

Lægers tværsektorielle samarbejde om og med patienter i tidlige diagnostiske processer

En *kommunikationsvidenskabelig analyse* af det lægefaglige samarbejde på tværs af sektorer i tidlige diagnostiske processer.

Tine Laurine Rosenthal Johansen

Kommunikationsforsker ansat i Det nære sundhedsvæsen, Region Sjælland.

I samarbejde med styregruppen:

Forskningsgruppen Dialogisk Kommunikation, Roskilde Universitet og Forskningsenheden for almen medicin, Københavns
Universtitet

Forskningsenheden i Det nære sundhedsvæsen, Region Sjælland

- Det nære Sundhedsvæsen (DNS) har ansvaret for sikring og udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i dele af primær sektor og det tværsektorielle samarbejde. I Kvalitet og Forskning bidrager vi til dette gennem nært samarbejde med almen praksis, kommuner og DNS' administration og kliniske enheder. Forskningsenheden er en selvstændig del af Kvalitet og forskning.
- Aktuelt består forskningsenheden af 1 professor, 5 seniorer forskere og 2 ph.d studerende. Udover at være en del af forskningsenheden indgår forskerne også i forskningsmiljøer på henholdsvis Roskilde Universitet, Københavns Universitet og Syddansk Universitet samt del af internationale forskningsmiljøer. Vi er en tværfaglig forskningsgruppe bestående af forskere med baggrunde indenfor antropologi, sociologi, almen medicin, sygepleje samt kommunikation & humanistisk videnskab.
- Forskningsenheden i Kvalitet og forskning er ansvarlig for Region Sjællands Forskningsnetværk rettet mod den primære og tværsektorielle sundhedsforskning. Udover at udføre forskning består en del af forskningsenhedens arbejde i, at bidrage til implementering af forskningsresultater, dels gennem implementeringsforskning/kollaborativ forskning, dels som brobyggere mellem forskning og regionens øvrige funktioner.
- Aktuelt forsker vi indenfor områder som: Tidlig opsporing af kræft, Medikalisering, Tværsektorielt samarbejde, patientinddragelse, Soma og psyke, Videokonsultationer, Mænds sundhed, (U)Lighed i sundhed

En *kommunikationsvidenskabelig analyse* af det lægefaglige samarbejde på tværs af sektorer i tidlige diagnostiske processer.

Kommunikation som dialogisk proces

Sandheden er ikke født, og den kan ikke findes inde i en persons hoved. Den er skabt mellem mennesker, der gennem dialogiske interaktioner sammen søger sandhed (M. Baktin i Olesen og Nordentoft, 2018).

Selv når patienten har en ”klassisk ” diagnose, dukker denne ikke op af sig selv. Den skyldes et fælles arbejde, hvor patientens oplevelse af situationen hele tiden udfordrer lægens biologiske viden, indtil man når en fælles handleplatform (Jackobsen, 2012: 15).

Forskningsspørgsmål:

- Hvornår og hvordan samskabes viden mellem læger på tværs af sektorer i tidlige diagnostiske processer?
- Og hvordan får vidensforhandlinger i lægers samarbejde om og med patienter i tidlige prognostiske processer betydning for læger og patienter i en klinisk hverdagslivspraksis i almen praksis og på sygehus?

Kollaborative og etnografiske metoder

- Feltstudier i almen praksis
- Feltstudie på hospital
- 64 Interview med læger, sygeplejersker, patienter og pårørende
- Dialogmøder med læger, sygeplejersker og sekretærer.

Alt materiale er indsamlet i Region Sjælland fra 2018-2021



Analysestrategi:

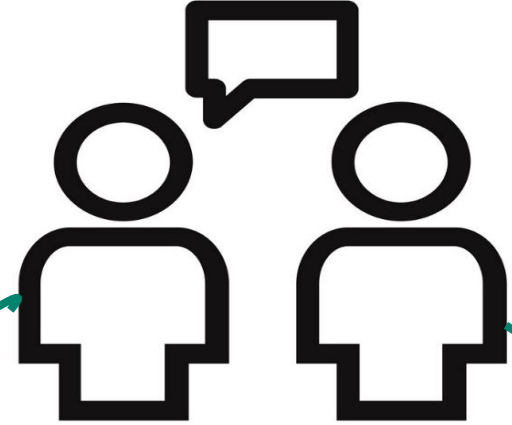
The Integrated Framework for Analysing Dialogic Knowledge Production and Communication (IFADIA)' (Louise Phillips 2011)

Samarbejdet skabes og opretholdes i kommunikationsprocesser

- Informationsmedieret samarbejde
- Dialogmedieret samarbejde
- Patientmedieret samarbejde

Ønsket undersøgelse:
Henv. Til rtg. Og til UL af
ve klavikula og af hævelse.

Anbefales videre
udredt?
Hvad skal jeg
sige til min
patient?



Du kan ikke henvise til MR.
Prøv at vedhæfte epikrise,
så forklarer jeg situationen
til lægerne.

Jeg kan fortælle
patienten, at han
skal henvises til
MR. Jeg kan ikke
vide om det går
igennem



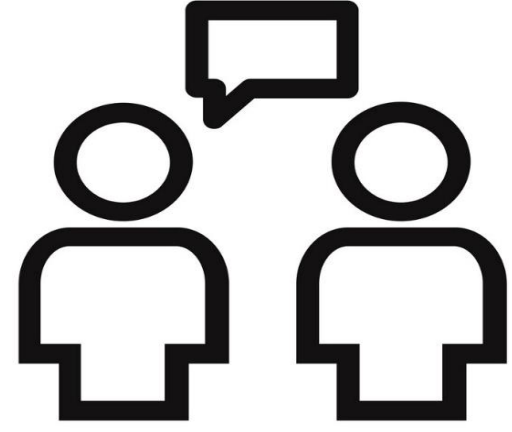
Lægen kommer først
mandag.
Han har handlet
helt korrekt



Anbefales videre udredt.

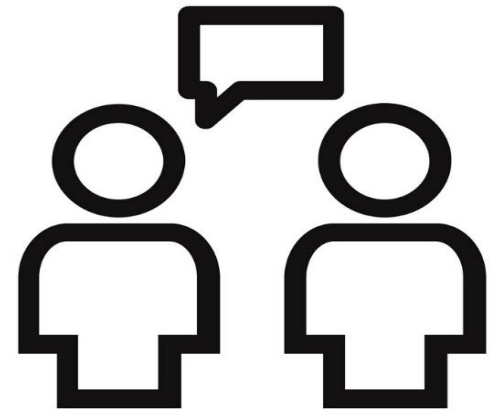


Normal scanning.
Lidt slør på lunge.
Anbefales ikke
videre udrett.



Almen praktiserende læge til patient

Læge, nu skal du høre ...
Hvad vil du gerne vi gør herfra?



Læge til læge:

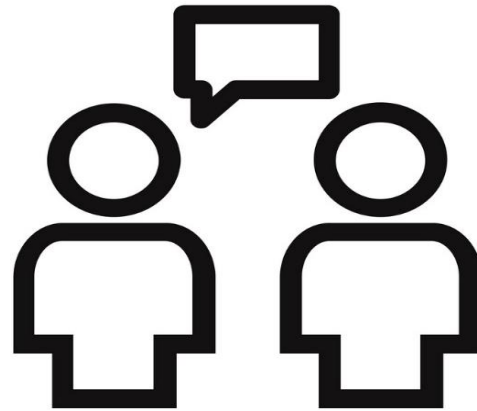
Almen Praksis læge: Jeg er i tvivl om hvordan jeg skal forstå svaret "lidt slør på lunge"?

Sygehuslæge: Det er formentlig en forkølelse eller skygge fra en brystvorte.

APL: Nervøs patient.

Sygehus læge: Vi kan lave en opfølgende scanning?

TANYA



Sygehuslæge: Scanning viser kræft.
Ved du hvad en åbenoperation er?

Analyserne peger på:

- Spændinger er et vilkår i samarbejde på tværs af faglige og organisatoriske forskelle, hvor der er en asymmetrisk organisatorisk magt MEN relationer og ”adgang” til dialog har betydning for håndtering af tværsektorielle spændinger i de specifikke patientforløb
- Dialog bliver ofte et usynligt arbejde i den kliniske praksis (og dermed bliver patienterne også fraværende i samtalerne)
- Samarbejde skaber større handlerum for patientinddragelse i den enkelte kliniske samtale
- Samarbejdet skaber større handlerum for at skabe sammenhæng sammen med patienter i den enkelte kliniske samtale

Perspektiver

- Fokus på modtager fremfor afsender
- Behov for strukturer, der understøtter tværsektoriel læge-læge dialog i en klinisk hverdag (Lige nu er det regionsspecifikt)
- Dialog/samarbejde bliver anerkendt som en integreret del af det kliniske arbejde
- Fokus på at skabe sammenhæng for den enkelte patient i den enkelte kliniske samtale

Mellem nærhed og specialisering

En samskabt kritisk-refleksiv analyse af dialog og magt i lægers tværsektorielle samarbejde om tidlig diagnostik

Tine L. R. Johansen

ph.d., postdoc v. Forskning & klinisk kvalitet, Region Sjælland, gæsteforsker v. forskningsenheden for almen medicin, Københavns Universitet, gæsteforsker v. kommunikation, Roskilde Universitet. Medredaktør på bogen "Dialog og samskabelse – Metoder til en refleksiv praksis".

Abstract

Coordinated care is part of a discursive turn towards a more patient-centered healthcare system. Coordinated care are defined as "The delivery of services by different care providers in a timely and complementary manner" (Langberg, Dyrh, and Davidsen 2019, 6). However, this easily overlooks the work that doctors put into involving patients, updating colleagues in other sectors and creating coherence with patients (Uljen et al. 2012). The article uses ethnographic co-creation as a method to examine doctors and general practitioners cross-sectoral collaboration on early diagnostics from a clinical everyday life perspective. Bakhtin's dialogue theory and Foucault's power/knowledge concept, provide an analytical framework to analyze collaborative practices. The article contributes with detailed knowledge of how relational strategies are used to handle cross-sectoral tensions. Furthermore, the article illustrates the co-creation of knowledge across a communication theoretical and biomedical perspective.

Keywords: Change, ethnographic co-creation, dialogical communication, contexts, power

Tak for jeres tid

Tine Laurine Rosenthal Johansen

Forsker ved:

Region Sjælland

*Det nære sundhedsvæsen
Kvalitet & forskning*

tijoha@regionsjaelland.dk

[Mellem nærhed og specialisering |
Academic Quarter | Akademisk kvarter
\(aau.dk\)](#)



4.2 Udfordringer og muligheder i tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og sygehus

Tine Laurine Rosenthal Johansen

Resumé

Dette kapitel handler om sundhedsprofessionelles samarbejde på tværs af almen praksis og sygehus. Fokus i kapitlet er samarbejdet om og med patienter, der har symptomer på alvorlig sygdom, fx kræft. Kapitlet tager afsæt i et stort empirisk materiale, der består af interviews, observationer og dialogmøder. Kapitlet bidrager med konkrete eksempler på, hvordan dialogisk kommunikationsteori kan anvendes til at analysere tværsektorielt samarbejde som en proces, der skabes og opretholdes i kommunikationsprocesser. Her viser analyserne tre typer kommunikationsprocesser, hvor samarbejde skabes og opretholdes, hhv. en informationsorienteret, en dialogisk og en patientmedieret.

Optakter

Optakt 1: Bent

I indledende case (se side xx) har Bent på det seneste haft ondt i maven. Han kontakter derfor sin egen læge. Konsultationen hos Bents egen læge kunne se sådan ud:

Bent kommer ind til sin egen læge. Han ankommer, lige da frokostpausen skal til at starte. Han tager plads i venteværelset. Bent skal først ind til sygeplejersken, Morten. Efterfølgende skal han ind til lægen, Sanne.

Ved frokostbordet taler Sanne og Morten om Bent. Sanne og Morten har arbejdet sammen i mange år, de har begge to et godt kendskab til alle de patienter, der kommer i den lille lægepraksis. De har et godt samarbejde og drøfter ofte deres arbejde i frokostpausen. Sanne har læst epikrisen, som er den korte beskrivelse om Bents sygdomsforløb, hun har modtaget fra sygehuset. Morten fortæller, at da Bent ringede, fortalte han, at han på det seneste havde haft ondt i maven og var meget træt. Da Morten gik igennem venteværelset

Referencer

Agersnap, L., & Maltesen, M (2021) Samarbejdets ædle kunst *månedsskriftet* Johansen, T. L. (2022). Mellem nærhed og specialisering: En samskabt kritisk-refleksiv analyse af dialog og magt i lægers tværsektorielle samarbejde om tidlig diagnostik. *Academic Quarter| Akademisk kvarter*, (24), 180-196
[Rosenthal Johansen, T., \(2022\) Udfordringer og muligheder i tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og sygehus Fagligt samarbejde i sundhedssektoren . Høgsgaard, D. \(red.\). København: FADL's Forlag, s. 276 289 s..](#)

Langberg, E. M., Dyhr, L., & So, A. (2019). Patient Education and Counseling Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. Merrild, C. H., Vedsted, P., & Andersen, R. S. (2017). Noisy lives, noisy bodies: Exploring the sensorial embodiment of class. *Anthropology in Action*, 24(1), 13–19.
Offersen, S. M. H., Risør, M. B., Vedsted, P., & Andersen, R. S. (2020). Am I fine? *Medicine Anthropology Theory*, 3(3), 23–45.

Olesen, B. R., Phillips, L. J., & Johansen, T. L. R. (2018). Når dialog og samskabelse er mere end plusord. Akademisk Forlag. Retrieved from Phillips, L. (2011). *The promise of dialogue: The dialogic turn in the production and communication of knowledge*. John Benjamins Publishing.
Risør, T., & Olesen, F. (2004). Den praktiserende læge. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 1(1).
Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & Van den Bosch, W. J. H. M. (2012, June). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice*.

Samarbejdets ædle kunst – om firkanter og trekanter

Nogle gange kan man som læge synes, at alting går så hurtigt, at det er umuligt at følge med. Andre gange underer man sig over, at visse dilemmaer kan bestå uændret gennem årtier. Som et kuriosum og et eksempel på sidstnævnte har vi valgt at bringe en artikel fra april 2004, publiceret i det hedengangne tidsskrift *Medicus*. Emnet er udfordringer i samarbejdsfasen mellem primær- og sekundærsektoren. Praksisconsultenterne bliver næppe arbejdsfreløse forløb (medmindre de bliver fyret af re

AF / Lene Agersnap og Margit Maltesen

Refleksioner i 2021
Gennem årtier fra 2004 om samarbejdet mellem sektorerne til sygne og bliver genlæst som led i en personlig over-springshandling. Under den fortsatte nedpakning stod refleksionerne i hæ-stær Patienterne bliver stadig puttet i – end-nu flere – kasser, når de skal sendes vi-der, og nogle af dem passer (stadig) ikke ind. Problem med afviste hen-visninger er på ingen måde blevet min-dre siden, tværtimod. Og subspeciali-seringen er blevet endnu mere mar-kant i de år, der er gået. Hvis en psyki-atrisk patient har for mange samtidig psykiatriske lidelser, er der fare for, at han falder uden for specialiklinikkerne målgruppe, hvorfor han bliver afvist. Det kan betyde, at den praktiserende læge udvikler en strategi med at udde-loplicke komplicerede elementer af patient-

terri- ind 200 i ca. bli- C staa på C des E kfrt af d serr den lidt tæft pløt to e ikke at f stæc staa



Kontakt / agersnap@tdnet.dk

Biografi / Lene Agersnap er praktiserende læge i Hvidovre Distriktsygehus samt i Agersnap Hvidovre Sygehus i Hvidovre. Margit Maltesen er nu pensioneret, tidligere praktiserende læge

Faglig Region Danske Regioner KL

ic, Rochester, NY sly Medicine Residency Program, Toledo Medical Center, Austin, TX

nding Author: Hannevad, MBChB, MPH, Mayo Clinic, 20K 194 1990

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial License (CC BY-NC)

© Elsevier B.V. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from Elsevier B.V.

11. juni 2021

Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en forstærket, gradvist omskiftning på flere kognitive og faglige områder: rehabiliterings-, forebyggelses- og plejeliv i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.

Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet læses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehusene.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede "Sundhedsklynger" omkring hvert af de 21 akuthospitaler.

Boks 1
Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede "Sundhedsklynger" omkring hvert af de 21 akuthospitaler i med repræsentanter fra sygehussektoren, kommunerne og almen praksis i akuthospitalens oplagsområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage tillids ansvar for den talte befolkning i oplagsområdet (populations-ansvar) med fokus på de nye udfordringer, herunder styrket sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samti-digt være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omsorg til de mest udsatte borgere. Hver region beskriver et forløb på tværs af regioner og kommuner.
- I overensstemmelse med til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sund-hedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilføringen af eksisterende klynger.

Regeringen vil fremlægge den formodede kvgivning for Folketingets partier med afsæt i aftalen med KL og Danske Regioner til drøftelse og forhandling som led i en samlet sundhedsaf-tale, der skal sikre en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet i lyset af en udvikling med flere ældre og kronisk syge med fokus på styrket sammenhæng, nærhed og lighed. Sund-

Article

Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective

Khaled Mohammed, MBChB, MPH¹, Margaret B. Nolan, MD¹, Tamim Rajoo, MD², Nilay D. Shah, PhD³, Larry J. Prokop, MLS⁴, Prathibha Varkey, MD, MPH⁵, and Mohammad H. Murad, MD, MPH¹

Abstract
Patient experience is one of key domains of value-based purchasing that can serve as a measure of goal to improve the delivery of health services. The aims of this study are to explore patient perceptions of care and to understand how perceptions may differ by settings and condition. A systematic review of meta-analyses was conducted for studies targeting patient perceptions of quality of care. Two reviewers screened and independently. Data synthesis was performed following a meta-narrative approach. A total of 36 studies that identified 10 quality dimensions perceived by patients: communication, access, shared decision m-knowledge and skills, physical environment, patient education, electronic medical record, pain con-cess, and preventive services. These dimensions can be used in planning and evaluating health care research should evaluate the effect of interventions targeting patient experience on patient outcomes.

Keywords:
patient perceptions, quality of health care, health care delivery, systematic review, meta-narrative review

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics
© 2019, John Wiley & Sons Ltd
DOI: 10.1111/jcpt.12414
wileyonlinelibrary.com/journal/jcpt

Qualitative Research in Medicine & Healthcare 2019, volume 2:165-175

The dialogic construction of patient involvement in patient-centred neurorehabilitation

Janine Ultes
Department of Communication and Arts, Roskilde University, Denmark

ABSTRACT
This paper explores how the practice of patient involvement in neurorehabilitation is constructed in tension-filled professional narratives. In order dialogic communication theory is focused on how involvement is constructed across different roles and voices. My analysis is based on an action research project that uses a dialogical communication perspective and participatory methods to explore patient-centred care through the eyes of healthcare professionals. I argue that patient involvement is constructed as a demanding process that requires resource, presence, communicative abilities and temporal understanding of personal needs. The requirements are not explicit in the situated institutional practice, but will, I argue, have the potential to be made explicit through health care reform for general characteristics, which fall short in the situation that arises when patients do not have the ability to participate or play the role of an active patient. The findings in this paper contribute to the growing literature on patient-centred healthcare by empirically investigating how the discursive configuration of patient, health professional and institutional practice interacts in producing certain abstract expectations, habits and values for patient-centred care delivery. I also suggest that the findings can usefully be incorporated into patient-centred care design and organisational strategies in order to take into account both the patient, relative and healthcare professional in view for creating a patient-centred practice, organisation and professional environment.

potential to improve patient outcomes. Identifying and improving patient experience key component of enhancing the value of delivery system for consumers. Although standardized measures of patient such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) are to finance measurement and payment, prior to on have suggested that patients beliefs and expectations about the way not be represented in tradition measures.⁴⁰ Moreover, patients' not always aligned with that of a situation.⁴¹ There may be areas of

potential to improve patient outcomes. Identifying and improving patient experience key component of enhancing the value of delivery system for consumers. Although standardized measures of patient such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) are to finance measurement and payment, prior to on have suggested that patients beliefs and expectations about the way not be represented in tradition measures.⁴⁰ Moreover, patients' not always aligned with that of a situation.⁴¹ There may be areas of

potential to improve patient outcomes. Identifying and improving patient experience key component of enhancing the value of delivery system for consumers. Although standardized measures of patient such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) are to finance measurement and payment, prior to on have suggested that patients beliefs and expectations about the way not be represented in tradition measures.⁴⁰ Moreover, patients' not always aligned with that of a situation.⁴¹ There may be areas of

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou

PEC

Review Article

Development of the concept of patient-centredness – A systematic review

Emil Mørup Langberg, Lise Dyhr, Annette Sofie Davidsen^a

^a The Research Unit for General Practice and Section of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, 1044 Copenhagen K, Denmark

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Objective: Patient-centredness is often linked to high-quality patient care, but the concept is not well-defined. This study aims to provide an overview of how patient-centredness has been defined in the literature (by Mead and Bower's review in 2006) and to provide an updated definition of the concept. Method: Design: We performed a systematic literature search in PubMed to identify original articles with a sufficient definition of patient-centredness. We analysed extracted data defining patient-centredness. Results: Eighty articles were included. The dimensions "biopsychosocial", "patient-as-person", "sharing power and responsibility" and "therapeutic alliance" corresponded to four of five dimensions described by Mead and Bower. "Coordinated care" was a new dimension. Conclusion: The identified dimensions are encompassed by three elements: the patient, the doctor-patient relationship and the framework of care (i.e. the health care system). The additional focus on coordinated care could reflect increasing complexity of the health care system. Practice implications: Narrowing down the understanding of patient-centredness to these three focus areas, viz. 1) understanding of the patients' experience of the illness in their life situation, 2) the professional's relationship with the patient, and 3) coordination of care in the system, could make the