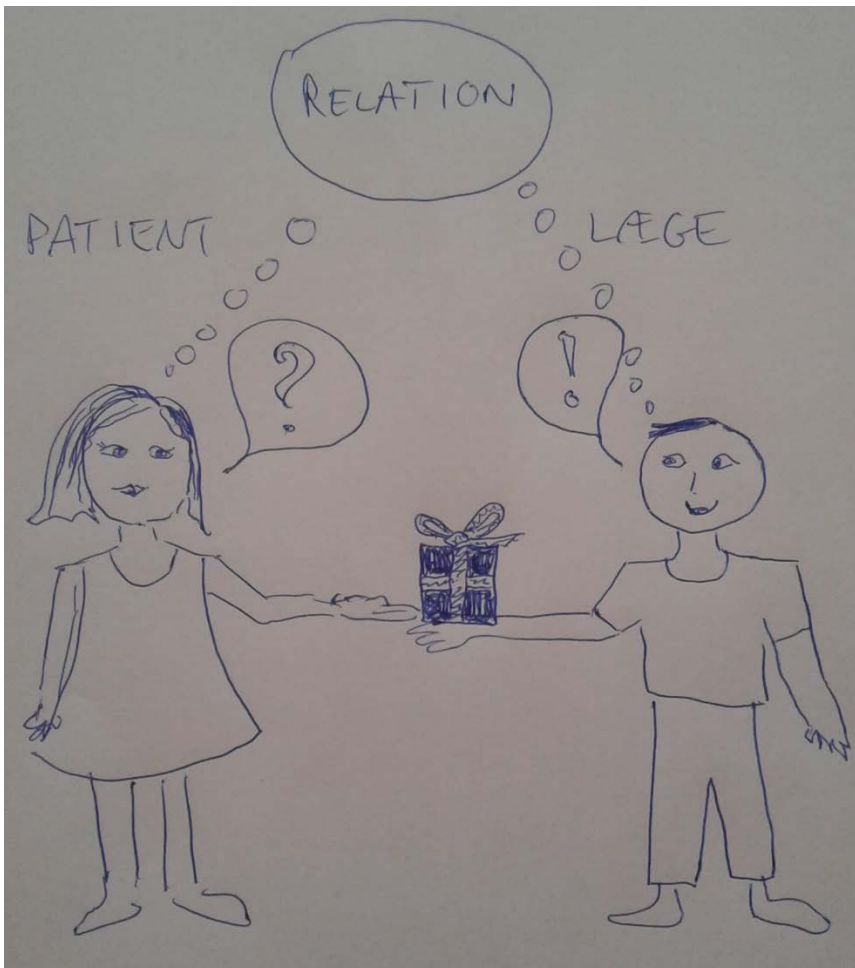


## Hvad betyder kontinuitet i almen praksis for patienterne?

*Med perspektiverende diskussion til betydningen for den praktiserende læge, folkesundheden og økonomien*

Et "mixed method litteraturstudium"



Illustrator: Misha Møller

Skrevet af læger under uddannelse til speciallæger i almen medicin:

Niels Poulsen og Tine Misha Møller

Forskningstræningsstudium Hold nr: 39

Vejleder: Annemette Bondo Lind, PhD i sundhedsvidenskab og psykologi

Indholdsfortegnelse:

<i><b>Introduktion og baggrund</b></i>	<i><b>s. 3</b></i>
<i><b>Om kontinuitets-begrebet i sig selv</b></i>	<i><b>s.4</b></i>
<i><b>Formål</b></i>	<i><b>s.6</b></i>
<i><b>Metode</b></i>	<i><b>s. 7</b></i>
<i><b>Gennemgang af artikler</b></i>	<i><b>s.7</b></i>
<i><b>Diskussion</b></i>	<i><b>s. 17</b></i>
<i><b>Konklusion</b></i>	<i><b>s 20</b></i>
<i><b>Referencer</b></i>	<i><b>s. 21</b></i>

## Introduktion og baggrund

Primærsektoren i Danmark består hovedsageligt af almen praksis, og historisk har denne hovedsageligt bestået af en familielæge, som fulgte sine patienter gennem en længere årrække. Familielægen varetog stort set alle primærsektorens opgaver for en befolkningsgruppe, og stod derfor næsten altid til rådighed.

Denne konstellation har gennem tiden været udsat for omvæltninger – blandt andet i form af indførelsen af vagtlægesystemet, et ønske fra mange praktiserende læger om at få mere lønarbejderlignende forhold, en stigende overgang til flerlægepraksisser og uddelegeringen af arbejdet i praksis til andre faggrupper, hvilket har medført, at kontinuiteten mellem en enkelt læge og patient bliver brudt. Ydermere kommer der gradvist flere opgaver i almen praksis – opgaver, som tidligere blev varetaget i sekundærsektoren. F.eks. varetager almen praksis i dag en del kronikerkontroller, men der ses også en tendens til, at patienter har kortere indlæggelsestid på hospitalerne og derfor i stigende grad bliver udskrevet til opfølgning i almen praksis.

Indførelsen af vagtlægesystemet betyder, at patienten ikke ser sin sædvanlige læge om aftenen og om natten, men i stedet en vagtlæge, som træder til for den faste læge.

Overgangen til flerlægepraksisser er i høj grad faciliteret af lægernes ønske om at få et arbejde, som minder mere om andre faggruppers arbejde. Dette medfører imidlertid også, at den enkelte patient kan risikere at få konsultationer hos skiftende læger og dermed nedsat kontinuitet. Herudover er der økonomiske stordrifts-fordele, som øger tendensen til at læger slår sig sammen om at drive praksis, så udgifter til f.eks. medicoteknisk udstyr deles.

Uddelegeringen af arbejdet i almen praksis betyder, at visse dele af konsultationerne bliver varetaget af andre end den faste læge, men der ses også tendens til, at hele konsultationer varetages af andre faggrupper, som f.eks. sygeplejersker.

Samlet set fører alle disse forandringer i retning af mindre kontinuitet i læge-patientforholdet og vi finder det vigtigt, at man er bevidst om denne tendens, så man kan tage stilling til, om almen praksis bevæger sig i den ønskede retning.

Denne artikels forfattere er kommende almen-medicinere. Vores hverdag præges af et tiltagende antal konsultationer, og allestedsnærværende overvejelser om effektivisering af almen praksis. Almen-medicinerens rolle er i forandring, og bevæger sig i en vis grad mere i retning af en leder-administrator-rolle, fremfor den kommunikative, al-favnende læge-rolle med bredt kendskab til den enkelte patient.

Samtidigt hører vi om dårlig trivsel blandt almenmedicinere. Nørøxe et al konkluderer i deres store, nationale spørgeskemaundersøgelse fra 2018 (Nørøxe et al, 2018), at ringe arbejdsglæde og lav jobtilfredshed er almindelig blandt danske praktiserende læger, og at 1 ud af 10 opfylder kriterierne for komplet udbrændthed.

Det har givet os begge en diffus fornemmelse af noget kvalitet, der er ved at blive tabt på gulvet. Og vores primære bekymring handler om afgivelsen af det mere personlige kendskab til de enkelte patienter. Et kendskab og et overblik vi fornemmer giver bedre diagnostik og behandling af patienterne og måske større arbejdsglæde.

Spørger man løst blandt kommende almen-medicinere, hvad deres motivation for at vælge almen medicin er ordet "kontinuitet" i patientkontakten et ord der nævnes igen og igen. Det skønnes alment anerkendt, at netop kontinuiteten i almen praksis er et af de givende elementer ved livet som praktiserende læge (Nørøxe et al, 2018).

Er denne kontinuitet i Almen Praksis kun en romantisk drøm?

Hvad mener man, når man taler om kontinuitet?

Har kontinuitet direkte målbare helbredsmæssige konsekvenser?

Er vi ved at organisere kontinuiteten i stykker?

## **Om kontinuitets-begrebet i sig selv**

Ordet kontinuitet betyder i sig selv blot en fortløbende, ubrudt sammenhæng i en udvikling, proces el.lign.

I sig selv siger ordet kontinuitet ikke noget om, hvorvidt den proces forløber godt.

Når man taler om kontinuitet i almen praksis er det vores fornemmelse, at mange taler om læge-patient-relationen.

I Heidi Bøgelund Frederiksens (HBF) phd. (Frederiksen, 2009) opdeles begrebet kontinuitet i 3 under-inddelinger:

- 1) Informations-kontinuitet: Der er tilstrækkelige oplysninger om tidligere helbredsmæssige begivenheder, så informationer ikke skal gentages.
- 2) Organisations-kontinuitet: Der skal såvidt muligt være logisk og rettidig sammenhæng mellem sundhedsvæsenets enkelte tiltag.
- 3) Relationel kontinuitet: Patienten skal opleve, at have en fagligt orienteret, personlig relation til en af sundhedsvæsenets aktører – evt. lægen.

Det er især den relationelle kontinuitet der reduceres i de større lægehuse, skriver HBF.

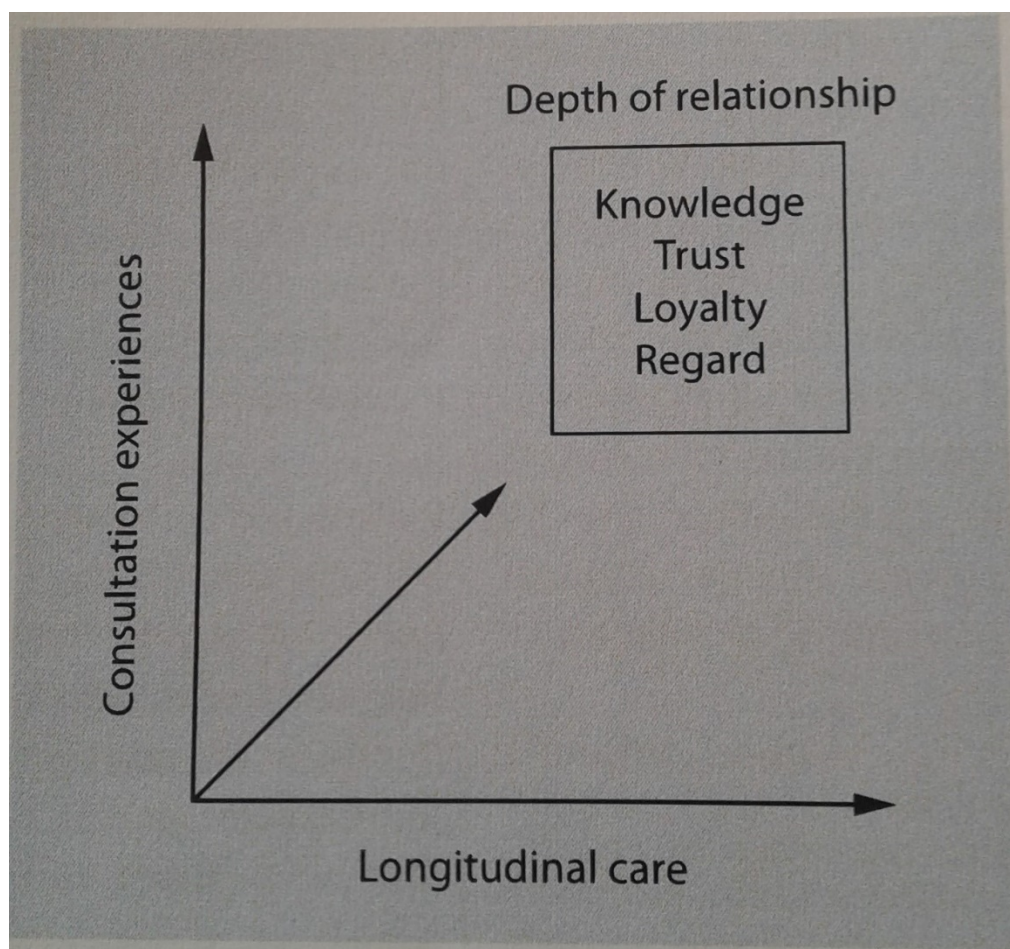
Et begreb man også støder på, er "interpersonel kontinuitet". Det henfører måske lidt mere nøgternt til det faktum om man ser samme læge. Hvor ofte og hvor længe har måske også lidt med dette begreb at gøre, men kvaliteten af den indeholdte relation ligger udenfor denne term.

Matthew Ridd et al (Ridd et al, 2009) går et skridt videre i deres review om læge-patient-relationen. De påpeger, at "relationel kontinuitet" i sig selv ikke er garanteret for en god læge-patient-relation. Man kan sagtens forestille sig at have den samme læge i årevis, uden der er gensidig sympati eller tillid mellem parterne.

De retter fokus på læge-patient-relationen, og ser kontinuitet som blot én af de faktorer, der ofte har betydning for, at denne relation kan udvikle sig. Se figur 1

Ridd et al. understreger, at andre faktorer som tillid, kendskab, loyalitet, sympati indgår i denne læge-patient-relation, og at disse faktorer hver for sig kan have selvstændig betydning for patientbehandlingen, patienternes tilfredshed og i sidste ende deres helbred.

De påpeger, at ordet kontinuitet, især begrebet "relationel kontinuitet" er for spinkelt, når man i forskning vil undersøge helbreds-effekten af at have en fast læge.



Figur 1

Fra "Matthew Ridd et al: "the patient-doctor-relationship".

Det første man skal være opmærksom på, når man kigger på figuren er, at det ikke er tænkt som et matematisk koordinatsystem, hvor y-aksens resultater er direkte afhængige af x-aksen. Det vil sige på trods af den pil der er sat i figuren, kan man ikke aflæse en nødvendigvis lineær sammenhæng mellem faktorerne.

*"Longitudinal care" kan oversættes med: Kontinuitet. Eller interpersonel kontinuitet. Altså at samme pt. ser samme læge.*

*"Consultation experiences", på dansk "konsultations-oplevelser" skabes af multiple faktorer, såsom lægens kommunikative evner, sociale egenskaber, men også af konsultationens konsekvens rent helbredsmæssigt.*

*De to akser er i stedet tænkt som et rum, hvori læge-patientrelationen kan udfolde sig. Med andre ord så er både kontinuitet og konsultationsoplevelser nødvendige for at en relation kan være tilstede.*

*Relationen kan så for sin del være god, dårlig, dyb, overfladisk eller hvordan man nu vil værdisætte den. Og den indeholder ofte 4 kerne-elementer som artiklens forfattere har identificeret som sympati, loyalitet, kendskab og tillid (det er så vores oversættelse af de 4 ord fra figuren).*

Baseret på ovenstående, skal man således være varsom, når man læser litteratur om kontinuitet. Mange undersøgelser har kun kigget på om fast læge versus skiftende læge havde betydning for et bestemt helbreds-outcome. De har ikke "korrigeret for", om der overhovedet var tale om en god eller en dårlig relation. Andre undersøgelser (Johanna Birkhäuer et al) har udelukkende kigget på "trust" (på dansk tillid) overfor helbreds-effekt. Her kunne man forestille sig der skulle korrigeres for andre faktorer i figuren ovenfor.

På samme vis er der brug for uddybning, når nogen udtaler, at der ønskes kontinuitet i patientbehandlingen. Er det en god læge-patient-relation der efterspørges?

## **Formål**

Vore opgave har fire formål:

At påpege allerede eksisterende evidens for helbreds-fremmende faktorer ved kontinuitet.

At undersøge begrebet kontinuitet.

At undersøge om der er evidens for negative konsekvenser af kontinuitet.

At undersøge om uddelegering af arbejdsopgaver i almen praksis forringer kontinuiteten og i samme ombæring kvaliteten.

Vi vil bruge vores resultater til en diskussion af kontinuitets rolle for tilfredsheden for patienter og måske indirekte for læger. Og til at stille spørgsmålet, om kontinuitet burde vægtes højere af læger, regioner og politikere, hvis evidensen allerede er tilstede.

Vi ønsker en større bevidsthed om kontinuitets betydning i sig selv, så man aktivt kan medtænke det i organisationen af almen praksis.

## Metode

Gennem selektiv litteratur-søgning har vi søgt at belyse, hvad kontinuitet betyder for patienten. Det har ført til, at vi måtte kigge nærmere på, hvad der rent faktisk forstås ved begrebet kontinuitet. Det ligger uden for denne opgaves mulighed, at lave et systematisk review om betydningen af kontinuitet i almen praksis for patienterne, da tiden er begrænset. Derfor har vi foretaget nogle nedslag i litteraturen som belyser emnet.

Vi bruger resultater fra litteraturen til en overordnet diskussion af, om kontinuitet tilgodeses i tilstrækkelig grad i Almen Praksis.

Vi er efter subjektiv diskussion af emnet nået frem til primære søgeord som "kontinuitet" og "læge/patient-relation". Men har i vores indkredsen af emnet været omkring søgninger på "tendenser i almen praksis internationalt", "sygepleje-opgaver i almen praksis" og "patienttilfredshed i almen praksis".

Vi har primært søgt litteratur på Pubmed, men har også benyttet Google, og har her fundet frem til relevant grå litteratur (bøger, afhandlinger, materiale der ikke er udgivet på et forlag) om emnet.

Til sidst har vi fået grundig hjælp til begrænsning af søgeresultaterne af vores vejleder Anne-Mette Bondo Lind. Herved er vi nået frem til 6 skrivelser (4 artikler, et speciale i sociologi og en phd-afhandling) som på forskellig vis bidrager til vores overordnede formål med artiklen.

Gennem kritisk læsning af disse, har vi søgt at kombinere artiklernes hovedtemaer til en syntese, der kan bruges som grundlag for videre forskning, refleksion og bevidstgørelse af kvaliteterne i Almen Praksis.

## Gennemgang af artikler

De 6 udvalgte skrivelser er kritisk gennemlæst, og deres hovedtemaer og resultater ses i nedenstående tabel.

Efter tabellen kommer mere udførlige resuméer, der giver bedre indblik i den fundne litteraturs styrker og svagheder.

Titel, forfatter og studietype	Formål	Metode	Resultat
<b>The patient-doctor relationship</b> <i>Matthew Ridd et al. 2009</i> Systematisk Review af kvalitativ litteratur.	Udforske begrebet læge/patient-relation og skabe bedre forståelse for hvad dette begreb omfatter med henblik på bedre forskning indenfor relationens betydning for patient-sundhed med håb om mere målrettet organisation af Almen Praksis	Gennem systematisk litteraturgennemgang, udfra kvalitative søgekriterier, defineres gennemgående hovedtemaer indenfor emnet. Disse temaer fremsøges af 2 forskere med forskellig faglig baggrund og sammenholdes. Patientgrundlaget er typiske almen-praksis patienter af alle slags.	Der opstilles en begrebslig forståelsesramme, som omfatter mere vage begreber som kendskab og interpersonel kontinuitet. Det anbefales, at fremtidig forskning har denne forståelsesramme in mente for mere valide resultater.
<b>Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men</b> <i>John H. Wasson et al. 1984</i> Randomiseret dobbelt-blindt studie.	At undersøge hvad kontinuitet vs ikke-kontinuitet hos egen læge betyder for sundhed og patienttilfredshed hos ældre mænd.	I alt 728 mænd over 55 år blev randomiseret i kontinuitets-gruppe vs ikke-kontinuitets-gruppe og blev fulgt over 2,5 år.	Resultatet viser 1) Signifikant større patient-tilfredshed i kontinuitetsgruppen 2) Signifikant færre akutte indlæggelser og meget kortere indlæggelses-tid i kontinuitets-gruppen.
<b>Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer</b> <i>Ridd, Ferreira, Montgomery Salisbury og Hamilton</i> Datastudie	Finde sammenhængen mellem læge/patient kontinuiteten og tiden det tog for at diagnosticere og henvise patienter med 3 almindelige typer af cancer	Data blev trukket fra General Practice Research Database på patienter over 40 år med bryst-, kolorektal- eller lungecancer. Cancersymptomer blev fundet op til 12 mdr. før diagnosen blev stillet. Læge/patient kontinuiteten blev beregnet op til 24 mdr. før diagnosen blev stillet	I kontinuitetsgruppen gik der lidt længere tid fra de første symptomer meldte sig, til diagnosen blev stillet for patienter med kolorektal cancer. For de to andre cancertyper var der ingen signifikant forskel. For kolorektal- og lungecancer var der kortere tid til diagnosen blev stillet, hvis der var kontinuitet mellem læge og patient efter index samtalen. Dette galdt ikke for brystcancer
<b>Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations</b> <i>Merriel, Salisbury, Metcalfe og Ridd</i> Videofilmede konsultationer og spørgeskema	At måle, om dybden i forholdet mellem læge og patient har indflydelse på længden af konsultationer antallet af problemer og sager, som drøftes i en konsultation.	229 konsultationer blev videofilmet og antallet af problemer og sager blev fundet. Patienterne udfyldte et spørgeskema, som klarlagde læge/patientforholdet	Når patienter, havde et tættere forhold til sin praktiserende læge blev der drøftet flere problemer og sager end når der var et mindre tæt forhold. På trods af at disse konsultationer tog gennemsnitligt 118 sek. længere, var der tale om en potentiel besparelse på 1 konsultation pr. patient pr. år
<i>Andreas Kjær</i> <b>Sygeplejerskernes indtog i almen praksis</b>  Kombineret dokument- og feltstudie.	Beskrive de forandringer almen praksis står overfor	Dokumentstudiet består af kvalitativt udvalgt litteratur. Feltstudiet: Observation af konsultationer.	Outsourcing af lægernes rolle i almen praksis fører til bedre tilfredshed blandt læger og personale uden der gives afkald på kvaliteten af arbejdet
<i>Heidi Bøgelund Frederiksen</i> Phd-afhandling fra 2009 <b>"Patientperspektivet på læge-patient-reltionen i almen praksis – med særligt fokus på interpersonel kontinuitet"</b>	Undersøge hvad kontinuitet betyder i læge-patient-reltionen med afsæt i stigende forbrugermindtalitet i mange andre af samfundets relationer	Kombination af litteraturstudie, patient-interview og iagttagelser under observation af konsultationer	Læge-patient-reltionen kan ikke sammenlignes med andre forbruger-relationer, da udgangspunktet er sårbarhed hos patienten. Derved træder andre mekanismer i kraft, såsom behov for tilknytning og anerkendelse. Det konkluderes at patienter har behov for "relationel kontinuitet", især med stigende sygdomsgrad.



## **Resume af: The Patient-doctor-relationship, by Matthew Ridd et al. (Ridd et al, 2009)**

**Formål:** Forfatterne antager at en god læge-patient-relation har helbredsfræmmende effekter. Men de oplever at definitionen på en god relation har været diffus og varierende i tidligere forskning om emnet. Formålet med deres review er derfor at opnå en mere detaljeret forståelse af begrebet, og skabe en fælles forståelsesramme for fremtidig forskning om emnet.

**Metode:** Der benyttes kvalitativ udforskning af kvalitativ litteratur. Gennem kritisk litteratursøgning og efterfølgende analyse af to forskere fra henholdsvis lægelig baggrund (almen mediciner) og en "social scientist" fandtes fællestemaer i litteraturen. Af dette dannes en syntese. De benytter anerkendt metode for Appraisal Skill..

**Resultater:** Der udskilte sig hurtigt to hovedtemaer i litteraturen:

1) Faktorer, der gør en læge-patient relation mulig og som faciliterer og vedligeholder den. Herunder sorterer **longitudinal care** (konsultationsmønstret) og **konsultations-oplevelser** (lægens kommunikative evner, konsekvenser for pt. Af konsultationen) og

2) kvaliteten og dybden af læge-patient-relationen. Denne relationen finder de belæg for at kunne beskrive ud fra 4 kerne-egenskaber: **kendskab, tillid, loyalitet og sympati.**

**Diskussion:** I kvalitativ forskning bliver forskeren i sig selv et "forsknings-instrument", med indbygget bias i form af bevidste og ubevidste ideer og fordomme. Men de fremhæver robusthed ved studiet i form af kritisk tankegang, gennemsigtighed og tydelighed. Og det fremhæves, som en yderligere styrke, at læserne af de 11 artikler havde forskellig professionel baggrund og brugte forskellig analytisk tilgang til artiklernes temaer.

Desuden anføres, at der kan være selektions-bias i den underliggende patientpopulation. Ved sammenlignelse med tidligere litteratur på området finder forfatterne dog god konsistens omkring de definerede temaer, og deres betydning i læge-patient-relationen.

De mener, at deres artikel, som noget nyt, bidrager med en bedre forståelsesramme for læge-patient-relationen. De mener dette giver afsæt for mere valid forskning om denne relations betydning for effektmål som patienthelbred og overlevelse. Og at det giver større bevidsthed i organisationen af almen praksis.

***Hvad får man ud af at læse dette review?***

- 1) Man kan konkludere, at der er store mængder forskning, der har kigget på læge/patient relationen, kontinuitet og andre interpersonelle aspekter mellem læge og patient, sat op imod sundheds-effekten af disse forhold i sig selv.
- 2) Man kan konstatere, at en svaghed ved noget af denne forskning har været udetaljeret definition af det man vil undersøge. Har det været kontinuitet alene, uden skelen til om relationen var god eller dårlig? Har det været kendskab til lægen alene, uden skelen til om der rent faktisk var sympati og tillid tilstede?
- 3) En god relation kan ikke alene baseres på gode konsultations-evner hos lægen. Træning af medicinstuderende har i nogle år fokuseret på de kommunikative egenskaber hos kommende læger. Men uden kontinuitet, har relationen svært ved at udvikle sig.
- 4) Reviewet beskæftiger sig ikke med om en god læge/patient-relation har sundhedsfremmende effekt. Dette synes at være en antagelse forud for reviewet.
- 5) Reviewet hverken anbefaler kontinuitet eller det modsatte. Men de anser kontinuitet for at øge muligheden for udvikling af en god læge-patient-relation.

### **Resume af: "Continuity of Outpatient Medical Care in elderly men." (Wasson et al., 1984)**

Tager afsæt i review af 29 studier af effekten af kontinuitet som viste:

- 1) Både patient- og behandler-tilfredshed øgedes af kontinuitet.
- 2) Kontinuitet har ingen negative helbreds-effekter.
- 3) Kontinuitet giver bedre a: medicin-compliance.  
b: fremmøde-procent.  
c: afdækning af adfærdsproblemer.

Det sidste resultat gældende for børn.

Wasson et al. ønsker med deres studie at undersøge om det samme gjorde sig gældende for en mere typisk almen-praksis-population, såsom ældre mænd. Og de ønskede at undersøge signifikansen af tidligere påvist positiv effekt på helbredet hos netop en population der ses ofte i almen praksis.

Metode:

Undersøgelsen blev gennemført over en 2½ års periode blandt patienter i en stor almen praksis med 7 fuldtids-ansatte læger. Patienter blev inkluderet, hvis de var over 55 år og boede indenfor en radius af 144 km fra lægeklinikken. Fra denne population blev patienter ekskluderet bl.a. ved psykisk sygdom, hvis de ikke havde brugt lægeklinikken indenfor det seneste ½ år, og hvis de tit modtog lægehjælp fra andre klinikker.

Det gav en kohorte på 776 ældre mænd, som blev randomiseret i to grupper: en "kontinuitets-gruppe", hvor hvert besøg foregik hos samme praktiserende læge og en "diskontinuitets-gruppe", hvor hvert besøg foregik hos en af de 7 læger der var på stedet.

Man kan undre sig over hvordan dette studie kunne foregå dobbeltblindet. Men det forholdt sig således, at klinikken indtil år 1977 havde fungeret med "diskontinuitet", således at patienter indtil det år var vandt til, at se en ny læge (en af de 7) hver gang de kom. I løbet af året 1977 undergik klinikken en større om-organisation der netop skulle give kontinuitet; og undersøgelsen blev påbegyndt i 1979. Således var det ikke usædvanligt for patienterne at se en ny læge når de kom. Man må formode, at patienterne kun kendte studiets overordnede formål og ikke var klar over at man kunne befinde sig i en kontinuitet- eller diskontinuitets-gruppe. For lægernes part, så udgjorde undersøgelses-gruppen kun 10% af hele patientpopulationen. Lægerne fik ikke epikriser fra sygehuse når/hvis pt. i undersøgelseskohorten blev indlagt. Al tids-koordination foregik ved sekretær.

Resultater:

Undersøgelsen viser med stærk signifikans, at de gamle mænd, som følges af én læge, føler sig bedre behandlet, og at de ikke indlægges så ofte og så længe, som "ikke-kontinuitets-patienter".

*Forfatterne påpeger, at resultaterne viser det kan betale sig betydeligt, sundheds-økonomisk og helbredsmæssigt, at organisere sig til kontinuitet.*

Styrker og svagheder:

Det er åbenlyst at stille spørgsmåls-tegn ved dobbelt-blindingen; hvordan kan en patient f.eks. ikke vide, om han bliver set af samme læge hver gang? Og omvendt for lægens vedkommende? Forskerne har i hvert fald gjort sig mange overvejelser om dette, men det er svært at vurdere om det er lykkedes, da man ikke ved hvad hhv læger og patienter på forhånd har fået at vide om studiets og gruppernes opbygning.

Studiet betragtes dog af andre kilder som metodologisk stærkt, og artiklen er siden blevet citeret flere gange, bl.a. i 5 systematiske reviews (ncbi) og i "letter, by Dennis Gray".

### **Resume af: Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer (Ridd et al, 2015)**

er et engelsk studie, som belyser sammenhængen mellem læge-patient-kontinuiteten og tiden fra de første symptomer melder sig, til diagnosen på tre forskellige kræftsygdomme stilles. De tre kræftsygdomme, som undersøges her er lunge-, kolorektal- og brystkræft.

Der skelnes mellem, om patienten kommer ind til en for patienten ukendt læge, eller kommer ind til sin faste læge. Fast læge defineres ud fra, at lægen og patienten har kendt hinanden mindst to år inden første symptomer på kræft melder sig.

Der blev trukket data fra "General Practice Research Database" i perioden år 2000 til 2009.

	<b>Brystcancer</b>	<b>Kolorektal cancer</b>	<b>Lungecancer</b>
<b>Initialt</b>	11251 (100,0)	17390 (100,0)	17097 (100,0)
<b>In-situ cancer</b>	1080 (9,6)	1554 (8,9)	1213 (7,1)
<b>Død før eller på dagen, hvor diagnosen blev stillet</b>	35 (0,3)	51 (0,3)	108 (0,6)
<b>Asymptomatiske patienter</b>	7066 (62,8)	8071 (46,4)	7229 (42,3)
<b>Ikke tidl. møde med index GP</b>	51 (0,5)	272 (1,6)	354 (2,1)
<b>Index GP køn er ukendt</b>	50 (0,4)	48 (0,3)	50 (0,3)
<b>Mand</b>	14 (0,1)	n/a	n/a
<b>Antal inkluderede</b>	2955 (26,3)	7394 (42,5)	8143 (47,6)

Fordelen ved at lægen kender patienten godt, kan føre til, at lægen opdager alvorlige sygdomme tidligere ved uspecifikke symptomer som f.eks. træthed.

Omvendt kan faren være, at lægen forbinder nye symptomer med i forvejen kendte problemer eller personlige træk, som ville kunne føre til forsinket/manglende diagnosticering.

Studiet finder, at det at se den samme læge giver høj patienttilfredshed, men der kun er svag evidens for, at det gør en forskel for udfaldet af konsultationen i forhold til at opspore kræft. Endvidere konkluderer studiet, at der er en svag tendens til, at det at have samme læge igennem en periode fører til, at der går længere tid fra man bliver syg, til at man får en kræftdiagnose i forhold til, hvis man ikke havde den samme læge.

Resultaterne ligger dog ganske tæt, og for bryst- og lungecancer var der ingen signifikant forskel, men ved kolorektal cancer var der en ganske lille signifikant tendens til, at diagnoserne blev stillet tidligere, når der ikke var kontinuitet i læge-patientforholdet (TR=1,01 (1,01:1,02)). Ved opdeling i intervaller fandt man, at for hver 1 % øgning i diagnostisk interval for hver 10 % øgning i kontinuitet. For bryst- og lungecancer var resultaterne hhv. 1,00 (0,99:1,01) og 1,00 (0,99:1,00). Den absolutte forskel udgør for kolorektal cancer 7 dage. Det vil sige, det tog gennemsnitligt 7 dage længere at stille diagnosen, hvis patienterne inden index-samtalen havde en fast læge. Hvis patienterne efter index-samtalen havde den samme læge, blev tiden reduceret med mellem 14 og 18 dage.

Imidlertid finder studiet også, at hvis en patient kommer til samme læge efter index-samtalen, opspores alvorlige sygdomme tidligere, end hvis pt. kommer til forskellige læger. Det vil sige, øget kontinuitet før index-samtalen øger tiden inden der stilles diagnose, mens øget kontinuitet efter

index samtalen nedsætter tiden til diagnose. Med andre ord er kontinuitet vigtigt, men det drejer sig om en kontinuitet ved den enkelte sygdomsepisode frem for kontinuitet generelt.

I studiet er end point tiden fra der først registreres et symptom, som kunne skyldes cancer til diagnosen cancer stilles. Det må overvejes, om argument kan stå alene, da f.eks. antal henviste patienter ikke er medregnet. Hvis et øget antal patienter henvises, når patienter ses af forskellige læger, vil det alt andet lige øge sandsynligheden for, at patienterne vil blive diagnosticeret. Imidlertid har almen praksis en gate-keeper-rolle, og det er en svaghed ved studiet, at der ikke er taget højde for antallet af henvisninger. Der er muligvis en tendens til, at læger, som har en høj læge-patient-kontinuitet også har længere erfaring og dermed en tendens til at henvise færre patienter end læger med lavere læge-patient-kontinuitet.

### **Resume af: Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: Af David Merriel et al 2015 (Merriel, 2015)**

Kontinuitet i læge-patient-forholdet har vist sig at forbedre outcome for ældre patienter, patienter med diabetes og patienter med hjertesvigt. Desuden har det vist sig at øge patienttilfredsheden.

Studiet ønsker at belyse, hvorvidt dybden i forholdet mellem lægen og patienten målt med PDDR (patient-doctor Depth of Relationship, som er et spørgeskema udviklet af Ridd and colleagues) relaterer sig til antallet af problemer og sager, som bliver rejst under en konsultation.

Afhængigt af hvordan patienterne havde svaret på spørgeskemaet, blev de inddelt i 3 grupper – dem med et dybt forhold til lægen, dem med et moderat forhold til lægen og patienter med et overfladisk forhold til lægen.

Det blev fundet, at jo dybere forholdet mellem lægen og patienten var, jo flere problemer og sager blev taget op under en konsultation.

Gennemsnitligt var en konsultation 678,5 sekunder og der blev gennemsnitligt diskuteret 2,5 problemer under en konsultation. Dette fordelte sig således:

	Antal problemer	Antal sager
Patienter med et dybt forhold til lægen	2,8	4,7
Patienter med et moderat dybt forhold til lægen	2,4	3,9
Patienter med et overfladisk forhold til lægen	2,3	3,7

Konsultationerne var i gennemsnit 118 sekunder længere for patienter med et dybt forhold til lægen sammenlignet med patienter med et mere overfladisk forhold til lægen.

Ved et tættere forhold mellem lægen og patienten, vil man gennemsnitligt kunne gennemgå 2,6 problemer og 5,3 sager mere i løbet af et år, hvilket potentielt kunne spare en konsultation. Det vil dog forudsætte, at de problemer og sager, som rejses, kan ligestilles med en konsultation. Man

kunne således forestille sig, at det ekstra, som tages op i disse konsultationer, ville blive løst på anden vis end ved at tale med sin læge om det.

Vi har tidligere redegjort for, at definitionen af forholdet mellem læge og patient er sparsomt defineret.

## **Resume af: Sygeplejerskernes indtog i almen praksis (Kjær, 2015)**

**Forfatter:** Andreas Kjær

**Studietype:** Speciale i Sociologi: 1. Kombineret dokumentstudie og 2. feltstudie.

**Formål:** Studiet tager udgangspunkt i den forandring almen praksis for tiden gennemgår, hvor en stadig større del af arbejdet uddelegeres til andre faggrupper end læger. Forfatteren ønsker at påpege misforholdet mellem den voksende mængde opgaver, som varetages af sygeplejersker, og den manglende kredit, som sygeplejerskerne opnår i almen praksis.

### **Metode:**

1. Dokumentstudiet gennemgår udvalgt litteratur på området. Det gennemgåede materiale er dog ikke mere selekteret, end at alt dansk materiale, som forfatteren har kunnet finde, er inkluderet.

Herudover bygger en stor del af grundlaget på Abbotts professionsteorier: "The system of professions: An Essay on the Division of Expert Labor" (Abbott, 1988), "The order of Professionalization: An empirical analyze" (Abbott, 1991a) og "The future of professions: Occupation and expertise in the age of organization", Research in the sociology of organizations. (Abbott, 1991b)

2. Feltstudiet bestod i, at forfatteren overværede dagligdagen i en praksis, Sløjfen, som har tilrettelagt sit arbejde ved at have ansat et antal sygeplejersker til at varetage de fleste opgaver mere eller mindre selvstændigt. Forfatteren observerede et antal konsultationer foretaget af sygeplejersker og beskrev herigennem sygeplejerskernes mulighed for sparring med andre sygeplejersker og deres mulighed for supervision af en læge.

### **Resultat**

Forfatteren finder, at mange opgaver i almen praksis varetages lige så godt af sygeplejersker som af læger, men at der er et gensidigt afhængigt forhold mellem de to faggrupper. Sygeplejerskerne er afhængige af en læge til supervision og til stillingtagen til mere komplekse problemstillinger. Omvendt argumenterer forfatteren for, at lægerne allerede nu – og endnu mindre i fremtiden – vil kunne overkomme det voksende antal opgaver og derfor er afhængige af sygeplejersker.

Desuden finder forfatteren, at uddelegering af opgaver er et middel til at øge arbejdsglæden hos de praktiserende læger, da det fritager dem for de mere rutineprægede opgaver og i stedet får mulighed for at fokusere på de mere komplekse opgaver.

Forfatteren hævder, at almen praksis i fremtiden ikke vil være i stand til at leve op til de økonomiske krav, hvis man fastholder, at læger skal varetage opgaver, som kunne uddelegeres.

### **Ulemper:**

Der er kun observeret en enkelt praksis. Det er ikke sikkert, at man problemfrit kan overføre modellen til andre steder.

Forfatteren er formodentligt en rask, ung mand, og vores gennemgang viser netop, at raske unge mennesker har et mindre udtalt behov for kontinuitet end ældre, mere syge personer.

Det er kun de læger, som er i Sløjfen, som har udtalt, at det giver arbejdsglæde, at uddelegere en forholdsvis stor del af arbejdsbyrden til andre faggrupper. Det er langt fra sikkert, at man ville få samme resultat, hvis man lavede en regelret undersøgelse af lægers holdning til dette.

Når forfatteren opgør, hvilke faggrupper, der kan varetage en bestemt funktion, er det isoleret fra enhver kontekst. Forfatteren forsøgte således at få patienters vurdering af tilfredsheden med en konsultation efter denne var færdig. Patienterne var generelt tilfredse med at en sygeplejerske varetog konsultationen, men forfatteren forholder sig ikke til læge-patient kontinuiteten og at denne netop bliver kompromitteret af uddelegering af lægearbejdet.

### **Fordele:**

Studiet tager udgangspunkt i feltstudiet og diskuterer fundene i teoretisk kontekst.

Der er inddraget et stort antal kilder til at fremhæve pointerne.

## **Resume af: "Patientperspektivet på læge-patientrelationen i almen praksis med særligt fokus på interpersonel kontinuitet" (Frederiksen, 2009).**

**Forfatter:** Heidi Bøgelund Frederiksen (HBF)

HBF er uddannet etnolog.

**Studietype:** Phd-afhandling fra 2009. Kombination af litteraturgennemgang, felt-studier og interview-undersøgelse.

HBF undersøger 22 patienter fra almen praksis, så bredt udvalgt som muligt. Hun deler dem i to grupper, hvoraf den ene gruppe ser sin vanlige læge i specifik analyse-konsultation. Og den anden gruppe ser en ny læge i specifik analyse-konsultation.

HBF sidder selv med under de specifikke konsultationer og observerer læge og patient, og det er på baggrund af disse konsultationer, at hun senere interviewer patienterne om deres oplevelse af konsultationen.

### **Resultater:**

HBF finder, at betydelig patient-tilfredshed bl.a. skabes gennem anerkendelse fra lægens side. Og at denne anerkendelse ikke har kontinuitet i relationen som forudsætning. Den kan også opleves efter en enkelt konsultation. Hun skriver, at interpersonel kontinuitet ikke var nok i sig selv, men netop skulle kombineres med anerkendelse. Lægen kunne enten skabe og vedligeholde en god relation ved at anerkende patienten eller ødelægge relationen ved at krænke patienten. Patienttilfredshed kunne således opstå i diskontinuerte såvel som kontinuerte konsultationer.

På samme måde opstår patient-utilfredshed, når patienten oplever, at lægen er ligeglad med ham/hende, evt. ydmygende i sin attitude. Samlet ses dette som anerkendelsens modsætning: krænkelse.

HBF finder at patient-tilfredshed skabes gennem medbestemmelse, god information og dialog; men ikke gennem patient-autonomi. Der observeres et stort behov for at lægen tager medansvar for de enkelte helbreds-tiltag. En hyppig kilde til patient-utilfredshed var, hvis patienten fik en fornemmelse af at stå alene med beslutningen for en behandling.

HBF finder, at en kontinuerlig læge-patient-relation giver yderligere patient-tilfredshed, fordi patienterne føler sig genkendt og derigennem opnår en følelse af tryghed. Hun skriver, at patienten i det gentagne møde med lægen konstruerer sin identitet – ligesom lægen gør det for sin part. For at kunne opretholde identiteten har patienten brug for en vis forudsigelighed. Gentagne besøg styrker relationen, og hvis ikke patienten møder genkendelse bliver de skuffede, og relationen mister interpersonel værdi. Relationen bliver i højere grad instrumentel og patienterne i forsøget følte sig fremmedgjorte, når de ikke mødte denne genkendelse. Dette bekræftes af anden forskning i læge-patient-relationen, der viser, at det er meget utilfredsstillende, når lægen tingsliggør patienten.

HBF finder også at henvendelsesårsagen har stor betydning for behovet for en fast læge. Mønstret var, at jo mere syg, sårbar eller bekymret patienten var, des større var behovet for en kontinuerlig interpersonel relation/en fast læge. Den modsatte tendens gjorde sig gældende blandt nogle af de yngste forsøgspatienter, som gav udtryk for indifferens overfor hvilken læge de blev set af. Dog gav andre unge patienter udtryk for, at det gav dem tryghed at komme hos en fast læge, mens alle unge patienter gav udtryk for at, hvis de engang blev mere syge, så ville deres behov for en fast læge værre større.

### **Konklusion:**

HBF konkluderer med sin phd, at patienterne har behov for såvel anerkendelse som tilknytning i relationen til deres læge.



Hun konkluderer, at kontinuitet har stor betydning for patienten. Hun understreger at læge-patient-relationen ikke er en forbruger-relation, men en omsorgs-relation, der netop karakteriseres ved sårbarheden hos den syge part.

HBF inddrager psykologisk anerkendelses-teori og tilknytnings-teori i sin tolkning af det fundne behov for interpersonel kontinuitet.

### **Styrker og svagheder:**

HBF's kvalitative metode kan diskuteres. En svaghed ved hendes interview-metode er dels et lavt antal involverede patienter i undersøgelsen, dels at hun står som ene-fortolker af disse interview-data – skønt hun understreger, at de er diskuteret grundigt med kollegaer. Desuden kan man sige, at set-uppet hvor halvdelen af hendes forsøgspersoner ser en ny læge for første gang i analyse-konsultationen, kan favorisere utilfredshed med denne konsultation, og således forstørre hendes konklusion om vigtigheden af kontinuitet. Hvis diskontinuitets-gruppen var vant til diskontinuitet, ville deres reaktion derpå muligvis være mindre.

Man kan også overveje, hvad det gør ved konsultations-kvaliteten, at der er en bisidder. En enkelt patient anførte, at lægen virkede mere imødekommende end vanligt under analyse-konsultationen. HBF kommer godt omkring mulig bias som dette ved hendes metode, og tager bedst muligt højde for det.

En styrke ved hendes studie er hendes ikke-biomedicinske baggrund. Hun får nemmere øje på fordele ved kontinuitet, som ikke er knyttet tæt til biomedicinske resultater.

HBF inddrager psykologisk anerkendelses-teori og tilknytnings-teori i sin tolkning af det fundne behov for interpersonel kontinuitet.

### **Diskussion**

Vores litteraturgennemgang synes at fastslå, at begrebet en god "læge-patient-relation" er mere rammende for det, der efterspørges af patienterne. "Kontinuitet" er blot én mulig, hyppig og ofte nødvendig del af grundlaget for sådan en læge-patient-relation. Dog ikke *altid* en nødvendig del. Kommunikative evner hos den enkelte læge kan nogle gange opveje behovet for kontinuitet.

Hvis vi er enige om, at ordet kontinuitet indeholder forventningen om en god læge-patient-relation, så har vores litteraturgennemgang fastslået, at kontinuitet i læge-patient-relationen giver større patienttilfredshed og bedre sundhed for patienten. Dette synes også, at være den allerede herskende forventning fra både læger og patienter.

Kontinuitet er vist at have fordele i form af:

Bedre, og mere nuanceret, afdækning af problematikker hos den enkelte patient (Merriel, 2015).

Større tryghed og tilfredshed generelt for patienten (Ridd et al, 2009), (Frederiksen, 2009), (Wasson et al., 1984) og (Ridd et al, 2015).

Kontinuitet er vist at have tiltagende betydning jo ældre, mere syg, sårbar eller bekymret patienten er (Frederiksen, 2009) (Ridd et al, 2009) (Wasson et al., 1984).

Kontinuitet er i det lange løb tidsbesparende for læge og patient (Merriel, 2015) (Bojlén, 2009)

Kontinuitet giver færre akutte indlæggelser og kortere hospitalsophold for mænd over 50 (Wasson et al., 1984).

Behovet for kontinuitet gør sig særligt gældende når mennesker svækkes af sygdom. Dette kan forklares ud fra anerkendelses- og tilknytnings-teorier (Frederiksen, 2009)

Kontinuitet mellem læge og patient mindskes ved uddelegering af lægeopgaver til andet praksispersonale (Kjær, 2015).

Den eneste mulige, negative konsekvens af kontinuitet med sin læge, som vi har kunnet få øje på i vores litteraturgennemgang; nemlig en lille mistanke om at cancer-diagnostik forsinkes let ved tilknytning til en fast læge – kommer fra et studium (Ridd et al, 2015) vi ikke stoler 100% på validiteten af, og som ligeledes er blevet kritiseret af professor Dennis Gray (Gray, 2015).

Ovenstående viden om kontinuitet er påvist gennem solid forskning, og vi har med denne opgave kun skrabet i overfladen af eksisterende litteratur om emnet. Konklusionerne om kontinuitet svarer til både det forventede og det ønskede af både patienter og læger.

I "nødvendighedens navn" bliver kontinuitet – som baggrund for en god læge patient-relation – negligeret. Og andre faggrupper står i kø for at overtage den.

På DSAM's hjemmeside står under overskriften "definition af almen medicin" at:

*"Alment praktiserende læger integrerer fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer i den behandlingsplan, de sammen med patienten udarbejder, styrket af den viden og tillid, der opstår ved gentagne kontakter."*

På samme hjemmeside står under "hvorfor skal jeg blive speciallæge i almen medicin?":  
"Du følger patienterne hele livet og er i og tæt kontakt med dem."

Som kommende læger i almen medicin kan vi kun sige, at dette unikke og vigtige aspekt af faget ikke bliver medtaget i speciallægeuddannelsen som selvstændig faktor. Det mener vi det burde, når også forskning viser hvor væsentligt det er.

Forskning på området kan ofte kritiseres på baggrund af slingren i brugen af kontinuitetsbegrebet. Sådan vil det være, når effekten af et så kompliceret og multifacetteret begreb undersøges.

Konklusionerne i denne forskningsopgave kan diskuteres, da vi ikke har foretaget et systematisk review, og da vi står som interessenmæssigt biased fortolkere af litteraturen. Her må vi læne os op ad, at vi ikke er alene om vores fortolkning (Gray, 2015) (Ridd et al, 2009) (Wasson et al., 1984) (Frederiksen, 2009) (DSAM, 2008) m.fl.

Vi er i denne opgave ikke kommet ind på forskning, der vedrører arbejdsglæde hos almen medicinere. Og har derfor ikke evidensbaseret materiale, der styrker fornemmelsen af, at den ringe arbejdsglæde blandt almen medicinere har med aftagende kontinuitet at gøre. Man kan også argumentere for, at med de ændrede forhold almen praksis står med i dag vil faget med tiden komme til at tiltrække andre personligheds-typer, der oplever en mere organisatorisk og ledelsesmæssig rolle som givende. Det er væsentligt at spørge sig selv, om det er den udvikling vi ønsker for almen medicin.

DSAM's hjemmeside er i deres beskrivelse af faget i hvert fald ikke rykket i den retning. Her besynges den personlige læge fortsat som målet.

Uddelegeringen af lægeopgaver er lige nu en af de største trusler for kontinuitet mellem læge og patient. Udviklingen går nogle steder så stærkt, så man glemmer hvad kontinuitet mellem læge og patient kan. Og som HBF skriver: *"lægen risikerer at blive "afhumaniseret" i patientrelationen"* (Frederiksen, 2009 s. 43).

Undersøgelser, der beskriver kvaliteten af konsultationer varetaget af hhv. læge versus sygeplejerske viser samlet, at sygeplejerskerne varetager de enkelte opgaver lige så godt som lægerne. Typisk kigger man retrospektivt på konsultationerne og vurderer herigennem, om de forskellige emner for konsultationen er gennemgået sufficient (Kjær, 2015). Men netop denne måde at gribe sagen an på viser problemet. Man har forsøgt at reducere en konsultation til en række felter, som skal udfyldes. Her vil en dygtig sygeplejerske med sans for systematik, ofte være bedre end lægerne til at få udfyldt hele skemaet. Denne type undersøgelser formår dog ikke at favne aspekter som relation, kontinuitet og alle de psykologiske mekanismer, der ligger i læge-patient-relationen. Det er klart at relation og kontinuitet er aspekter man kan "indføre" eller medtage i en sygeplejerske-konsultation. Men bør man da ikke spørge sig selv, hvorfor vi som samfund har en uddannelse i almen medicin? Er det ikke netop fordi læger har et bredere overblik over patienters – og samfundets - helbreds-behov. Og fordi læger fortsat afkræves det juridiske ansvar for patientbehandlingen.

For læge-patient-kontinuiteten er det problematisk, at et stadigt stigende antal møder varetages af andre end lægen. Man kan således forestille sig en nært stående fremtid, hvor patienter har haft den samme læge hele livet, men hvor læge og patient aldrig har mødt hinanden. Der vil således – i princippet – ikke være noget i vejen for, at en sygeplejerske/sundhedsplejerske kunne varetage børneundersøgelser; diverse sygdomme som urinvejsinfektioner og frakturer varetages allerede mange steder af sygeplejersker – men ikke nødvendigvis de samme sygeplejersker, som laver

børneundersøgelserne; senere i livet kommer typisk de mere kroniske sygdomme, som også allerede varetages af sygeplejersker. Der er tendens til, at lægen i større grad virker som supervisor for sygeplejerskerne og derfor ikke nødvendigvis ser patienten selv.

Vi har redegjort for, at kontinuitet mellem læge og patient er en fordel. Derfor er det vigtigt, at man forholder sig til, at denne kontinuitet eroderes væk ved out-sourcing til andre faggrupper.

## **Konklusion**

Almen medicin har aldrig været udelukkende et biomedicinsk speciale. Det er specialet, der indtil nu har tiltrukket læger med en mere helhedsorienteret tilgang til patientbehandlingen, og som pga. den enorme mængde patientkontakter fordrer en vis grad af social intelligens og fornøjelse.

Almen medicin er biomedicinsk evidens OG stedet hvor menneskelige relationer omsættes til sundhed og levetid.

## Referencer

- Abbott** "The future of professions: Occupation and expertise in the age of organization", [Rapport]. - 1991b.
- Abbott** The order of Professionalization: An empirical analyze [Rapport]. - [s.l.] : Sage Publication, 1991a.
- Abbott** The system of professions: An Essay on the Division of Expert Labor [Rapport]. - [s.l.] : The University of Chicago press, 1988.
- Bojlén** Praksissygeplejersker på sygebesøg [Tidsskrift]. - [s.l.] : Månedsskrift for Praktisk Lægegering, 2009.
- DSAM** Praksisorganisering – Spørgeskema blandt 330 almen medicin specialestuderende [Tidsskrift]. - [s.l.] : <http://fyam.dsam.dk/flx/forside/nyheder/?ItemId=22>, 2008.
- Frederiksen Heidi Bøgelund** Patientperspektivet på læge-patientrelationen i almen praksis med særligt fokus på interpersonel kontinuitet [Rapport]. - Syddansk Universitet : Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 2009.
- Gray Denis Pereira** Continuity of care is very important [Tidsskrift] // British Journal of General Practice. - 2015. - s. 340.
- Johanna Birkhäuer et al** Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis [PLoS One. 2017; 12(2)].
- Kjær Andreas** Sygeplejerskernes Indtog i Almen Praksis [Rapport]. - 2015.
- Merriel Salisbury, Metcalfe and Ridd** Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations [Tidsskrift] // British Journal of General Practice. - 2015. - s. 545-551.
- Nørøxe et al** Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark [Tidsskrift] // BMC Family Practice. - 2018.
- Ridd et al** Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer [Tidsskrift] // British Journal of General Practice: electronic medical records study in general practice. - 2015.
- Ridd et al** The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives [Tidsskrift] // British Journal of General Practice. - 2009.
- Wasson et al.** Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men [Tidsskrift] // The Journal of the American Medical Association, Vol. 252, No7. - 1984.