



Af Dorthe Christiane Zinck Iversen,  
Benedicte Schönemann Bernstorff Jakobsen og Inge Berg



**Kontakt**

dciv@ucsyd.dk

**Biografi**

Dorthe Zinck Iversen er lektor ved UC Syd. Inge Berg er udviklingsjordemoder på Sygehus Lillebælt og Benedicte S Bernstorff er lektor ved UC Syd.

# Patienter skaber ny viden i almen praksis

– Patienterne vil gerne!

**RESUME:** Nærværende proces startede med en personlig fortælling. En fortælling om et kvinde- og kulturhistorisk projekt – en fejring af et 100-års-jubilæum af én almen lægepraksis. Denne er unik, idet klinikken blev etableret af en af Danmarks første kvindelige læger og i ubrudt linje har været drevet af kvindelige læger siden. Frivilligruppen ”Klinik 100 år” planlagde en fejring af denne begivenhed, og med lægens accept af, at hun ikke kunne vide, hvor projektet ”rejste” hen, fulgte hun med i frivilligruppens idégenererende processer, hvilket førte projektet ad nye patientinddragselsveje.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

## Fortiden er en del af nutiden, som igen er bestemmende for fremtiden

Det hele begyndte med en helt almindelig konsultation mellem læge og patient, som blev startskuddet til noget ganske ualmindeligt. Patienten orienterede i december 2015 praktiserende læge Inger Uldall Juhl om en kvindepolitisk film ”Sufragette”, som hun mente lægen burde se. Dette fordi en central figur i filmen var en kvinde, der praktiserede som læge uden at have bemyndigelse til det, da kvinder på dette tidspunkt ikke måtte uddanne sig som læge. Herefter orienterede lægen om, at hendes klinik havde et helt unikt kvinde- og kulturhistorisk 100-års-jubilæum d. 1. november 2016. Klinikken er nemlig særlig ved, at en af de første kvindelige læger i Danmark, Vilhelmine Nielsen, stiftede den i 1916, hvorefter den har været drevet af kvindelige læger i én ubrudt linje. ”Hvad har du tænkt dig at gøre ved det”? spurgte patienten, som herefter ikke var tilfreds med lægens svar, som lød på en ydmyg reception. ”Jeg søger

Det siges sommetider, at den største uudnyttede ressource i sundhedsvæsenet er patienten selv. Her er et eksempel på en gruppe patienter, der er trukket i førertrøjen og selv har defineret et sundhedsprojekt, hvor lægen er inviteret med. Det hele startede som en ganske almindelig konsultation ...

Appetizer



**Vi fandt samstemmende, at der ligger et stort, uudnyttet sundhedspotentiale i at involvere patienter i idéudvikling gennem tværfaglige, samskabende processer**

*nogle penge til en udstilling, og vi skal have en frivillig gruppe op at stå – er du med?” spurgte patienten. Og ja, lægen var med.*

### **Praktiserende læger kan lære meget af at inddrage patienterne i deres praksis**

At bruger-/patientinddragelse længe har været en vision i sundhedsvæsenet og noget, der italesættes og måles på i patientundersøgelser, viser sig måske mere og mere som en kulturændring. En ændring, der medfører, at vi som patienter får en interesse i sundhedssystemet og føler os som en del af det og ikke kun som brugere heraf. I nærværende artikel beskrives således et eksempel på et patientinddragelsesprojekt, som skabtes i et tæt samarbejde mellem patienter og ”Lægerne Vase, Juhl og Hansen” i Kolding, efter at ovenstående aftale blev indgået.

Projektet kan anskues som et led i et paradigmeskifte. Et skifte, der jævnfør forskningsassistent, speciallæge i almen medicin Hans Lyng beskriver som: *”fra lægens autoritet og magt til delt magt med ny frihed til patienten”* og *”fra lægens enetale til dialog mellem læge og patient”*.

Denne sondring ”fra og til” mener vi både læge og patient står midt i. Artiklen er et eksempel på ”til”, da vi som patienter implicit udfordrer sundhedssystemet ved at skrive en artikel til et lægeligt fagblad. Vi tager den ”frihed”, som Hans Lyng beskriver, og håber derved på en dialog mellem praktiserende læge og patient. Som patienter er vi optaget af, hvor langt patientinddragelse reelt går i det danske sundhedssystem i forhold til den politiske diskurs. Det er ikke ment som en provokation fra vores side, men derimod en reel interesse for det sundhedssystem, vi selv er en del af, og som vi nu i et historisk perspektiv aldrig har haft større mulighed for at have indflydelse på. Forhåbentlig kan projektet også inspirere andre praktiserende læger til at finde modet til nytænkning af de traditionelle roller og derved implicit skabe potentiale for merværdi for både patient, læge og samfund.

### **Frivilliggruppen**

Frivilliggruppen ”Klinik 100 år”, som bestod af 17 kvinder og en mand, med en bred uddannelses- og aldersmæssig sammensætning, fandt denne historie værd at portrættere og fejre. Samtidig fandt gruppen det interessant at sammenkoble portrætterne med faget medicins udviklingshistorie, der siden 1885 er gået fra at være et rent mandefag til i september 2015 at have lige mange kvinder og mænd. Det gør klinikken til et billede på den generelle samfundsudvikling – se endvidere: [www.klinik100.dk](http://www.klinik100.dk), hvor udstillingen og publikationen er tilgængelig.

Samtaler om fremtidens sundhedsudfordringer blev et helt naturligt omdrejningspunkt, mens vi arbejdede på den historiske udstilling. Et tilbagevendende tema handlede om, hvilke kompetencer fremtidens læge bør besidde, og uddannelseslægen fortalte her, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de lægefaglige organisationer har udgivet publikationen "De syv lægeroller". Den kendte vi som patienter selvfølgelig intet til, men det kom vi til. Snakken gik, og pludselig var der et par stykker, der fik den idé, at vi som led i udstillingen kunne lave en patientundersøgelse, hvor patienterne fik mulighed for at rate de syv kompetencer fra 0-5. Der var bred forventning i patientgruppen om, at rollen som "kommunikator" ville have den største værdi for patienten, hvilket vi senere fik ret i.

At færdes i en lægepraksis uden for åbningstid medførte en ny og anderledes bevidsthed i Klinik 100 år-gruppen om os selv som patienter, herunder hvordan vi kan medvirke til ny viden og bedre kvalitet inden for sundhedssektoren. Vi fandt samstemmende, at der ligger et stort, uudnyttet sundhedspotentiale i at involvere patienter i idéudvikling gennem tværfaglige, samskabende processer. Et potentiale, vi – som supplement til den historiske udstilling – gerne ville være med til at forløse i et projekt om fremtiden. Fokus var patientinddragelse med innovation som omdrejningspunkt og støttet af Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Syddanmark – se endvidere afrapporteringsrapporten på [www.klinik100.dk](http://www.klinik100.dk).

Projektet havde "to ben", som vi kaldte henholdsvis "fremtidens læge – en patientundersøgelse" og "sundhedscampen".

### **Fremtidens læge – en patientundersøgelse**

Undersøgelsens resultater baseres på 509 spørgeskemaer, og dataindsamlingen forløb over 4 uger. Det er tilstræbt, at respondenterne er repræsentative i forhold til køn og alder. Det har desuden været vigtigt for os, at respondenterne ikke kun er patienter hos Lægerne Vase, Juhl og Hansen, men kom fra forskellige steder, så den samlede mængde respondenter overordnet kan karakteriseres som "patienter fra Kolding og omegn".

Under udformningen af spørgeskemaet var det vigtigt for os, at der ikke var læger indblandet i selve ordlyden, samt at være så tro som muligt mod de syv lægeroller i Sundhedsstyrelsens rapport/publikation. Et vanskeligt arbejde, da Sundhedsstyrelsens rapport har et meget højt lixtal, der skulle oversættes, så patienter kunne forstå spørgeskemaet og samtidig være tro mod rapporten.

Som det fremgår af spørgeskemaet, som vi kaldte "Ta' pulsen på fremtidens læge", havde patienterne mulighed for at tilføje to ledige roller, som de mente, at fremtidens alment praktiserende læger bør besidde.

Foto 1 /

XXX

Foto: XXX

**Professionel**

Lægens opgave er at forvalte sin faglighed i overensstemmelse med lægeløftet, lovgivningen og sin personlige selvstændighed

Det betyder, at lægen evner at være rollemodel for andre, kan erkende grænser for egen formåen og opsoge hjælp ved behov.

**Akademiker**

Lægens opgave er at omsætte videnskabelig viden og forskning til klinikken.

Det betyder, at lægen formår at forholde sig reflekset og undrende – at stille spørgsmål til egen og andres praksis med en videnskabelig tilgang.

**Til dig som patient**

Skriv herunder en lægerolle/kompetence, som er vigtig at besidde for fremtidens læge.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vurder**  
vigtigheden af denne lægerolle/kompetence for dig som patient  
– på en skala fra 0-5.

**Til dig som patient**

Skriv herunder en lægerolle/kompetence, som er vigtig at besidde for fremtidens læge.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vurder**  
vigtigheden af denne lægerolle/kompetence for dig som patient  
– på en skala fra 0-5.

**TA' PULSEN PÅ FREMTIDENS LÆGE**

Sundhedsstyrelsen har defineret 7 lægeroller, der opfylder behovet i det fremtidige sundhedsvæsen.

- Hvor vigtige er disse lægeroller for dig?
- Er der lægeroller, som Sundhedsstyrelsen har overset, der har betydning for dig som patient?

**Hvad mener du?**

Sæt kryds og vurder disse 7 roller på en skala, hvor 0 er lavest værdi og 5 er højest værdi på de følgende sider.

Se også bagsiden

**Sundhedsfremmer**

Lægens opgave er at oplyse og handle på sundhedsfremmende instanser.

Det betyder, at lægen evner at gøre det muligt for den enkelte at tage ansvar for egen og andres sundhed.

**Leder/administrator**

Lægens opgave er både at lede sig selv og andre, men også kunne organisere arbejdet.

Det betyder, at lægen har ledelsesmæssige og organisatoriske kompetencer.

**Samarbejder**

Lægens opgave er at samarbejde med andre på forskellige niveauer; fx patienter, pårørende, andre læger m.fl.

Det betyder, at lægen kan tage initiativ til at deltage i samarbejde på individ-, organisations- og samfundsniveau.

**Kommunikator**

Lægens opgave er at formidle faglige problemstillinger og løsninger.

Det betyder, at lægen har evnen og viljen til at se, lytte, forstå og respektere sine medmennesker.

**Medicinsk lægefaglig ekspert**

Lægens opgave er at fortløbe prioriteringer og beslutninger.

Det betyder, at lægen ofte må finde kreative løsningsforslag i et komplekst sundhedsvæsen – og derfor skal besidde sundhedsvidenskabelig viden, færdigheder og evner.

Meget interessant er det, at 61 % – dvs. 312 respondenter – har anført egne ønsker til lægens roller, hvor de hyppigst forekommende ønsker til lægen er: tid, empati, lytte, faglighed, viden, forståelse, alternativ behandling, respekt, tillid, samarbejde, tryk, kommunikator, medmenneskelig indlevelse – i nævnte rækkefølge. Overordnet mener vi bestemt at kunne

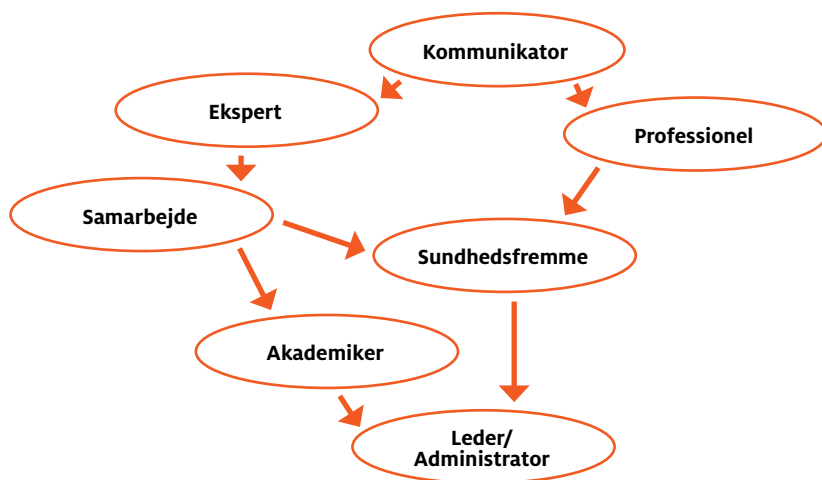
konkludere, at patienter har lyst til og interesse i at udtrykke, hvilke roller/kompetencer de anser som vigtige for fremtidens læge at besidde.

Efter vores undersøgelse har vi haft kontakt til Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, der kommer frem til det samme resultat som os og som vist grafisk nedenfor. Illustrationen er udarbejdet af ph.d., statistiker René dePont Christensen.

Hver cirkel symboliserer informanternes svar i forhold til lægerollerne. Alle svar er vurderet i forhold til hinanden. *Kommunikator*-rollen vurderes signifikant mest værdifuld, og rollen som leder/administrator som mindst vigtig. De parrede sammenligninger mellem de 7 lægeroller er en ordinal skala, hvor det er medianer, der vurderes (Wilcoxon signed rank test). *Ekspert- og professionel-rollerne* ligger signifikant over henholdsvis *samarbejdsrollen og sundhedsfremmerollen*. *Samarbejdsrollen* ligger signifikant over *sundhedsfremmerollen*. Pilene fra en cirkel symboliserer, at cirklen oven over pilen er signifikant højere vurderet end cirklen nedenunder.

**Figur 1 /**

En pil viser at "fra" boblen er signifikant højere vurderet end "til" boblen og alle bobler som denne peger på.



Ud fra den grafiske fremstilling af informanternes svar i henhold til lægerollerne fremgår det tydeligt, at patienterne lægger stor vægt på lægens kommunikative evne samt evnen til at samarbejde. Det tyder på, at patienterne vægter et professionelt samarbejde, hvor lægen fremstår som eksperten, højest.

Vi mener selv, at patientundersøgelsen kan betragtes som en pilotundersøgelse, der kan blive genstand for en større og mere professionel undersøgelse, hvor køn og alder også skal indskrives i spørgeskemaet.

Efter at Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU, har fået kendskab til undersøgelsen, skal vi i den nærmeste fremtid mødes med

professor Jens Søndergaard i håb om, at der på længere sigt skal laves en stor, national patientundersøgelse på baggrund af pilotundersøgelsen.

Foruden den kvantitative tilgang mener vi i høj grad, at der også er et stort potentiale i, gennem interviews med patienter, at undersøge, hvad patienterne egentlig mener med deres egne tilskrevne begreber som eksempelvis "tid" og "empati".

Overordnet mener vi, at undersøgelsen medvirker til ny viden om, hvordan kvaliteten kan øges i almen praksis. Dette ved at inddrage brugerne, altså patienterne, som forbrugsekspertter. Vi vurderer, at undersøgelsen er unik, ved at den er udtænkt, udført og besvaret af patienter i almen praksis.

Det helt afgørende i, at undersøgelsen har været mulig at gennemføre, har utvivlsomt været det faktum, at den alment praktiserende læge i denne situation har haft modet til at turde træde i baggrunden og se, hvad patienterne kunne finde på. Dette aspekt fordrer, at den praktiserende læge tør stå på "herrens mark" og også turde fejle. På samme tid er det også nyt for os patienter at indtage en rolle som videnstilførende til et område, hvor man som patient gennem århundreder er gået fra en asymmetrisk relation med lægen til en mulighed for, at vi tager teten på sundhedsvidenskabelige spørgsmål.

### Sundhedscampen

D. 5. oktober 2016 deltog 24 deltagere, som var henholdsvis studerende fra jordemoder- og pædagoguddannelsen University College Syd, uddannelseslæger, læger, patientforeninger, borgere, der var blevet kontaktet gennem Kolding Ugeavis, og sundhedsfaglige medarbejdere fra Kolding Kommune, i en sundhedscamp på University College Syd, der gratis havde stillet lokaler til rådighed for projektet.

Der var tale om en innovationscamp, der foregik i et kreativt og eksperimenterende miljø baseret på værdier som fantasi, spontanitet og improvisation. Dagen havde fokus på fremtiden – herunder at tænke "hvad kan blive" i stedet for "hvad er".

Målet med sundhedscampen var at komme med konkrete nye bud på, "hvordan man fremmer en god kommunikation mellem den praktiserende læge og patienten"?

Deltagerne blev delt op i fire tværfaglige grupper for at sikre, at så meget forskellig viden som muligt kom i spil under sundhedscampen.

Sundhedscampens outcome er "4 koncepter i ord og billeder", som kan betragtes som et slags idékatalog sammen med film over gruppernes præsentation af deres koncepter.



**Patienterne lægger stor vægt på lægens kommunikative evne samt evnen til at samarbejde**



**Foto 1 /**

Dagen havde fokus på fremtiden – herunder at tænke "hvad kan blive" i stedet for "hvad er"

Foto: xxx



Vi ønsker at fremhæve en af øvelserne under campen, hvor grupperne skulle komme med forslag til indretning af fremtidens konsultationsrum.

Baggrunden herfor skal findes i de mange møder og samtaler, som Klinik 100 år-deltagerne havde i Lægerne Vase, Juhl og Hansens klinik gennem måneder. Her blev deltagere uden sundhedsfaglig baggrund især opmærksomme på, at konsultationsrummet i det store hele var opbygget på nøjagtig samme måde gennem 100 år. Det var tankevækkende og et element, vi havde lyst til at udfordre gennem denne øvelse, da specielt patientgruppen finder det fysiske rum betydningsfuldt for kvaliteten i den almene praksis. Alt materiale om fremtidens læge og sundhedscampen kan ses på [www.klinik100.dk](http://www.klinik100.dk)

**Hvilken viden læger og patienter gav hinanden i projektet**

Det kræver mod at stille sin professionsudøvelse i almen lægepraksis til beskuelse og modtage tilbagemeldinger på, hvordan patienter oplever det. Det kræver dermed en praktiserende læge, der tør udvise det mod at invitere til brugerinddragelse, og som tør fejle, eksperimentere og gå med ud i det ukendte sammen med patienterne. En sådan modig læge har projektet haft! En læge, der også kunne erkende, at hun indimellem blev "lidt bange" for, hvor det hele var på vej hen, men som samtidig turde satse på det potentiale, der ligger i en innovativ proces og mødet med den andens perspektiv. Projektet viser sig at kunne være et eksem-



### Det kræver en praktiserende læge, der tør udvise det mod at invitere til brugerinddragelse

pel på, hvor meget potentiale der er i brugerinddragelse i almen praksis, og hvordan *“kvalitet handler om modet til at turde åbne sig for omverdenen”* (alle citater i dette afsnit er fra to fokusgruppeinterviews afholdt efter gennemførelsen af sundhedscampen, hvor samtlige informanter har deltaget i sundhedscampen).

I den brugerdrevne, innovative proces blev fagligheden ”som den fagprofessionelles kappe” parkeret, og mødet mellem de forskellige fagpersoner fra sundhedsvæsenet og patienterne foregik uden en opdeling i ”dem” (sundhedsfagligt personale) og ”os” (patienterne), hvilket af deltagerne blev oplevet som, at *“barrierer blev brudt”*. Udfordringen ved at ”parkere sin faglige kappe” var ikke lige nemt for alle, men alligevel blev barrierebruddet oplevet som en samarbejdsform, der *“fremmede idéprocessen og tænkningen”*. Dialogen og relationen mellem patient og læge var et vigtigt omdrejningspunkt. Ved at åbne for brugerinddragelse viste sundhedscampen, at tre faktorer kontinuerligt blev fremhævet i de innovative processer – ”kommunikation”, ”relation” og ”tid”. Nye konsultationsformer og konsultationsrum blev drøftet, fordi *“eksterne rammer kan have stor betydning for kommunikationen”*, dog uden at der måtte gås på kompromis med, at *“lægen er en fysisk tilstedeværende person”*. I de innovative processer viste faktoren ”tid” sig også som et

VIBIS er et nationalt videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet, der systematisk formidler dokumenteret viden og støtte til implementering med henblik på at fremme udbredelsen af vidensbaseret brugerinddragelse til gavn for alle parter i sundhedsvæsenet. VIBIS er nedsat af paraplyorganisationen Danske Patienter.

VIBIS beskriver på deres hjemmeside ([www.VIBIS.dk](http://www.VIBIS.dk)), at der ikke findes en klar og alment accepteret definition af brugerinddragelse, men at de definerer ”brugere” som brugere af sundhedsvæsenet, som patienter og pårørende. VIBIS deler endvidere brugerinddragelse op i tre dimensioner: individuel brugerinddragelse, pårørendeinddragelse og organisatorisk brugerinddragelse.

*“Organisatorisk brugerinddragelse vil helt overordnet sige, at patienter og pårørende bidrager med deres viden i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det kan ske på flere niveauer – nationalt, regionalt og lokalt – og inden for flere områder, såsom politikudformning, kvalitets- og organisationsudvikling, uddannelse og forskning.”*

(Kriterier for inddragelse, VIBIS, s. 8)



mangfoldigt nedslagspunkt, når det drejer sig om at øge kvaliteten i den almene lægepraksis. Lægens tid til at gennemføre en nærværende konsultation, hvor lægen kan være i relationen og forstå patienten fra dennes perspektiv, sås som en nødvendighed for den gode kommunikation. Omvendt åbnede samarbejdsprocesserne også for blikket på patientens tid som noget, lægen skal have fokus på at respektere som lige så vigtig som lægens egen tid.

At åbne for brugerinddragelse i den almene lægepraksis er ikke uproblematisk, idet lægeprofessionens tilhørsforhold til de klassiske professioners lukkethed fordrer etiske overvejelser og formaliserede regler til at beskytte både læge og patient i relationen. Det i artiklen tidligere nævnte paradigmeskifte (Hans Lynge) indbefatter en kulturforandring i forståelsen af den ligeværdige relation mellem patient og læge. Brugerinddragelse og en ny forståelse af, at relationen mellem læge og patient kan tage sit afsæt i at være såvel professionel, personlig som privat, starter her. Denne kulturforandring tror vi på er på vej, når en læge tør sige *“som læger kan vi ikke selv. Vi ikke alene vide. Vi ved ikke, hvordan det er at være patient inde hos os, men vi kan spørge om det”*. Med denne holdning og med dette projekt viser vi nye veje til brugerinddragelse samt mulighed for at skabe ny viden og øge kvaliteten af den almene lægepraksis og i sundhedssektoren generelt.

Oftest når der tales om brugerinddragelse inden for sundhedssystemet, er det systemet, der inviterer brugerne ind i forhold til projekter, hvor det er hensigten at generere ny viden og øge kvaliteten. I denne sammenhæng er der omvendt tale om et projekt, hvor det er patienterne/brugerne, der har inviteret lægen ind i projektet. At det ikke længere er patienten, der inviteres ind i sundhedssystemet, men patienten, der inviterer lægen ind i sundhedsprojekter, giver nogle nye roller i forhold til magt og relation mellem læge og bruger. Dette aspekt er der efter vores mening et stort potentiale i at fremme. Det kræver, at patienten selv tager teten, og at lægen forholder sig åbent til det. ●

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

### Litteratur

1. Kriterier for inddragelse, publiceret af VIBIS, oktober 2014.
2. Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse, publiceret af VIBIS 2014.
3. De syv lægeroller, publiceret af Sundhedsstyrelsen, 2013.
4. Lynge, Hans (2014). Liv i almen praksis, Forskningsenheden For Almen Praksis, Københavns Universitet.
5. Liv i almen praksis, 2014 s. 71.