

**Annika Porsborg Nielsen**

annika.porsborg.nielsen@regionh.dk
Specialkonsulent, Kompetencecenter for
Patientoplevelser (KOPA)

**Trine Østerbye Rimdal**

trine.oesterbye.rimdal@regionh.dk
Specialkonsulent, Kompetencecenter for
Patientoplevelser (KOPA)

Helhedssyn fra lægen skaber aktive patienter

Der er behov for, at praktiserende læger i højere grad anlægger et helhedssyn på patienter med type 2-diabetes. Når praktiserende læger kun har fokus på diabetessygdommen og ikke på det hele menneske, resulterer det ofte i standardiserede forløb, hvor lægens rolle blot er at kontrollere blodsukker og justere medicin. Det viser en ny kvalitativ undersøgelse fra Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) i Region Hovedstaden.

■ Patienter, der har deltaget i vores undersøgelse, er alle startet op i et forløb hos egen læge, efter de har fået konstateret type 2-diabetes. Opstarten i almen praksis er afgørende for, hvordan patienterne oplever det at have fået diabetes og skulle leve med en kronisk sygdom. Der er dog store forskelle på, hvilken opstart patienterne får, og hvilke ydelser de tilbydes, både ifølge patienterne og lægerne.

Nogle diabetespatienter får et standardiseret tilbud, hvor deres læge med det samme sætter dem i gang med medicin og opstarter et kontrolforløb med faste intervaller.

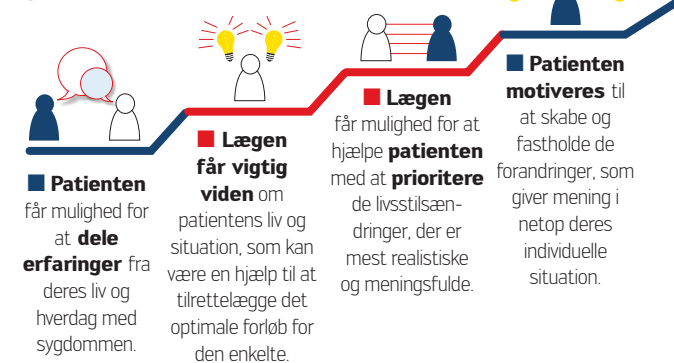
Patienterne fortæller, at lægen præsenterer medicinsk behandling som den eneste mulighed for regulering af sygdommen. Der foregår ikke en dialog om, hvorvidt patienten har mulighed for at foretage livsstilsændringer, som gør, at de vil kunne udskyde eller helt undgå medicinsk behandling.

Andre diabetespatienter fortæller, at de får en langt mere skræddersyet opstart på forløbet hos egen læge. Lægen spørger ind til deres forventninger til behandlingsforløbet, og de taler om, hvorvidt patienten har mulighed for at omlægge livsstil for at forsøge at

undgå eller udskyde medicinsk behandling. Lægen sammenholder patientens ønsker med en lægefaglig vurdering af deres blodsukkertal og andre relevante faktorer.

På baggrund af denne dialog lægger lægen og patienten sammen en plan for det videre forløb. Nogle patienter får en frist på for eksempel tre måneder til selv at forsøge at ændre kost- eller moti-

HELHEDSSYN PÅ PATIENTEN SKABER VÆRDI



onsvaner. Patienterne fortæller, at denne tilgang er meget motive-rende, fordi lægen tager udgangspunkt i deres individuelle behov og ressourcer. En læge siger:

”Nogle er meget hurtige med metformin. Jeg kan godt finde på at vente tre måneder. Ligger de stadig højt, får de medicin. Der er jo forskel på patienter. Nogle kan jo ikke arbejde med vægttab, fordi der er meget andet, de kæmper med”.

SYGDOMMEN ELLER HELE LIVET

Det påvirker i høj grad patienternes håndtering af deres diabetes, om de bliver mødt af en læge, som kun har fokus på deres sygdom, eller en læge som har blik for hele deres liv.

Nogle læger ser deres rolle i patientens diabetesforløb, som en der kontrollerer blodsukker, justerer medicin og henviser til andre tilbud. Disse læger taler som udgangspunkt ikke med patienten om dét, at de har fået diabetes, hvad det betyder for dem som person, eller hvordan det påvirker andre forhold i deres liv og hverdag.

Lægerne forventer ofte, at den kommunale diabetesskole, eller måske praksissygeplejersken, tager sig af de ’bløde emner’, for eksempel sociale eller psykologiske faktorer og pårørendes rolle, mens de selv har fokus på det medicinske.

Opsplitningen af de medicinske og de psykosociale effekter af sygdommen betyder, at patienten kan gå i et årelangt, muligvis livslangt, forløb i almen praksis uden at tale med lægen om, hvad de selv tænker om sygdommen, hvad der gør det svært at leve med den, og hvilke ting i deres hverdag der eventuelt blokerer for, at de kan blive bedre reguleret.

De patienter, hvis læge spørger aktivt ind til deres liv som helhed, tillægger lægen en helt anden rolle og betydning. For dem fungerer lægen som en sparringspartner, der motiverer dem til selv at tage ansvar for deres sygdom og tage initiativ til at ændre livsstil. Lægen sætter sig ind i, hvad patienten tænker om at have fået en kronisk sygdom, hvordan det påvirker dem mentalt og socialt, og hvilke støttemuligheder de har i deres familie eller netværk.

Dette helhedssyn skaber en helt anden relation mellem læge og patient og giver lægen forudsætningerne for at kunne tilrettelægge et individuelt tilpasset behandlingsforløb. Patienterne i undersøgelsen fortæller, at når lægen kender dem og deres baggrund, er de mere tilbøjelige til at følge lægens råd og vejledning. De oplever, at relationen bliver mere personlig, og de bliver motiverede af, at der er nogen, der følger dem og opmuntrer dem til at nå deres mål.

Det motiverer især patienterne, når de kan se, at lægen tilpasser sine råd og vejledning til for eksempel deres jobsituation, fysiske begrænsninger eller andre sygdomme. Når målene formuleres med udgangspunkt i patientens liv, bliver de realistiske og meningsfulde for patienten. En patient fortæller:

”Lægen kom ind og sagde: ”Ja, dit langtidsblodsukker er altså

steget”, og det vidste jeg jo godt. Og så forklarede jeg hende, hvad der var sket, og hun spurgte meget ind til det, fordi hun ved, at jeg er selvstændig, og at jeg har travlt. Hun fortalte, at det var fint at gå, for jeg kunne ikke overskue at løbe. Så jeg synes, hun fik sat mig godt i gang”.

PATIENTENS VIDEN BRUGES IKKE AKTIVT

Patienterne har en unik viden om deres egen sygdom og symptomer og om deres behov og ønsker til diabetesbehandlingen. Mange patienter i undersøgelsen oplever, at egen læge ikke efterspørger denne viden som input til planlægningen af deres behandling. Ved konsultationerne er der typisk fokus på den lægefaglige viden om sygdommen, og den udveksling af viden, der sker, går primært fra læge til patient. Patienterne fortæller, at de bliver nød til selv at sætte sig ind i den lægefaglige viden om deres sygdom for at kunne indgå i en dialog med lægen, og at det er svært at skabe plads til deres egen viden og erfaringer med, hvordan sygdommen spiller ind i hverdagen:

”Vi har nok en anden form for snak, fordi jeg ved, hvad det betyder, det lægen taler om. Vi taler om langtids- og korttidssukker og om tilskud til blodsukkerapparat og fodlæge. Jeg vender ikke andre forhold i livet med min egen læge”.

Det er den faktuelle medicinske viden, der er legitim at bringe i spil hos lægen, og ikke den mere ’bløde’ viden om patienternes behov, præferencer og mål for behandlingen. Det betyder, at ansvaret for at bringe denne type viden ind i dialogen ultimativt ligger hos patienten, og det kræver ressourcer og kompetencer, som det ikke er sikkert, patienten har. Desuden er der kort tid til konsultationerne og andre ting på programmet, hvilket også gør det svært for patienten at sætte disse emner på dagsordenen. ■

KEYWORDS

Helhedssyn. Det hele menneske. Dialog. Livsstilsændringer. Standardiseret tilbud. Skræddersyet opstart. Individuelle behov og ressourcer.

BORGERENS BEHOV I CENTRUM

■ Undersøgelsen ”Borgerens behov i centrum: Manglende vidensdeling mellem aktører i diabetesforløb” er gennemført af Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), Region Hovedstaden, i foråret 2019. Baseret på kvalitative interviews med 17 patienter med type 2-diabetes, tre alment praktiserende læger med praksis i Frederiksberg Kommune samt en diabetessygeplejerske fra Frederiksberg Kommunes Sundhedscenter. Alle interviewede patienter går i forløb i almen praksis og er rekrutteret fra Frederiksberg Kommunes Sundhedscenter, hvor de har deltaget i diabeteskursus mellem efteråret 2018 og foråret 2019. Undersøgelsens resultater er publiceret i en slutrapport.

➔ Kan downloades: cutt.ly/borgerensbehov