the review aimed to identify, what beliefs older adults hold regarding the impact of telecare on the ability to age in place.</p>		
Vorderstrasse A et al 2016	To discuss social support interventions, types of support provided, sources or providers of support, outcomes of the support interventions (clinical, behavioral, psychosocial), and logistical and clinical considerations for support interventions using eHealth technologies	Psychosocial outcomes, behavioral outcomes	Emotional harm, noncompliance to action plan
Sutherland AE et al 2020	To identify all potentially relevant research about video consultations in palliative care.	Clinical outcomes, psychosocial outcomes, Behavioral outcome	Admission and home rates, self-efficacy fell, effective, accessible, acceptable and cost-effective
Hancock S et al 2019	To examine the current status of telehealth in palliative care in the UK and any evidence to suggest an effect on access to emergency or unscheduled care.	Clinical outcomes (prevented avoidable admission or expedited appropriate admissions), psychosocial outcomes, behavioral outcomes	Emotional harm, Technology issues, Physician reluctance to adopt novel technology in practice
Ohannessian R et al 2020	To update framework for telemedicine during the COVID-19 pandemic	Conceptual framework	No change

Smith A et al 2020	To outline key requirements to ensure that the value of telehealth is fully realized, not only in emergencies (such as pandemics) but also in everyday practice	Behavioral outcomes, psychosocial outcomes, technology related metrics	Implementation issues, barriers at providers and patients
Flodgren et al 2016 (review)	To assess the effectiveness, acceptability and costs of interactive telemedicine as an alternative to, or in addition to, usual care (i.e., face-to-face care, or telephone consultation).	Clinical outcomes, behavioral outcomes, technology related metrics	Unscheduled visits, intervention drop out, nonadherence, data transmission failure
da Silva HEC et al 2021 (review)	To analyze benefits of the use of teledentistry for patients undergoing treatment of oral and head and neck cancer during the COVID-19 pandemic	Clinical outcomes, patient's satisfaction, technology, communication/engagement,	Implementation issues, low evidence on quality, cost, sustainability and improved self-care.
Mold F er al 2019 (review)	To assess the evidence of delivering e-consultations using secure email, messaging or video links in primary care. The objectives were as follows: (1) understand how e-consultations affect patients' access to services, their frequency of use and satisfaction, and any impact on health outcomes; (2) investigate professional and workforce issues, including potential changes in workload or flow (actual and perceived) and barriers to use; and (3) identify possible organizational or technology barriers and solutions to implementation	Patient's satisfaction, feasibility, technology, communication/engagement,	Disparities in uptake and utilization, implementation issues, manageable clinical workflow,
Almatham HKY et al 2020 (review)	To identify facilitators and barriers to Home Online Health Consultation (HOHC) systems that influence their uptake (i.e., effectiveness, users satisfaction)	Behavioral outcomes, technology,	Effectiveness, user satisfaction, barrier and facilitators, family member involvement, cost and reimbursement issues
Patel KU et al 2019	To examine the current types of tele-neurology available, as well as prior research, outcomes, limitations, and the multidisciplinary nature of the relevant subtypes of tele-neurology.	Patient satisfaction	Implementation is limited due to cost burden, lack of expertise to implement necessary technology, legal litigations, and suitable financial and

			professional incentives for the users.
Diedrich L et al 2021 (systematisk review)	To assess evidence on real-time video conferencing between pharmacists and patients and the influence on patient related outcomes (compared to standard care)	Clinical outcome, psychological outcome,	Ensures general provision of pharmaceutical care. No effect in clinical or psychological outcome. Increased adherence and correct medication use. Healthcare utilization not influenced.
Christensen LF et al 2020	To conduct a systematic review of the existing literature focusing on patients' and providers' experiences of video consultations for depression.	Clinical outcome, technology,, patients experiences and satisfaction, psychological outcome	The challenges mainly consist of technical problems and lack of support from staff
Fletcher TL et al 2018	To examine the literature on video to home (VTH) delivery of mental health services to synthesize information regarding (1) the comparative clinical effectiveness of VTH to in-person mental health treatment, (2) impact of VTH on treatment adherence, (3) patient and provider satisfaction with VTH, (4) cost effectiveness of VTH, and (5) clinical considerations for VTH use	Clinical effectiveness, cost, patient satisfaction outcomes,	Treatment adherence, provide mental health care to populations difficult to reach and/or underserved
Elsner P 2020	To which extent are teledermatological procedures used by dermatologists in the course of the COVID-19 pandemic and which experiences with the application of teledermatological procedures in dermatological practices and clinics were reported in the literature- in chronic dermatoses and care of oncological patients with dermatological complications	Patient satisfaction, cost, willingness to participate in video consultation	Video consultation can compensate - at least partially - for the restrictions of personal dermatological care. Surveying skin condition under oncological therapy
Chaudhry H et al 2020	(1) What are the levels of patient and surgeon satisfaction with the use of telemedicine as a tool for orthopedic care delivery? (2) Are there differences in patient-reported outcomes between telemedicine visits and in-person visits? (3) What is the difference in time commitment	Patient reported outcome (PRO), patient satisfaction, surgeon satisfaction, cost	No difference among multiple patient-reported outcome measures that evaluated pain and function.

	between telemedicine and in-person visits?		
Kim Y et al 2020	To systematically review whether the clinical outcomes achieved, as reported in the literature, favor telemedicine decision support for medical interventions during prehospital care.	Patent safety issues as mortality, adverse events, and technical challenges were noted on telemedicine (real-time telemetry system) – not video consultation	Risk of bias-classification, no significant advantage was found between telephones or video-streaming features to enable two-way communication
Asiri A et al 2018	To investigate the broad range of telemedicine technologies used in surgical care	Efficiency, patient satisfaction, and costs	In postoperative care, video consultation and digital cameras provided an accurate diagnosis and treatment plan. Avoiding unnecessary trips to hospitals, saving time and reducing the number of working days missed
Haider Z et al 2020	To explore evidence for telemedicine in orthopedics to determine its advantages, validity, effectiveness and utilization	Clinical outcome, accuracy & validity of clinical examination, clinical outcome, clinician and patient satisfaction, cost effectiveness, patient safety (not in video consultation)	No significant difference in planned clinic outcomes; referral to surgery, number of follow-ups. No difference in serious events between two groups at 12-month follow-up.
Larsona DN et al 2021	To review the use of video based visits for the management of persons with Parkinsons Disease and provide a high-level overview of experiences worldwide	Feasibility, patient satisfaction, provider satisfaction, technical aspects	Concerns regarding the ability to establish a personal connection. Video consultation with cognitive behavioral therapy demonstrated a significant improvement in depressive symptoms at treatment end that was maintained long-term
Abimbola S et al 2019	To identify existing evidence that demonstrates the real and potential value of videoconferencing.	Clinical outcome, satisfaction, cost	Videoconferencing vs in-person showed greater efficacy in clinical outcome treating pediatric depression (reduction in the symptoms of depression)
Petersen W et al 2020	To find out if there is enough scientific evidence for the use of telemedicine applications in orthopedics	Satisfaction, functional outcome parameters and PROM	Video consultations are comparable to conventional rehabilitation after knee

			arthroplasty. Simple diagnostic tests are possible through video transmission.
O'Cathail M et al 2020	To examine the extent and nature of the use of patient-facing teleconsultations within a health care setting in the United Kingdom and what outcome measures have been assessed.	Clinical outcome, satisfaction, technical feasibility, clinical effectiveness	More investigations in teleconsultation (lack of confidence) - not possible to separate telephone from video consultation. No difference in mortality, re-admissions or change in diagnosis, management when seen 3 months after discharge.
Hilty DM et al 2018	To explore telepsychiatry as applied to newer models of care (e.g., collaborative, stepped, and integrated care)	Effectiveness, cost, clinical outcomes,	Depression is equal face to face, as well as adherence, satisfaction. Higher consultation remission.
Soliman AM 2020	To provide a broad perspective of how cardiovascular care is primed for the implementation of telemedicine	Implementation barriers, clinician factors, patient factors	Cardiovascular risk factors can be managed through telemedicine.
Gilbert AW et al 2020	To review the qualitative literature on the use of communication technology for patients in an orthopedic rehabilitation setting and develop a taxonomy of tasks required of patients using communication technology	Patient preferences, patient and clinician experiences	Burden on patients is individual and situational, depending on the clinical requirements and the patient's life-world.
Gorrie A et al 2021	To examine the benefits and limitations of telegenetics and explore the views of patients and health professionals utilizing telegenetics	Patient acceptability, cost-effectiveness,, patient experiences, behavioral outcome	Psychosocial needs were not adequately met, technical issues
Wong SH et al 2021	To review telehealth and screening strategies in the Diagnosis and Management of Glaucoma	Technical issues, clinical outcome	A video visit does not allow for relevant measurement, testing, or the visualization
Carrillo de Albornoz S et al 2021	To evaluate the impact of telephone or video consultations compared to those conducted face-to-face in primary care, mental health and allied health services, which have had a critical role in the management of the wider and longer-term consequences of COVID-19	Patient satisfaction, effectiveness, healthcare utilization	Video consultation effective on treating depression symptoms, but high discontinuation rates indicate this may not be a suitable modality of healthcare delivery for all patients.

Shah AC et al 2021	To synthesize and analyze information regarding the feasibility, acceptability, and potential benefits of telemedicine interventions in malignant and nonmalignant hematology	Feasibility, satisfaction, acceptability, and potential benefits	Similar or improved health care compared to face-to-face encounters in both pediatric and adult populations
Bakhit M et al 2021	To assess the effect on antibiotic prescribing in primary care of telehealth (TH) consultations compared to face-to-face (F2F)	Clinical outcomes, patient safety	No difference in reported adverse events within 30-day follow-up, no hospitalization or sepsis
Chuchu N et al 2018	To determine the diagnostic accuracy of teledermatology for the detection of any skin cancer (melanoma, BCC or cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC)) in adults, and to compare its accuracy with that of in-person diagnosis.	Diagnostic accuracy, referral accuracy	Teledermatology can correctly identify the majority of malignant lesions. To identify 'possibly' malignant cases to be considered for excision requires face-to-face assessment by a specialist.
Hazenberg CEVB et al 2020	To assess the peer-reviewed literature on the psychometric properties and current limitations of using telehealth and telemedicine approaches for prevention and management of diabetic foot disease	Validity, reliability, feasibility, effectiveness, and costs	Audio/video/online communication is mainly used for foot ulcer monitoring and may be of benefit.
Socarrás MR et al 2020	To provide practical recommendations for effective use of technological tools in telemedicine in specialized urological setting	Patient outcome, behavioral outcome, patient satisfaction	Facilitates urological clinical support, solves problems of limitations in mobility, reduces unnecessary visits to clinics.
Dykgraaf SH et al 2021	To review the literature regarding telephone and video consulting, outlines the pre-COVID background to telehealth implementation in Australia, and describes the national telehealth policy measures instituted in response to COVID-19	Implementation issues, costs, behavior and clinical outcome, patient and provider satisfaction	Persisting implementation issues

Bilag 4: Tabel over reviews der undersøger videokonsultationers effekt på patientsikkerhed

Forfattere og udgivelsesår	Patient-grupper	Relevante effektmål (engelske termer)	Beskrivelse af den ønskede dataindsamling	Antal studier, der rapporterer data/Totalt
Stevens W. et al 2019	Voksne med en kronisk lidelse	Intervention-relaterede utilsigtede hændelser (Studyrelated adverse events) Alvorlige utilsigtede hændelser (Serious adverse events) Utilsigtede negative effekter på sikkerhed (Adverse effects, AHRQ safety domain of quality)	Ikke specificeret Ikke specificeret Kommunikationsfejl, Dokumentationsfejl, Manglende journallæsning forud kommunikation med patienten	3/11
Rush K, 2018*	Voksne og børn med forskellige sygdomme	Potentielt skadelige effekter	Medicinfejl,	2/150
Stevenson JK et al 2019	Patienter med kronisk nyresygdom	Potentielt skadelige effekter (Potential harms)	Angst ved hyppig monitorering, ulykker og død (f.eks. ved brug af telefon under bilkørsel)	1/43
Haider Z et al 2020	Ortopædiske patienter	Ingen fund. Men potentielt skadelige effekter (patient safety, serious events).	Postoperative smerter, EQ-VAS, EQ-5D, post-operative komplikationer, re-operationer eller alvorlige events	6/21

*i sammenligning med telefonkonsultation

Bilag 5: Oversigt over målinger (surrogatmål) i international litteratur om videokonsultationer, som relaterer sig direkte eller indirekte til patientsikkerhed

Kategori	Beskrivelse
Klinisk effekt	
Klinisk forværring	Symptomforværring (f.eks. smerter, kvalme, tilbagefald af sygdom, forpasset chance for tidlig diagnose, andre kendte undgåelige komplikationer såsom kirurgiske infektioner). Kan undersøges ved brug af specifikke test eller patientrapporterede outcomes (PRO-data).
Funktionstab	Nedsat fysisk evne til at klare den daglige tilværelse. Kan undersøges ved brug af specifikke test eller ved patientrapporterede outcomes (PRO-data).
Psykosocial effekt	
Emotionel skade	Symptomudvikling af depressiv og ængstelig karakter grundet f.eks. kommunikationsbrists, fokus på teknologi frem for sygdom.
Patientcentrering	Manglende opmærksomhed på patientens behov (fysik, psykisk og socialt), verbalt og non-verbalt. Fællesbeslutningstagen.
Teknologi	
Kommunikationsfejl	Manglende forberedelse blandt sundhedsprofessionel forud for konsultation eller tab af/mangel på dokumentation af vigtige informationer efter konsultation og manglende opfølgning (som ikke er associeret til brugerens handlinger). Fejl i patientidentifikation.
Netværksfejl og designudfordringer	Netværksfejl, som forhindrer adgang til digitale kommunikationsplatforme. Ejerforhold til PC, iPad, eller lign. teknologi. Udfordringer med teknologien og/eller i brug af teknologien (mikrofon, lys, lyd, kalenderbrug). Dvs. manglende match af brugernes behov og evner.
Adfærd	
Manglende egenomsorg	Patientens manglende evne til at genkende/erkende symptomer, deltage aktivt i egen behandling, vidensøgning, medicinadministration, opmærksomhed på livsstilsvaner eller

	bearbejdning af destruktive følelser, der kan opstå som følge af at være syg
Manglende involvering i behandlingsvalg	Patientens manglende evne til involvering og til at deltage aktivt i fællesbeslutning omkring f.eks. behandlingsvalg
Non-compliance	Patientens manglende sundhedskompetence og it-kompetence, herunder forståelse og overholdelse af de aftaler, der er indgået med sundhedsprofessionelle.
Ophørt deltagelse	Når patienter udgår fra behandlingsindsatser/forsøg enten af egen vilje, eller fordi de vurderes som uegnede til deltagelse. Kan f.eks. afspejle patienternes manglende evne til at håndtere teknologien og uhensigtsmæssige inklusionskriterier for deltagelse.
Akutte kontakter til sundhedsvæsenet	Patientens uplanlagte henvendelser til f.eks. praktiserende læge, hospitalsafdeling eller akutmodtagelser kan være indirekte tegn på negativt påvirket helbredsstatus eller øget bekymring.
Andre risici	
Uhensigtsmæssig ændring i kliniske arbejdsgange	Ændring i kontaktformen, og manglende patientkontakt/fysisk møde mellem patient og kliniker, kan medføre tab af informationer, der kræver brug af fysiske sanser som lugtesans, følesans og syn.
Uhensigtsmæssig kultur, kompetencer og adfærd hos sundhedsprofessionelle	Manglende viden, motivation og kompetencer hos sundhedsprofessionelle kan føre til utilsigtet adfærd, f.eks. ukorrekt brug, risiko for at skabe uhensigtsmæssige arbejdsgange (workarounds).

Bilag 6: Reviews om udfordringer for patientsikkerhed ved omlægning til videokonsultationer

Kategori	Beskrivelse	Kilder
KLINISK EFFEKT		
Klinisk forværring	Forbruget af sundhedsvæsenets ydelser	Hilty DM et al 2018 O'Cathail M et al 2020
	Færre ordinationer af test for urinvejsinfektion og af forebyggelsestiltag, overforbrug af ordinationer på antibiotika	Stevens W et al 2019 Rush K et al 2018
	Flere ordinationer af antibiotika, færre diagnostiske tests	Bakhit M et al 2021 ..
	Palliative patienter oplevede flere indlæggelser og hjemmebesøg.	James HM et al 2021
	Patienter med kræft i mundhule har større risiko for komplikationer relateret til kræftbehandling såsom karies, smerter og manglende forebyggelse af bivirkninger	Da Silva et al 2021
	Risiko for at overse 'mulig' malign hudkræft	
Patientidentifikation	Risiko for forveksling. Essentielt med korrekt patientidentitet og sikker netværksforbindelse og platform.	Mold F et al 2019 <u>Almatham HKY</u> et al 2020 Greenhalg et al 2017
Funktionstab	Manglende rettidig håndtering af funktionstab. Genoptræning ændret/forsinket og smerter ifm. daglige aktiviteter var større end i kontrolgruppen men ikke signifikant.	Kim Y et al 2020 O'Cathail M et al 2020
ADFÆRD		
Manglende egenomsorg	Udvikling af adfærd, hvor der var risiko for, at der ikke tages ansvar. Self-efficacy var lavere.	Hancock S et al 2019 Flodgren et al 2016
	Manglende rejsetid resulterer i mindre refleksion over forudstående konsultation.	Jess et al 2020
Non-compliance	Klinikere og patienterne brugte teknologi forkert, hvilket resulterer i informationsbrist (hos både patient og kliniker).	Stevens W et al 2019 James et al 2020 da Silva et al 2021
	Patienter skal undersøge sig selv. Videokonsultation tillader ikke at klinker kan udføre relevante	Gilbert et al 2021 Wong et al 2021

	målinger eller tests. Hvis patienter selv kan udføre dette, er det mindre præcist (se Klinisk forværring)	
Ophørt deltagelse	Accept og brug af videokonsultation (fravalg af teknologi) påvirkes af f.eks. klinikers og patienternes digitale kompetencer, patienters motorik og syn (synsedsættelse).	James et al 2020 da Silva et al 2021 Carrillo de Albornoz S et al 2021
Akutte kontakter til sundhedsvæsenet	Øget antal af uplanlagte henvendelser	Kim Y et al 2020 Asiri A et al 2018
PSYKOSOCIALE ASPEKTER		
Emotionel skade	<p>Angst for teknologisk udstyr. Udvikling af angst og/eller stress</p> <p>Patienterne bekymrer sig om komplikationer. Ændret gruppedynamik mellem pårørende, patient og kliniker (til det værre)</p> <p>Bekymring hos patienter om sikkerhed ved både teknologien og outcome af konsultation.</p> <p>Uopfyldte psykosociale behov</p>	<p>Karlsen C et al 2017 Vor- derstrasse A et al 2016</p> <p>Stevens W et al 2019 Jess M et al 2020</p> <p>Mold F et al 2019</p> <p>Gorrie A et al 2021</p>
Patientcentrering	<p>Afstand (perceptual) mellem patient og sundhedsprofessionel, manglende patient-kliniker engagement</p> <p>Tab af tillid og fortrolighed</p> <p>Kliniker opfanger ikke nonverbale tegn, hvilket gør det vanskeligt for nogle patienter at åbne op og fortælle om symptomer eller udtrykke følelser. OBS: Komplekse tilstande såsom præoperativ kræftkirurgi, behov for fysiske undersøgelser, komorbiditet kombineret med manglende relation mellem klinikersteam og patient.</p>	<p>Stevens W et al 2019 Flodgren G et al 2016</p> <p>Stevens W et al 2019</p> <p>Stevens W et al 2019 Hancock S et al 2019</p>
TEKNOLOGI		
Kommunikationsfejl	<p>Tab af viden som enten skyldes ukorrekt brug eller tekniske problemer.</p> <p>Manglende forberedelse før konsultation og manglende dokumentation efter konsultation.</p>	<p>Stevens W et al 2019 Jess M et al 2019</p> <p>Stevens W et al 2019</p> <p>Socarrás MR et al 2020</p>

	Udfordring med at instruere patienter i selv-undersøgelse.	
Netværksfejl og andre udfordringer	Manglende adgang til videokonsultationens digitale kommunikationsplatform for patienter grundet netværks- og signalmangel. Uhensigtsmæssig hardware for ældre brugere ift. korrekt betjening af PC, tablet, smartphone.	Stevens W et al 2019 Diedrich L et al 2021 Karlsen C et al 2017 Almatham HKY et al 2020
ANDRE RISICI		
Uhensigtsmæssig ændring i kliniske arbejds-gange	Nye tidskrævende arbejdsrutiner (f.eks. significant større koordinations indsats) og forøget tid anvendt til triagering. Udfordringer med kommunikation mellem patient og behandler, f.eks. svært at sikre forståelse, patienter underspiller symptomer eller har svært ved at beskrive oplevelser (inkl. nonverbal kommunikation). Tilbageholdenhed med tunge emner (såsom prognose) vs. drøftelser om smerte, appetitløshed og plan.	Stevens W et al 2019 Stevens W et al 2019 Jess M et al 2020 Flodgren G et al 2016
Uhensigtsmæssig kultur, kompetencer og adfærd hos sundhedsprofessionelle	Klinikeres manglende kendskab til og kompetencer med digitale sundhedsydelser bidrager til begrænset engagement. Manglende accept og korrekt brug af teknologien hos personalet skyldes bl.a. personlig præference af fysisk kontakt frem for video, ændring af arbejds-gange og merarbejde i den forbindelse samt manglende digitale kompetencer. Risiko for at bidrage til forskelsbehandling, ulighed i sundhedsvæsenet Manglende kendskab til/anvendelse af simple diagnostiske test over videotransmission. Henvisning til flere diagnostiske test kan afspejle at kliniker mangler tillid til egne evner til at stille diagnose over video.	Hancock S et al 2019 Christensen LF et al 2020 Greenhalgh T et al 2017 Flodgren G et al 2016 Fletcher TL et al 2018 Mold F et al 2019 Petersen W et al 2020 O'Cathail M et al 2020

Bilag 7: Litteraturstudie – oversigt over faktorer kan påvirke videokonsultationen og bidrage til potentielle udfordringer for patientsikkerhed.

Person

Domænet dækker over specifikke karakteristika af personer, som er involveret i videokonsultationen og er blevet opdelt yderligere i grupperinger – patienten (påørende) og sundhedsprofessionelle.

PATIENTEN	
Evnen til at samarbejde	Patienternes forståelse og efterlevelse af den aftalte plan (dvs. at besvare videoopkald efter aftale med sundhedspersonalet) er vigtig for succes. Hvis patienter ikke forstår, hvorfor og hvordan teknologien tilgås, kan deres adfærd være uhensigtsmæssig og udgøre utilsigtet risiko for kommunikationsfejl, f.eks. at de ikke kan få mikrofon, højtaler til at fungere optimalt, når der gives/modtages informationer i videokonsultationen i hjemmet eller, at de slukker for PC/tablet. Ændring i dynamikken mellem patienter, påørende og sundhedsprofessionelle.
Evnen til at kommunikere via skærm	Patienternes manglende kompetencer i digitalkommunikation, kan medføre, at de bruger meget energi på forberedelse ift. det teknologiske og dermed underspiller deres tilstand. Eller at de generelt ikke kan udtrykke, hvordan de har det ved f.eks. følsomme emner, fordi intimiteten mangles og de ikke føler, at de kan vise, pege eller tale frit.
Evnen til at bruge teknologien	Hvis patientens digitale kompetencer er utilstrækkelige, bør de ikke få tilbudt videokonsultation uden hjælpeforanstaltninger. Der kan på den måde opstå utilsigtet ulighed i, hvem der får tilbudt hurtig adgang til denne sundhedsydelse – med tilhørende mulighed for påørendeinvolvering (f.eks. ikke hjemmeboende børn).
Evnen til opgaveløsning	Hvis der er ingen eller inadækvat oplæring/kompetenceudvikling hos patienter, er der risiko for at videokonsultation mislykkes (eller at planen om tilstedeværelse af påørende i konsultationen mislykkes) - når patienten er alene hjemme.
Personlige overbevisninger	Patienternes egne overbevisninger og bekymringer omkring gevinst ved videokonsultationen, undgåelse af transporttid, tab af vanligt fysisk møde med kliniker og adgang til hjælp, teknologiske kompetencer, forstyrrelser i hjemmet/hverdagsrutiner og angst for selve indholdet i konsultationen, har også betydning for, hvorvidt patienterne engagerer sig i brug af videokonsultationen som aftalt. Tilsvarende gælder sundhedsprofessionelles overbevisning, f.eks. ses også palliative patienter at have tilsvarende risici/gevinst.

<p>Patienter med fysiske begrænsninger og handicap</p>	<p>Andre faktorer, der kan påvirke patienternes compliance og vedholdende deltagelse i videokonsultationen, er patienternes begrænsninger ift. alder, syn, hørelse, hådtremor samt sociale netværk (patientens fysiske begrænsning kan afhjælpes, hvis pårørende kan hjælpe med det teknologiske og IT-mæssige).</p>
<p>Kompleks sygdom (herunder kræft hos børn, palliative patienter)</p>	<p>Hvis patientens sygdom er kompleks, kan videokonsultation som eneste kliniske opfølgning være utilstrækkelig. Der kan være risiko for hurtig forværring, som ikke fanges rettidigt ved manglende fysisk møde mellem patient og sundhedsprofessionel, og i værste tilfælde fører til dødsfald. Omvendt kan videokonsultation ved palliative patienter stimulere den patientcentrerede behandling, tillid, lindring, da det specialiserede palliative team får indblik i patientens dagligdag.</p>

SUNDHEDSPROFESSIONELLE

<p>Kendskab til og kompetencer inden for virtuel kommunikation</p>	<p>Hvis sundhedsprofessionelles kendskab og kompetencer inden for video som kontaktform er inadækvate, vil det påvirke deres adfærd og opfattelse af videokonsultation som uhensigtsmæssig, f.eks. ved at undgå den og finde alternative arbejdsgange (såsom uddelegering af opgaven til anden, foretage fysisk- eller telefon-konsultation). Derudover er der risiko for påvirket patient-behandler-relation, hvis personalet mangler kompetencer inden for digital kontaktform.</p>
--	---

Teknologi

Domænet dækker over årsager bag udfordringer, der relaterer sig til teknologier, der bruges i telemedicin, og er opdelt yderligere i to grupper - *design* og *fejlmeldinger*.

DESIGN

<p>Understøttelse af kerneopgaven</p>	<p>Omlægning til video i konsultation frem for fysisk fremmøde, bør fortsat understøtte kerneopgaven uden væsentligt merarbejde for personalet, så det ikke opfattes som belastning af personalet og kan risikere alternative arbejdsgange eller forkert brug af teknologien.</p>
<p>Kompleksitet</p>	<p>Teknologien bag videokonsultation skal indbyde til at gøre det rigtige rigtigt, og være lettilgængelig hjemme (PC og internetopkobling) så patienter kan anvende det. Hvis teknologien er for kompleks, så er der risiko for ukorrekt brug, f.eks. hvis der må tyes til telefonopkald, så kan dette i sidste ende føre til fejlvurdering af kliniske tilstand, da kliniker ikke har mulighed for at se patienten.</p>
<p>Brugervenlighed</p>	<p>Designet bør tilpasses brugerens behov og kompetencer for at kunne bruges korrekt, f.eks. skal ældre brugere både eje og kunne betjene PC udstyr og IT-løsninger.</p>
<p>Mobilitet</p>	<p>Teknologisk design, der tillader patientens mobilitet (f.eks. signal og opkobling, hvis patienten forlader hjemmet), kan føre til, at</p>

	<p>patienter deltager i videokonsultationen i sin færden i det offentlige rum</p> <p>eller fortsætter uden for signalkædevidde med det resultat, at konsultationen afbrydes (og kan påvirke den kliniske vurdering).</p>
--	--

FEJLMELDINGER

Data	Virtuel konsultation kræver data og signal, dvs. der vil være risiko for fejl såsom signalproblemer og risiko for hacking.
Udstyr	Teknologiske problemer angives som årsag til, at patienter ophører at deltage i videokonsultationer. Udover datafejl kan der være tale om problemer med pc-udstyret, problemer med brugen af udstyret, problemer med kvaliteten af lyd og billede.

Miljø

Domænet dækker over de fysiske rammer for videokonsultationen, dvs. patientens hjem eller andre steder, hvor patienten befinder sig.

Netværk	Når kontakten sker uden for institutioner (hospitaller, lægepraksis o.l.), kan der opstå risiko for lokale problemer med netværket og signalforbindinger, der forhindrer patienternes adgang til den virtuelle kommunikationsplatform og potentielt rettidig hjælp.
Hjemmet/udseende	Når man ikke kender patientens hjem (og dets beboere), eller hvis der er andre beboere eller husdyr, som kan forstyrre – eller hvis patient er flov over indbo, så kan det føre til, at patienterne vælger at slukke for videoen.

Opgave

Domænet dækker over de egenskaber, som videokonsultationen som sundhedsydelsen besidder. Her er der ikke tale om specifikke sundhedsfaglige egenskaber men de overordnede aspekter.

Feedback fra sundhedspersonalet	Hvis patienter oplever at skulle løse den teknologiske udfordring alene hjemme med kun sparsom sparring/feedback fra sundhedspersoner eller slet ingen, kan deres motivation og adfærd påvirkes utilsigtet, som kan føre til suboptimal klinisk effekt af videokonsultationen.
Hyppeghed og omgang	Når ansvaret for det teknologiske i konsultationen deles med patienten, er der risiko for at overskride en hårfin grænse mellem øget involvering og risiko for belastning. Især patienter med komplekse komorbiditeter kan opleve øget kompleksitet.

Organisation

Domænet dækker over de faktorer, som relaterer sig til de organisatoriske rammer.

<p>Ansvarsfordeling</p>	<p>Hvis der mangler klare linjer for, hvem der har ansvaret for indholdet i konsultation og for hvornår der foretages opkald (og acceptabel ventetid), så kan der opstå situationer, hvor hverken patienter eller sundhedsprofessionelle opnår kontakt, hvilket kan føre til manglende rettidig reaktion (f.eks. behandling). Det samme gælder tvivlen om, hvem der skal dokumentere ved digitale kontakter, indhold og hvordan.</p>
<p>Kompetenceudvikling</p>	<p>Hvis digital kompetenceudvikling og træning af sundhedspersonalet mangler, er insufficient eller forsinket, kan det påvirke den lokale kultur ift. opfattelse af videokonsultationer. Det kan føre til utilsigtet adfærd med undgåelse, ukorrekt brug eller alternative arbejdsgange (f.eks. telefonopkald, booking til ambulant indlæggelse).</p>
<p>Brugerinvolvering</p>	<p>Implementeringen af videokonsultationen kan blive vanskelig, hvis det kliniske personale og patienter ikke er involveret i at teste setuppet. Der er risiko for uforudsete fejl og udfordringer</p>

Bilag 8: Brugerpanelsundersøgelse - positive erfaringer med omlægning

Personer

Evnen til at formulere sig	Individuelle kompetencer såsom evnen til at formulere sig, kan have indflydelse på, om videokonsultationen opleves som positiv. Patient beskriver, at det fungerer fint, fordi han/hun er god til at formulere sig, og kan sætte ord på de signaler, som kroppen og sindet sender. En patient beskriver, at det giver en positiv oplevelse, hvis man husker det, man vil sige.
Kendskab til egen krop samt lægesproget	En patient nævner, at oplevelsen er fin pga. et godt kendskab til kroppens og sindets signaler. Patient nævner, at oplevelsen med videokonsultationen kommer an på, om man genkender de tegn og betegnelser, klinikerne bruger, da det ellers kan blive en tom samtale.
Overskud til at forberede sig	Patient havde en meget positiv oplevelse med en videokonsultation, men ville dog gerne have haft mulighed for at forberede sig. En anden patient beretter ligeledes om, at videokonsultationer kræver, at man er velforberedt, fordi der ikke er tid til, at lægen skal "lokke oplysninger frem i patienternes bevidsthed".
Patienters sygdomsforløb	Patienter beskriver, at den positive oplevelse var betinget af deres gode fornemmelse vedr. eget sygdomsforløb, fordi de var længere i kræftforløbet. En patient beskriver eksempelvis, at dette gjorde, at han/hun ikke ville blive nær så forskrækket. Andre patienter beskriver, at det ville være noget andet, hvis de ventede en negativ besked.

Opgaver

Patienten sparer tid	Patienterne beskriver, at særligt den sparede transporttid, er et plus for telefon- og videokonsultationerne. Til selve konsultationen, beskrev en patient, at der blev brugt den tid, som der var behov for. Forinden kan patienten ligeledes spare tid på de dårlige parkeringsforhold, og der opleves ikke den samme ventetid som til fysiske konsultationer.
Patientens frihed til at vælge selv	Patienters frihed til selv at vælge hvordan konsultationen skulle foregå kan være en positiv oplevelse i sig selv. En patient blev eksempelvis ringet op af en sygeplejerske og adspurgt hvad han/hun foretrak. Patienten beskrev, at friheden til selv at vælge, betød meget.
Kendskab til lægen	Om patienter har en positiv eller negativ oplevelse med videokonsultationer, er beskrevet som påvirket af kommunikationen mellem patient og læge. Hvis en patient kender lægen til konsultationen (og lægens accent), kan det være en positiv oplevelse.

Information, der ikke kræver fysisk tilsyn	De gode oplevelser lægger særligt lægges vægt på, at videokonsultation fint kan bruges ved samtaler hvor lægen blot skal informere om blodprøvesvar, scanningsvar, en medicinændring, eller lign.
Ved ukomplicerede forløb og ved positive beskeder	Patienter beskriver, at oplevelsen var positiv, fordi informationen lægen skulle give, var positiv. Det var derfor okay med videokonsultationen, hvis der ikke er negative ændringer i kræftsygdommen. En patient beskriver, at det kan være fint til de mest ukomplicerede patienter.
Patienten får fyldestgørende information	Patienter oplever, at læge giver en fyldestgørende information ved videokonsultation, og at samtalen flyder overraskende let trods nervøsitet fra patientens side.

Miljø

Mindsket risiko for smitte	Patienter beskriver, at videokonsultationen er foretrukket, grundet alternativet er øget smitterisiko.
Transport og parkering undgås	Patienter vil gerne bruge videokonsultationen, fordi der er langt til sygehuset, dårlige parkeringsforhold, og fordi der tit ikke er behov for at blive tilset. En patient beretter, at han/hun ellers skal køre tre timer for 15 minutters konsultation, hvor man får at vide, at alting ser fint ud.

Organisation

Adgangen er ikke begrænset	Fysiske konsultationer har været præget af ventetid eller udskydelser, mens adgangen til videokonsultationer ikke opleves som være begrænset.
----------------------------	---

Bilag 9: Interviewguide

Vi er interesserede i at høre om dine oplevelser. Det betyder, at der ikke er rigtige eller forkerte svar – alle svar er lige velkomne. Er der noget du gerne vil spørge om, inden vi går i gang? Hvis ikke, vil vi starte med at stille et par spørgsmål, der handler om dig.

Patientkarakteristika

Køn? Alder? Kræftdiagnose?

Hvor langt er du i dit behandlingsforløb?

Hvad laver du primært til daglig (under uddannelse, i arbejde, langtidssygemeldt, arbejdsløs, på førtidspension, efterlønsmodtager/pensionist, eller andet)?

Bor du sammen med ægtefælle/partner, hjemmeboende børn eller bor du alene?

Hvem har du oplyst til afdelingen som værende din nærmeste pårørende?

- Må vi kontakte denne pårørende for at spørge, om vedkommende vil deltage i et interview om, hvordan han/hun som pårørende har oplevet at være pårørende under coronasituationen og omlægningen af fysiske konsultationer til videokonsultationer?

Hvor langt bor du fra behandlingssted?

Hvordan transporterer du dig vanligt til dine aftaler i ambulatoriet (går, cykler, kører selv, pårørende kører, med offentlig transport, regions kørselstilbud)?

Oplevelse af at være patient under coronasituationen - omlægning fra fysiske konsultationer til videokonsultationer - fordele, udfordringer og bekymringer

Hvordan har du oplevet det at være kræftpatient under corona (særlige bekymringer, isolation, begrænsning i hverdagen, særlige forholdsregler, påvirkning af humør)?

Hvordan har du oplevet det at være patient i afdelingen under corona?

Hvordan har du oplevet videokonsultation frem for konsultationer med fysisk fremmøde hos lægen (fordele / ulemper, er der sket fejl)?

Hvordan har du oplevet det at blive kontaktet over video ift. teknikhjælp, overholdelse af aftalt tidspunkt, længde af videokonsultationen, deltagere i videokonsultationen?

Hvordan har du haft det med at behandling, symptomer og bivirkninger vurderes over video?

Hvordan har du oplevet udbyttet af de informationer du fik? (fik du de informationer, du havde brug for fx om undersøgelser, behandling, symptomer eller andet?)

Hvordan har du oplevet det har været at stille spørgsmål over video (var der spørgsmål, du undlod at stille, fordi samtalen foregik over video)?

Hvordan har du oplevet det at have pårørende med til samtalen på video (lagde afdelingen op til dette og planlagde efter det)?

Har du haft behov for at kontakte lægen/afdelingen efterfølgende fordi du havde ekstra spørgsmål, eller der var noget, du glemte at sige under videokonsultationen?

- Hvis ja – hvad omhandlede det?

Hvilke fordele har du oplevet ved videokonsultationer med lægen i forhold til at møde op i ambulatoriet? (hvis ingen nævnes – spørge ind til intimitet, transport, tidsbesparende, ingen ventetid, mindre risiko for smitte)

Hvilke udfordringer har du oplevet ved videokonsultationer i forhold til fysisk møde? (Hvis ingen nævnes – spørge ind til dårlig lyd, svært ved at høre, afbrydelser, utrygt ikke at kunne se lægen)

Har ændringen til videokonsultationer medført bekymringer hos dig?

- Hvis ja – beskriv hvilke?

Kontakt til afdelingen

Hvordan har du oplevet kontakten med afdelingen i tiden med videokonsultationer (let at komme i kontakt med afdelingen ved behov)?

Hvis du selv kunne vælge, ville du så foretrække konsultationer med fysisk fremmøde eller videokonsultationer, og hvorfor?

Hvilke typer af konsultationer tænker du egner sig bedre end andre til videokonsultationer (fx information om behandling, symptomer, bivirkninger, prøvesvar)?

Kan du se muligheder i brug af videoopkald i stedet for telefon, hvorfor/hvorfor ikke?

Pårørende

Hvordan har du oplevet, at der har været restriktioner for pårørende under corona-situationen (fx adgang til sygehuset, inddragelse i konsultationer, afstand)?

Har du haft pårørende på medhør til dine videokonsultationer?

- Hvis ja, hvordan har det fungeret? Hvis nej, hvorfor ikke?

Tilfredshed med videokonsultationer

Hvordan vil du alt i alt vurdere din tilfredshed med de videokonsultationer, du har haft under coronasituationen?

Afslutning

Jeg har ikke flere spørgsmål, men har du noget, som du finder relevant for vores samtale – kommentarer, spørgsmål eller noget du ønsker at uddybe?

Som afslutning kunne jeg godt tænke mig at høre din umiddelbare reaktion på interviewet i forhold til spørgsmål, interviewets forløb, noget der var uklart eller lignende? Jeg vil endnu engang sige tusind tak for din deltagelse – det har været en stor hjælp.

Bilag 10: Arbejdsgangsanalyse

Patientens forberedelse hjemmefra

Alle patienter	Patienter, der skal deltage i en digital konsultation
<p>Patienter kan ringe til afdelingen inden konsultation for at stille spørgsmål.</p> <p>Patient kan skrive spørgsmål i MinSP.</p>	<p>Kan forberede sig til digital konsultation</p> <p><u>Video:</u> Patienten får i e-Boks tilsendt en guide som demonstrerer, hvordan de kan logge på systemet samt et link, som de kan anvende. Patienten kan også installere app'en MinSP og logge ind her før videokonsultationen.</p> <p><u>Telefon:</u> Patienten er klar ved telefonen. Pårørende har mulighed for at deltage i telefonkonsultationerne via egen telefon.</p>

Før konsultation

	Før fysisk konsultation	Før digital konsultation
<p>Sekretær</p>	<p>Opfordrer patienten til at skrive spørgsmål ned.</p> <p>Tjekker patienten ind i systemerne.</p> <p>- Sørger for, at beskrivelser foreligger på diverse scanninger, biopsier mm. Rykker hos radiologerne eller patologerne, hvis ikke der er svar.</p> <p>Smalltalker med patienten om, hvad der skal ske og om, hvad der er sket siden sidst.</p> <p>Informerer om evt. ventetid.</p> <p>Taler med sygeplejersken hvis der ved smalltalk med</p>	<p>Sender indkaldelse til patienten via e-Boks med besked om, hvornår lægen forventer at ringe patienten op eller, hvornår videokonsultationen skal afholdes. Sender guide til video.</p>

	<p>patienten kommer vigtige informationer frem.</p> <p>Udleverer armbånd til patienter, der skal have behandling. Armbåndet med stregkode giver adgang til patientens opdaterede journal, når det scannes.</p> <p>Fortæller patienten hvem vedkommende skal til konsultation hos.</p>	
Sygeplejerske	Forbereder sig på dagens program, tjekker undersøgelsesvar, koordinerer diverse opgaver og forbereder konsultationsstuen.	Forbereder sig på dagens program, tjekker undersøgelsesvar, og koordinerer diverse opgaver.
Læge	Forbereder sig ved at læse om patienten i journalen og tilhørende systemer.	Forbereder sig ved at læse om patienten i journalen og tilhørende systemer.

Ved afholdelse af konsultation

	Undervejs ved den fysiske konsultation	Undervejs ved den digitale konsultation
Patient	<p>Patienten og pårørende stiller spørgsmål ved behov ved konsultationen.</p> <p>Hvis patienten efterfølgende har spørgsmål eller er i tvivl om noget, spørger patienten ofte sygeplejersken.</p> <p>Patienten er placeret ved siden af lægen, så vedkommende har mulighed for at se med på lægens skærm og kan f.eks. se billeder.</p>	<p>Deltager enten via en skærm til videokonsultation eller via telefon til telefonkonsultation.</p> <p>Patienten og pårørende stiller spørgsmål ved behov ved konsultationen.</p>

	I behandlingsrummet lytter og lærer patienter af hinanden.	
Sekretær		Kontakter patienten ved forsinkelse i forhold til dagens planlagte program.
Sygeplejerske	<p><u>Konsultation ved sygeplejerske:</u> Henter patienten i venteområde.</p> <p>Start på konsultation: afklaring i forhold til, hvad der er vigtigt for patienten.</p> <p>Slut på konsultation: Sikrer at patienten har fået svar på spørgsmål.</p> <p><u>Konsultation med læge og sygeplejerske:</u> Opmærksom på hvornår lægen er klar til konsultationsstart.</p> <p>Henter patienten i venteområde.</p> <p>Screeener patienten for sårbarhed.</p> <p>Bestiller evt. undersøgelser</p> <p>Følger patienten til behandling. Taler med patienten om situationen og behov/symptomer. Giver patienten den ordinerede medicin og observerer patienten under behandling. Udfører sygepleje (information/kommunikation, sårskifte og lign.)</p>	<p><u>Konsultation med læge og sygeplejerske:</u> Deltager i videokonsultation.</p> <p>Opmærksom på, hvornår lægen er klar til konsultationsstart.</p> <p>Bestiller evt. undersøgelser.</p>

Læge	Læser om patienten i journal og andre systemer.	Læser om patienten i journal og andre systemer.
	Gennemgår dagens patienter.	Gennemgår dagens patienter.
	Spørger patienten hvordan vedkommende har det.	Ringer patienten op, præsenterer sig og giver svar på blodprøver samt fortæller om den videre behandling.
	Giver patienten svar på undersøgelse.	
	Viser patienten svar på undersøgelser på computeren.	Spørger patienten om, hvordan det går – og hvad der er vigtigt for patienten.
	Ordinerer evt. behandling.	Spørger til, hvem der evt. ellers deltager (pårørende) og fortæller derefter svar på prøver og scanninger.
	Dokumenterer i patientjournalen.	Logger ind i mødet og sikrer, at patienten er på.

Efter konsultationen

	Efter den fysiske konsultation	Efter den digitale konsultation
Patient	Spørger sygeplejersken, hvis der er tvivl eller behov for afklaring efter konsultation. Forlader afdelingen.	
Sekretær	Booker nye tider i modtagelsen, så eventuelle præferencer til næste besøg imødekommes. Cd-rom af scanning, som sekretær bestiller i SP udleveres i modtagelse. Pt. har	Tjekker op på ordinationer og at billedundersøgelser og scanninger er bestilt korrekt af lægen. Booker tid til viderebehandling (f.eks. kemobehandling).

	<p>oftest forinden lægebesøg ringet til sekretær.</p> <p>Hjælper patienten med kørsel, portør, patienthotel og lignende.</p> <p>Siger farvel til patienten.</p>	
Sygeplejerske	<p>Overleverer opgaver til sekretæren, mens patienten hører det.</p> <p>Følger patienten ud til elevatoren.</p> <p>Sikrer sig, at patienten er ok.</p> <p>Opsummerer samtalen med patienten.</p> <p>Giver besked om mulighed for at ringe, hvis der opstår spørgsmål.</p> <p>Koordinerende sygeplejerske: opsamling på opgaver fra konsultationerne.</p>	<p>Følger ofte op på patientens samtale med lægen pr. telefon.</p> <p>Opsamling på samtalerne ifm. f.eks. kemobehandling.</p> <p>Koordinerende sygeplejerske: opsamling på opgaver fra konsultationerne.</p>
Læge		<p>Går fysisk ud til sekretæren og beder ham/hende om at booke ny tid til videre behandling.</p> <p>Dokumenterer i SP (journal-systemet), hvad den videre behandlingsplan er og laver ordinationer.</p>

Dansk Selskab for
PatientSIkkerhed

Vi arbejder for at forbedre patientsikkerheden i
det samlede sundhedsvæsen. Borgere og patienter
skal opleve tryghed, effektivitet og sammenhæng
- hele tiden og for alle.

c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1. sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

patientsikkerhed.dk

PS!