

Den oplevede patient-behandler-relation i Norddjursklyngen

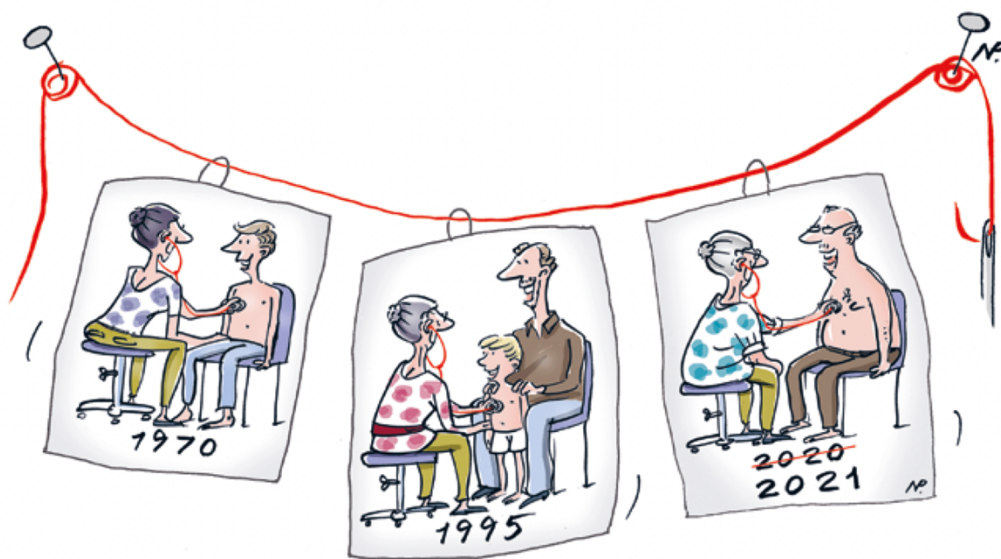


Illustration: Tyvstjålet fra Practicus, Juli 2021

Sara Sletten Christensen og Casper Overgaard Poulsen

Forskningstræningshold: FT 53

Vejleder: Hans Christian Kjeldsen

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
INTRODUKTION OG BAGGRUND	3
FORMÅL	4
METODE	4
RESULTATER	6
DISKUSSION	9
REFERENCER	13
BILAG	14
BILAG 1. SØGEORD	14
BILAG 2. SPØRGESKEMA OM PATIENT-BEHANDLER RELATIONEN, SKÆV AKSE	15
BILAG 3. SPØRGESKEMA OM PATIENT-BEHANDLER RELATIONEN (LIGE AKSE)	16
BILAG 4. ENDELIGT SPØRGESKEMA OM PATIENT-BEHANDLER RELATIONEN	17
BILAG 5. BREV TIL LÆGER I NORDDJURSKLYNGEN	18
BILAG 6. OPLYSNINGER FRA PRAKSIS	19

Introduktion og baggrund

Læge-patient-reltionen er en kerneværdi i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vedtog i 2016 syv pejlemærker for faget almen medicin, og pejlemærke ét er "Vi holder læge-patient-reltionen i hævd". Selskabet beskriver, at denne relation blandt andet opbygges gennem kontinuitet¹. McWhinney karakteriserer kontinuitet i almen praksis som en kontrakt mellem patienten og den praktiserende læge, som tager et *personligt ansvar*, og det er kendetegnet ved ikke at være begrænset til separate sygdomsforløb²³. Saultz beskriver kontinuitet som et hierarkisk koncept med stigende kompleksitet, som består af informationel kontinuitet (tilgang til patientjournal), longitudinel kontinuitet (tilknytning over tid) og interpersonel kontinuitet (bl.a. læge-patient-reltionen)⁴.

Pereira Gray et al viser i et systematisk review fra 2018, at longitudinel kontinuitet er associeret med lavere mortalitet i 80% af de inkluderede studier⁵. Et nyere norsk studie af Sandvik et al. fra 2021 viser, at longitudinel kontinuitet med en specifik praktiserende læge er signifikant associeret med mindre brug af vagtlæge, færre akutte indlæggelser og lavere mortalitet, med en reduktion på 25-30% ved mere end 15 års kontinuitet⁶.

Men kontinuiteten i almen praksis er under pres⁷. Antallet af PLO-læger, der er tilknyttet et ydernummer er faldet med 7,4% fra 2012 til 2021, og der er i stigende grad lægemangel, særligt i udkantsdanmark. Samtidig organiserer praktiserende læger sig mere i større enheder. Mens 72,8% af de praktiserende læger var sololæger i 1977, var det kun 41% i 2021. Andelen af læger i lægehuse med 2-3 læger er i samme periode vokset fra 23,3% til 40,4%, og andelen af læger organiseret i lægehuse med mere end 4 læger er tredoblet (fra 3,8% til 12,3%)⁸.

Dertil kommer, at Danske Regioner i 2017 fremlagde en vision om, at flere af sundhedsvæsenets opgaver skal løses i almen praksis. Danske Regioner peger selv på, at en del af løsningen er udvidet brug af praksispersonale⁹, og fra 2017 til 2019 sås en landsdækkende stigning af ansatte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter/-hjælpere, sygeplejere, bioanalytikere, farmakonomer, fysioterapeuter og jordemødre på mellem 10% og 15%¹⁰.

Et Cochrane review fra 2018 undersøger konsekvenserne af at substituere læger med sygeplejersker i primærsektoren. Studiet viser at patienternes mortalitet, blodtrykskontrol, parakliniske parametre og selvrapporterede behandlingsmål formentlig er sammenlignelige eller bedre, hvis de ses af en sygeplejerske frem for en læge. Patienttilfredsheden og livskvaliteten ser ud til at være højere, hvis de ses af en sygeplejerske, og der ser ikke ud til at være forskel på brug af medicin, tests eller henvisning til sekundærsektor.

Sygeplejerskerne har længere konsultationer end lægerne, og der kan ikke vises nogen forskel i direkte og indirekte (samfundsmæssige) omkostninger¹¹.

DSAM lancerede i 2020 en kampagne med navnet "det gør en forskel, at vi kender hinanden". I pressemeddelelsen skriver tidligere formand, Anders Beich: "Det skal være sådan, at borgeren stadig føler, de har været hos "egen læge", selvom de måske har haft konsultation hos den sygeplejerske, de kender i praksis, og som også kender borgeren [...] Vi skal tage det alvorligt, når vi på den måde ændrer, at det er lægen, der samler alle tråde, og vi skal undersøge, hvornår det bliver kritisk ift. tillid og fortrolighed. Vi skal forske i, hvordan vi kan organisere os i små teams omkring patienten"¹².

Formål

I tråd med Anders Beichs udtalelse, mener vi det er nødvendigt at undersøge hvordan den interpersonelle kontinuitet, herunder læge-patient-relationen, påvirkes af den organisatoriske udvikling i almen praksis, der som nævnt går i retning af større lægehuse med flere patienter, mere praksispersonale og større grad af uddelegering af traditionelle lægeopgaver.

Vi ønsker derfor konkret at undersøge

- 1) hvordan patienterne oplever dybden af relationen til det praksispersonale, der i stigende grad overtager den praktiserende læges rolle som primær behandler, samt
- 2) hvorvidt dybden af relationen er afhængig af praksisstørrelse og grad af uddelegering.

Metode

Litteratursøgning

Litteratursøgning blev foretaget på Pubmed. Vi har søgt litteratur omhandlende forskellige aspekter af kontinuitet, læge-patient-relation og uddelegering af lægeopgaver til praksispersonale, se søgeord i bilag 1. Vi har derudover brugt Pubmeds "Cited by" funktion og gennemgået artiklernes referencelister for at finde yderligere relevant baggrundslitteratur.

Derudover har vi fra "PLO tal og analyse" fremsøgt tal på udviklingen indenfor organisering af almen praksis og aktiviteten i almen praksis, fra DSAM fremsøgt de faglige pejlemærker for almen praksis samt kampagnen "det gør en forskel vi kender hinanden" og fra Danske regioner fremsøgt deres vision for almen praksis i fremtiden.

Spørgeskema om patient-behandler-relationen

Projektet er en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet bygger på et valideret 5 point Likert-skala (0-4) spørgeskema med 9 spørgsmål. Det oprindelige spørgeskema er udviklet ved Bristol University af Ridd et al. på baggrund af et review af den kvalitative litteratur omkring læge-patient-relationen¹³¹⁴. Spørgsmålene adresserer dels forhåndskendskab (f.eks. "I know this doctor very well") og dels oplevet tilknytning (f.eks. "This doctor really cares for me") Vi har frit oversat spørgeskemaet til dansk og modificeret det til at omhandle patient-behandler-relationen, samt modificeret spørgsmål 1.1 til at skelne mellem forskellige behandlertyper.

Pilot spørgeskemaundersøgelse

I 2 lægehuse i Norddjursklyngen, blev der samlet fordelt 60 spørgeskemaer mellem speciallæger, uddannelseslæger, sygeplejersker og øvrige behandlere.

De involverede behandlere blev efterfølgende mundtligt spurgt om patienterne generelt var villige til at deltage i undersøgelsen, om patienterne accepterede den korte præsentation af spørgeskemaet, om patienterne stillede spørgsmål vedrørende spørgeskemaet samt om behandlerne følte at det var en tidsmæssig belastning at udlevere spørgeskemaet.

Den originale Likert skala var biased mod positive udsagn med en skæv akse, og vi ønskede at undersøge, om fordelingen ændrede sig, hvis skalaen blev neutraliseret med en lige akse.

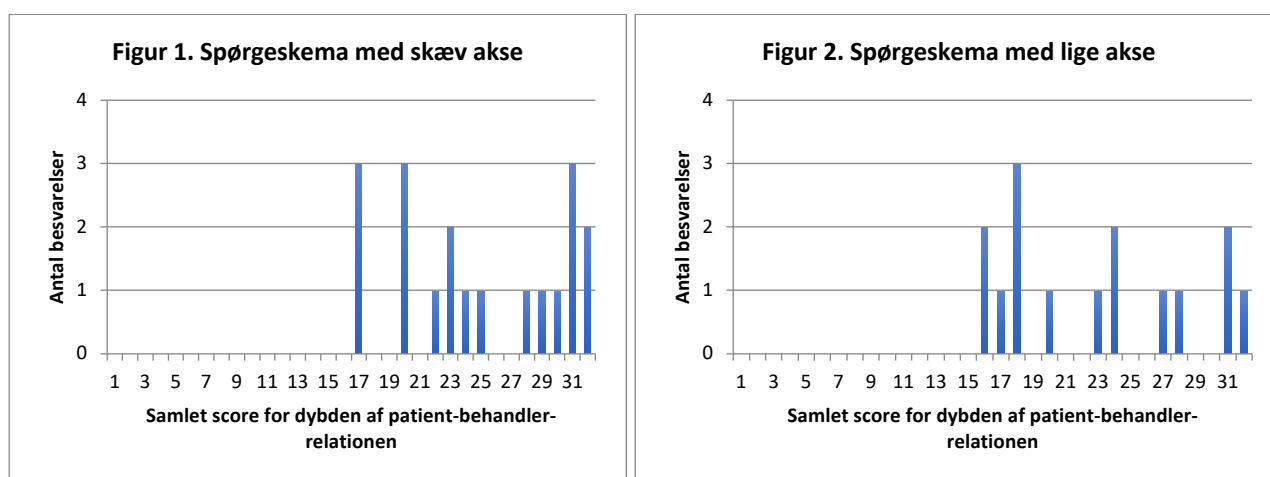
Halvdelen af de uddelte spørgeskemaer havde derfor en skæv akse. Se bilag 2. Den anden halvdel havde en lige akse. Se bilag 3. Vi analyserede de indsamlede spørgeskemaer med fokus på om en lige akse ændrede fordelingen af svar, om spørgeskemaerne generelt var blevet udfyldt korrekt

eller om der var bestemte spørgsmål der gav anledning til fejl. Herefter udarbejdede vi den endelige udgave af spørgeskemaet. Besvarelserne fra pilotprojektet blev ikke inkluderet i hovedanalysen.

Ud af 60 udleverede spørgeskemaer blev 38 besvaret. Ingen patienter afviste at deltage i undersøgelsen. Ingen behandlere havde oplevet at det var en tidsmæssig belastning eller at patienterne havde spørgsmål til undersøgelsen. Fire besvarelser var ufuldstændige, alle grundet mangelfuld/tvetydig besvarelse af spørgsmål 1.1 vedr. behandlerstype. Vi præciserede derfor ordlyden af spørgsmål 1.1 og besluttede at ekskludere alle ufuldstændige besvarelser i hovedanalysen. Desuden kunne vi ud fra besvarelserne se, at mindst to patienter, der blev set af uddannelseslæger, rapporterede at være blevet set af en praktiserende læge. Der var ingen patienter der svarede "ved ikke".

Både ved den skæve, originale akse og den lige akse var den samlede score skewed med flest scores i den høje ende. Ved brug af den skæve akse var den samlede score fordelt på i alt 11 forskellige værdier (variationsbredde 17-32) og ved den lige akse var besvarelserne fordelt på 10 forskellige værdier (variationsbredde 16-32). Se figur 1 og 2. Vi valgte at bruge den originale akse i håb om at få mest mulig spredning på resultaterne.

Det skal bemærkes at pilotundersøgelsen blev foretaget i uge 7, hvor der grundet ferie hos omkringliggende lægehuse var en del passanter.



Spørgeskemaundersøgelse

Det endelige spørgeskema er et 5 point Likert-skala spørgeskema med 9 spørgsmål med den originale skæve akse. Se bilag 4.

Alle 11 lægehuse i Norddjursklyngen, blev inviteret til at deltage i den endelige spørgeskemaundersøgelse, efter først at være blevet mundtligt introduceret til spørgeskemaundersøgelsen i forbindelse med et klyngemøde d. 02.02.2022. Alle lægehuse modtog ligeledes skriftlig information om spørgeskemaundersøgelsen. Se bilag 5.

Spørgeskemaundersøgelsen fandt i hvert lægehus sted i perioden 01.03.2022 til 09.03.2022. Hvert lægehus fik udleveret 25 spørgeskemaer pr. tilknyttet speciallæge og blev bedt om over en enkelt dag at fordele disse jævnt blandt de speciallæger, uddannelseslæger, sygeplejersker og øvrige behandlere der havde fremmødepatienter. Ovennævnte behandlere blev bedt om at udlevere spørgeskemaet til alle fremmødte patienter ved konsultationens afslutning.

Karakteristik af de enkelte lægehuse

På sundhed.dk indsamlede vi for hvert inviteret lægehus data om antal tilknyttede speciallæger, speciallægenes anciennitet og speciallægenes køn.

Derudover fik hvert lægehus et oplysningskema, hvor de ud fra 4 prædefinerede grader blev bedt om at tage stilling til i hvilken grad de uddelegerer opgaver til henholdsvis sygeplejersker og andet personale. Hvert lægehus blev desuden bedt om at oplyse hvor mange fremmødte patienter de havde på dagen for undersøgelsen. Se bilag 6.

Databehandling og statistisk analyse

Databehandling og statistiske beregninger blev foretaget i Excel. Der blev for hvert spørgeskema udregnet en samlet score for dybden af patient-behandler-relationen ud fra item 2.1-2.8 (0-32), hvor 0 var den mest overfladiske relation og 32 var den dybest mulige relation.

Der blev herefter for hver behandlerstype beregnet et samlet gennemsnit med tilhørende 95% konfidensinterval for alle lægehuse i klyngen. Siden blev der lavet subgruppeanalyser på baggrund af antal tilknyttede speciallæger i det enkelte lægehus, hhv. 1, 2 og 3+ samt på baggrund af den selvrapporterede grad af uddelegering. De beregnede gennemsnit blev tegnet ind i 4 respektive søjlediagrammer.

En subgruppeanalyse for eget lægehus sammenlignet med klyngegennemsnittet blev derudover stillet til rådighed for det enkelte lægehus.

Der blev foretaget t-test og beregnet p-værdier, for at undersøge om der var statistisk signifikant forskel på den gennemsnitlige dybde af patient-behandler-relationen mellem praktiserende læger og hhv. sygeplejersker, uddannelseslæger og andre behandlere samlet set. Samt for at undersøge om der var statistisk signifikant forskel mellem praktiserende læger i lægehuse med hhv. 1, 2 og 3+ tilknyttede speciallæger, blandt henholdsvis praktiserende læger og sygeplejersker i lægehuse med forskellige grader af uddelegering til sygeplejersker og blandt henholdsvis praktiserende læger og andre behandlere i lægehuse med forskellige grader af uddelegering til andre behandlere.

Resultater

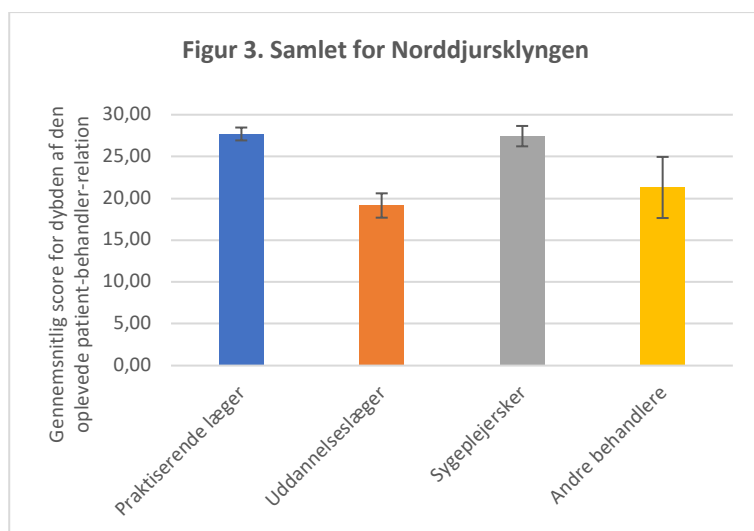
I lægehuse i Norddjursklyngen var der tilknyttet mellem 1 og 5 speciallæger. Der var flest mandlige læger, og den gennemsnitlige anciennitet var mellem 12-25 år. Der var generelt en høj grad af uddelegering til sygeplejersker, mens der var større variation i uddelegering af opgaver til andet personale. Se karakteristik af lægehuse tabel 1.

Ud af 600 udleverede spørgeskemaer fik vi 389 besvarelser svarende til en svarprocent på 65%. Nogle lægehuse havde udleveret spørgeskemaerne over flere dage, og ingen meldte tilbage, at de havde været færre end 25 fremmødte patienter pr. speciallæge ifm. undersøgelsen. Vi ekskluderede 39 mangelfuldt udfyldte besvarelser og vi havde dermed 348 fulde besvarelser til vores endelige analyse. Heraf blev 195 patienter set af praktiserende læger, 35 patienter af uddannelseslæger, 95 patienter af sygeplejersker, 20 patienter af andre behandlere mens 2 patienter ikke vidste hvem de blev set af.

Lægehus	Antal speciallæger	% kvindelige læger	Gns. Anciennitet i år	Gns. Alder	Uddelegering sygeplejersker*	Uddelegering andre behandlere*
Almen lægeklinik Glesborg	2	50	14	51	3	1
Auning lægecenter	3	33	13	48	4	1
Familielægen - kløvervang	1	0	17	59	4	1
Henrik Willemoes Larsen	1	0	23	69	-	3
Læge Camilla Sand	1	100	14	52	4	1
Læge Preben Dissing	1	0	25	65	-	1
Lægefællesskabet	5	0	12	50	4	4
Lægehuset Trustrup	3	66	12	52	3	1
Lægehuset Allingåbro	2	0	17	65	3	-
Vivild lægehus	2	50	15	50	4	3
Åbylægerne	3	66	12	49	4	3

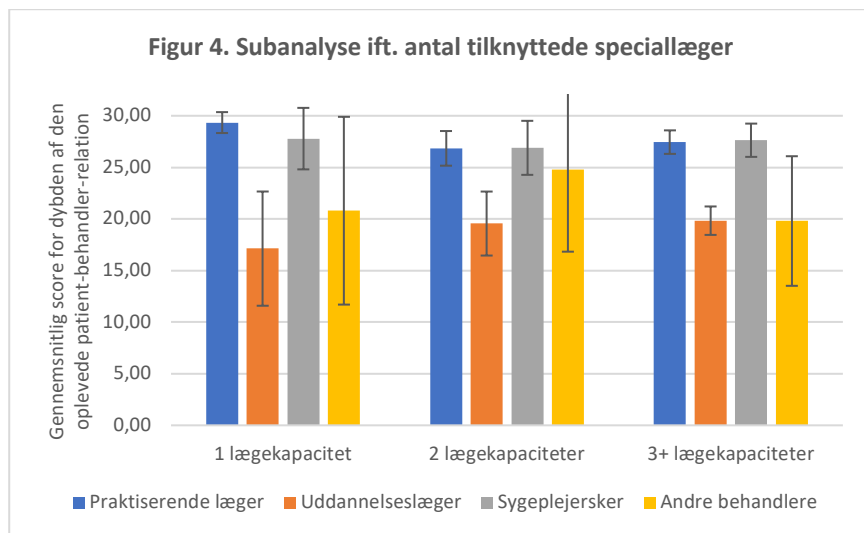
* 1: udelukkende som støtte til lægen, 2: Støtte til lægen og selvstændige årskontroller, 3: Støtte til lægen selvstændige årskontroller samt simple opgaver (øreskyl, vortefrys mv), 4: Som selvstændige behandlere, dvs. konsultationer, som også indeholder diagnostik
- ikke ansat i lægehuset

I den samlede gruppe var den patientoplevede relation lige så dyb til de praktiserende læger som til sygeplejerskerne, med et samlet gennemsnit på hhv. 27,7 (95% CI 26,9-28,5) for de praktiserende læger og 27,4 (95% CI 26,2-28,7) for sygeplejerskerne, $p=0,35$. Den patientoplevede relation til andre behandlere 21,3 (95% CI 17,7-25,0) ($p=0,001$) og uddannelseslæger 19,1 (95% CI 17,7-20,6) ($p<0,001$) var derimod mindre dyb end til de praktiserende læger. Se figur 3

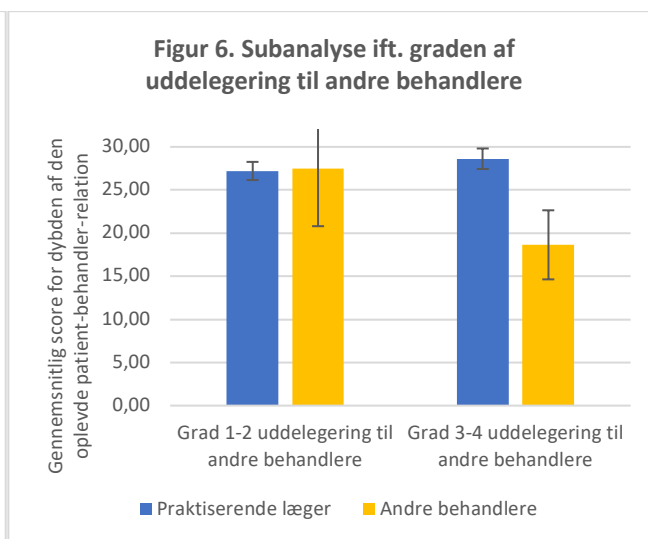
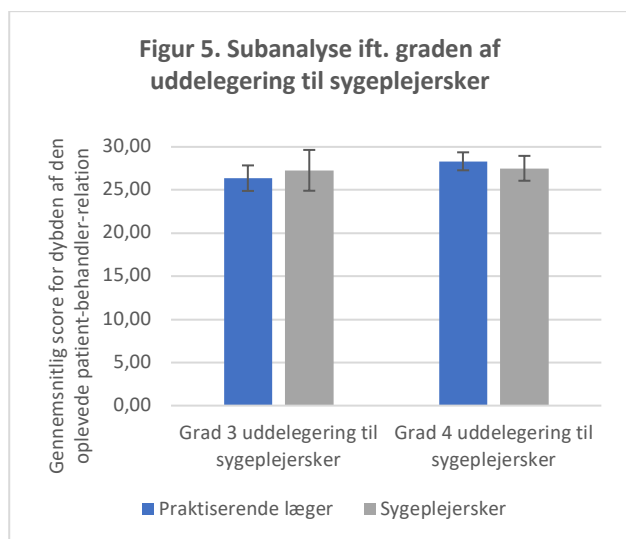


Det så ud til at de praktiserende læger i solopraksis havde en dybere patientoplevet relation end læger i større lægehuse med en gennemsnitsscore på 29,3 (95% CI 28,3-30,4) for praktiserende læger i solopraksis mod hhv. 26,8 (95% CI 25,3-28,5) for praktiserende læger i lægehuse med 2 tilknyttede speciallæger ($p=0,006$) og 27,5 (95% CI 26,3-28,6) for praktiserende læger i lægehuse med 3+ tilknyttede speciallæger ($p=0,007$). Det så til gengæld ikke ud til at den patientoplevede dybde af relationen var forskellig blandt praktiserende læger i lægehuse med hhv. 2 og 3+ tilknyttede speciallæger ($p=0,26$). Se figur 4.

Den patientoplevede relation til sygeplejerskerne var dyb uafhængigt af praksisstørrelse. Den patientoplevede relation til uddannelseslæger var uafhængig af praksisstørrelse, med en trend i retning af dybere relation til uddannelseslæger i praksis med flere tilknyttede speciallæger. Den patientoplevede relation til andre behandlere var uafhængig af praksisstørrelse.



Graden af uddelegering til sygeplejersker så ikke ud til at påvirke den patientoplevede relation til sygeplejerskerne, mens praktiserende læger med den højeste grad af uddelegering sammenholdt med praktiserende læger med næsthøjeste grad af uddelegering så ud til at have en dybere patientoplevet relation 28,3 (95% CI 27,3-29,4) mod 26,4 (95% CI 24,9-27,9) ($p=0,01$). Se figur 5.



Graden af uddelegering til andre behandlere så ud til muligvis at påvirke den patientoplevede relation til de praktiserende læger, således at praktiserende læger med høj grad af uddelegering til andre behandlere sammenholdt med praktiserende læger med lav grad af uddelegering til andre behandlere så ud til at have en grænsesignifikant dybere patientoplevet relation hhv. 28,6 (95% CI 27,4-29,8) mod 27,2 (95% CI 26,2-28,3) ($p=0,05$). Andre behandlere i lægehuse med høj grad af uddelegering sammenholdt med andre behandlere i lægehuse med lav grad af uddelegering så ud

til at have en mindre dyb patientoplevelt relation 18,6 (95% CI 14,6-22,7) mod 27,5 (95% CI 20,8-34,2) (p=0,008). Se figur 6.

Tabel 2. Dybde af patient-behandler-relationen (0-32) fordelt på behandlerstype								
	Praktiserende læge	95 % CI	Sygeplejerske	95 % CI	Uddannelseslæge	95% CI	Anden behandler	95% CI
Samlet	27,7	26,9-28,5	27,4	26,2-28,7	19,1	17,7-20,6	21,3	17,7-25,0
Subanalyse ift. antal tilknyttede speciallæger								
1 lægekapa-	29,3	28,3-30,4	27,8	24,8-30,8	17,1	11,6-22,7	20,8	11,7-29,9
2 lægekapa-	26,8	25,3-28,5	26,9	24,3-29,5	19,6	16,5-22,7	24,8	14,8-32,8
3+ lægekapa-	27,5	26,3-28,6	27,6	26,0-29,2	19,8	18,5-21,2	19,8	13,5-26,1
Subanalyse ift. uddelegering til sygeplejersker								
Grad 3 uddelegering	26,4	24,9-29,7	27,3	24,9-29,7	Ej beregnet		Ej beregnet	
Grad 4 uddelegering	28,3	27,3-29,4	27,5	26,1-29,6	Ej beregnet		Ej beregnet	
Subanalyse ift. uddelegering til andre behandlere								
Lav uddelegering (grad 1-2)	27,2	26,2-28,3	Ej beregnet		Ej beregnet		27,5	20,8-34,2
Høj uddelegering (grad 3-4)	28,6	27,4-29,8	Ej beregnet		Ej beregnet		18,6	14,6-22,7

Diskussion

Konklusion og diskussion af resultater

Vores undersøgelse viser at sygeplejersker kan opbygge og vedligeholde en lige så dyb patient-behandler-relation som praktiserende læger. Dybden af sygeplejerskernes patient-behandler-relation ser ud til at være uafhængig af praksisstørrelse og grad af uddelegering.

De praktiserende læger i solopraksis ser ud til at kunne opbygge og vedligeholde en dybere patient-behandler-relation end praktiserende læger i større lægehuse. Denne forskel kan afspejle, at det i solopraksis er den samme praktiserende læge, der er tovholder for alle patientforløb, også selvom der er uddannelseslæger eller uddelegeres til sygeplejersker eller andet personale. Dette giver naturligt en stor fornemmelse af patientpopulationen, der er understøttende for udviklingen af dybe patient-behandler-relationer. Det ser ud til at denne gevinst går tabt allerede i lægehuse med 2 speciallæger, uden at der er tale om nogen fortsat trend i lægehuse med 3+ speciallæger. Det skal dog nævnes, at vores datamateriale kun er fra 11 lægehuse, og at der i grupperne med 1 og 2 tilknyttede speciallæger er hhv. 4 og 3 lægehuse, og i gruppen med 3+ tilknyttede speciallæger er 4 lægehuse, som er ret forskellige i størrelse, organisering og patientgrundlag. Det kan tænkes at vores datagrundlag og gruppeinddeling ikke formår at fange en reel fortsat trend. De praktiserende læger der uddelegerer mere til sygeplejersker og andre behandlere kan muligvis opbygge og vedligeholde en dybere patient-behandler-relation, men der er tale om små forskelle. Disse forskelle kan afspejle, at en øget grad af uddelegering giver den praktiserende læge mere overskud til at opbygge og vedligeholde patient-behandler-relationen til de patienter de selv ser. Der kan også være tale om confounding, hvis de patienter, som den praktiserende læge rent faktisk ser i lægehuse med høj grad af uddelegering, hovedsageligt er patienter, der allerede er i et forløb, hvilket ville forventes at give bias i retning af en dybere patient-behandler-relation.

Andre behandlere, der kun varetager støttende opgaver for den praktiserende læge kan muligvis opbygge og vedligeholde en dybere patient-behandler-relation end andre behandlere, der har selvstændige konsultationer. Denne forskel kan afspejle, at det er en forudsætning for opbyggelsen af en dyb patient-behandler-relation at patienten har tillid til behandlerens faglighed og dette kan sættes over styr, hvis mere komplicerede opgaver uddelegeres til andre behandlere. Datamaterialet for andre behandlere var imidlertid sparsomt og gruppen er formentlig præget af stor heterogenitet og indeholder bl.a. medicinstuderende i klinik, praksisassistenter, fastansatte sekretærer, bioanalytikere, jordemødre mv. Det kan tænkes at lægehuse, hvor andre behandlere primært udgøres af fastansatte sekretærer og bioanalytikere har angivet en lavere grad af uddelegering, mens disse grupper forventes over tid at kunne opbygge en dyb patient-behandler-relation, mens lægehuse hvor gruppen primært udgøres af medicinstuderende i klinik og praksisassistenter har angivet en højere grad af uddelegering, mens disse grupper sjældent er i praksis ligeså hyppigt eller længe og derfor ikke har samme grundlag for at opbygge en dyb patient-behandler-relation. Vi har målt grad af uddelegering ved afkrydsning af fire prædefinerede grader, og der var ikke mulighed for at uddybe svarene. Der er formentlig indenfor de enkelte grader af uddelegering betydelig forskel på, hvordan lægehusene uddelegerer hvilke opgaver, og derfor kan der indenfor de respektive grader af uddelegering, være stor forskel imellem lægehusene og dette kan medføre bias ift. effekten af graden af uddelegering. Ligeledes har uddannelseslæger som forventet en mindre dyb patient-behandler-relation end lægehusenes faste praktiserende læger og sygeplejersker, da de kun er tilknyttet praksis 6-12 måneder og derfor ikke har samme grundlag for at opbygge dybe patient-behandler-relationer.

Styrker og begrænsninger

Spørgeskemaundersøgelsen er udført i alle lægehusene i Norddjursklyngen og der er opnået en høj samlet svarprocent på 65%. Det er uafklaret om patienter med en dyb patient-behandler-relation er mere eller mindre tilbøjelige til at svare end patienter med en mindre dyb patient-behandler-relation. Da behandlerne selv har stået for udlevering af spørgeskemaerne, er der en indbygget risiko for bias, da behandlerne bevidst eller ubevidst kan have undladt at udlevere spørgeskemaer til patienter, hvor relationen er vanskelig eller udfordret. Det er uafklaret hvorvidt, der er forskellig risiko for denne type bias for hver behandlerstype og for hvert lægehus. Samlet set vurderer vi at resultaterne er repræsentative for Norddjursklyngen, mens risikoen for selektionsbias ikke kan udelukkes. Ud fra ovenstående betragtninger kan selektionsbias muligvis trække resultaterne i retning af dybere patient-behandler-relation, men det må formodes at være en systematisk fejl på tværs af behandler typer og lægehuse.

Selve spørgeskemaet er frit oversat efter et engelsksproget spørgeskema, der bygger på et større systematisk review af den kvalitative litteratur vedr. læge-patient-relationer¹⁴ og efterfølgende er valideret, således at det indfanger forskellige aspekter af forhåndskendskab og tilknytning med en god overfladevaliditet, høj intern reliabilitet og stærk test-retest reliabilitet. Spørgeskemaet adresserer forhåndskendskab og er dermed påvirkeligt af den longitudinelle kontinuitet med dybere relation jo flere konsultationer med samme behandler, men dette flader ud over tid efterhånden som relationen er opbygget. Der er desuden undersøgt for confounders i form af blandt andet den patientoplevede læge-patient-kommunikation i den enkelte konsultation og forfatterne vurderer at spørgeskemaet indfanger noget andet og altså måler på dybden af relationen¹³.

Spørgeskemaet vægter de enkelte delspørgsmål ligeligt, men det er uafklaret om de enkelte spørgsmål er lige afgørende for den reelle dybde af relationen, og forfatterne tager ikke stilling til hvilken samlet score, der f.eks. repræsenterer en meget dyb relation, en dyb relation, en intermediær relation og en overfladisk relation, hvilket gør det svært at vurdere hvornår forskelle i dybden er betydningsfulde.

Der findes imidlertid ingen guldstandard til at kvantificere dybden af den oplevede patient-behandler-relation og hvorvidt spørgeskemaet rent faktisk måler den reelle dybde af patient-behandler-relationen kan derfor diskuteres, men spørgeskemaet er blandt de bedst validerede eksisterende spørgeskemaer¹⁵. Spørgeskemaet er udviklet og valideret i England, hvor almen praksis er anderledes organiseret end i Danmark, men læge-patient-relationen udspiller sig alligevel i en sammenlignelig kontekst.

Vi har frit oversat og modificeret spørgeskemaet og vi har diskuteret oversættelsens ordlyd indtil enighed, men kan ikke fuldstændigt udelukke at sproglige nuancer kan være blevet udvisket. Vi lavede en pilotundersøgelse for at undersøge om patienterne formåede at udfylde spørgeskemaerne, om det gav anledning til spørgsmål til behandlerne samt hvorvidt den oprindelige skæve akse eller en lige akse gav flest nuancer ift. den samlede dybde af relationen og tilpassede spørgeskemaet ud fra behandlernes betragtninger, se metodeafsnittet. Vi lavede ikke en regulær reverstranslation eller en ny kvalitativ validering hvor patienterne kunne give feedback og udtrykke tvivl om betydningen af de enkelte spørgsmål, så vi ved ikke med sikkerhed om oversættelsen har været vellykket og indfanger de samme nuancer som det oprindelige spørgeskema, det er dog vores klare overbevisning. Spørgeskemaet er udviklet til at måle dybden af læge-patient-relationen, og vi har udvidet gruppen til at omfatte andre behandlere, det er uvist om denne type relationer er direkte sammenlignelige med læge-patient-relationen.

Da patienterne svarede på spørgeskemaet umiddelbart efter et møde med den pågældende behandler vurderes risikoen for genkaldelsesbias vedr. deres oplevelse af patient-behandler-relationen minimal og uafhængig af behandlerstype. Det blev dog bemærket at flere patienter ikke vidste hvilken behandlerstype de blev set af, f.eks. blev det i pilotundersøgelsen observeret at nogle patienter, der blev set af en uddannelseslæge, svarede at de blev set af en praktiserende læge, mens det kun var få, der svarede "ved ikke". Vi har desværre ikke tal for omfanget af dette, men det er naturligvis forbundet med en grad af misklassifikation, der ikke kan udelukkes at være associeret til dybden af patient-behandler-relationen. Samlet set kan informationsbias ikke udelukkes. Ud fra ovenstående betragtninger kan sådanne informationsbias både trække i retning af dybere patient-behandler-relation og mindre dyb patient-behandler-relation og det kan ikke udelukkes at der kan være forskellig grad af informationsbias for hver behandlerstype og mellem de enkelte lægehuse.

Perspektivering

Vores fund bidrager til den samlede viden om, hvad organisatoriske ændringer i almen praksis med mere personale og større lægehuse betyder for patientens oplevelse af at komme til lægen. Umiddelbart understøtter vores fund, at patienter fortsat kan opleve kontinuitet hvis de bliver set af sygeplejersker i almen praksis og at uddelegering af opgaver, navnlig til sygeplejersker, kan være med til styrke kontinuiteten i almen praksis. Et engelsk studie fra 2020 har vist, at tiltagende praksisstørrelse, med en vækst på 2000 patienter svarende til en ekstra lægekapacitet, er associeret med et fald i den patientoplevede kontinuitet¹⁶. Vores fund stemmer til dels overens

med dette, med et fald i dybden af patient-relationen ved overgangen fra solopraksis til flermandspraksis, men vi finder ikke nogen fortsat trend.

Et Cochrane-review af Karimi-Shahanjarini et al har undersøgt barrierer og facilitatorer ved uddelegering af opgaver til sygeplejersker i primærsektoren. Deres studie viser, at læger overordnet set oplever at sygeplejersker øger kontinuiteten, mens nogle patienter er bekymrede, hvis de mister kontakten til deres læge. Studiet viser også, at læger og patienter foretrækker at læger varetager diagnostik og opstart af behandling, men ser positivt på at sygeplejersker varetager "ikke-medicinske"-opgaver som opfølgning, screening og forebyggelse. I vores studie så det ikke ud til, at højere uddelegering påvirkede den patientoplevede relation til sygeplejerskerne. Til gengæld så det ud til at den patientoplevede relation til andre behandlere faldt ved øget uddelegering, men vi kan ikke udtale os om, hvorvidt det var fordi patienterne ikke følte sig trygge ved behandlingen. Karimi-Shahanjarini et al viste desuden, at det for både sygeplejersker og læger var vigtigt, at der var nok ressourcer, god ledelse, klar rollefordeling og tilstrækkelig træning og supervision¹⁷. Vi tænker, det er vigtigt at undersøge disse forhold i en dansk kontekst.

Kontinuitet og læge-patient-relationen bliver, særligt i almen praksis, fejret som en utvetydig god værdi. Merriel et al har brugt The Patient-Doctor Depth of Relationship Scale til at undersøge, hvordan dybden af patient-behandler-relationen påvirker form og indhold af konsultationer hos praktiserende læger. De viste, at patienter med en dyb relation til deres praktiserende læge i gennemsnit havde længere konsultationer og adresserede flere helbredsrelevante spørgsmål. Samtidig havde læger, til hvem patienterne havde en dyb relation, mindre tendens til at adressere forebyggelse¹⁸. Særligt sidstnævnte kan være problematisk for udviklingen af folkesundheden og i konflikt med Danske Regioners vision for almen praksis⁹, og det kan overvejes, om relationen mellem behandler og patient kan blive *for* dyb, for eksempel for privat eller personlig. Det er dog også en mulighed at forebyggelse glider ud af den enkelte konsultation fordi begge parter ved at dette er diskuteret tidligere og vil blive taget op igen i en senere konsultation. Vi kan ud fra vores undersøgelse ikke udtale os om, hvad der er den ideelle dybde af patient-behandler-relationen eller hvornår forskelle i dybden af patient-behandler-relationen bliver klinisk betydningsfulde. De fleste studier, der undersøger effekten af kontinuitet, undersøger den longitudinelle kontinuitet, og der mangler undersøgelser, der undersøger effekten af den interpersonelle kontinuitet, herunder effekten af patient-behandler-relationen, på helbredsrelevante endepunkter, som f.eks. lægevagtsforbrug, akutte indlæggelser og mortalitet.

Det danske sundhedsvæsen er under pres og der må forventes at skulle løses flere opgaver i almen praksis. Vi synes det er opløftende, at sygeplejersker ser ud til at kunne opbygge og vedligeholde dybe patient-behandler-relationer og dermed bidrage positivt til kontinuiteten i almen praksis. Efter vores undersøgelse og gennemgang af litteraturen, ser vi positivt på udvidet brug af sygeplejersker i almen praksis. Vi tænker at dette kan være en del af løsningen på sundhedsvæsenets udfordringer. Vi har desværre ikke nok data til at udtale os om brug af andre behandlere. Vi er nysgerrige på, hvordan man bedst implementerer brug af sygeplejersker, hvilke opgaver der med fordel kan varetages af sygeplejersker og hvilke opgaver vi som læger fremover fortsat skal varetage.

Referencer

1. DSAM. Pejlemærker for faget medicin. <https://www.dsam.dk/pejlemaerker/>.
2. McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ*. 1998;316(7147):1807-1809. doi:10.1136/bmj.316.7147.1807
3. McWhinney IR. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. *J Fam Pract*. 1975;2(5):373-374.
4. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-143. doi:10.1370/afm.23
5. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
6. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2022;72(715):e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
7. Tammes P, Morris RW, Murphy M, Salisbury C. Is continuity of primary care declining in England? Practice-level longitudinal study from 2012 to 2017. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2021;71(707):e432-e440. doi:10.3399/BJGP.2020.0935
8. PLO. Faktaark om almen praksis. Published online 2021.
9. Danske Regioner. Vision for almen praksis. Published online 2017.
10. PLO Analyse. Mere personale hos de praktiserende læger. Published online May 2020.
11. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
12. DSAM. Det gør en forskel at vi kender hinanden. <https://www.vikenderhinanden.dk>.
13. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Patient-doctor depth-of-relationship scale: development and validation. *Ann Fam Med*. 2011;9(6):538-545. doi:10.1370/afm.1322
14. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2009;59(561):e116-133. doi:10.3399/bjgp09X420248
15. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):866. doi:10.1186/s12913-018-3687-4
16. Forbes LJ, Forbes H, Sutton M, Checkland K, Peckham S. Changes in patient experience associated with growth and collaboration in general practice: observational study using data from the UK GP Patient Survey. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2020;70(701):e906-e915. doi:10.3399/bjgp20X713429
17. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4(4):CD010412. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2
18. Merriel SWD, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2015;65(637):e545-551. doi:10.3399/bjgp15X686125

Bilag

Bilag 1. Søgeord

1. ("Continuity of Patient Care"[Mesh]) AND "Mortality"[Mesh]) AND "Systematic Review"
[Publication Type]
2. ("Personnel Delegation"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND ("Primary Health Care"[Mesh]
OR "General Practice"[Mesh])
3. patient doctor relationship scale AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "General
Practice"[Mesh])

Bilag 2. Spørgeskema om patient-behandler relationen, Skæv akse

- 1.1 Hvilken type behandler blev du set af i dag?
- Praktiserende læge
Uddannelseslæge
Sygeplejerske
Anden behandler
Ikke sikker

Med udgangspunkt i denne behandler, bedes du venligst svare så ærligt som muligt på de følgende spørgsmål, ved at krydse af i den boks, der bedst beskriver din holdning.

	Uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Overvejende enig	Helt enig
2.1 Jeg kender denne behandler godt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.2 Denne behandler kender mig som person	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.3 Denne behandler ved hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.4 Jeg ved hvad jeg kan forvente af denne behandler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.5 Denne behandler bekymrer sig om mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.6 Denne behandler tager mig seriøst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.7 Denne behandler accepterer mig som jeg er	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.8 Jeg føler mig afslappet med denne behandler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Frit oversat og modificeret ud fra "The Patient-Doctor Depth of Relationship Scale"
<http://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/resources/pddr/>

Bilag 3. Spørgeskema om patient-behandler relationen (Lige akse)

- 1.1 Hvilken type behandler blev du set af i dag? Praktiserende læge
Uddannelseslæge
Sygeplejerske
Anden behandler
Ikke sikker

Med udgangspunkt i denne behandler, bedes du venligst svare så ærligt som muligt på de følgende spørgsmål, ved at krydse af i den boks, der bedst beskriver din holdning.

	Meget uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Meget enig
2.1 Jeg kender denne behandler godt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.2 Denne behandler kender mig som person	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.3 Denne behandler ved hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.4 Jeg ved hvad jeg kan forvente af denne behandler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.5 Denne behandler bekymrer sig om mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.6 Denne behandler tager mig seriøst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.7 Denne behandler accepterer mig som jeg er	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.8 Jeg føler mig afslappet med denne behandler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Frit oversat og modificeret ud fra "The Patient-Doctor Depth of Relationship Scale"
<http://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/resources/pddr/>

Bilag 4. Endeligt spørgeskema om patient-behandler relationen

- 1.1 **Hvilken type behandler blev du primært set af i dag?** (Sæt kun 1 kryds)
- Praktiserende læge
 Uddannelseslæge
 Sygeplejerske
 Anden behandler
 Ikke sikker

Med udgangspunkt i **denne behandler**, bedes du venligst svare så ærligt som muligt på de følgende spørgsmål, ved at krydse af i den boks, der bedst beskriver din holdning.

	Uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Overvejende enig	Helt enig
2.1 Jeg kender denne behandler godt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.2 Denne behandler kender mig som person	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.3 Denne behandler ved hvordan jeg har det	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.4 Jeg ved hvad jeg kan forvente af denne behandler	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.5 Denne behandler bekymrer sig om mig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.6 Denne behandler tager mig seriøst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.7 Denne behandler accepterer mig som jeg er	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.8 Jeg føler mig afslappet med denne behandler	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Frit oversat og modificeret ud fra "The Patient-Doctor Depth of Relationship Scale"
<http://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/resources/pddr/>

Bilag 5. Brev til læger i Norddjursklyngen

Kære kolleger i Norddjursklyngen

Som nævnt på sidste klyngemøde er vi to fase 2 læger, som gerne vil undersøge dybden af relationen mellem patient og behandler fordelt på forskellige faggrupper.

Baggrunden er, at kontinuitet er en kerneværdi i almen praksis, og der er i tiltagende grad viden om, at kontinuitet i almen praksis har en betydning for patient-outcome. Bl.a. har en ny norsk artikel vist at der er en sammenhæng mellem hvor længe patienter har været tilknyttet deres praktiserende læge og akutte indlæggelser, brug af lægevagt og mortalitet. Samtidig kommer der stadig flere opgaver ud i almen praksis, og der ansættes i stigende grad personale, som overtager flere patient-kontakter. Vi er interesserede i, om det har en betydning for den oplevede kontinuitet her i Norddjursklyngen.

Konkret ønsker vi at undersøge, hvordan patienterne oplever dybden af relationen afhængigt af, hvilken behandler de ser, og dermed kvalificere, hvad det betyder for patienternes oplevelse, at der kommer flere typer af behandlere.

Vi vil gerne lave en spørgeskemaundersøgelse hos jeres patienter, og det håber vi, I vil hjælpe os med. Vi ønsker at undersøge det ved, at I, jeres uddannelseslæger og jeres personale en tilfældig dag udleverer et spørgeskema om den oplevede dybde af relationen til jeres fremmødte patienter. Spørgeskemaet indeholder 9 spørgsmål (Se bilag 2) og afleveres i en blå plastiklomme hos sekretæren. Vi afleverer og afhenter spørgeskemaerne hos jer efter aftale. Vi har valgt at udlevere 25 spørgeskemaer pr. speciallægekapaцитet, og forventer at I fordeler disse jævnt, blandt jer selv og de uddannelseslæger, sygeplejersker samt øvrige personaler der har fremmødepatienter på dagen for undersøgelsen.

Vi har desværre ikke mulighed for at give honorar for deltagelse i undersøgelsen.

Vi forventer ikke at I siger mere til patienterne end følgende:

Vi er med i et kvalitetsudviklingsprojekt og håber I vil bruge 2 minutter på at svare på 9 spørgsmål og aflevere spørgeskemaet ved sekretæren inden I går. Undersøgelsen er anonym.

For at kvalificere analysen ønsker vi nogle baggrundsdata for jeres praksis. Vi har på sundhed.dk fundet data om jeres køn, anciennitet som speciallæge og antal faste speciallæger. Derudover vil vi gerne vide, hvilken grad af uddelegering, I har i jeres praksis og bede jer eller jeres sekretær tælle hvor mange fremmødte patienter I havde på dagen for undersøgelsen.

Vi håber derfor I vil udfylde bilag 1 og lægge dette sammen med spørgeskemaerne.

I vores hovedanalyse vil vi se på klyngen som helhed og inddelt efter forskellige grader af uddelegering samt forskellig praksisstørrelse ud fra antallet af faste speciallæger. Vi vil gerne fremlægge vores resultater til næste klyngemøde d. 11. juni 2022.

Hvis det ønskes, vil vi gerne lave en ekstra analyse af jeres praksis i forhold til resten af klyngen.

Med venlig hilsen

Casper Overgaard Poulsen, Lægefællesskabet

Og

Sara Sletten Christensen, Vivild Lægehus

Bilag 6. Oplysninger fra praksis

Praksis:

Grad af uddelegering

I vores praksis har vi følgende grad af uddelegering af opgaver til sygeplejersker:

- ₁ Udelukkende som støtte til lægen. Dvs. blodprøver og EKG mv. på anmodning fra lægen. Personalet har ingen selvstændige konsultationer
- ₂ Støtte til lægen og selvstændige årskontroller
- ₃ Støtte til læge, selvstændige årskontroller samt simple opgaver (øreskyl, vortefrys mm)
- ₄ Som selvstændige behandlere, dvs. konsultationer, som også indeholder diagnostik

I vores praksis har vi følgende grad af uddelegering af opgaver til andet personale:

- ₁ Udelukkende som støtte til lægen. Dvs. blodprøver og EKG mv. på anmodning fra lægen. Personalet har ingen selvstændige konsultationer
- ₂ Støtte til lægen og selvstændige årskontroller
- ₃ Støtte til læge, selvstændige årskontroller samt simple opgaver (øreskyl, vortefrys mm)
- ₄ Som selvstændige behandlere, dvs. konsultationer, som også indeholder diagnostik

Dato for spørgeskemaundersøgelsen:

Fremmødte patienter

Antal fremmødte patienter i vores praksis på dagen for spørgeskemaundersøgelsen:
