

Patienten som partner i praksis: Et A4-overblik

Formål

- At udvikle et evidensbaseret e-undervisningsmateriale til almen praksis.
- At uddanne og træne praksislæger og -personaler i effektivt at involvere og inddrage patienten.
- At forbedre den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet af og ved behandlinger og indsatser via (efter)uddannelse i patientinddragelse.

Produkt

- Et interaktivt e-læringsmodul omkring *Den Motiverende Samtale (DMS)* vedrørende livsstilsinterventioner, men – til forskel fra DSAMs faglige vejledning fra 1999 – vil det være udviklet på et evidensbaseret grundlag.

Analyse og metode

- Oversættelse af EQuIPs engelske e-læringsmodul til en dansk kontekst.
- Fokusgruppeinterviews mhp. at kontekstvalidere multimedie-indholdet.

Implementering

- Implementering på Lægeforeningens webportal for e-læringskurser.
- Udvikling af læringsmaterialer målrettet DGE-grupperne som hyldevare.

Organisation

- Projektejer: EQuIP.
- Styregruppe: Tina Eriksson (EQuIP) og Susanne Reventlow (Leder af Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin i København).
- Projektleder: Tina Eriksson (EQuIP).
- Projektgruppe: Leverandører, udviklere, oversættere m.fl.

Kommunikation

- *Practicus* i form af en skriftlig afrapportering omkring projektet.

Budget

- 44.000 kr. løn til projektleder Tina Eriksson, ca. 50 timer á 878,61 kr.
- 30.000 kr. til oversættelse af alle tekstmaterialer fra engelsk til dansk.
- 55.000 kr. til produktion af to undervisningsfilm til e-læringsmodulet.
- 185.000 kr. til layout, kodning, test og validering af e-læringsmodulet.
- 25.000 kr. løn til evaluering af e-læringsmodul (v. Forskningsenheden).
- 35.000 kr. til udvikling af materialer som hyldevare til DGE-grupperne.
- 25.000 kr. til implementering af DGE-hyldevarer i de fem regioner.

I alt: 399.000 kr.

Patienten som partner i praksis: Projektplan

I forskningslitteraturen udtrykker det politisk aktuelle og klinisk centrale begreb 'patientcentrering', at patienten dels ses i en stadig mere aktiv rolle, dels kan det forstås som et idealiseret værdisæt for mødet og samspillet mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Der er imidlertid ikke en klar og entydig definition på patientinddragelse: *"Men det handler om, at patienten skal være en del af behandlingen. At patienten er eksperten i, hvad der betyder mest i patientens liv. Det skal lægen sammen med patienten bruge i beslutningen om hvilken type behandling"*.¹ Patientcentrering er derfor ikke noget, der blot kan tilføjes eller fjernes fra en faglig behandling; det skal ses som en integreret del af den samlede patientkontakt. Som et sundhedskulturelt paradigmeskifte inden for både konsultation, organisering og forskning.

I DSAMs kliniske vejledning *Den Motiverende Samtale* fra 1999 skriver Torsten Lauritzen, daværende formand for DSAM, i forordet, at arbejdet med den motiverende samtale *"er et spring fremad inden for klinisk medicin"*, samt at DSAMs bestyrelse med vejledningen ønsker at *"inspirere den enkelte læge, tolvmandsgrupper og andre til at arbejde med emnet"*.² Samtidig erkender Torsten Lauritzen imidlertid, at vejledningen *Den Motiverende Samtale* ikke er evidensbaseret, men en pjece, som beskriver metoder og principper baseret på anerkendte teorier og klinisk erfaring.

Det national kvalitetsudviklingsprojektet ***Patienten som partner i praksis*** har til formål at introducere, udvikle og implementere evidensbaseret e-læringsmateriale inden for almen praksis i Danmark, baseret på internationalt forskningsarbejde.

På siderne 3-5 kan I læse om baggrund for, relevans af og teori bag projektet.⁶
På side 7 kan I læse om projektets formål samt slutproduktet.
På side 8 kan I se den organisatoriske forankring og tidsplanen for projektet.
På siderne 9 og 10 finder I et budget for det nationale kvalitetsprojekt.

Jeg har bevidst valgt at bibeholde betegnelsen 'patienter', da det er lægers hverdagsudtryk for de personer, som søger vores råd.

Mange venlige hilsener,



Tina Eriksson, praktiserende læge og tidl. præsident for EQuIP (2007-2015)
EQuIPs officielle mail-adresse: equip.we@gmail.dk

¹ Alexandra Jönsson, projektleder Danske Patienter, i *Dagens Medicin*, nr. 36, november 2013.

² Dansk selskab for almen medicin, *Den motiverende samtale* (1999), forordet.

1. Patienten som partner i praksis: Baggrund

Alle vil gerne være sunde og raske

Alle mennesker vil gerne være sunde og raske. Sundhed er forudsætningen for handleevne og dermed for at realisere sine eksistentielle behov. Men et godt og meningsfyldt liv er ikke blot at leve sundt. Der er mange andre forhold, der har betydning for ens livskvalitet. Ambivalente følelser opstår, når der opstår en uoverensstemmelse mellem mål og adfærd. Rygere vil gerne have et godt og sundt liv. Men rygning er samtidig en del af rygerens livskvalitet. Ambivalens er en normal foreteelse, der ikke er udtryk for, at patienten er umotiveret.

Set udefra er patientens udsagn irrationelle og fulde af modsætninger. "Jeg ved det er forkert at ryge. Men jeg gør det alligevel". "Jeg vil tabe mig. Men jeg fik et ædeflip". "Jeg vil gerne leve sundt. Men jeg vil også gerne noget andet". Der er flere ting, patienten gerne vil.

I *den motiverende samtale* beskæftiger man sig med patientens iboende ambivalens med det formål at tippe balancen til fordel for sundhedsfremmende adfærd. Det er sjældent information om risikofaktorerne, der er brug for.

Patienten har hørt mange gange før, at det er usundt at ryge og at spise for fedt. Informationen i sig selv er ikke nok til at ændre adfærd. Patienten skal derimod forholde sig til konflikten mellem sin adfærd og holdninger. Lægen kan støtte patienten i at analysere sin situation og på den måde blive opmærksom på uoverensstemmelser mellem normer og adfærd.

Patienten skal identificere vigtige personlige mål - og indse diskrepansen mellem mål og adfærd. På den måde tvinges patienten til at fremkomme med begrundelsen for at ændre på forholdene - eller argumentere for at lade være med at gøre noget. Det er vigtigt, at denne afvejning af pro et contra sker på patientens præmisser. Det er patienten - ikke lægen, der skal vurdere fordele og ulemper ved adfærdsændringer.³

De fleste sygdomme er livsstilsrelaterede

Kroniske sygdomme er ifølge WHO ansvarlig for 60 % af dødsfald i verden, og tallet forventes at stige til 73 % i 2020. Komplexiteten inden for kronikerpleje øges tilsvarende grundet aldring og multimorbiditet. Af den grund står almen praksis over for stigende udfordringer i både omfang og indhold inden for håndtering af kompleks multimorbiditet i arbejdet for at bedre kvaliteten for patienten. Der er velkendt, at disse krav associeret med øgede sundhedsudgifter ikke er bæredygtigere, hverken på den korte eller på den lange bane.

De fleste af tidens folkesygdomme og helbredsrisici er livsstilsrelaterede, fx iskæmiske hjertesygdomme, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), diabetes mellitus, leversygdomme, lidelser i bevægeapparatet og mange nerverelidelser. Det gælder også en lang række risikofaktorer som stress, overvægt, alkoholisme, arteriel hypertension, rygning, dyslipidæmi m.m.

³ Dansk selskab for almen medicin, *Den motiverende samtale* (1999), pp. 6f.

2. Patienten som partner i praksis: Relevans

Patientinddragelse giver større compliance og tilfredshed

Selvom lægen har adgang til medikamentelle løsninger på mange af disse problemer, er det DSAMs opfattelse, at livsstilsrelaterede helbredsproblemer primært skal forebygges gennem ændringer i adfærd og livsstil, og sekundært gennem medikamentel behandling. Lægen skal motivere patienten til at leve sundere og forebygge sygdom. Men hvad enten løsningen er forebyggelse gennem livsstilsændringer eller medikamentel behandling, er det i praksis et stort problem, at compliance, dvs. efterlevelse af lægens råd eller ordinationer, ofte er så ringe, at der med god grund kan sættes et spørgsmålstegn ved værdien af lægens indsats. Mindre end halvdelen af den medicin, der ordineres, tages som foreskrevet. Når det drejer sig om efterlevelse af lægelige råd om livsstilsændringer, er compliance endnu ringere.⁴

Desuden dokumenterer forskningen, at patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald samt på patienttilfredshed. Patientinvolvering fører til større compliance og større tilfredshed med behandlingen, samtidig med at patienter har en opfattelse af at have begivenheden under egen kontrol. Patientinddragelse anskues derfor som en hjørnesten i arbejdet med at højne kvaliteten såvel internationalt som i det danske sundhedsvæsen.⁵

Sundhedsprofessionelle samtaler med patienterne

Sundhedsprofessionelle er per definition karakteriseret ved, at de gennemfører professionelle samtaler med patienter i den daglige pleje og kontakt. Der findes flere forskellige former for professionelle samtaler, fx medicinsk interview, informationssamtalen, rådgivning, konsultation i almen praksis, den triste besked m.m. Studier fra medicinsk-pædagogisk forskning peger på, at disse teknikker er *case-specifikke*, dvs. et højt niveau inden for det ene værktøj garanterer ikke automatisk, at man behersker og mestrer de andre typer.⁶

Der er solid evidens for, at læring af lægelige samtalefærdigheder skal foregå ved oplevelsesbaseret læring.⁷ Det er fx effektivt at videooptage samtaler med simulerede patienter og gennemgå dem under vejledning af en erfaren lærer, som oftest i grupper. Rollespil er også brugt, men erfaringen viser, at læger ikke gerne rollespiller over for hinanden.⁸

Hovedulempen ved videooptagelser og gruppegennemgange er, at fremgangsmåden er dyr, tidskrævende og generelt ressourcetung. Derfor er det hensigten med dette projekt at introducere læringsmetoder, med hvilke gode resultater kan opnås på en enklere, mindre tidskrævende og billigere måde.

⁴ Dansk selskab for almen medicin, *Den motiverende samtale* (1999), p. 5.

⁵ Sundhedsstyrelsen, *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed* (2008), p. 6.

⁶ *Ugeskrift for Læger* **170**/1-2 (2008): 40.

⁷ Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T et al. Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis, i *Br J Gen Pract* **55** (2005): 302-12.

⁸ *Ugeskrift for Læger* **170**/1-2 (2008): 40.

3. Fælles om bedre sundhed: Sundhedsaftalen 2015-18



I Region Midtjylland taler man om 'Mere sundhed i det nære sundhedsvæsen – på borgerens præmisser'.⁹ I Region Hovedstaden er visionen, at "borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb".¹⁰ I Region Syddanmark tolker man borgeren som "en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb".¹¹ I Region Sjælland er visionen fx, at "borgeren oplever at blive behandlet som en ligeværdig partner".¹² I Region Nordjylland er det holdningen, at "borgeren skal have det sundhedstilbud, der er behov for, til tiden og med størst mulig kvalitet".¹³

Med Sundhedsaftalen 2015-18 tager de fem regioner endnu et stort og ambitiøst skridt mod et mere sammenhængende og smidigt sundhedsvæsen. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis.

Den enkelte borger er eksperten i sit eget liv med ressourcer og værdifuld viden om sin egen situation, hvilket skal bringes langt bedre i spil – både i det enkelte forløb og i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det vil betyde mere kvalitet og bedre resultater: Mere sundhed for de samme penge. Én borger, én plan. Aftaleparterne samarbejder således med udgangspunkt i én fælles plan for borgerens forløb, sammen med borgeren og borgerens netværk.¹⁴

Bag disse udsagn gemmer sig dels den virkelighed, at det handler om at skabe mere livskvalitet og sundhed for borgeren med den økonomi, der er til rådighed, dels at den fortsatte udvikling for mest mulig sundhed for borgerne, nødvendigvis må tage afsæt i en forebyggende til- og tankegang.¹⁵ Forebyggelse er således en af forudsætningerne for, at der også i fremtiden bliver råd til et velfungerende sundhedsvæsen. Forebyggelse kan både sigte på at håndtere sundhedsmæssige problemer inden de når at udvikle sig eller undgå forværring af eksisterende helbredsproblemer.¹⁶ Kvalitetsprojektet **Patienten som partner i praksis** går helt i tråd med den forpligtigende aftale, der omfatter aftaleparter fra øverst politiske niveau til udførende praksislæger og -personale.

⁹ Sundhedskoordinationsudvalgets udspil for sundhedsaftalen 2015-2018, p. 3.

¹⁰ Sundhedsaftale 2015-2018 Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, p. 4.

¹¹ Sundhedsaftalen 2015-18 i Region Syddanmark og de 22 kommuner, p. 5.

¹² Sundhedsaftale i Region Sjælland 2015-18, p. 7.

¹³ Den Politiske Sundhedsaftale 2015-2018, p. 6.

¹⁴ Sundhedsaftale i Region Sjælland 2015-18, p. 9.

¹⁵ Sundhedsaftale 2015-2018 Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, p. 2.

¹⁶ Sundhedsaftalen 2015-18 i Region Syddanmark og de 22 kommuner, p. 2.

4. Patienten som partner i praksis: Teori

Teori

DSAM definerer *den motiverende samtale* som en samtale, der motiverer patienter¹⁷ til at tage og gennemføre beslutninger om adfærdsændringer med det formål at leve sundere. *Den motiverende samtale* bygger ifølge DSAMs kliniske vejledning fra 1999 på Carl Rogers principper om klient-centreret behandling.¹⁷ Den afspejler et menneskesyn og en holdning til patienten, som baserer sig på følgende principper:

1. Patientens opfattelse af sig selv er afgørende for patienthandlinger.
2. Patientens tillid forudsætter, at lægen har tillid til patienthandlinger.
3. Vis empati.

Den motiverende samtale bliver her opfattet som en patientcentreret form for rådgivning.¹⁸ Den har som formål at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere patienten til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbredsmæssige ønsker. Derudover har *den motiverende samtale* som formål at stimulere patienten til at træffe en beslutning og gennemføre adfærdsændringer på grundlag af sine overvejelser.

Ifølge Aspersen, Risager og Strømning (2008) er *den motiverende samtale* en "form for samtale, som oprindeligt er udviklet af Miller & Rollnik til arbejdet med alkoholikere og stofmisbrugere. Modellen er videreudviklet af Botelho og anvendes i arbejdet med patienter, hos hvem livsstilsforandring er påkrævet, for eksempel ved nydiagnosticeret type 2-diabetes".¹⁹ Aspersen, Risager og Strømning konkluderer, at *den motiverende samtale* "er almindelig rådgivningssamtale overlegen, hvilket er opsummeret i to metaanalyser".²⁰

Patientinddragelse som kernekompetence i almen praksis

WONCAs (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) europæiske gren – WONCA Europe – anerkender i september 2011 'patient empowerment' som 12. karakteristiske egenskab ved almen praksis i Europa. Patientens egenomsorg bliver herefter opfattet som kernekompetence i konteksten almen praksis.²¹

Samme dag udskriver bestyrelsen for WONCA Europe en prestigøjs jubilæumskonkurrence på \$ 100.000 til et projekt, som dels har en vedvarende effekt på almen praksis i Europa, dels demonstrerer samarbejde på tværs af mindst tre europæiske lande.

¹⁷ Rogers CR. *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. London: Constable 1951.

¹⁸ Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. N.Y.: The Guilford Press 1991.

¹⁹ *Ugeskrift for Læger* 170/1-2 (2008): 40. Forfatternes kursiveringer.

²⁰ Ibid.

²¹ Mola, Ernesto et al., "Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine," i *European Journal of General Practice* 14 (2008): 89-94.

5. Patienten som partner i praksis: Formål og metoder

Formål

EQuIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice), som er WONCA Europe's netværk for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed – og som pt. repræsenterer 25 forskellige europæiske lande – er med i tre af de tolv indkomne forslag til WONCA Europes jubilæumsprojekt. Kvalitetsnetværket vinder udbuddet med forslaget '*Chronic Condition Patient Self Management*'.

For at skabe en struktureret tilgang til i almen praksis effektivt at introducere og involvere patienter i egenhåndtering af kroniske sygdomme, er det nødvendigt at afdække nøjagtig hvilke uddannelsesmæssige interventioner, som er målrettet sundhedsprofessionelle i almen praksis, der direkte *forbedrer* selvsamme patientinvolvering.

EQuIPs projekt, der over tid blev til *Patient Empowerment in Chronic Conditions*, har således til formål at forbedre kvaliteten af patientpleje ved at udvikle evidensbaseret undervisningsmateriale til europæiske praktiserende læger og praksispersonale. Det er her ambitionen at træne de to målgrupper i effektivt at kunne involvere og inddrage patienten i at forbedre sin individuelle egenhåndtering af sine kroniske sygdomme i konteksten almen praksis.

Slutprodukt: Et evidensbaseret e-læringsmodul på dansk

EQuIPs projekt løber fra 2012- 2015, og det består af i alt fire arbejdsplaner:

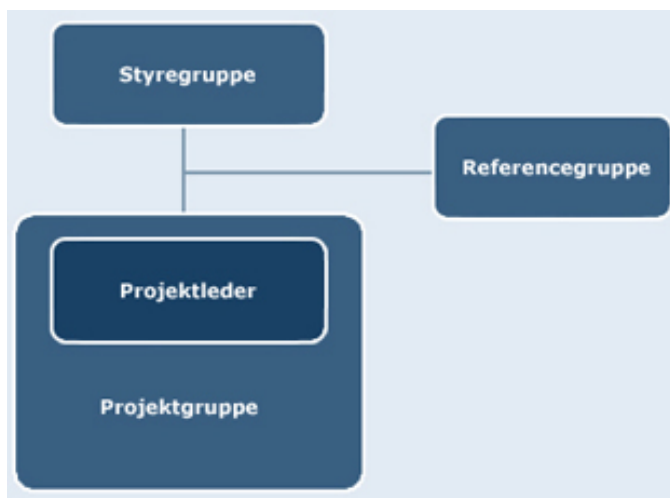
- 1a) Systematisk litteraturgennemgang
- 1b) Online vidensdatabase inden for patientinddragelse
- 2) Udvikling af et evidensbaseret e-læringsmodul på engelsk
- 3) Struktureret samt eksplorativ evaluering af e-læringsmodulet
- 4) Formidling af resultater og oversættelse af e-læringsmodulet

Det irske selskab for almen medicin (ICGP) har udført arbejdsplaner 1a og 1b, som bliver indsamlet, analyseret og overleveret til EQuIP per 1. januar 2014. Den finske udgivervirksomhed af almenmedicinske uddannelsesmaterialer og guidelines (Duodecim) har udviklet det evidensbaserede e-læringskursus på engelsk, som blev overleveret til EQuIP per 1. november 2014.

Den tyske partner personificeret ved professor Jochen Gensichen fra Institut for Almen Medicin ved Friedrich-Schiller-Universitetet i Jena har været ansvarlig for en systematisk og en eksplorativ evaluering af e-læringsmodulet (se vedhæftede bilag med evalueringsresultaterne). EQuIP er ansvarlig for at formidle resultater og oversætte pakken til flere sprog, herunder dansk.

Indtil nu er e-læringskurset blevet oversat fra engelsk til tysk – og der arbejdes pt. på at oversætte det til fransk og spansk – og det er her tanken at oversætte det evidensbaserede undervisningsmateriale fra engelsk til dansk med hjælp fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København samt en række leverandører ift. teknisk opsætning og tests af e-læringsmodulet. Slutteligt er det hensigten at formidle e-læringsmodulet som hyldevare til DGE-grupperne.

6. Patienten som partner i praksis: Organisation og tid



Organisation

Projektet er forankret hos EQuIP, hvis bestyrelse er ejer af produktet. Dette for at sikre, at ingen kommer til at tjene kommercielt på slutproduktet.

Herunder befinder styregruppen sig, som er konstitueret af Tina Eriksson (EQuIP-præsident) og Susanne Reventlow (Forskningsenheden i København). Styregruppen beslutter på vegne af ledelsen, betaler med ressourcer samt baner vej for projektet.

Som koordinator og bindeled mellem styregruppe og projektgruppe (kolleger, Forskningsenheden i København, leverandører m.m.) befinder projektlederen Tina Eriksson (EQuIP) sig.

Derudover har projektlederen en referencegruppe, som hun kan sparre med løbende. Indtil videre består den af EQuIP samt DSAMs Kvalitetsudvalg.

Tidsplan

August-september 2017:	Oversættelse af indhold fra engelsk til dansk.
Oktober 2017:	Optagelse af to undervisningsfilm til værktøjet.
Oktober-december 2017:	Udvikling af e-læringsmodul m. tekst, foto og video.
Januar-februar 2017:	Brugertest, evaluering og overlevering af værktøjet.
Marts-april 2017:	Udvikling af layoutet hyldevare til DGE-grupperne.
Maj 2017:	Afslutning på <i>Patienten som partner i praksis</i> .

7. Patienten som partner i praksis: Budget

Løn til projektleder			
Styregruppemøder	6 timer	878,61	5.271,66
Oversættelsesmøder	6 timer	-	5.271,66
Møder om de to læringsfilm	4 timer	-	3.514,44
Møder om e-læringsmodulet	20 timer	-	17.572,20
Møder om evaluering	4 timer	-	3.514,44
DGE-hyldevare-møder	10 timer	-	8.786,10
I alt	50 timer	878,61	43.930,50
Forskningsenheden			
Styregruppemøder	6 timer	878,61	5.271,66
Arbejdsgruppemøder	10 timer	878,61	8.786,10
Tovejs tekstoversættelse	40 timer	500	20.000
Evaluering og valideringer	42 timer	500	21.000
I alt	98 timer	-	55.057,76
Produktion: De to læringsfilm			
Arbejdsgruppemøder	4 timer	400	1.600
Præ-produktion af de to film	36 timer	400	14.400
Produktion, skuespillere m.m.	13 timer	2.000	26.000
Post-produktion af de to film	26 timer	500	13.000
I alt	79 timer	-	55.000
Kodning: Dansk e-læringsmodul			
Arbejdsgruppemøder	20 timer	500	10.000
Design & layout, inkl. grafik m.m.	50 timer	1.000	50.000
Kodning af e-læringsmodul	80 timer	800	64.000
Implementering af indhold m.m.	20 timer	700	14.000
Funktionstest af e-modul + rettelser	20 timer	500	10.000
Brugertest af e-modulet + rettelser	50 timer	500	25.000
Validering af e-læringsmodul	30 timer	400	12.000
I alt	270 timer	-	185.000
Implementering: DGE-hyldevare			
Arbejdsgruppemøder	10 timer	500	5.000
Koncept + udvikling af materialer	60 timer	500	30.000
5 x regional. læringspakker	25 timer	1.000	25.000
I alt	95 timer	-	60.000
Alt i alt	592 timer	-	398.988,26

Fordelingsnøgle vedr. KEU-finansiering af *Patienten som Partner i Praksis*

Region	Praktiserende læger²²	Andel	Beløb	Projektandel
Nord	306	9	39.900	10%
Midt	803	23	91.770	23%
Syd	787	23	91.770	23%
Hovedstaden	1.048	31	115.710	29%
Sjælland	477	14	59.850	15%
I alt	3.421	100	399.000	100%

²² http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!IPORTAL.wwpob_page.show?_docname=11221420.PDF