



# Hvordan kan organisatorisk brugerinddragelse fremme samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle i almen praksis?

Indsigter fra projekt Brugernes Stemme i Almen Praksis 2023-2026

---

Hvordan kan organisatorisk brugerinddragelse fremme samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle i almen praksis? Indsigter fra projekt Brugernes Stemme i Almen Praksis, Region Syddanmark 2023-2026

**Udgivet af:**

SydKIP, Kvalitet i Praksis i Region Syddanmark  
Damhaven 12  
7100 Vejle

Steno Diabetes Center Odense, Region Syddanmark  
Hospitalsringen 92, 4. sal  
5260 Odense S

*Marts 2026*

**Kan citeres ved tydelig kildeangivelse:**

SydKIP & SDCO, 2026: Hvordan kan organisatorisk brugerinddragelse fremme samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle i almen praksis? Indsigter fra projekt Brugernes Stemme i Almen Praksis, Region Syddanmark 2023-2026

---

# Forord

I denne rapport deles indsigter og resultater fra projektaktiviteter i "Brugernes Stemme i Almen Praksis" i perioden fra januar 2023 til december 2025. Omdrejningspunktet i projektet har været at undersøge, hvordan patienter - i rapporten omtalt som brugere - og sundhedsprofessionelle gennem organisatorisk brugerinddragelse kan bidrage til udviklingen af almen praksis.

## Rapporten omfatter indsigter i:

- Hvordan organisatorisk brugerinddragelse kan forstås og anvendes i almen praksis
- Konkrete erfaringer med metoder til at arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis
- Brugerdrevne forslag og idéer til, hvordan læge-brugerpartnerskabet og almen praksis mere generelt kan udvikles eller forbedres

**Organisatorisk brugerinddragelse** er defineret som en metode, hvor man giver brugere indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet gennem anvendelse af viden om brugerperspektivet og samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser. Metoden har potentiale til at skabe fælles læring mellem brugere og sundhedsprofessionelle, pege på forbedringspotentialer og kan kvalificere udviklingsprocesser på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

I projektet har brugerne fra start til slut været med til at udvikle og prioritere tiltag og løsninger. Rapporten illustrerer, hvordan en målrettet dedikation til systematisk at inddrage brugerne og give dem indflydelse kan føre et projekt nye steder hen. Rapporten viser også, at der er et stort potentiale i at arbejde systematisk med organisatorisk brugerinddragelse, da både brugere og sundhedsprofessionelle har et fælles ønske om at styrke kvaliteten og skabe bedre betingelser for alle brugere i almen praksis - også de mest sårbare.

Rapporten er primært målrettet sundhedsprofessionelle i almen praksis og skal tjene som inspiration til at arbejde med brugerdrevet udvikling i almen praksis.

Vi vil gerne sige STOR tak til de mange brugere, praktiserende læger og praksispersonaler fra Region Syddanmark, som har engageret sig i projektet. Der ville ikke været et projekt uden jer!

God læselyst.

*Brugernes Stemme*

Dorthe, Finn, Gitte, Inger og Karina



Foto: Jakob Haugaard Christiansen, SDCO

# Indhold

## 6 Sammenfatning

9 De tre delprojekter

## 14 Projektets baggrund, formål og fremgangsmåde

15 Om projektet "Brugernes Stemme i Almen Praksis"

15 Formål og tilgang

16 Hvad er organisatorisk brugerinddragelse?

16 Organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

17 Brugerne har udviklet projektidéer

19 Nogle brugere har været med hele vejen  
– andre har deltaget mere sporadisk

## 20 Brugernes perspektiver og valg af delprojekter

21 Fra én idé om brugerråd til tre delprojekter om organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

25 De tre delprojekter – metoder til at udvikle almen praksis gennem organisatorisk brugerinddragelse

## 26 Resultater og indsigter fra de tre delprojekter

27 Delprojekt 1: Udvikling af brugerhåndbog

36 Delprojekt 2: Brugermøde

39 Delprojekt 3: Brugerfeedback

## 44 Konklusion og perspektiver

## 46 Referencer

## 48 Bilag

49 Bilag 1: Resultater fra fokusgruppeinterviews i fase 1

52 Bilag 2: Idéer og metoder til at fremme organisatoriske brugerinddragelse i almen praksis

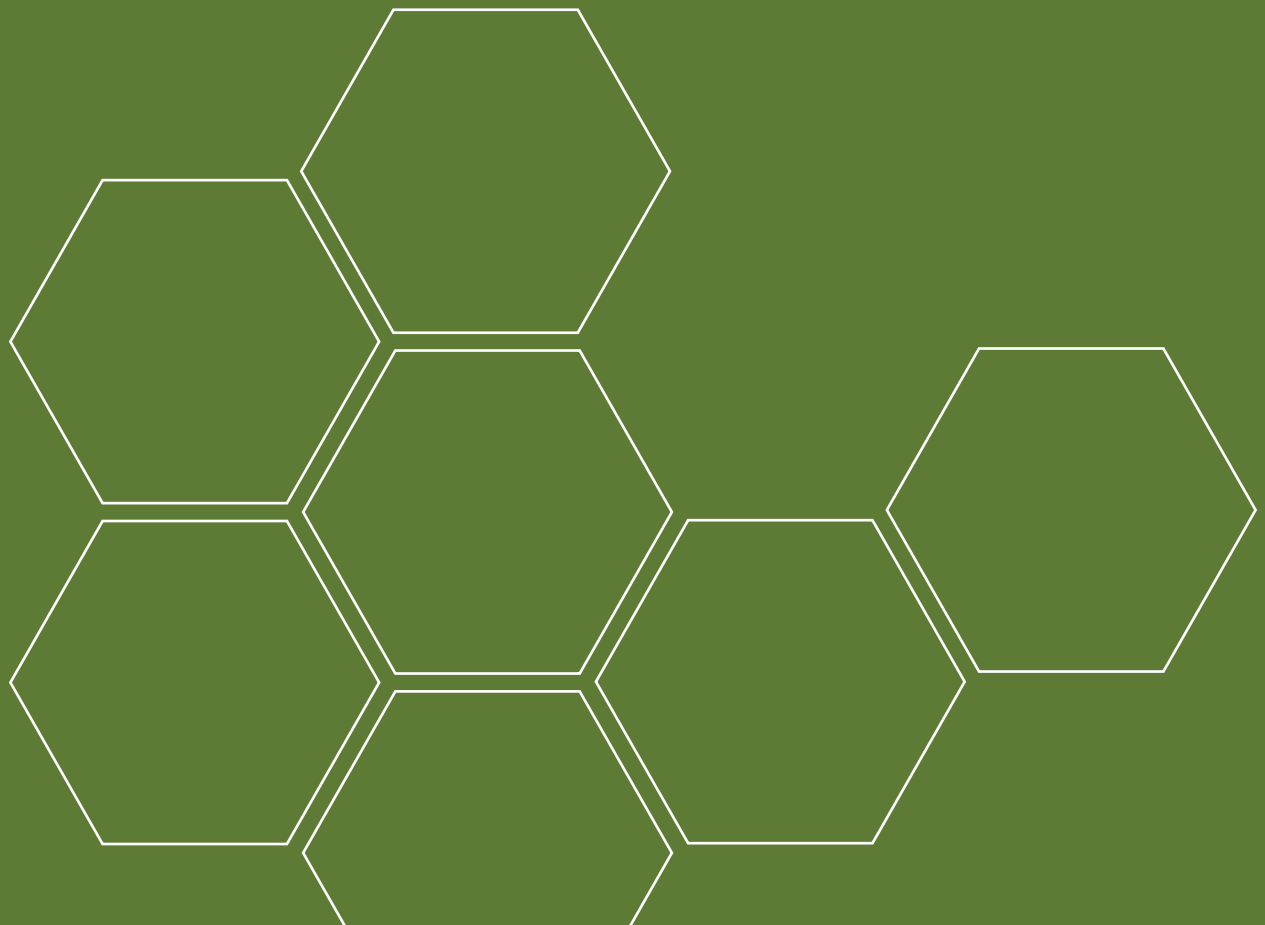
53 Bilag 3: Sådan har vi udvalgt indhold til brugerhåndbogen

54 Bilag 4: Prototype på partnerskabsplakaten





# Sammenfatning



Projektet 'Brugernes Stemme i Almen Praksis' er et samarbejde mellem Region Syddanmarks kvalitetsenhed for almen praksis, SydKIP og Steno Diabetes Center Odense (SDCO) etableret i 2023 med deltagelse af både sundhedsprofessionelle og brugere. Projektet udspringer af en fælles ambition om at styrke den organisatoriske brugerinddragelse i almen praksis – ikke blot i den enkelte klinik, men i almen praksis mere generelt.

**Formålet var** at udvikle og afprøve tiltag, der kan understøtte organisatorisk brugerinvolvering i almen praksis og derigennem fremme samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle.

På baggrund af en vidensafdækning og en række workshops blev der udviklet og gennemført tre delprojekter, som skulle bidrage til følgende delmål:

1. At tilbyde brugerne mere viden om, hvordan almen praksis fungerer og er organiseret,
2. At øge samarbejdet mellem almen praksis og brugere
3. At udvikle muligheder for feedback i almen praksis mellem brugere og sundhedsprofessionelle.

Delprojekterne er udviklet og gennemført under følgende overskrifter:

1) Brugerhåndbog, 2) Brugermøde og 3) Brugerfeedback.

Denne rapport sammenfatter indsigter fra både den indledende vidensafdækning og fra de tre delprojekter, som er gennemført i perioden januar 2023 til december 2025.

## Metode

Projektet er udviklet og tilrettelagt gennem brugerinddragende processer lige fra vidensafdækning og idéudvikling til afprøvning af metoder og evaluering. Der er primært anvendt en samskabende tilgang, hvor brugerne og de sund-

hedsprofessionelle i almen praksis har haft ligeværdig og reel indflydelse på både retning, prioriteringer og konkrete løsninger. I rapporten omtales patienter som brugere i betydningen af brugere i almen praksis, mens praktiserende læger og praksispersonale omtales som 'sundhedsprofessionelle'.

Ud over projektgruppen har i alt 36 personer (18 brugere, 10 praktiserende læger og 8 praksispersonaler) aktivt bidraget til udvikling af projektidéerne enten ved at deltage i et indledende fokusgruppeinterviews eller deltage i én eller flere af de seks workshops, der er afholdt. De er rekrutteret via officielle opslag og gennem kontakter i projektgruppens netværk og det er tilstræbt at sammensætte en bred brugergruppe med forskellig baggrund, geografi, alder, køn og sygdomserfaring. Herudover har 16 lægehuse og deres brugere deltaget i afprøvning af én eller flere af de tre delprojekter.

## Indsigter fra den indledende videns afdækning

Formålet med vidensafdækningen var at kortlægge eksisterende erfaringer med og forståelser af organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis. Herunder specifikt erfaringer med brugerråd i almen praksis. Faktorer, der kan fremme og hæmme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis er også belyst.

### Eksisterende erfaringer med organisatorisk brugerinddragelse:

- Mange klinikker har anvendt enkle former for brugerinddragelse, såsom spørgeskemaer, ris/ros-postkasser eller dialog via sociale medier.
- Fælles for tiltagene var dog, at de sjældent var systematiske eller forankret som en fast praksis. Mangel på ressourcer og tid begrænsede tiltagene.
- Erfaringerne med brugerråd var blandede. Værdien af rådene blev ofte vurderet høj, men nogle klinikker med brugerråd oplevede, at det var svært at fastholde initiativet, som ofte var afhængige af enkelte ildsjæle og meget ressourcekrævende.

Både brugere og de sundhedsprofessionelle er dog enige om, at organisatorisk brugerinddragelse skaber værdi og rummer et stort potentiale for at udvikle almen praksis.

### Organisatorisk brugerinddragelse i kontekst af almen praksis.

I almen praksis generelt er der meget fokus på individuel brugerinddragelse grundet langvarigt kendskab og gode relationer med brugeren. Til gengæld har der ikke været samme fokus på organisatorisk brugerinddragelse, som der f.eks. har været på sygehusene. Almen praksis er en særlig organisation med fastlagte rammer, og det er vigtigt at forstå og anvende organisatorisk brugerinddragelse i den kontekst. Erfaringer med organisatorisk brugerinddragelse i sygehus-regi, kan derfor ikke 1:1 overføres til almen praksis-kontekst.

Et centralt fund var, at grænsen mellem individuel og organisatorisk brugerinddragelse ofte bliver oplevet meget flydende i almen praksis. Dette skyldes, at:

- De sundhedsprofessionelle beskriver den daglige relation til brugerne, som kernen i behandlingskvaliteten og kvalitetsudvikling.
- Almen praksis er en lille afgrænset organisation, hvor der er få eller ingen ledelseslag mellem "klinikledelse", behandler og bruger.
- De sundhedsprofessionelle oplever, at det kan være svært at adskille forbedringer i det individuelle møde fra udvikling på organisatorisk niveau, og samtidig er det også svært for brugerne, at lave denne skelnen.

Ovenstående giver den umiddelbare fordel, at almen praksis hurtigere kan omsætte brugerinput til forandringer i klinikken. Det indebærer også, at der ikke skelnes direkte mellem hhv. individuel og organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis-regi, fordi både brugerne og de sundhedsprofessionelle sætter

lighedstegn mellem forbedret (individuel) læge-brugerrelation og mere generel kvalitetsudvikling i almen praksis, men der peges på et stort potentiale for almen praksis ved at arbejde mere adskilt med de to begreber og specifikt satse på organisatorisk brugerinddragelse.

### Faktorer, der kan fremme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis:

- Tiltagene skal være enkle og gerne ske systematisk
- Man kan med fordel tage udgangspunkt i konkrete temaer eller udfordringer, som fylder for klinikken eller deres brugere
- Almen praksis skal have let-anvendelige værktøjer til rådighed og gerne muligheder for at få administrativ hjælp til at gennemføre tiltagene f.eks. til at håndtere spørgeskemaer
- Mulighed for at vælge eller benytte forskellige metoder, som tilgodeser forskellige brugergrupper
- Indsatserne skal relativt hurtigt kunne omsættes til konkrete forbedringer eller nye tiltag i klinikken.
- Inddragelsen skal omsættes til reelle tiltag eller forbedringer, så ønsker såvel brugere som sundhedsprofessionelle at bidrage.

### Faktorer, der kan hæmme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

- Mangel på ressourcer (konkret tid og personale i almen praksis, til at udføre opgaver) eller incitamentet til, at prioritere organisatorisk brugerinddragelse
- Rammerne i almen praksis kan begrænse omfanget af tiltagene, da det kan kræve meget tid og ressourcer i den enkelte klinik, der går fra patient-kontakten, da man ikke som i sygehus-regi har administrative ressourcer til at understøtte større tiltag (f.eks. spørgeskemaer).

## De tre delprojekter

# BRUGER-HÅNDBOG

### Delprojektet var højest prioriteret af brugerne og de sundhedsprofessionelle

Det udsprang af brugernes ønske om at få større indsigt i, hvordan almen praksis fungerer organisatorisk, og hvordan man som patient bedst kan bidrage til et godt samarbejde.

### Gennem fire samskabende workshops blev indhold og format for en brugerhåndbog udviklet.

I delprojektet blev **fem centrale informationsbehov** identificeret, blandt andet hvordan patienten såvel som behandler kan bidrage til konsultationsprocessen og hvordan opgaver fordeles i praksis (se billede nedenfor).

Konkret blev der foreslået syv idéer til produkter eller løsninger. Brugere ønskede sig ikke en håndbog i klassisk forstand, men efterspurgte værktøjer og information, der kunne øge samarbejdet.

### Særligt prioriterede de værktøjer, der kan forbedre konsultationsprocessen.



### Pilottest af digitalt værktøj til bedre konsultationer

I delprojektet er derfor udviklet og afprøvet en ny funktion "Dagens Konsultation" i Min Læge-app. Seks lægeklinikker og deres brugere deltog i pilottesten, der blev gennemført i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Evalueringen viste, at der er stort potentiale i at indføre et digitalt værktøj, som kan øge både brugeren og almen praksis forberedelse før en konsultation. Det kan give bedre og mere fokuserede konsultationer, hvor brugeren føler sig inddraget.

Der blev i delprojektet også arbejdet videre med to andre redskaber til at understøtte konsultationerne:

- Der er udarbejdet en prototype på en "partnerskabsplakat", der beskriver hhv. patientens og behandlerens perspektiv på mødet i konsultationen.
- Der er i dialog med PLO afsøgt muligheden for at patienter på sigt selv kan tilføje vigtige information til deres journal/stamkort - et såkaldt "Bruger CV".

## BRUGER-MØDE

Delprojektet om **brugermødet** havde til formål at skabe rammer for dialog mellem klinik og brugere om fælles temaer i driften af praksis.

Det var dog vanskeligt at rekruttere en lægeklinik til at holde et brugermøde. Konceptet blev derfor videreudviklet til et **digitalt samarbejde med brugerne** i Morud Lægeklinik.

Klinikken anvendte sin Facebook-side som platform for organisatorisk brugerinddragelse. Gennem fem korte videoklip delte klinikken information og stillede spørgsmål om emner som f.eks. tilgængelighed og receptfornyelse. Brugerne kunne give feedback via et digitalt spørgeskema. I alt 428 besvarelser blev modtaget, og resultaterne blev drøftet internt i klinikken og førte til konkrete justeringer i praksis.

Digitale medier kan skabe nye, lavpraktiske muligheder for brugerinddragelse, der er mindre ressourcekrævende end traditionelle møder. Centralt for metoden er, at klinikken også informerer for at fremme forståelsen for klinikkens hverdag sideløbende med feedback. Dette bør suppleres af metoder til at inddrage brugere, der ikke deltager digitalt.

## BRUGER-FEEDBACK

I delprojektet om **brugerfeedback** gennemførte 11 lægeklinikker i Region Syddanmark en brugersurvey om deres patienters oplevelser af klinikken.

Fire klinikker gennemførte undersøgelsen lokalt, mens syv deltog som klynge og drøftede resultaterne på et fælles møde.

I alt 840 patienter gav feedback ved at besvare et spørgeskema om deres oplevelser i deres lægepraksis.

Resultaterne viste generelt høj patientoplevelt kvalitet, især i konsultationen, men variation i oplevelser af tilgængelighed og ventetid forekom på tværs af klinikker.

Interview med læger og personale viste, at brugerundersøgelserne opleves som meningsfulde, når der dels er mulighed for at sammenligne egne resultater med andre klinikkens og dels efterfølges af fælles refleksion. Det er dog afgørende, at en vis andel af klinikkens patienter deltager, for at sikre repræsentative data.

Kombinationen af kvantitative data og dialog i klyngerne skabte grobund for læring på tværs af klinikker. Det er dog afgørende, at klinikker kan få hjælp til at indsamle og bearbejde resultaterne af ekstern instans, da klinikker ikke har værktøjer eller ressourcer til at gennemføre dette selv.

## Konkrete indsigter på tværs af delprojekterne

På tværs af både brugere og sundhedsprofessionelle har der været stort engagement og villighed til at indgå i samarbejdet om organisatorisk brugerinddragelse. Delprojekterne har været med til at skabe gode forudsætninger og rammer for, at almen praksis kan arbejde med organisatorisk brugerinddragelse - og også illustreret, at organisatorisk brugerinddragelse kan ske på flere niveauer:

- Klinikker har afprøvet og arbejdet med konkrete metoder og resultater i egen klinik
- Klinikker har kollektivt arbejdet med brugerinput i deres praksisklynge (brugerfeedback)
- På sektorniveau har klinikker og brugere været med til at udvikle generiske løsninger og værktøjer

**Organisatorisk brugerinddragelse i den enkelte klinik eller på klyngeniveau** fungerer godt, når det kobles til konkrete udfordringer eller tematikker, hvilket måske er vigtigere end selve den anvendte metode. Dette viser både delprojektet om brugermøde og brugerfeedback, hvor klinikkerne med enkle metoder fik systematisk feedback og forslag fra en bred gruppe af deres brugere på ét eller flere konkrete temaer. Disse input kunne omsættes til nye tiltag eller ændringer i praksis. For begge disse delprojekter var der god balance mellem krævede ressourcer og oplevet værdi.

Delprojektet om brugerhåndbogen er et eksempel på, hvordan organisatorisk brugerinddragelse kan anvendes på 'sektorniveau'. Det vil sige, at en bred gruppe brugere og fagprofessionelle fra forskellige almen praksis-klinikker sammen skulle udvikle generiske idéer og forslag til, hvordan almen praksis-sektoren mere generelt kan styrke læge-brugersamarbejdet, i dette tilfælde konkret ved at udvikle indhold og formater til en "brugerhåndbog".

Brugerne ønskede ikke en "håndbog" i bogstavelig forstand, men på tværs af sundhedsprofessionelle og brugere blev efterspurgt værktøjer og information, der kan øge den gensidige forståelse for hinandens perspektiver på det at gå til læge og drive lægepraksis. Der er derfor heller ikke udarbejdet en konkret håndbog i delprojektet, men brugerne peger i stedet på flere forskellige tiltag til at opnå indsigt i almen praksis og indgå i relationen på en ny måde f.eks. forslag til konkret information og hvordan det skal formidles til brugere i klinikken samt forslag til tiltag, der kan styrke den individuelle brugerinddragelse.

Arbejdet med brugerhåndbogen bekræfter, at der er et stort potentiale for at anvende organisatorisk brugerinddragelse til at udvikle løsninger til almen praksis-sektoren mere generelt. Dette er pilottesten af "Dagens Konsultation" et eksempel på, som er en funktion udviklet til Min Læge app (se side 27). Udvikling af generiske værktøjer og løsninger på tværs af klinikker kan fremme organisatoriske brugerinddragelse i almen praksis-sektoren, hvis den enkelte lægeklinik efterfølgende nemt kan tilpasse og anvende disse lokalt, som det er sket i de to andre delprojekter.

En læring er, at det kræver meget planlægning, bearbejdning og tid, hvis brugerinput og samskabelsesprocesser skal føre til egentlige forbedringer - særligt på sektor-niveau. Det kræver et understøttende organisatorisk setup at bedrive denne type udvikling.

### **Betydning for samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle i almen praksis**

Projektet har vist, at organisatorisk brugerinddragelse ikke blot handler om at indsamle brugerinput, men om at skabe gensidig forståelse og læring mellem brugere og sundhedsprofessionelle. Gennem fælles dialog og udvikling kan parterne tydeliggøre gensidige forventninger, ansvar og muligheder. Brugerne kan herigennem få indsigt i klinikens arbejdsgange og prioriteringer, mens de sundhedsprofessionelle får en mere nuanceret forståelse af brugernes oplevelser og behov.

Dette styrker ikke kun samarbejdet i konkrete udviklingsaktiviteter, men også relationen i den daglige praksis. Organisatorisk brugerinddragelse kan således fungere som et læringsrum eller en dannelsesproces, som kan udvikle læge-brugerrelationen.

En vigtig pointe er også, at systematisk feedback fra brugerne, giver de sundhedsprofessionelle en vigtig tilbagemelding om alt det positive, der foregår i deres praksis. Flere praktiserende læger oplevede, at denne synlighed og bekræftelse direkte påvirkede deres motivation og arbejdsglæde. Dette kan smitte positivt af på læge-brugerrelationen.

### **Generelle indsigter og perspektiver på organisatorisk brugerinddragelse**

Gennem projektet er skabt viden, erfaringer og konkrete metoder, der kan inspirere andre klinikker til at styrke partnerskabet mellem brugere og sundhedsprofessionelle - til gavn for kvaliteten i almen praksis som helhed. Et vigtigt fund var, at organisatorisk brugerinddragelse handler om gensidig forståelse og samarbejde på tværs af brugere og de sundhedsprofessionelle i lægeklinikkerne. Der sker noget særligt, når de i fællesskab arbejder sammen om at udvikle løsninger, og erfaringerne viser, at information og dialog om hverdagen i almen praksis kan være et væsentligt led i organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis.

## De fem vigtigste indsigter fra projektet:

### 1. Organisatorisk brugerinddragelse er en realistisk og meningsfuld vej til kvalitet i almen praksis

Brugerinddragelse på organisatorisk niveau er ikke blot et ideal, men en realistisk og meningsfuld vej til kvalitet i almen praksis.

Det er muligt at skabe bæredygtige modeller for organisatorisk inddragelse, som er gennemførbare i almen praksis-sektoren.

Det er dog vigtigt, at almen praksis får stillet konkrete værktøjer og metoder til rådighed, som den enkelte lægepraksis eller klynge let kan tilpasse og anvende i det daglige arbejde.

### 2. Organisatorisk brugerinddragelse fremmer gensidig respekt og fælles læring

Brugere og sundhedsprofessionelle har udvist en høj grad af gensidig respekt og omsorg for hinanden. Dette er et stærkt udgangspunkt for samarbejde, hvor begge parter ressourcer og viden bringes i spil på en måde, der skaber fælles læring, udvikling, nye perspektiver, øget indsigt og bedre løsninger. Der er et stort potentiale i at udnytte dette som drivkraft for at kvalificere og udvikle kvaliteten i almen praksis.

### 3. Systematik og klare rammer er vigtigt

Tiltag, der kan gøre arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse mere systematisk, er vigtigt, hvis det skal skabe reel (kultur)-forandring, da det kræver både tid og tilvænning for både brugere og sundhedsprofessionelle at indgå i samarbejde, der rækker ud over den individuelle behandling. For at fremme arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis, er der behov for understøttende rammer, f.eks. lettilgængelige ressourcer, økonomiske rammer eller incitamenter, der gør det lettere at prioritere disse tiltag.

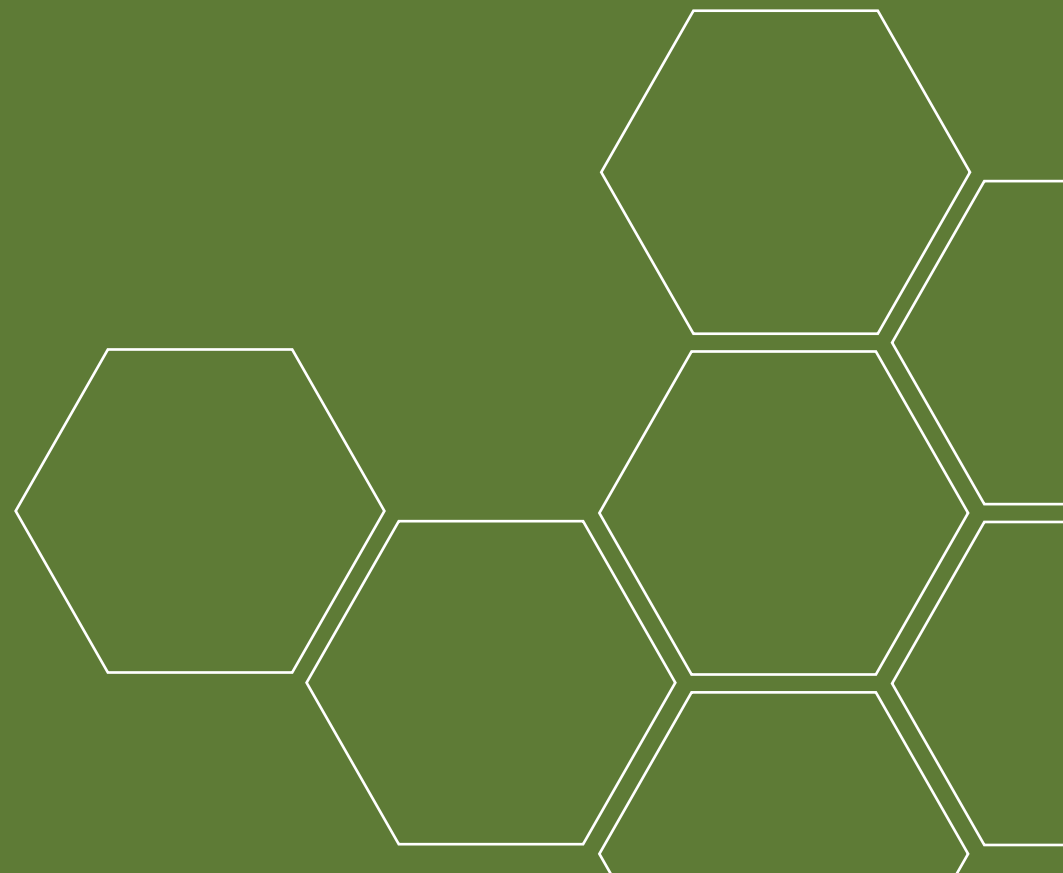
### 4. Enighed om prioriteter

Brugere og de sundhedsprofessionelle var overraskende enige om, hvilke områder, der bør prioriteres i udviklingen af almen praksis. Denne enighed viser, at der eksisterer et fælles værdigrundlag og en fælles forståelse af, hvad der skaber kvalitet i mødet mellem brugere og almen praksis. f.eks. fokus på at skabe bedre betingelser for de sårbare brugere og styrke deres sundhedstilstand.

### 5. Brugerne ønsker reel indflydelse

Brugerne ønsker aktivt at bidrage til udviklingen af almen praksis, forudsat at deres viden anvendes i reelt udviklingsarbejde. Selvom der vil være en overvægt af ressourcestærke brugere, der vælger at bidrage, kan det drive en brugerorienteret dagsorden frem og gøre organisatorisk brugerinddragelse til en mere forankret metode i almen praksis. På sigt kan det potentielt få mere sårbare brugere til at bidrage, eller det vil bane vejen for metoder og løsninger, der tilgodeser denne gruppe.

# Projektets baggrund, formål og fremgangsmåde



## Om projektet "Brugernes Stemme i Almen Praksis"

Region Syddanmarks kvalitetsenhed for almen praksis, SydKIP og Steno Diabetes Center Odense (SDCO) har en fælles ambition om at fremme brugerinddragelse i almen praksis<sup>1</sup>.

På samme tid - et andet sted i Region Syddanmark havde bruger, Dorthe Christiane Zinck Iversen og praktiserende læge, Inger Uldall Juhl allerede et unikt partnerskab, hvor de gennem flere år har beskæftiget sig med læge-brugersamarbejdet i almen praksis (1-3).

I 2023 mødtes partnerne for første gang om deres fælles vision om at udvikle almen praksis gennem **organisatorisk brugerinddragelse**. Dette førte til et konkret samarbejde og en fælles projektgruppe.

### Projektgruppen i Brugernes Stemme i Almen praksis:

Inger Uldall Juhl, praktiserende læge  
Dorthe Christiane Zinck Iversen, bruger  
Finn Sørensen, chefkonsulent, SydKIP  
Gitte Stentebjerg Petersen, udviklingskonsulent, SDCO  
Karina Berthu Ellegaard Skov, projektmedarbejder, SydKIP

Herudover har Merete Dyg Willemoes (SydKIP), Mette Vestergaard Nissen (SDCO) og Mona Engdal Larsen (SDCO) bidraget væsentligt til projektgruppen.

## Formål og tilgang

### Formål med projektet

At udvikle og afprøve tiltag, der kan fremme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis og derigennem forbedre samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle.

For at kvalificere arbejdet, har projektgruppen sideløbende været optaget af følgende spørgsmål:

- Hvilke erfaringer har almen praksis med organisatorisk brugerinddragelse?
- Hvad kan fremme og hæmme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis?
- Hvordan kan organisatorisk brugerinddragelse skabe værdi for og fremme udvikling af almen praksis?

I projektet har det været centralt at inddrage de parter, det handler om - de praktiserende læger, praksispersonaler og patienterne, hvor førstnævnte her omtales som 'sundhedsprofessionelle', mens patienterne omtales som 'brugere'. Organisatorisk brugerinddragelse har derfor både været en del af formålet og fremgangsmåden. Den viden samt de idéer og produkter, der er kommet ud af projektet, er skabt sammen med brugerne, der også har haft indflydelse på de valg, der er taget i projektet.

<sup>1</sup> Jf. SydKIP's strategi for 2022-2025 og SDCO's brugerinvolverings strategi fra 2020

## Hvad er organisatorisk brugerinddragelse?

Organisatorisk brugerinddragelse vil sige at brugere aktivt bidrager til forbedring af sundhedsvæsenet. Det bygger på en forudsætning om, at brugerne har unik viden og perspektiver, som kan skabe læring og udvikling i sundhedsvæsenet.

Organisatorisk brugerinddragelse defineres af Nationalt Center for Bruger-samarbejde (tidligere VIBIS<sup>2</sup>) som en metode, der giver brugere indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet gennem anvendelse af viden om brugerperspektivet og samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser (4).

Metoden har potentiale til at skabe fælles læring mellem brugere og sundhedsprofessionelle og kan kvalificere udviklingsprocesser på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

Organisatorisk brugerinddragelse adskiller sig fra individuel brugerinddragelse, som af Nationalt Center for Brugersamarbejde er defineret ved at give brugeren indflydelse på sit eget forløb ud fra individuelle behov, præferencer og viden (4). Dette gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og /eller tilrettelæggelse af aktiviteter.



Foto: Projektgruppen forbereder sig til en brugerworkshop

## Organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

På sundhedsområdet i Danmark understøtter et stadig større fokus på organisatorisk brugerinddragelse og konkrete politiske tiltag, at brugernes behov og viden inddrages i udviklingen af kvaliteten i sundhedsvæsenet (5-7). Herudover arbejder Nationalt Center for Brugersamarbejde, der er forankret under Danske Patienter med at fremme organisatorisk brugerinddragelse i sundhedsvæsenet ved blandt andet at dele relevant viden og værktøjer (8, 9).

Meget af den viden og erfaringer, der findes om organisatorisk brugerinddragelse, stammer dog fra tiltag på sygehuse og i regionerne, hvor metoden efterhånden er forankret i kvalitetsarbejdet, fx via landsdækkende brugerundersøgelser (LUP) og brugerrepræsentanter i råd og udvalg, patientinddragelsesudvalg i regioner og sundhedsklynger (8).

Almen praksis har ved forhandlingsaftalen fra 2018 (OK18) forpligtet sig til at imødekomme brugernes behov ved at fremme "patientoplevelse kvalitet i almen praksis" (10, 11). Almen praksis har også tidligere via det danske akkrediteringsprogram (12) været pålagt at gennemføre brugerundersøgelser ca. hvert 3 år (DanPEP: Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis), hvilket dog har været pauseret siden praksisklyngerne blev etableret i 2018<sup>3</sup>. Herudover er der sparsomme eksempler på og beskrevne erfaringer med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis.

<sup>2</sup> VIBIS: Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet

<sup>3</sup> DanPEP er aktuelt under "revision" men bliver formegentlig genoptaget i forbindelse med implementering af Sundhedsreformaftalen fra 2024.

## Brugerne har udviklet projektidéer

Brugerinddragelse har været den centrale metode i alle faser og aktiviteter i projektet. Brugernes forståelse i denne sammenhæng som patienter i almen praksis. De har deltaget på lige vilkår med de sundhedsprofessionelle (praktiserende læger og praksispersonaler).

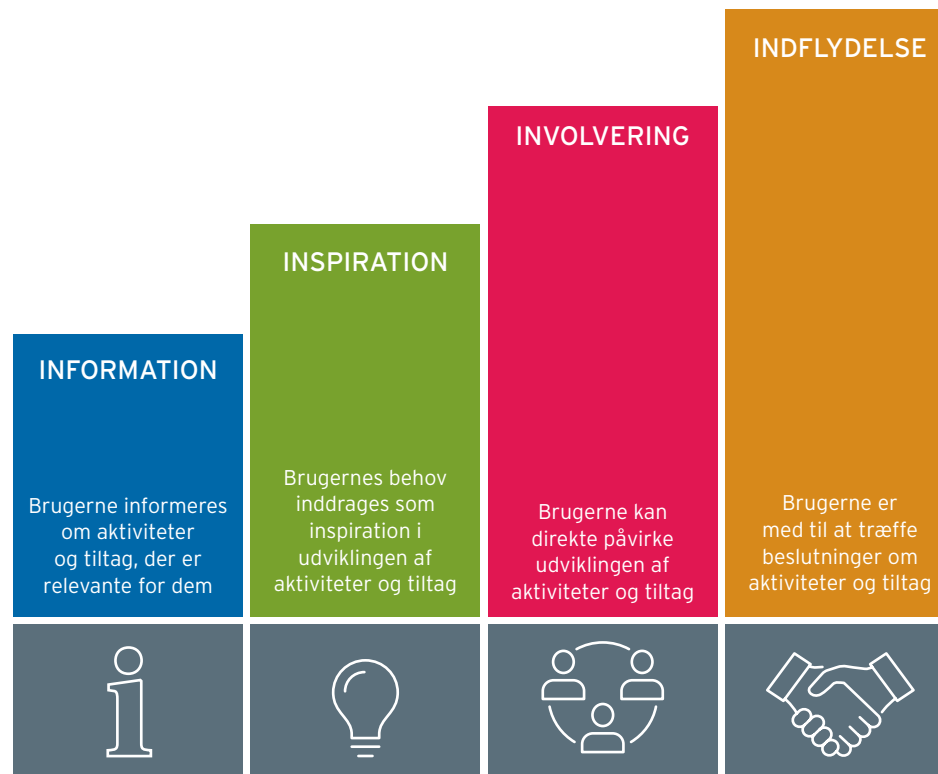
Inddragelsestrappen (se figur th.) er anvendt som værktøj i projektet for at synliggøre, hvordan brugernes input er indhentet og brugt undervejs. I projektet er det tilstræbt, at brugerne er inddraget på de højeste trin på trappen (indflydelse) og samskabelse er derfor ofte blevet benyttet som metode.

*"Samskabelse er en form for organisatorisk inddragelse, hvor der er meget tæt samarbejde med brugerne. Brugernes har en høj grad af indflydelse på projektet og dets løsninger, for eksempel kan brugerne være dem, der tager initiativ til et projekt eller en indsats. Brugernes kan varetage en rolle som beslutningstager, partner eller opdragsgiver i et projekt"*

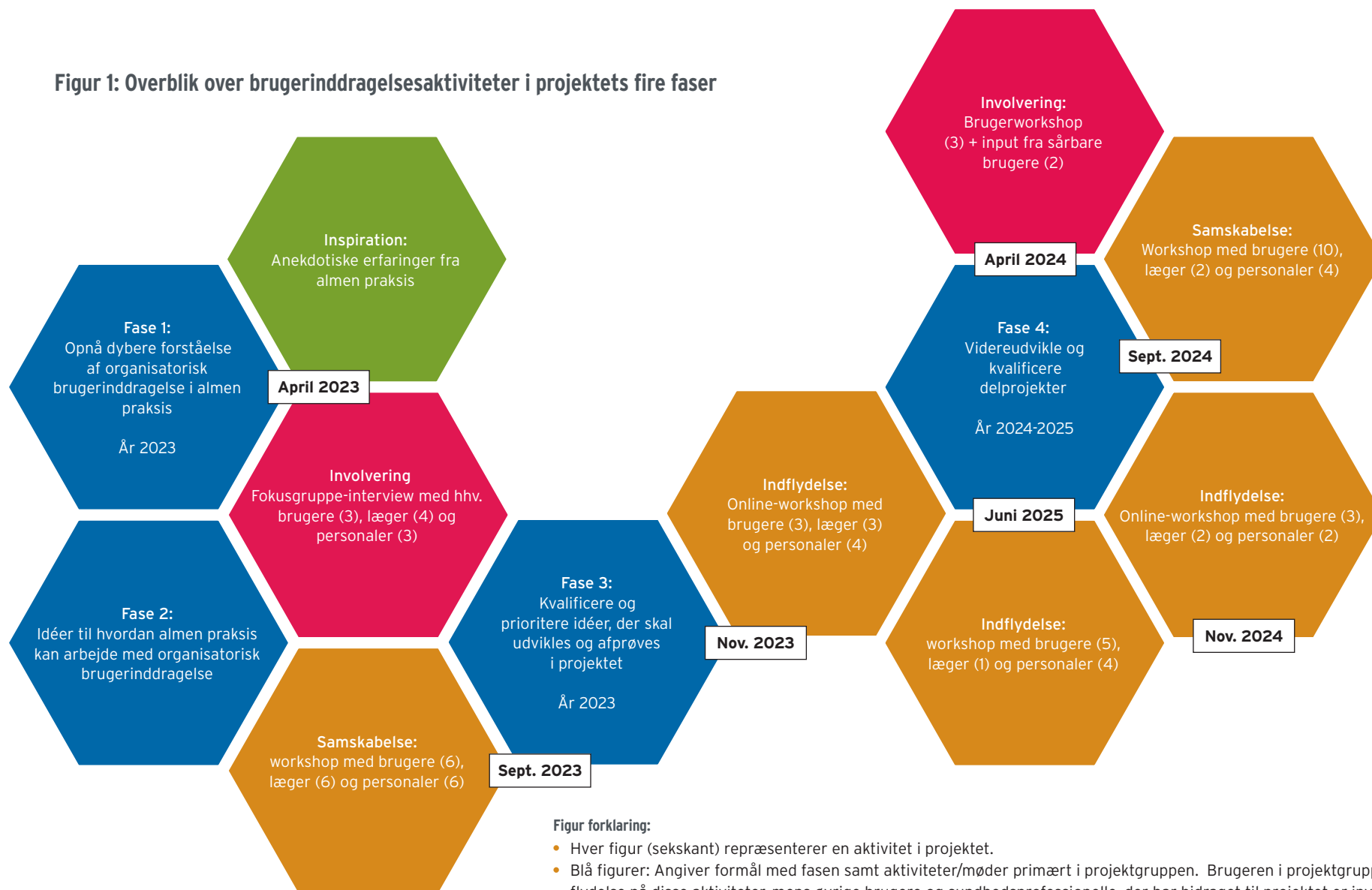
Link: [Samskabelse Danske Patienter](#) (15)

Samskabelse har fundet sted både i projektgruppen, hvor en bruger og en praktiserende læge har været med til at sætte retning for og drive projektet frem, men også i de enkelte aktiviteter og workshops, hvor en bredere gruppe af brugere og sundhedsprofessionelle sammen skulle udvikle og kvalificere projektidéer. (Se Figur 1, side 18).

## Inddragelsestrappen



**Figur 1: Overblik over brugerinddragelsesaktiviteter i projektets fire faser**



**Figur forklaring:**

- Hver figur (sekskant) repræsenterer en aktivitet i projektet.
- Blå figurer: Angiver formål med fasen samt aktiviteter/møder primært i projektgruppen. Brugeren i projektgruppen har haft indflydelse på disse aktiviteter, mens øvrige brugere og sundhedsprofessionelle, der har bidraget til projektet er involveret på laveste trin på inddragelsestrappen (information).
- De grønne, røde og orange figurer: Aktiviteter, hvor brugere og sundhedsprofessionelle ud over dem i projektgruppen har deltaget og i hvilket omfang jf. inddragelsestrappen.
- Tallet i parenteserne, angiver, hvor mange brugere eller fagprofessionelle, der har deltaget i de enkelte aktiviteter.

## Nogle brugere har været med hele vejen - andre har deltaget mere sporadisk

I alt har **36 unikke brugere og fagprofessionelle** bidraget til udvikling af og prioritering af de tre delprojekter, heraf 18 brugere, 10 praktiserede læger og 8 praksispersonaler. Yderligere 25 brugere har ved en kort seance bekræftet resultatet af en tidligere workshop.

Herudover har 16 lægehuse og deres brugere deltaget i afprøvning af én eller flere af de tre delprojekter.

**Gengangere i alle projektets faser:** Disse brugere har oplevet, at de er blevet lyttet til og deres stemme er hørt i den efterfølgende videreudvikling og prioritering. Dette har skabt legitimitet til processen og styrket engagement hos deltagerne, da de har oplevet at få reel indflydelse. Gengangere giver udtryk for, at de kan se en tydelig sammenhæng fra den indledende undersøgelse til de færdige ideer, som brugerne gerne vil følge til dørs.

**"Nye brugere":** Disse brugere har deltaget og bidraget fra gang til gang med nye/andre perspektiver og dermed sikret en mere repræsentativ brugerinddragelse eller har bekræftet, hvad tidligere brugere har udtrykt og foreslået (validering/datamætning).

Der er anvendt forskellige metoder til at rekruttere brugere og fagprofessionelle fra almen praksis.

- Der er tilstræbt at rekruttere brugere via officielle kanaler og opslag (både brugere og fagprofessionelle), hvilket dog gav få deltagere (f.eks. et opslag på et bibliotek eller nyhedsbrev).

- Flest deltagere er derfor rekrutteret håndholdt gennem netværk og direkte henvendelser til specifikke brugere og sundhedsprofessionelle (f.eks. tidligere samarbejdspartnere, brugerrepræsentanter i SDCO, lægernes egne brugere eller kollegaer).
- Vi har tilstræbt stor diversitet i brugergruppen - både i forhold til brugernes køn, alder samt brugere med og uden kronisk sygdom, som bruger almen praksis i forskellig grad. Herudover har vi specifikt fået input fra borgere i mere sårbare positioner for at tilstræbe en mere inkluderende brugerinvolvering, da det kan have betydning for lighed i sundhed (13).



### Blik for de mere sårbare brugere

Generelt vil projekter som dette tiltrække deltagere, der er mere ressourcestærke end den gennemsnitlige bruger af almen praksis (13). En lignende udfordring kan have gjort sig gældende for de deltagende fagprofessionelle, der kan være særligt engagerede i emnet. Både de fagprofessionelle - og især brugerne - har dog i projektet haft blik for brugere med andre behov, end deres eget. De har været optaget af, at der blev taget højde for mange forskellige behov i de enkelte tiltag og løsninger, der er foreslået - og været bevidst om de begrænsninger, der kunne ligge i, at de ikke talte ud fra deres egen situation og oplevelser med almen praksis.

# Brugernes perspektiver og valg af delprojekter



## Fra én idé om brugerråd til tre delprojekter om organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

Projektets første faser havde til formål at få dybere forståelse for, hvordan organisatorisk brugerinddragelse kan forstås og anvendes i almen praksis-sektoren. Nedenstående beskriver i korte træk væsentlige indsigter fra de forskellige faser og aktiviteter.

### Skal vi etablere brugerråd i almen praksis?

Baseret på gode erfaringer med at drive brugerråd i sygehusvæsenet blev muligheden for at etablere brugerråd i almen praksis indledningsvist afsøgt. Der fandtes tilsvarende en håndfuld almen praksis-klinikker, der havde eller havde haft brugerråd. Anekdotiske erfaringer fra disse klinikker tegnede dog et blandet billede. I klinikker hvor brugerrådene havde været velfungerende, var de ofte drevet af ildsjæle og den oplevede værdi af brugerrådet oversteg eventuelle udfordringer. Andre oplevede, at brugerrådene var tidskrævende, oplevede modstand fra andre lægelige kollegaer/kompagnoner eller havde vanskeligt ved at rekruttere og fastholde patienter i brugerrådet.

Generelle erfaringer med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis  
De anekdotiske tilbagemeldinger fra almen praksis og fokusgruppe-interviewene viste, at:

- Mange almen praksis-klinikker arbejder med forskellige og enkle greb til at få indsigt i brugernes perspektiv.
- De har f.eks. anvendt spørgeskemaer, ris/ros-postkasser eller dialog/kommunikation via Facebookgrupper.
- Fælles for disse tiltag er, at de ofte ikke sker systematisk.
- Omfanget af tiltagene er begrænset af tid og ressourcer, hvilket almen



praksis også oplever kan begrænse udbyttet af tiltagene.

### Hvordan forstås og anvendes organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis?

I nedenstående er centrale indsigter fra fokusgruppeinterviews opsamlet. Se de samlede resultater i Bilag 1.

### Grænsen mellem organisatorisk og individuel brugerinddragelse opleves utydelig:

- Det kan være vanskeligt at fastholde fokus på organisatorisk brugerinddragelse hos både brugere og de sundhedsprofessionelle, der trækker samtalen over på den individuelle relation og inddragelse.
- Netop fordi relationsarbejdet og den individuelle kontakt er kernen i almen praksis, så kan forskellen mellem individuel og organisatorisk brugerinddragelse opleves mindre tydeligt.

"Patientinddragelse er en naturlig del af arbejdet, vi møder patienten, hvor han/hun er"  
(Citat personale)

### Kontekstuelle faktorer kan have betydning for, hvordan organisatorisk brugerinddragelse opleves og udføres i almen praksis:

- Almen praksis er en lille organisation ift. f.eks. hospitalssektoren. De sundhedsprofessionelle i almen praksis kan hurtigt komme til at bruge en stor andel af deres ressourcer på at gennemføre organisatorisk brugerinddragelse, som går direkte fra patientkontakt.
- Dem der ejer klinikken (ledelsen) er også ofte dem, der udfører patientbehandlingen. Feedback kan derfor ske i den direkte dialog med brugeren, og lægen kan også hurtigere tage stilling til, hvad der evt. skal gøres på baggrund af brugerfeedbacken.
- I hospitalsregi er der mange medarbejdere og ledelseslag, hvilket kan give et større behov for mere systematik og formaliserede arbejdsgange til at indhente, videreformidle og handle på brugerfeedback.
- Disse forskelle er vigtige at tage højde for, hvis man skal arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis og hænger godt sammen med mange praktiserende lægers bekymring for, om organisatorisk brugerinddragelse skaber ekstra opgaver uden at skabe værdi.
- Mangel på organisatoriske eller økonomiske rammer til at arbejde med og prioritere organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis kan være en udfordring.

"Jeg er stadig i tvivl om brugerråd flytter nok ift. patienttilfredshedsundersøgelse eller vores usystematisk opsamling af viden".  
(Citat læge)

### Organisatorisk brugerinddragelse skal skabe umiddelbar værdi - både for sundhedsprofessionelle og brugere i almen praksis:

- Almen praksis er optaget af at yde den bedst mulige kvalitet, og eventuelle nye tiltag skal give umiddelbar værdi i form af bedre læge-brugersamarbejde, højere medarbejdertilfredshed, eller bedre brug af klinikkens ressourcer.
- Værdien af tiltagene skal overstige ressourcerne brugt på det, som kunne være brugt på den direkte patientkontakt.
- På samme måde ønsker brugerne også kun at bidrage, hvis deres input faktisk bliver brugt til forbedringer. Travlhed i almen praksis kan afholde brugerne for at give input.
- Organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis kan være en vej til mere transparens om, hvordan en almen praksis fungerer og hvilke organisatoriske og økonomiske rammer, de arbejder under.
- Der er enighed om, at fælles dialog mellem brugere og sundhedsprofessionelle kan være vejen frem til tiltag, der skaber reelle forbedringer i hverdagen for både klinikken og brugerne.

"Jeg kunne godt være bekymret for, om det med at nedsætte et patientråd - har det overhovedet nogen effekt? Vi nedsætter mellemlid - og det er oplagt på sygehusene fordi de er en stor organisatoriske enhed - men i almen praksis giver det bedre mening at blive spurgt"  
(Citat patient)



### Idéer til organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis

På en samskabelsesworkshop (september 2023) udvekslede en gruppe af brugere og sundhedsprofessionelle idéer til organisatorisk brugerinddragelse. Workshoppen tog udgangspunkt i en række citater og cases, der var udarbejdet på baggrund af fokusgruppeinterviewene. Brugere og de sundhedsprofessionelles input kan opsummeres til fire overordnede tilgange eller metoder til at arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis:

1. **Indhente viden fra brugerne**, f.eks. gennem spørgeskema
2. **Give brugerne indsigt i, hvordan almen praksis fungerer**, f.eks. information eller dialogmøde
3. **Styrke kompetencer i brugerinddragelse hos sundhedsprofessionelle** f.eks. brug af værktøjer eller undervisning
4. **Klæde brugerne bedre på til at være "patient"** f.eks. information eller patientuddannelse

Alle parter efterspurgte og kom med forslag til metoder og idéer, som kan give både de sundhedsprofessionelle og brugerne bedre forudsætninger for at indgå i læge-brugerrelationen eller partnerskabet f.eks. ved at give brugerne mere indsigt i klinikkens hverdag gennem information eller dialog. Alle idéer fra fokusgruppeinterviewene og workshoppen er opsamlet i tabellen i Bilag 2.

### Vigtige indsigter fra workshoppen:

- Der var enighed om, at arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse er en dannelsesproces for alle parter (både læger, personale og brugere).
- Både brugere og sundhedsprofessionelle skal vænne sig til at indgå i læge-brugerrelationen i almen praksis på en ny måde.
- Der skal arbejdes systematisk med organisatorisk brugerinddragelse, hvis det skal skabe reel (kultur)-forandring.
- Det er nødvendigt at bruge forskellige metoder til organisatorisk brugerinddragelse, for at sikre input fra en bredest mulig gruppe af brugere.

Selvom ressourcestærke brugere måske oftere vælger at bidrage, bør det ikke afholde almen praksis for at lave organisatorisk brugerinddragelse. Det kan stadig drive en brugerorienteret dagsorden frem og gøre organisatorisk brugerinddragelse til en mere forankret metode til forbedringer i almen praksis. På sigt kan dette bane vejen for, at mere sårbare brugere oftere vil bidrage.



### Kvalificering og prioritering af projektidéer

Idéerne blev efterfølgende drøftet af en ny gruppe brugere og sundhedsprofessionelle i en onlineworkshop. Brugere og de sundhedsprofessionelle var generelt meget enige - både om, hvilke metoder og tilgange, der var relevante og hvilke udfordringer, der potentielt kunne være.

Deltagerne skulle herefter stemme på de idéer, de vurderede havde mest potentiale for at fremme organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis. I alt 10 brugere og sundhedsprofessionelle deltog i afstemningen. De havde tre stemmer hver, som de kunne fordele på i alt 9 idéer (se resultat i Figur 2).

Afstemningen viste, at der var et entydigt ønske, om at arbejde videre med en brugerhåndbog, da 9 ud af 10 deltagere stemte på dette forslag.

Dette understreger ønsket om mere forståelse for, hvordan en lægepraksis drives, hvordan det opleves fra et brugerperspektiv og hvilke gensidige forventninger, dette medfører.

De øvrige idéer fordelte sig nogenlunde ligeligt ift. stemmer og prioritet. Flere idéer omhandlende brugerfeedback (indhente viden fra brugerne) samt muligheder for at informere og indgå i dialog med brugerne.

### Figur 2: Resultat af afstemningen:

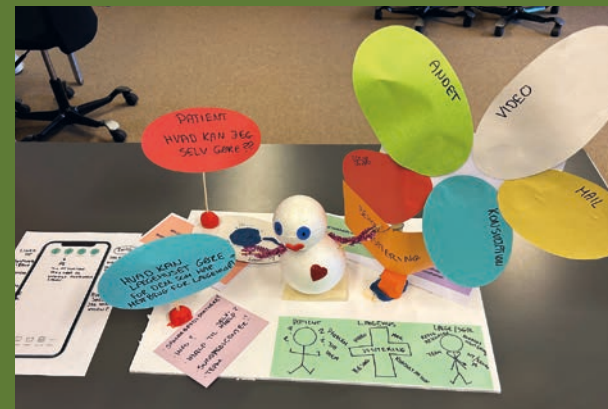
- Brugerhåndbog (90 %)
- Samtaleværktøjer (30 %)
- (Ud)danne brugerne (30 %)
- Brugersurvey (30 %)
- Løbende brugerfeedback (30 %)
- "IKEA-måling" (30 %)
- Borgermøder (20 %)
- Værktøjskasse til sundhedsprof. (20 %)
- Kompetenceløfte sundhedsprof. (20 %)

## De tre delprojekter - metoder til at udvikle almen praksis gennem organisatorisk brugerinddragelse

På den baggrund af resultatet i Figur 2 blev der arbejdet videre med nedenstående målsætninger og delprojekter.

	FORMÅL	ARBEJDSSTESE
Delprojekt 1: Brugerhåndbog Se mere på side 27	Øge samarbejdet eller læge-brugerrelationen ved at give brugerne mere viden om hvordan almen praksis fungerer og er organiseret	Hvordan skal en brugerhåndbog udformes, hvis den skal give brugerne bedre indsigt i almen praksis og øge lægebrugerrelationen
Delprojekt 2: Brugermøde Se mere på side 36	At forbedre praksis og øge samarbejdet mellem klinik og brugere gennem fælles dialog	Hvordan kan et brugermøde organiseres i almen praksis, så det giver brugerne bedre indsigt i, hvordan almen praksis fungerer og kan forbedre samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle og brugere?
Delprojekt 3: Brugerfeedback Se mere på side 39	At forbedre praksis gennem muligheder for brugerfeedback til almen praksis	Hvordan kan man indhente og anvende brugerfeedback til at udvikle kvaliteten og læge-brugersamarbejdet i almen praksis?

# Resultater og indsigter fra de tre delprojekter



Produkt fra gruppearbejdet i samskabelsesworkshop



Gruppe med brugere, læger og personale taler om idéer til brugerhåndbogen

## Delprojekt 1: Udvikling af en brugerhåndbog

### Fra brugerhåndbog til udvikling af værktøjer til bedre konsultationer

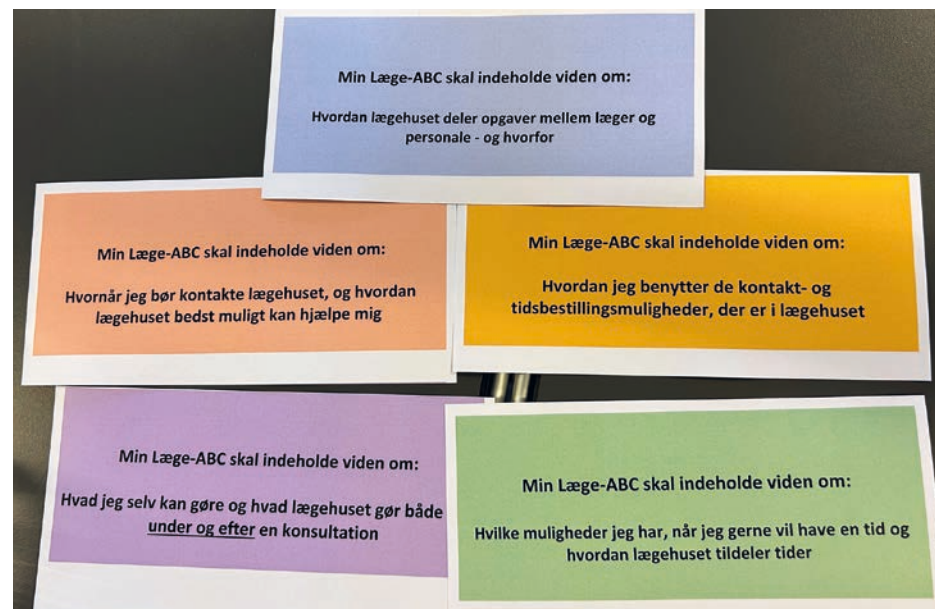
I delprojektet om brugerhåndbogen har sundhedsprofessionelle og brugere gennem fire workshops (se fase 4 i Figur 1) udviklet et kvalificeret forslag til, hvad de ønsker af en brugerhåndbog, herunder hvilket formål, den skulle opfylde, og hvilket indhold og format, den skulle have (læs mere om processen i Bilag 3 eller i artikel fra SDCO (14)).

Praktiserende Lægers Organisation (PLO), der blandt andet driver den landsdækkende Min Læge-app, blev inddraget for at indtænke digitale perspektiver og udviklingsmuligheder i eksisterende informations- og brugerplatforme i almen praksis.

### I alt blev der identificeret og prioriteret fem centrale informationsbehov til brugerhåndbogen (se også foto th.):

- Hvordan lægehuset deler opgaver mellem læger og personer og hvorfor (blå kort)
- Hvilke muligheder jeg har, når jeg gerne vil have en tid og hvordan lægehuset tildeler tider (grøn kort)
- Hvad jeg selv kan gøre og hvad lægehuset gør både før, under og efter en konsultation (lilla kort)
- Hvordan benytter jeg de kontakt- og tidsbestillingsmuligheder, der er i lægehuset (orange kort)
- Hvornår bør jeg kontakte lægehuset - og hvordan kan de bedst hjælpe mig (lys rød)

Ud af de fem informationsbehov prioriterede flest brugere og sundhedsprofessionelle i fællesskab at arbejde med konkrete forslag og idéer til det 'lilla' kort. Dette resulterede i tre konkrete idéer til bedre konsultationer, mens fire idéer bredt dækker de øvrige informationsbehov, der blev arbejdet med. (Se næste side)



De fem informationsbehov

### Fælles for idéerne og forslagene er, at:

- De rækker ud over en "klassisk" forståelse af en brugerhåndbog.
- Forskellige løsninger vil gavne flere forskellige brugere (f.eks. ved både at have både analoge og digitale løsninger).
- Digitale løsninger SKAL integreres i allerede eksisterende platforme f.eks. Min Læge-app, klinik-hjemmesider m.v.

## Konkrete idéer til "håndbogen", som kan understøtte læge-brugersamarbejdet

Hvad jeg selv kan gøre og hvad lægehuset gør både før, under og efter en konsultation (lilla kort)

### 1. Min-Læge app: Brugernes CV

Forslag om, at brugeren i fritekst selv kan tilføje oplysninger, som de mener er relevante for deres behandler til deres "stamkort<sup>4</sup>". F.eks. særlige hensyn, sygdomme eller livsbegivenheder, der påvirker helbred eller funktion (f.eks. nedsat syn, trafikulykke, sygdom i familien).

### 2. Min-Læge app: Dagens Konsultation

Forslag om, at brugeren, forud for en konsultation, kan besvare et par spørgsmål om årsag til henvendelsen, symptomer og forventninger til aftalen. Brugers svar skal give behandleren bedre mulighed for at forberede sig og at tiden i konsultationen udnyttes bedst muligt.

### 3. Plakat/infoark: Læge-brugerpartnerskabet - kerneværdier

Brugere og behandler udarbejder en plakat med fælles kerneværdier for og forventninger til samarbejdet og læge-brugerrelationen. Lægehuse kan dele plakaten i venteværelse på hjemmeside eller øvrige kanaler.

## Øvrige informationsbehov

### 4. Brugernes guide til den gode klinik-hjemmeside

Fx forventninger og ønsker til, hvilken viden brugerne forventer at kunne finde på lægeklinikkernes hjemmeside og hvad de primært bruger den til samt forslag til, hvordan det kan formidles.

### 5. Plakat/info-ark: Kender du din lægeklinik

Brugere og klinik udvælger f.eks. 8-10 vigtige udsagn/info om lægeklinikken og hvorfor klinikken fungerer, som den gør. F.eks. "I lægehuset får vi hver dag flere henvendelser end vi har tider til, og når du ikke kan få en tid med det samme, skyldes det at vi har været nødt til at prioritere mere syge patienter".

### 6. Spørgsmål/Svar - Hjælp til de hyppigt stillede spørgsmål

Fx hvad gør jeg, når jeg skal forny en recept. Hvordan finder jeg svar på prøver.

### 7. Visuel guide - hvordan henvender jeg mig mest hensigtsmæssigt til mit lægehus

Overvejelser inden jeg kontakter mit lægehus, når jeg er syg, gerne vil have en tid eller et råd. Hvem skal jeg kontakte og hvornår f.eks. brug af e-konsultation

## Fra idéer til løsninger

På baggrund af konsensus om, at værktøjer til bedre konsultationer var vigtigt, blev der i delprojektet om brugerhåndbogen iværksat følgende aktiviteter:

- Videreudvikle og pilotteste "Dagens Konsultation" som en integreret funktion i Min Læge-app (se beskrivelse nedenfor)
- Afsøge muligheder for digitalt at understøtte "Brugernes CV"
- Udvikle en prototype på Partnerskabsplakaten

I nedenstående er resultatet af pilottesten af Dagens Konsultation kort opsummeret.

Det har ikke i projektperioden været muligt at teste idéen bag "Brugernes CV", men der kan i fremtiden opstå muligheder for, at en sådan funktion vil kunne udvikles under det "Fælles Stamkort", som samler vigtige oplysninger om borgeren, der bliver delt på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet (f.eks. vacciner, CAVE, pårørende m.v.).

Der er i samskabelse mellem brugere og sundhedsprofessionelle udviklet en prototype på Partnerskabsplakaten og metoder til brug og formidling af plakaten er blevet drøftet (se Bilag 4). Næste skridt er at få færdiggjort og distribueret plakaten til almen praksis.

## Udvikling og test af Dagens Konsultation

I samarbejde med brugere, almen praksis og PLO-IT blev idéen om en ny funktion "Dagens Konsultation" i Min Læge-app videreudviklet og pilottestet.

"Dagens Konsultation" er et værktøj, hvor brugeren via Min Læge-app kan udfylde et fritekstfelt med deres ønsker til aftalen på op til 2000 tegn før konsultationen i almen praksis. Brugerens svar er knyttet til en bestemt aftale og den sundhedsprofessionelle kan forud for konsultationen læse brugerens svar.

Formålet med funktionen er, at brugeren har mulighed for at give input forud for mødet med den sundhedsprofessionelle for at kvalificere dialogen og fokus i mødet med klinikken. Den sundhedsprofessionelle kan før konsultationen læse brugerens input via den digitale platform "Klinik+" og være bedre forberedt inden konsultationen.

Når brugeren udfylder ønsker til aftalen, skal de forholde sig til tre spørgsmål:

1. Hvad er vigtigt for mig at tale om til aftalen?
2. Hvad er mine symptomer og hvordan påvirker de min livskvalitet?
3. Hvad ønsker jeg at opnå med aftalen?

Disse spørgsmål er udviklet af brugere og de sundhedsprofessionelle i projektet. Der var desuden enighed om, at der max skulle være tre spørgsmål og, at ovenstående ud af flere forslag blev prioriteret som de vigtigste.

### Pilottest i almen praksis

Pilottesten af Dagens Konsultation blev gennemført i seks lægeklinikker fordelt bredt geografisk i Region Syddanmark. Pilottesten varede fra 8/10-2025 til 30/11-2025. Nogle pilotklinikker havde deltaget i workshops i "Brugernes Stemme" forud for deltagelsen. Andre var rekrutteret via PraksisNyt, som udsendes til abonnenter fra SydKIP, Region Syddanmark.

De seks klinikker deltog forud for afprøvningen i et informationsmøde, hvor de fik præsenteret løsningen, og hvad der skulle ske under pilottesten. Der blev drøftet og delt erfaringer mellem lægehusene ift. hvordan de bedst kunne informere deres brugere og kolleger om pilottesten og funktionen.

Pilottesten blev af brugerne evalueret gennem et kort evalueringsskema bestående af fire spørgsmål, der blev udleveret til brugerne efter konsultationen. På kortet kunne brugeren også give samtykke til at deltage i et efterfølgende telefoninterview.

Efter afslutning på pilottesten besøgte vi alle deltagende klinikker og evaluerede afprøvningen. Evalueringen bestod af et individuelt kort spørgeskema til

alle sundhedsprofessionelle omhandlende oplevede værdi af funktionen samt forslag til forbedringer. De individuelle spørgeskemaer blev suppleret af en efterfølgende plenumdrøftelse i klinikken.

PLSP (Primærsektorens Leverandør Service Platform), som understøtter data-delingen mellem Klinik+ og Min Læge-app trak efter testen statistik på, hvor mange brugere, der havde udfyldt "Dagens Konsultation".

### Resultater fra pilottesten

Udgangspunktet for afprøvningen var, at alle brugere i perioden skulle have mulighed for at udfylde Dagens Konsultation. Afprøvningen blev desværre gennemført under tekniske forudsætninger, som viste sig at være utilstrækkelige. Fejl og begrænsninger i løsningen betød, at funktionen kun var tilgængelig for en afgrænset del af de relevante brugere i testperioden.

I testperioden var der således 1825 konsultationer, hvor det var muligt at udfylde Dagens Konsultation og i 472 tilfælde (26 %) valgte brugeren at besvare spørgsmålene. 162 brugere fravalgte aktivt muligheden (9 %) (brugeren havde mulighed for at trykke "ønsker ikke at svare"). I nedenstående er opsummeret først brugernes og så de sundhedsprofessionelles tilbagemeldinger.

### Hvad oplevede brugerne?

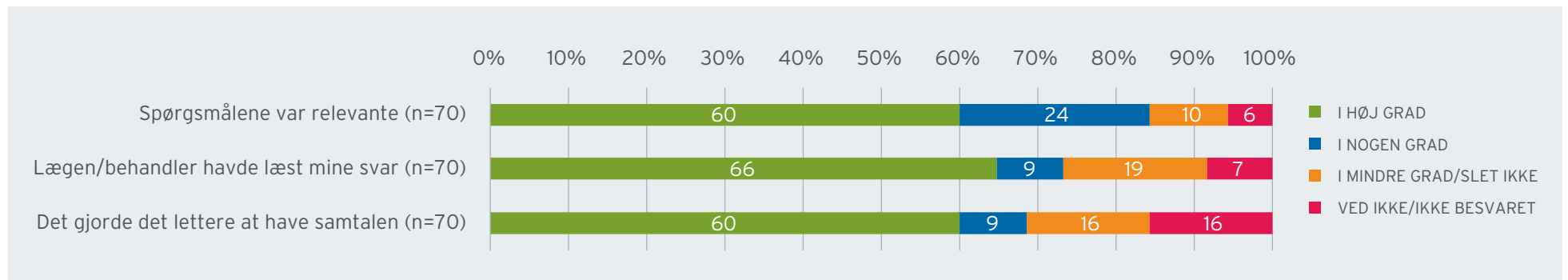
I testperioden returnerede 176 brugere et evalueringsskema, heraf havde 70 (40 %) udfyldt Dagens Konsultation.

#### Ud af de 70, der havde udfyldt Dagens Konsultation oplevede:

**60 %** i høj grad, at spørgsmålene er relevante

**66 %**, at den sundhedsprofessionelle i høj grad brugte svarene

**60 %**, at det i høj grad gjorde det lettere at tale med den sundhedsprofessionelle



Gennem fritekstfelt på postkortet og efterfølgende telefoninterviews uddybede brugerne deres oplevelse. Særligt fremhævede de, at funktionen gav dem en god mulighed for at forberede sig inden konsultationen, samle tanker om, hvad der var vigtigt at fokusere på og var en hjælp til at huske, hvad de gerne ville tale om. Brugere understregede også, at det gav stor værdi i selve konsultationen, at deres svar blev delt med den sundhedsprofessionelle forud for aftalen.

*"Det er lige som at have en fælles dagsorden! Det sikrede, at vi fik snakket grundigt om det hele" (bruger)*

*"Skide smart; var irriteret over muligheden forsvandt efter projektperiodens ophør. Skal klart gøres permanent. Giver en super konsultation. Jeg fik også styr på mig selv." (bruger)*

*"Hun [lægen] havde jo tjek på det hele inden jeg kom ind, så alt var hurtigt overstået og nemt da hun vidste præcis hvad vi skulle igennem" (bruger)*

*"Det var så fantastisk at kunne sidde derhjemme og forberede sig. Jeg plejer altid at lave en lap til mig selv, men det at lægen kan se, hvad jeg ønsker, er godt, da jeg nemt kan komme med for mange ting. En læge har også en gang skældt mig ud for at komme med hele 3 ting. På denne måde ved lægen, hvad jeg ønsker at tale om." (bruger)*

Flere brugere nævnte også, at funktionen gjorde det nemmere at "være ærlig" og "få tingene sagt", når de så sidder over for lægen.

Herudover havde mange brugere også fokus på, at der er travlt i almen praksis og udtrykte interesse for at anvende de sundhedsprofessionelles tid bedst muligt og oplevede funktionen som tidsbesparende.

*"Rigtig fin ide også i forhold til at effektivisere lægens tid og mulighed for at forberede! Yderst relevante spørgsmål både for patienten og for lægen" (bruger)*

*Rart at man kan forberede lægen på de problemstillinger/sygdomme. Så lægen kan lægge en plan allerede før besøget (bruger).*

De 106, der havde besvaret evalueringspostkort, men ikke udfyldt "Dagens Konsultation" afkrydsede følgende årsager til ikke at have udfyldt: "vidste ikke det var en mulighed" (56%), "Ikke relevant for min aftale" (6%) eller "bruger ikke Min Læge app" (11%). Næsten en tredjedel (29%) afkrydsede ikke overstående valgmuligheder, men skrev i fritext, at de havde glemt det eller at de ikke kunne finde spørgsmålene i appen. Sidstnævnte kom der en mulig forklaring på i afprøvningens sidste uge. Her erfarede vi, at spørgsmålene kun havde været tilgængelige for tider booket via Min Læge app, men ikke for tider booket via klinikken, selvom hovedparten af brugere booker via klinikken.

Nogle af de brugere, som ikke brugte Min Læge app i forvejen, downloadede app'en i projektperioden, mens andre ikke ønskede den digitale kontakt med klinikken. Nogle brugere forklarede, at de havde en god relation til den sundhedsprofessionelle, kom ofte i klinikken og fandt det ikke nødvendigt med en funktion som denne for deres kontakt:

*"Det er en fin mulighed. Min læge og jeg har kendt hinanden i over 20 år og jeg har måske ikke så meget brug for det, men jeg ved at mange patienter vil have god brug af denne mulighed, da man godt kan føle sig presset af tiden" (bruger)*

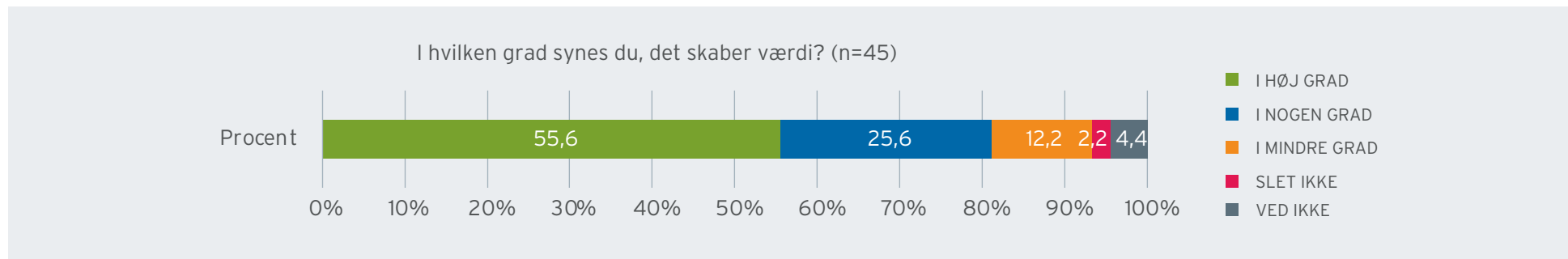
At 56 % angav, at de ikke vidste, det var en mulighed at udfylde deres ønsker, understreger, at det kræver en informationsindsats at gøre brugerne opmærksomme på nye funktioner og muligheder i Min Læge-app. Man må forvente en vis indfasningsperiode og understøttelse fra klinikkerne, før brugerne vil være helt bekendte med det. Samtidig viser vores samlede resultater, at de brugere, som havde anvendt funktionen, havde haft let ved at afkode, hvad de skulle gøre, fandt spørgsmålene brugbare og oplevede, at funktionen gav dem en værdi i mødet med den sundhedsprofessionelle.

## Hvad oplevede lægeklinikkerne?

I alt 45 sundhedsprofessionelle deltog i evalueringsbesøgene i de seks klinikker og udfyldte den individuelle evaluering: Læger (21), farmakonom (1), sygeplejersker (14), sekretærer (5), medicinstuderende (1), KBU-læge (1), assistent (1), jordemoder (1)).

Deres evaluering er sammenfattet i grafen på næste side.

Hovedparten af de deltagende sundhedsprofessionelle synes overordnet set, at funktionen skaber værdi. I figuren nedenfor fremgår det, at 55,6 % af de 45 sundhedsprofessionelle svarer, at Dagens Konsultation 'i høj grad' skaber værdi, mens 25,6 % svarer i nogen grad. Mange uddyber, at de har brug for en større volumen af brugere, der anvender funktionen for reelt at kunne vurdere, hvordan det påvirker konsultationerne og deres arbejdsflow. De fleste angiver et eller flere gode eksempler på, at det har skabt værdi i konsultationen, når brugerne har udfyldt spørgsmålene.



Blandt de sundhedsprofessionelle, der har svaret i høj grad eller i nogen grad til ovenstående spørgsmål uddyber de i fritekst eller i den mundtlige tilbage-melding, at det er godt at kende brugernes ønsker, at lave en forventnings-afstemning i starten af konsultationen og at det passer godt med måden at møde patienterne på:

*"En ptt der havde brugt lang tid på at forklare/beskrive sine lidt uspecifikke symptomer. Gjorde jeg var bedre forberedt og kunne bruge beskrivelsen i journalnotatet" (læge)*

*"Gav bedre mulighed for forberedelse. Gav bedre konsultationsproces. Mindre stress. Ptt var glade for det" (læge)*

*"Klar agenda og tidsbesparende": Dette giver bedre konsultationer, vi kommer hurtigere sammen til sagens kerne, og vi starter med det vigtigste". (læge)*

*"Det skaber en klar forventningsafstemning til konsultationen for både patienten og læge og personale. Lægen/klinikpersonale kan også bedre forberede Dagens konsultation. Patienten følger sig hørt og ved hvad han/hun skal tale med lægen om." (sekretær)*

*"Hvis pt og behandler har hver deres dagsorden for en kons. kan det blive svært at have den gode konsultation og pt kan gå derfra med følelsen af ikke at blive hørt. Ved at forventningsafstemme inden bliver kons mere målrettet. Kan spare alle parter for tid (argument for at have Dagens Konsultation)" (sygeplejerske)*

*"Giver lægen mulighed for at forberede sig bedre. Mindsker spildtid" (læge)*

*"Konversationen er meget lettere når man kender patientens ønsker og forventninger på forhånd. Når de selv slutter af med, at man nemt kom alt på listen igennem." (læge)*

De sundhedsprofessionelle angiver således helt konkrete positive erfaringer med at omsætte brugernes ønsker og få afstemt forventninger i konsultationen samt at det kan mindske spildtid, fordi man kommer hurtigere til sagens kerne. Eksempelvis nævnes positive oplevelser fra konsultationer med patienter med mange eller uspecifikke symptomer samt en konsultation med en bruger med psykiske udfordringer, hvor det at læse patientens tekst på forhånd lettede konsultationen betydeligt.

Generelt skal de ovenstående positive svar læses med det forbehold, at de ønsker funktionen integreret i deres lægepraksissystem og at flere brugere skal anvende funktionen, for at de kan vurdere det fulde potentiale.

Herudover svarer henholdsvis 12,2% (=5) og 2,2 % (=1), at funktionen 'i mindre grad' eller 'slet ikke' har skabt værdi, mens 4,4 % (=2) svarer "ved ikke". Blandt deres uddybende kommentarer står eksempelvis:

*"Det er godt med en forventningsafstemning, men det skal være meget lettere at tilgå for såvel personale som pt" (sygeplejerske)*

*"Ingen oplysninger udover hvad man fandt frem til under indledende spørgsmål" (læge)*

*"Tidskrævende og årskontrollen blev skubbet i baggrunden" (sygeplejerske)*  
*"Hos mig (lab) synes ikke det har den stærke relevans. De ved at de skal have taget en blodprøve" (sygeplejerske)*

*"Jeg har primært oplevet det som kort supplement/gentagelse af henvendelsesbeskrivelsen i Clinea. Derfor begrænset værdi" (læge)*

Et par fremhæver, at det har begrænset værdi, hvis brugernes ønsker kun omfatter informationer, der allerede er angivet i bookingen. Derudover skal det ikke tage for meget tid, hverken at læse svarene eller i selve konsultationen. En vigtig drøftelse her er også, hvilke konsultationstyper, som funktionen egner sig til, eksempelvis påpeger praksispersonaler, at det er u hensigtsmæssigt ved blodprøvetagning.

Der er delte meninger om, hvor meget patienterne skal kunne skrive, hvor hovedparten gerne vil fastholde de 2000 tegn ud fra en betragtning om, at det er godt at få et større indblik i, hvad brugerne rent faktisk ønsker at få ud af konsultationen:

*"En ting er hvad patienterne gerne vil tale om, en anden ting er, hvad de håber at få ud af konsultationen. Det kan vi nemt misse, fordi vi tror f.eks. en MR-scanning er det patienten gerne vil have ud af det, mens patienten faktisk ønsker at blive betrygget. Vi kan med det komme længere ind i patientens hoved" (læge, noter fra plenumdrøftelse)*

Her nævner flere, at funktionen bidrager til at brugerne kan få tømt hovedet for deres overvejelser eller bekymringer, og at man som sundhedsprofessionel hurtigt kan skimte teksten og starte konsultationen med at tale om, hvad det skal afstedkomme. I forlængelse af det nævnes også, at brugeren kan komme af med frustrationer, som letter allerede ved at sende ønskerne, og dermed fylder mindre i selve konsultationen eller forbereder den sundhedsprofessionelle på eventuelle følelsesmæssige tilstande. I modsætning hertil oplevede andre, at det tog tid, som gik fra det egentlige møde med brugeren og flere har stadig en frygt for at modtage lange tekster og forventninger fra brugere, som kan være svære at imødekomme inden for den givne tidsramme.

Alt i alt har klinikkerne meget positive tilbagemeldinger på funktionen, trods de omstændigheder (Klinik+, tekniske vanskeligheder, lav volumen), der var

i afprøvningen. På tværs af klinikkerne er der et ønske om, at funktionen integreres i journalsystemet, hvilket vil lette deres arbejdsgang og gøre det lettere for eksempelvis sekretærer at understøtte brugen, da de i dag ikke kan tilgå Klinik+.

### Konklusion efter pilottest

Der ønskes en ny afprøvning af funktionen med større volumen af brugere, hvor de tekniske udfordringer fra første pilottest er udbedret og hvor funktionen er tilpasset på baggrund af brugernes og klinikernes evaluering. Spørgsmålene skal bibeholdes, men det skal undersøges om brugerfladen kan forbedres og om der kan laves justeringer i Min Læge-app, f.eks. notifikationer, som kan gøre det lettere for brugerne at se, hvornår de kan udfylde Dagens Konsultation.

En ny afprøvning skal desuden bidrage med flere erfaringer med værdien af funktionen for klinikkerne og deres hverdag med særligt fokus på tidsforbrug, længde af tekster brugerne skriver samt hvad det gør ved konsultationerne. Dette testes bedst med en integration i klinikernes journalsystem, som kan gøre det nemmere at tilgå oplysningerne fremfor at lave opslag i Klinik+. Desuden vil det være godt at understøtte en funktion som denne med undervisning i, hvordan man omsætter brugernes ønsker og bruger dem konstruktivt i konsultationen.

### Hovedpointer og konklusion fra arbejdet med brugerhåndbogen

- Brugere ønskede ikke en "håndbog" i bogstavelig forstand, men sundhedsprofessionelle og brugere efterspørger værktøjer og information, der kan øge den gensidige forståelse for hinandens perspektiver på det at gå til læge og drive lægepraksis. Særligt efterspurgte de værktøjer og information til at understøtte konsultationen, hvorfor vi i projektperioden prioriterede at udvikle og pilotteste "Dagens Konsultation", samt arbejdede videre med forslagene om "Partnerskabsplakaten" og "Brugernes CV".
- Arbejdet med brugerhåndbogen bekræfter, at der er et stort potentiale for at anvende organisatorisk brugerinddragelse til på et generelt plan at udvikle almen praksis-sektoren. Uden at det har været intentionen, har delprojektet om "brugerhåndbogen" resulteret i meget overordnede forslag til, hvordan man kan forbedre læge-brugersamarbejdet i almen praksis. Delprojektet har resulteret i flere eksempler på, hvordan organisatorisk brugerinddragelse kan fremme individuel brugerinddragelse.
- Ved at skabe rammerne til at udvikle almen praksis mere bredt sammen med brugerne giver det plads til generiske løsninger, der kan være til gavn for alle lægehuse og deres brugere. Det kræver mange ressourcer at bedrive organisatorisk brugerinddragelse, som den enkelte lægeklinik har svært ved at løfte selv. Dette er afprøvning af "Dagens Konsultation" et godt eksempel på.
- Nogle tiltag og idéer vil kræve, at den enkelte lægeklinik tilpasser og implementerer løsningerne lokalt efterfølgende. Men ved at starte med udvikling af generiske løsninger på tværs af klinikker, kan det samlet set fremme organisatorisk brugerinddragelse og kvaliteten i almen praksis-sektoren.

## Delprojekt 2: Brugermøde

### Fra fysisk brugermøde til digitalt samarbejde med brugerne

Formålet med delprojektet var at afsøge metoder til dialog, hvor de sundhedsprofessionelle kunne dele information om lægeklinikkens hverdag og organisering samt tale med klinikkens brugere om deres oplevelser og perspektiver, som kunne inspirere til nye tiltag.

Udgangspunktet var en praktiserende læges drøm om at leje den lokale sportshal og invitere alle klinikkens brugere til et stormøde. Det viste sig udfordrende og ressourcetungt at afprøve ideen om et fysisk brugermøde. Dels pga. lavpraktiske udfordringer (lokation, tidspunkt, finansiering) og dels bekymringer for, om brugerne overhovedet ville deltage og hvordan man tilgodeser en så bred brugergruppe som mulig. Efter forsøg på at rekruttere til dette og en dialog med et lægehus, der ikke førte til et brugermøde, henvendte lægeklinikken i Morud sig med et ønske om at afprøve en alternativ idé til brugermødet.

Klinikken var optaget af om man ved brug af digitale medier kan lave organisatorisk brugerinddragelse. Lægeklinikken havde en velfungerende Facebook-side med over 1300 følgere og dermed en god platform for at kommunikere med sine brugere. I samarbejdet var det vigtigt at holde fast i det oprindelige formål med brugermødet.

Sammen med lægeklinikken blev der udviklet fem videoklip med information til brugerne. Videoerne omhandlede fem forskellige temaer, som klinikken ønskede at komme i dialog med brugerne om. Videoerne blev delt via Facebooksiden henover fem uger (marts-april 2025) med et lukket kommentarspor<sup>5</sup>, men med

<sup>5</sup> Dvs. uden mulighed for at kommentere direkte på omslaget på Facebook

et link til et elektronisk spørgeskema for at indsamle brugernes feedback og ønsker til temaet.

### De fem temaer var:

- Klinikken kommunikation til brugerne
- Betydning af at se samme læge hver gang
- Klinikken tilgængelighed
- Receptfornyelse på vanedannende medicin
- Håndtering af urinprøver var væsentlige for klinikken.

Efterfølgende har lægeklinikken afholdt møder, hvor hele personalegruppen har diskuteret de indkomne svar og ændringsforslag og talt om, hvordan de skulle arbejde med tilbagemeldingerne.

### Brugernes input til klinikken

Samlet set kom der 428 besvarelser fra brugerne i de fem runder. Flest brugere har svaret på 'Betydning af at se samme læge hver gang' (148 besvarelser) og færrest har svaret på 'Håndtering af urinprøver' (43 besvarelser). Det var generelt positive og konstruktive besvarelser til de konkrete emner, som brugerne kom med i de fem spørgeskemaer.

Afslutningsvist optog en læge og sekretær en video, hvor de fortalte om nogle af de ændringer, som inddragelsen har ført til. Her svarede 43 personer på de opfølgende spørgsmål til den sidste video:

- 82 % svarede, at det havde stor eller meget stor betydning at blive inddraget, mens 18 procent svarede, at det havde mindre eller slet ingen betydning for dem at blive inddraget.
- 45 % svarede ja til at de var interesseret i at deltage i et 'brugermøde', mens 42 % svarede 'ved ikke' og 12 % svarede 'nej'.

Her skal også medtages, at dem der har svaret, enten har deltaget eller haft mulighed for at deltage digitalt, mens det i højere grad kan være relevant med et brugermøde for dem, som ikke er på Facebook. Der har generelt i hele processen været meget positive tilbagemeldinger, også til lægeklinikken, læger og personale, et eksempel er "I er de bedste".

### Klinikkens evaluering af metoden

Klinikkens læger og personale har ligeledes evalueret, hvordan det var at arbejde med metoden. 10 personer svarede på spørgsmålene. (Se svar i felterne til højre)

### Fra simpel og systematisk brugerinddragelse til udvikling af almen praksis

Brugerne gav både helt konkrete input, hvor idéerne var nemme at implementere, mens idéer, der krævede lidt mere, blev tildelt en ansvarlig i klinikken. Det har ført til helt konkrete ændringer allerede inden sommer 2025, både i forhold til pausetider, telefonsvarer og oprettelse af akuttelefon, men også fysisk i klinikken, hvor de har opsat et skilt med information til brugerne.

Ud over de helt konkrete input, arbejder klinikken videre med to spor i forhold til at inddrage brugere:

1. Hvordan inddrager vi de brugere, som ikke er på Facebook?  
Skal der afholdes et brugermøde?
2. Hvordan inddrager vi de mest sårbare i klinikken?

### Hvad synes du om selve metoden med at inddrage patienter ved hjælp af videoklip, hvor de efterfølgende har mulighed for at give input?

Her svarede **50% godt** og **50 % rigtig godt**.  
0% svarede rigtig dårligt, dårligt og hverken eller.

Udvalgte kommentarer:

*"Det har været hurtigt og effektivt. Patienterne er kommet med gode konstruktive svar."*

*"Godt for dem, der ser det. Men obs på de grupper, som ikke ser det."*

### Hvordan har det været at arbejde med patienternes input?

**85 %** svarede **godt**, **15% rigtig godt**.  
**0%** svarede rigtig **dårligt**, **dårligt** og **hverken eller**.

Udvalgte kommentarer:

*"Det har været givende. Nogle ting er allerede sat i søen"*

*"Meget meget spændende"*

*"Altid interessant at høre hvad vores patienter oplever. Oplever de samme kvalitet, som vi har til hensigt at give?"*

## Hovedpointer og konklusion fra arbejdet med brugermøder

- Det har været en enkel metode, som ikke har krævet de store ressourcer og det har været spændende for klinikken at arbejde med. Læger og personale kunne godt lide, at metoden var en kombination af information til brugerne og feedback.
- Det har ført til flere helt konkrete tiltag, som var lette at implementere i umiddelbar forlængelse af dataindsamlingen.
- Lægehuset har værdsat arbejdet med brugernes perspektiver og blev optagede af, hvordan de kan komme i kontakt med brugere på forskellige måder. Lægehuset ønsker at arbejde videre med at komme i kontakt med flere segmenter af deres brugere, og også dem som ikke anvender Facebook.
- I forhold til at brede metoden ud til andre lægeklinikker, skal der tænkes i, hvordan videoer/information kan deles i de klinikker (f.eks. via infoskærme), hvor der ikke er en Facebookside med mange følgere. Umiddelbart vil andre formidlingskanaler end Facebook kunne give samme form for input til praksis. Det skal desuden overvejes, hvordan man inddrager de brugere, der ikke kan deltage digitalt.
- Det har været givende og spændende at samarbejde med patienterne for lægeklinikken der har til gode at afprøve et fysisk borgermøde, som var den oprindelige idé.

Fyens Stiftstidende 10. juli 2025 (16):

[Lægehuset har gjort noget helt nyt for at inddrage deres patienter: - Det er så vigtigt - fyens.dk](#)

## Delprojekt 3: Brugerfeedback

### Værdien af brugerfeedback i den enkelte klinik og i klyngen

I delprojektet om brugerfeedback testede vi en velkendt metode til at indhente brugerfeedback gennem et klassisk spørgeskema om brugernes oplevelse af deres lægeklinik. Mange lægeklinikker har ikke gennemført brugerundersøgelser siden det var pålagt gennem akkrediteringsprogrammet, der i 2018 blev erstattet af praksisklynger.

Til formålet udarbejdede projektgruppen et kort spørgeskema. Spørgeskemaet består af 18 spørgsmål og 5 fritekstfelter, som dækker følgende temaer:

1. Tilgængelighed og mulighed for at få hjælp/en tid
2. Tidsbestilling og brug af selvbetjeningsløsninger
3. Ankomst i klinikken
4. Tilfredshed med dagens konsultation og behandlerkontinuitet
5. Fremmøde og brug af videokonsultationer


Spørgeskemaet er udviklet med inspiration fra eksisterende patientsurveys (f.eks. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) og DanPEP). Spørgsmål og temaer er nøje udvalgt ud fra de brugerperspektiver og udsagn, som er fremkommet i de første faser af projekt "Brugernes Stemme i Almen Praksis". Særligt to temaer var centrale for brugernes oplevelse af almen praksis og udgjorde derfor en stor del af spørgeskemaet: 1) Vigtigheden af nemt at kunne få fat i sin læge eller få en tid ved behov og 2) vigtigheden af god kommunikation og hjælp i selve konsultationen.

**Del med os, hvordan du oplever at være patient hos os.**

Det vigtigt for os at have et godt samarbejde med vores patienter. Dine svar kan hjælpe os med at gøre det endnu bedre. **Dine svar er 100 % anonyme.**

Afllever din besvarelse ved skranken inden du går. Eller svar online fra venteværelset eller når du kommer hjem

På forhånd mange tak for din tid!



**Hvordan oplever du generelt dine mulighederne for at komme i kontakt med os og få hjælp?**

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
1. Jeg oplever, at det er nemt at komme i kontakt med lægehuset på telefon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg oplever, at det er nemt at få en tid, når jeg har behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg oplever, at lægehuset gør hvad de kan for at hjælpe mig, når jeg kontakter dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er tilfreds med de muligheder, der er for at kontakte lægehuset (fx telefon, online-booking, e-mail-konsultation, Min Læge-app)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg ved, hvordan jeg bruger lægehusets selvbetjeningsløsninger (online-booking, MIN LÆGE-app, e-konsultation m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Uddyb gerne dine svar:**

**Dagens konsultation**

6. **Hvad var årsagen til dit fremmøde hos os i dag:**

<input type="checkbox"/> Ny-opstået symptom eller bekymring (fx skade, smerte, tristhed, blødning, træthed m.v.)
<input type="checkbox"/> Rutinemæssig konsultation for en sygdom/lidelse, du allerede har (fx diabetes, KOL, blodtryk)
<input type="checkbox"/> Blodprøve /prøvetagning
<input type="checkbox"/> Konsultation vedrørende graviditet, prævention, celledkrab (screening for livmoderhalskræft)
<input type="checkbox"/> For at få en lægeattest / lægeerklæring (fx kørekort, sygemelding, arbejdsevne m.v.)
<input type="checkbox"/> Rutinemæssig børneundersøgelse/vaccination af mit barn
<input type="checkbox"/> Almindeligt helbredstjek (fx blodprøver, blodtryk m.v.)
<input type="checkbox"/> Andet (beskriv gerne):

Eksempel på spørgeskema

## Fremgangsmåde

I november 2024 modtog 30 lægeklinikker i regionen en invitation med et tilbud om, at de kunne gennemføre en brugerundersøgelse. De 30 klinikker omfattede både tilfældigt udvalgte klinikker i regionen men også klinikker, vi tidligere havde været i dialog med i forbindelse med andre aktiviteter i projektet. Fem klinikker reagerede på invitationen, hvoraf den ene klinik forespurgte, om de kunne gennemføre undersøgelsen i deres praksisklynge med mulighed for at diskutere deres resultater på tværs af klinikker<sup>6</sup>.

I alt 11 lægeklinikker fra i Region Syddanmark gennemførte således en brugerundersøgelse i 1. kvartal af 2025.

- 4 klinikker gennemførte og fik resultaterne fra undersøgelsen i egen klinik
- 7 klinikker gennemførte undersøgelsen som en "klyngepakke", og fik præsenteret og drøftede resultaterne på et efterfølgende klyngemøde.

Klinikkerne fik udleveret plakater om undersøgelsen til at hænge i venteværelset og papirspørgeskemaer til uddeling. Både plakater og spørgeskemaer havde påtrykt en QR-kode, så brugerne kunne besvare spørgeskemaet online. En enkelt klinik delte linket til spørgeskemaet i deres facebookgruppe. Målet var at hver klinik skulle uddele 100 spørgeskemaer i løbet af en uge med forventning om at 60-80 brugere ville svare.

Baseret på løbende tilbagemeldinger fra brugerne, der besvarede skemaet, valgte vi i den sidste klinik at gennemføre en ren elektronisk dataindsamling, hvor brugere modtog link til at deltage i en sms efter deres konsultation. På tværs af de 11 klinikker besvarede i alt 840 brugere spørgeskemaet. Der var

stor variation mellem klinikkerne ift. hvor mange skemaer, der blev uddelt og hvor mange brugere, der besvarede skemaet (fra 17 til 155 besvarelser). Generelt var den brugeroplevede kvalitet i klinikkerne meget høj, særligt ift. brugerens oplevelse af selve konsultationen og modtagelsen i klinikken, mens der var lidt større variation på tværs af klinikkerne ift. tilgængeligheden og ventetid. Værdien af at benytte brugerundersøgelser i almen praksis blev belyst gennem interviews med de deltagende lægeklinikker.

I alt 10 læger og 5 personaler blev efterfølgende interviewet om erfaringerne med undersøgelsen. Herudover deltog 22 læger på klyngemødet, hvor de arbejdede med undersøgelsen og efterfølgende svarede på et kort evalueringsskema.

## Resultater fra evaluering af delprojektet

### Brugerundersøgelse skaber værdi

Generelt synes de deltagende lægeklinikker, at det har været interessant at lave brugerundersøgelsen og at det samtidig har skabt værdi for dem og deres praksis, både hvis de har deltaget via deres klynge eller som individuel klinik.

*"Jeg synes at det er meget interessant at høre patienternes oplevelse af lægehuset. Jeg har prøvet det før, under akkreditering. Og jeg synes det er meget interessant at høre... Det var en god oplevelse og et rigtigt vigtigt arbejde du har gang i, så fortsæt med det!" (Læge 1, klynge)*

Mange er overraskede over de mange positive svar fra brugerne, som bekræfter dem i, at de gør et godt stykke arbejde. Flere nævner at den positive feedback fra brugerne direkte bidrager til deres arbejdsglæde. Resultatet fra brugerundersøgelse står i kontrast til den feedback de sporadisk får fra brugerne i hverdagen, som ofte er præget af utilfredshed eller kritik. Derfor er

<sup>6</sup> De fleste praksis mødes i klyngesamarbejder to-tre gange årligt, hvor de arbejder databaseret med kvalitetsudvikling om selvvalgte emner (overenskomstbestemt).

brugerundersøgelsen meget givende, idet den rammer et bredere udsnit af deres brugere, og derved giver et mere nuanceret billede af deres brugeres oplevelser.

*”Et samlet billede af hvad patienterne egentlig synes om huset, fordi det ofte egentlig er en-mands udtalelser der kommer til at fylde rigtig meget. Så det er ofte brok og utilfredshed der fylder. Og det er vores indtryk at vi jo egentlig gør en hel masse for at tingene kører godt, og så fylder brokken, og det kan godt være lidt irriterende. Så det var rart at få jeres statistik på at det jo faktisk kører okay” (Læge 2, klynge)*

### Ønske om større datagrundlag

Selvom klinikker oplever undersøgelsen positivt, er der flere som kritiserer, at datamængden har været meget lille i forhold til størrelsen på deres praksis. De er i tvivl om resultaterne tegner et generelt billede af deres brugeres tilfredshed:

*”Jeg synes jo ikke at antallet af svar er helt repræsentativt. Så på den måde er det jo ikke så stor en undersøgelse, at man kan bruge den til at blive klar på de her tal her. Nu havde vi 100, men der var nogle der sad med et par og 30. Jeg synes det er svært at sammenligne de data. Og skulle vi have haft mere end 100 med, så skulle vi have haft længere tid. Vi havde en uge til det, og vi havde en sekretær der virkelig tog det på sig og gik ude i venteværelset hele tiden og delte skemaer ud. Så jeg kunne da godt have tænkt mig at se endnu flere tal, at der var flere respondenter på.” (Læge 6, klynge)*

Blandt de deltagende praksisser, var der dog ikke enighed om, hvordan man kunne øge datagrundlaget, hvilket kan skyldes at klinikkerne har haft forskellige tilgange til dataindsamlingen. Mange forslog at man kunne forlænge data-

indsamlingen, som også var meget kort (én-tre uger). Mens andre var bekymret for at det ville kræve for meget tid at uddele så mange skemaer i klinikken. Klinikker, som havde gennemført undersøgelsen digitalt enten via Facebook eller sms, så det som et mindre problem.

*”... Det var faktisk lidt travlt for sekretæren at nå at uddele 20 spørge-skemaer om dagen.” (Læge 8)*

*”Og spørgsmålet er om man kunne gøre det i en lidt større skala ved at sende noget ud digitalt via minlæge app, så man rammer flere brugere som ikke lige er i lægehuset på dagen. Så man kunne godt tænke i andre løsninger, så det ikke behøver at blive givet i hånden på dagen, for der er risiko for at gruppen bliver meget selekteret”. (Læge 2, klynge)*

### Sammenligning på tværs af lægehuse er vigtig

Brugerundersøgelsen blev oplevet endnu mere relevant, når de kunne sammenligne deres resultat med andre lægehuse og herved få en bredere forståelse for, hvor de adskilte sig - både positivt og negativt.

*”Jeg synes det har været svært i forhold til vores eget... Men jeg synes det har været rigtig givende til klyngemødet at kunne sammenligne os. Jeg synes det var rigtig interessant at de i XX [anden praksis], deres patienter var rigtig gode til at booke online, for det gør vores patienter nærmest slet ikke.” (Læge, klynge)*

*”... jeg kunne især bruge de kommentarer der var til de andre klinikker, fordi jeg måske så godt kunne se hvad det var vi gjorde anderledes, som vores patienter var glade for, i forhold til andre steder [...] det var måske noget hvor vi skilte os ud ift adgang til telefonen..”. (Læge, klynge)*

Sammenligningen med andre praksisser var også med til at give dem ideer til, hvordan de kunne håndtere nogle af de mindre gode resultater. Dette blev også efterspurgt blandt de lægepraksisser, der ikke var en del af deltagende praksisklynge.

Evalueringen af brugerundersøgelsen via klyngemødet har således været meget positivt, og deltagerne fra klyngen syntes, at det gav rigtig god mening, at gennemføre en brugersurvey i regi af klyngen.

*”Jeg synes jo at man lærer noget af de andre lægehuse ved at se deres resultater...det giver noget tid til refleksion men også forundring, og få nogle gode ideer til ting man kan gøre bedre. Så det kan jeg rigtig godt lide. Havde vi bare fået den her i klinikken, så tror jeg vi bare havde sagt, at det ser fint ud...”*

*”... Altså man kan jo godt sidde og tænke at det ser da godt ud og så sker der ikke mere. Men det der med at man lige får skrevet og lige får lov til at tænke over, var der faktisk noget her man godt kunne arbejde lidt videre med og interessere sig for... Det gode ved klyngemødet er jo at man bliver presset til at sætte sig ned og tænke over det” (Læge, klynge)*

Klyngemødet giver således også tid og mulighed for at arbejde resultaterne igennem og tænke i konkrete handlingsforslag, og flere ville gerne have haft endnu mere tid til både erfaringsudveksling og arbejdet med de ark der blev udleveret ved klyngemødet, som hjalp dem med at identificere konkrete handlinger.

### Fra data til konkret handling

Mange praksisser finder særlig brugerundersøgelsen værdifuld, når resultaterne gav anledning til handling. Her har det været centralt, at spørgeskemaet afspejlede praksisernes hverdag og de parametre de i forvejen arbejdede på

at forbedre. Herudover opleves fritekstkommentarerne som meget værdifulde, da det nuancerer resultatet.

*”Det skal være noget der afspejler vores hverdag direkte. Det her passede jo super fint på det vi går og laver. Det skal være noget som vi kan tage med og bruge til noget, altså når det er konstruktivt og bliver holdt op imod en eller anden parameter som vi kan teste på.” (Læge, klynge)*

Fritekstsvar kombineret med muligheden for at sammenligne deres resultater med andre praksisser - specielt for de som deltog i deres klynger - gjorde det meget håndgribeligt og bidrog til konkrete løsningsforslag, som de kunne arbejde videre med.

For eksempel gav brugerundersøgelsen hos mange praksisser anledning til at lave tiltag ift. deres digitale løsninger. Konkret ville flere klinikker undersøge om de kunne øge antallet af tider, der kunne bestilles online, for at reducere ventetid på telefonen og flere klinikker var også optaget af om de kunne øge og optimere brugen af videokonsultationer.

*”Jeg synes det var lidt interessant med den her digitale tilgængelighed, fordi specielt i den yngre generation tænker jeg at det digitale er den måde man får fat i lægehuset på. Men det er interessant at det ikke er det der reelt set sker. Det synes jeg i hvert fald var en stor øjenåbner” Det er noget af det jeg tager med mig videre i forhold til hvordan løser vi så det, [...] så de ikke tænker at de skal ringe.” (Læge 2, klynge)*

Samtidig er mange også realistiske omkring, at de ikke var nået til de erkendelser hvis de selv skulle have udført sådan en undersøgelse. Det kræver således hjælp udefra at udvikle gennemføre en undersøgelse, samt efterfølgende analysere på resultaterne.

*"Ja, altså der kan jeg lige så godt være pragmatisk og sige, at sådan er virkeligheden. Vi kan sagtens få tiden til at gå... Jeg synes derfor at det har været rigtig rigtig godt, fordi det har været lige til at gå til. Hvis vi selv skulle udfærdige resultaterne, så havde vi nok kommet til at bruge nogle timer på det og det havde ikke sket." (Læge 4, klynge)*

### Hvad siger brugerne?

I spørgeskemaet er brugerne afslutningsvist blevet spurgt, hvordan de helst vil give deres feedback en anden gang.

I svarene skal der tages højde for, at vi ikke har tilbagemeldinger fra brugere, der har undladt at besvare skemaet.

- Rigtig mange vil gerne svare på et spørgeskema en anden gang. De er glade for at blive spurgt om deres feedback.
- Mange forslår, at det ville være nemmere at svare ved at få sendt en e-mail, SMS eller få spørgsmål via Min Læge-app.
- Nogle brugere angiver også, at de bare vil/kan "spørges" til deres oplevelse, når de er i klinikken.

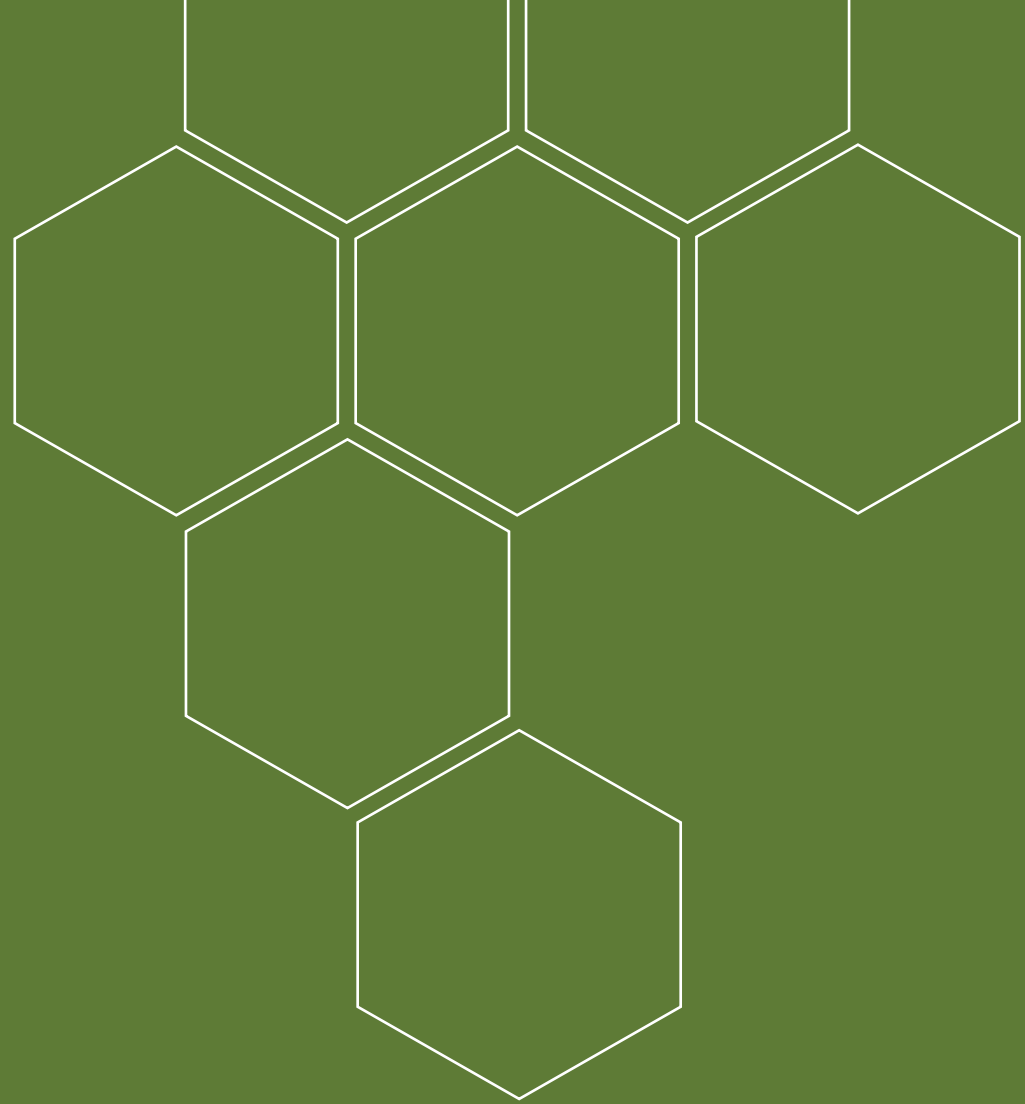
### Hovedpointer og konklusion fra arbejdet med brugerfeedback

- Lægehusene oplever, at brugerfeedback indsamlet via spørgeskemaer er en velkendt og brugbar metode til organisatorisk brugerinddragelse
- Resultaterne har været anvendelige og værdifulde for praksis. Lægehusene har særligt fået øjnene op for alt det de gør rigtig godt, og samtidig har det givet anledning til at overveje konkrete ændringer eller nye tiltag.
- For mange lægeklinikker har det været meget væsentligt med muligheden for at kunne sammenligne egne resultater ift. andre klinikker, eller eventuelt et overordnet gennemsnit. Herved får klinikkerne et bedre billede af på hvilke områder dem måske gør det særlig godt - og områder, hvor de måske skal kigge nærmere på, hvordan andre gør. Metoden egner sig derfor rigtig godt til at blive anvendt på klynge-niveau.
- Alle deltagende klinikker har udtrykt ønske om at gentage brugerundersøgelsen om 2-3 år. Det er dog afgørende fremadrettet, at sikre at en større andel af klinikkens patienter deltager. Dette kan kræve både en længere dataindsamlingsperiode, men også fokus alternative metoder til at uddele og indsamle fysiske spørgeskemaer.
- Det har været meget afgørende, at klinikkerne er blevet understøttet i at indsamle og bearbejde resultaterne, så deres primær opgave har været at skulle få spørgeskemaerne ud til patienterne.

På baggrund af erfaringerne udbydes brugerundersøgelse fra 2026 som et fast tilbud blandt SydKIPs såkaldte klyngepakker, hvor praksisklyngerne kan gennemføre brugerundersøgelse og få understøttelse til analyse og facilitering:

Klyngepakke: [Brug patienternes viden til at udvikle din praksis.](#)

# Konklusion og perspektiver



## Konklusion og perspektiver

Den nuværende brugerinddragelse i almen praksis sker ofte individuelt og sporadisk og der er potentiale for at styrke den mere systematiske organisatoriske inddragelse. Både brugere og sundhedsprofessionelle i almen praksis vil også gerne bidrage til organisatorisk brugerinddragelse så længe det fører til reelle tiltag og forandringer.

En udfordring er dog, at det kræver planlægning, tid og efterbehandling at iværksætte og gennemføre forandringer. Det er en stor opgave for almen praksis og de enkelte klinikker alene, som ikke altid har rammer til at prioritere udviklende aktiviteter, når tiden går fra konsultationer. Hjælp til aktiviteter og tilgængelige værktøjer kan gøre det nemmere for almen praksis at lave organisatorisk brugerinddragelse.

### I dette projekt har vi afprøvet ideer til organisatorisk brugerinddragelse på tre niveauer:

- 1. Brugerhåndbog.** Dette foregik på tværs af klinikker i Region Syddanmark og har ført til konkrete ideer og tiltag, der kan implementeres på tværs af klinikker og altså med relevans for hele praksissektoren. Dette niveau kræver en høj grad af understøttelse og planlægning fra regionen eller andre eksterne aktører.
- 2. Brugermøde.** Dette foregik på klinisk niveau og er et eksempel på, hvordan den enkelte klinik kan informere og inddrage sine brugere på en måde, som kan føre til helt enkle tiltag i klinikken. Andre klinikker vil kunne lade sig inspirere af metoden og få hjælp til f.eks. spørgeskema og databehandling.

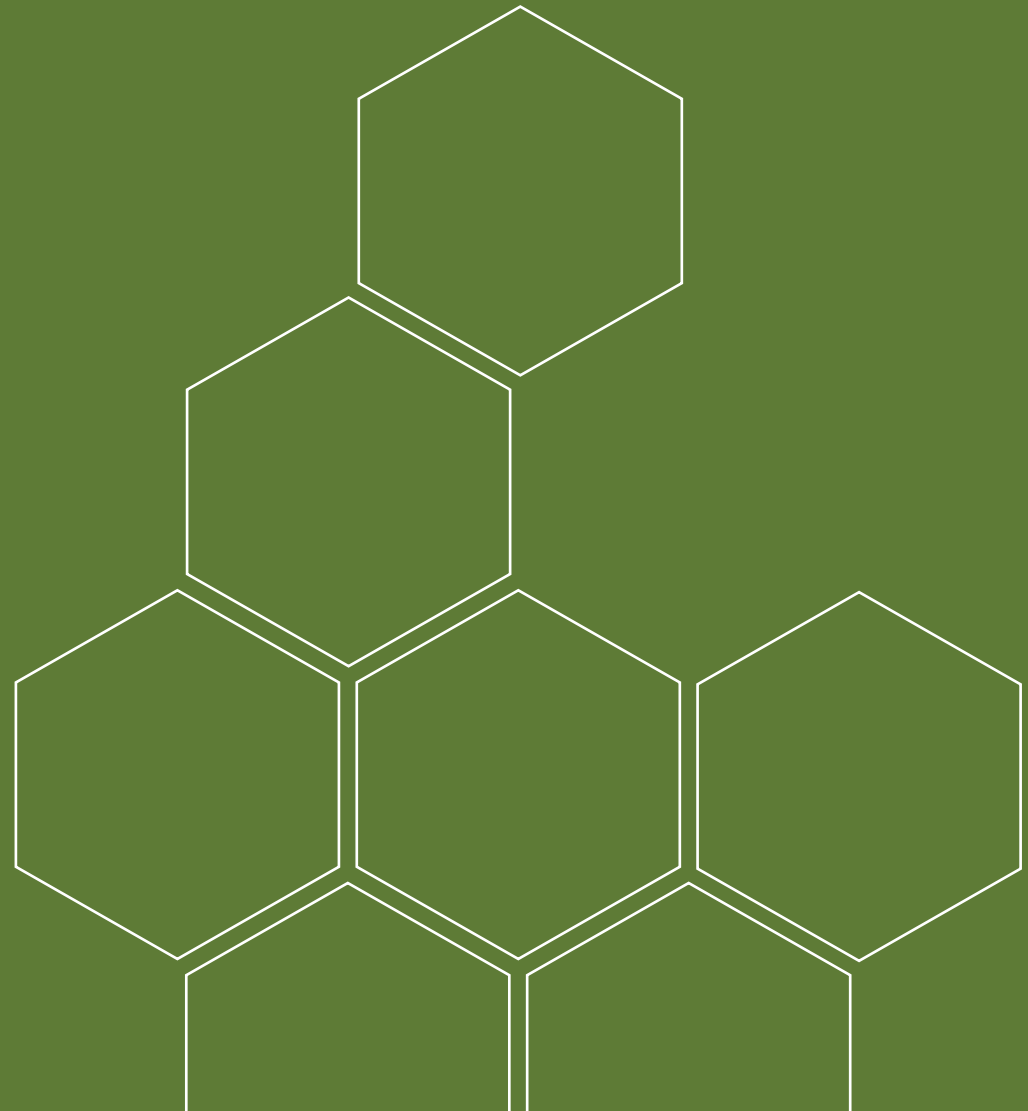
- 3. Brugerfeedback** er afprøvet både på klinisk niveau og i en praksisklynge. Metoden kan bruges på begge niveauer fremadrettet. Styrken ved at gøre dette i praksisklyngen er, at der er understøttende ressourcer og at der allerede er afsat tiden til klyngearbejdet inden for en defineret ramme. Desuden kan sammenligning med de øvrige klinikker i praksisklyngen også bidrage til inspiration og værdifulde udviklende diskussioner.

### Projektet har vist at:

- Organisatorisk brugerinddragelse rummer et stort potentiale for at udvikle og styrke kvaliteten i almen praksis
- Det fremmer gensidig respekt og fælles læring mellem brugere og sundhedsprofessionelle
- Systematik og klare rammer er vigtigt for at skabe reelle forandringer
- Brugere ønsker reel indflydelse - og er overraskende enige med almen praksis om, hvad der er vigtigt at prioritere

Erfaringen fra projektet er, at såvel brugere som sundhedsprofessionelle udviser et stort engagement, når de får muligheden for at bidrage med ideer, som kan føre til nye tiltag, der forbedrer læge-brugersamarbejdet. Der sker noget særligt, når brugere og sundhedsprofessionelle i fællesskab arbejder sammen om at udvikle løsninger. I arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse er et vigtigt aspekt kommunikation og gensidig forståelse, da det fremmer information og dialog om hverdagen i almen praksis.

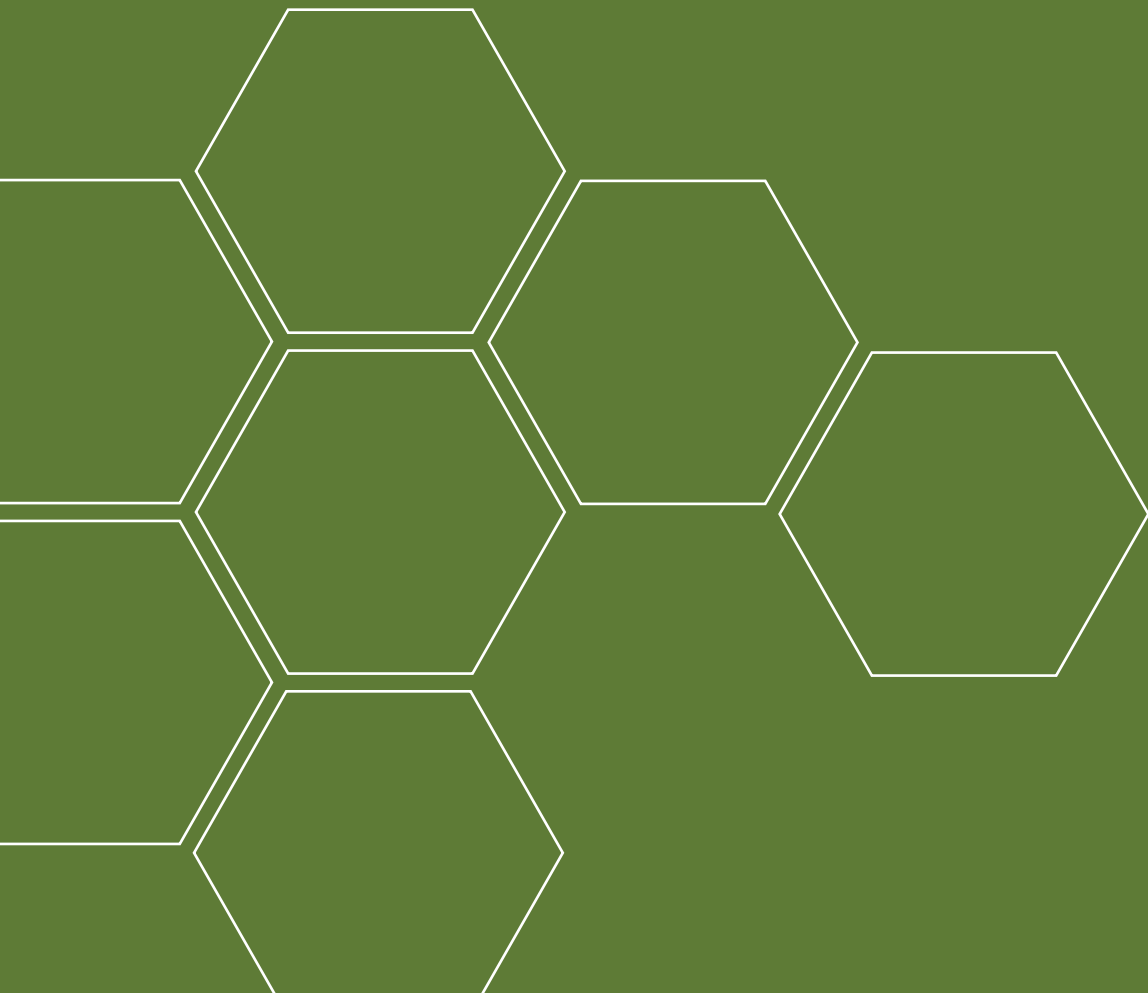
# Referencer



## Referencer

1. Iversen, D.C.Z. (2017). Patienter skaber ny viden i almen praksis: Patienterne vil gerne! Månedsskrift for almen praksis,8: 644-652
2. Juhl, I.U., Birkelund, L. & Overgaard, E.K. (2017). Tag pulsen på fremtidens læger. Er patienternes, lægernes og myndighedernes drømme om fremtidens praktiserende læge de samme? Practicus, 236. 32-34
3. Assing Hvidt Elisabeth, Anette Grønning og Jens Søndergaard (red.) (2021). Relationer i sundhedsvæsenet - Hvorfor og hvordan? Frederiksberg: Samfundslitteratur. Kapitel 6. Dorthe Christiane Zinck Iversen og Inger Uldall Juhl. Symmetrisk partnerskab i læge-patient-relationen- en eksemplarisk case.
4. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Kriterier for inddragelse, VIBIS, 2022: Kriterier for brugerinddragelse 2022.pdf
5. Sundhedsstyrelsen: sst.dk, Vision: Borgernes sundhedsvæsen (2013): <https://www.sst.dk/nyheder/2013/borgerneskalinddragessundhedsvaesenet>
6. Indenrigs- og sundhedsministeriet: De Nationale Mål for Sundhedsvæsenet (2016): <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2016/april/nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>
7. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven: Available at <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/191>
8. Munch-Petersen, M, 2023: Hvordan udvikler man sundhedsvæsenet sammen med borgere, patienter og pårørende? Inspirationskatalog til organisatorisk brugerinddragelse og brugerrepræsentation, VIBIS marts 2023
9. Kjær Larsen, A og Munch-Petersen, M, 2019: Organisatorisk brugerinddragelse - hvorfor? © Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), København, juli 2019.
10. Praktiserende Læger Organisation (2018): Overenskomst for almen praksis, 2018: <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/arkiv-for-overenskomster>
11. Regeringen (2018): En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis: [https://regeringen.dk/media/behcwkzr/sum\\_almenpraksis\\_digital\\_version\\_lowres.pdf](https://regeringen.dk/media/behcwkzr/sum_almenpraksis_digital_version_lowres.pdf)
12. Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for almen praksis, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2014
13. Østergaard, LS & Anderson SG: Inkluderende brugerinvolvering kan øge lighed i sundhed | Ugeskriftet.dk /22, 11/11 2024 side 2153-2155, 186
14. SDCO, 2024: Brugere og læger bygger bro med modellervoks, perler og tusch: <https://sdco.dk/aktuelt/nyheder/workshop-om-brugernes-stemme-i-almen-praksis>
15. Danske Patienter: <https://danskepatienter.dk/nationalt-center-for-brugersamarbejde/metoder-og-vaerktoejer/organisatorisk-inddragelse/samskabelse>
16. Fyens Stifttidende (2025): Lægehuset har gjort noget helt nyt for at inddrage deres patienter, <https://fyens.dk/nordfyn/laegehuset-har-gjort-noget-helt-nyt-for-at-inddrage-deres-patienter-det-er-saa-vigtigt>

# Bilag



## Bilag 1: Resultater fra fokusgruppeinterviews i fase 1

Der blev afholdt tre fokusgrupper med hhv. praktiserende læger, praksispersonale og brugere. I fokusgruppeinterviewene var det til tider vanskeligt at fastholde fokus på metoder til organisatorisk brugerinddragelse - både hos brugerne og hos de sundhedsprofessionelle. Samtalen er ofte endt på den direkte relation og kontakt (individuel brugerinddragelse).

*"Der hvor jeg ser jeg indgår som en ligeværdig partner med min læge - det er det, at jeg er venligstemt, når jeg kommer (...) jeg kommer efter deres specialviden, men jeg er også ansvarlig for at lægen har energi til den næste patient, og den næste patient, så jeg skal også opføre mig ordentligt, når jeg kommer... (...) hvis lægen skal have møgfald af 7 ud af 9 patienter - har han så lyst til at komme i morgen?" (citat bruger)*

Dette forstærkes af, at de praktiserende læger understreger, at kendskabet og relationen til deres brugere er kernen i deres arbejde. Lægerne sætter derfor ofte lighedstegn mellem relationsarbejdet (som sker i den enkelte patientkontakt) og kvalitetsudvikling /forbedring af praksis. Forskellen mellem individuel og organisatorisk brugerinvolvering opleves derfor mindre tydelig i almen praksis:

*"Det er vigtigt for os, at vores patienter godt kan lide os, og vores største trussel ift. patienttilfredshed er udbrændthed/empati-træthed" (citat læge)*

*"Patientinddragelse er en naturlig del af arbejdet, vi møder patienten, hvor han/hun er" (citat personale)*

Gruppeinterviewene illustrerede, at flere kontekstuelle faktorer kan have

betydning for, at organisatorisk brugerinddragelse opleves og praktiseres anderledes i almen praksis i forhold til i f.eks. sygehusregi. En almen praksis er ofte en "lille organisation", og lægerne kan derfor hurtigt komme til at bruge en stor andel af deres ressourcer på at gennemføre tiltag med organisatorisk brugerinddragelse sammenlignet med fx en sygehusafdeling, som har dedikerede akademiske ressourcer til at understøtte lignende tiltag.

*"Vi er små organisatoriske enheder, vi sidder både med patienterne og it-udfordringerne. Der er ikke en administrativ medarbejder, til at løfte opgaven, som f.eks. på sygehuset. Så det er lægen, der skal drive det - og det koster på energi. Måske skal man overveje om sekretæren og sygeplejersken kan løfte sådan en opgave [brugerråd f.eks.] (Citat læge)"*

*"Jeg er stadig i tvivl om brugerråd flytter nok /ekstra ift. patienttilfredhedsundersøgelse eller vores usystematisk opsamling af viden". (citat læge)*

I Almen praksis er klinikledelsen (ejerne) også dem, der udfører behandling, og brugerfeedback vil ofte blive rapporteret direkte til dem selv. De kan derfor også hurtigt tage stilling til, om der evt. skal handles på brugerfeedbacken eller det kan ske direkte i dialog med den givne bruger, hvilket kan reducere behovet.

*"Utilfredse patienter, der har følt sig klemt, stammer tit fra en misforståelse. Vi prøver at ringe igen, når vi ikke er pressede. Vi tager den med det samme. Det tager ikke længere tid at udvise empati over for patienten." (citat læge)*

Dette er i kontrast til f.eks. en sygehusafdeling eller sygehus, hvor der er mange ledelseslag og medarbejdere, hvilket kan komplicere feedbackloops og implementering af forandringer på baggrund af brugerfeedback. Dette

har medført en mere systematisk og formaliseret tilgang til organisatorisk brugerinddragelse i sygehusvæsenet end hvad der måske giver mening i almen praksis.

*"Jeg kunne godt være bekymret for, om det med at nedsætte et patientråd - har det overhovedet nogen effekt? Vi nedsætter mellemlid - og det er oplagt på sygehusene fordi de er en stor organisatoriske enhed - men i almen praksis giver det bedre mening at blive spurgt" (Citat bruger)*

Både de kulturelle og organisatoriske forskelle mellem almen praksis og f.eks. et sygehus, er vigtige at tage højde for, hvis man skal arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis. Disse faktorer kan eventuelt også forklare den indledende modstand, vi oplevede hos de praktiserende læger ift. organisatorisk brugerinddragelse herunder bekymring for ekstra opgaver uden at det skaber værdi.

*"Vi sidder alle sammen og tænker - shit hvis jeg havde tid - det lyder egentlig meget fedt (...), men det er jo ikke gjort med patientrådet (...) det genererer nye idéer, og de idéer - det er mig, der skal levere på dem, så der er samtalen ikke overstået, det er der arbejdet begynder. Så vi sidder der og skaber arbejde for os selv. Hvis det skal være mere end en god idé for nogle ildsjæle, så skal man tænke det ind i en bæredygtig økonomisk ramme. Det kan regionen understøtte ved at sige - vi vil gerne have patienterne frem i bussen i almen praksis og så give de AP, der har lyst til det, mulighed for det via en paragraf-2 aftale" (Citat læge)*

Herudover er der også nogle, der ikke har overvejet, at man kunne inddrage brugerne i udvikling af lægeklinikken og kendskabet til begrebet organisatorisk brugerinddragelse er også begrænset i almen praksis.

*"Hvorfor har vi ikke gjort det, hvorfor har vi ikke tænkt det.... Jeg har nok ikke følt, der var et behov."(Citat læge)*

*"Jeg har aldrig tænkt over, at patienterne kan spørges" (Citat personale)*

### **Muligheder og barrierer for at arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis**

De overstående forhold kan være med til at forklare, hvorfor almen praksis ikke systematisk laver organisatorisk brugerinddragelse.

Almen praksis er meget optaget af at yde den bedst mulige kvalitet over for brugerne og kan sagtens se værdien i, at inddrage brugerne i udvikling af klinikken. En ulempe er dog manglende tid og derfor vil de gerne være sikre på, at tiltag med organisatorisk brugerinddragelse giver umiddelbar værdi for klinikken f.eks. bedre læge-bruger samarbejde, højere medarbejdertilfredshed og /eller bedre brug af klinikkens ressourcer. De ønskede tiltag skal belaste den enkelte klinik mindst muligt, så de oplever, at værdien overstiger "omkostningerne".

*"Patientfeedback er godt og interessant. Det skal være noget, der batter: Enten flytte kvalitet, spare tid eller give bedre økonomi" (Citat læge)*

*"Jeg tænker at patienterne vil komme med en mere positiv tilgang, og det bliver nemmere at håndtere nogle ting, når de selv er mere på banen" [om værdi af patientinput] (Citat personale)*

Brugerne vil også meget gerne bidrage og har mange idéer til, hvad der kan gøres bedre i almen praksis. Brugerne vil ikke bruge deres tid på pseudoinddragelse, men har et oprigtigt ønske om at deres input bliver brugt og omsat til forbedringer i deres lægeklinik og almen praksis generelt.

*”Angående partnerskab - det skal man dykke noget mere ned i. Hvad skal lægen give, og hvad skal patienten give ud over den ydelse, jeg har købt? Jeg kunne godt tænke mig at være med til at kvalificere det her partnerskab - samtidig har jeg brug for at se nye tiltag og ændringer” (citat bruger)*

Brugerne er generelt meget pragmatiske og ser både muligheder og udfordringer ved organisatorisk brugerinddragelse - også fra ”systemets” perspektiv. De har blik for, at der skal sikres mere taletid til de mere sårbare brugere, men er også opmærksom på trivselen hos de sundhedsprofessionelle i almen praksis. Et flertal af brugerne er bekymrede for den travlhed, der skinner igenem i almen praksis, hvilket kan gøre, at de holder sig tilbage for at give input.

Nogen gange føler man lidt at man godt kan være den der patient [den besværlige] og man kommer derned og man har 7 minutter, så man skal virkelig tale hurtigt og man skal nå at sige de ting, man ikke er tilfreds med, så det kommer man aldrig til. Så går man bare rundt med en grundlæggende ikke-tilfredshed

Både lægerne og brugerne er bekymrede for, om de organisatoriske og økonomiske rammer og strukturer er for stor en barriere for at skabe reel forandring i almen praksis. F.eks. fordi, der mangler incitamentter til at arbejde med organisatorisk brugerinddragelse i almen praksis.

*”..jo man kan da godt skifte [praktiserende læge], men de er jo fyldt op alle sammen, og det er en stor ting at skifte læge (...) så det er ikke noget man bare gør. Men hvis der var pladser alle steder, så ville der være flere, der shuffede rundt (...) - og det ville skabe større konkurrence og dermed måske en anden måde at tage imod kunderne på” (Citat bruger)*

På tværs af interviewene med både brugere, læger og personale var der et tydeligt og fundamentalt ønske om mere synlighed og transparens om, hvordan

hverdagen i en lægeklinik fungerer. Der efterspørges indsats, der kan give brugerne viden om, hvordan forholdene i almen praksis er og indsigt i, hvorfor klinikerne har tilrettelagt deres praksis, som de har.

Der er enighed om, at denne viden bedst opnås gennem dialog eller forventningsafstemning, hvor brugernes ønsker og synspunkter også kan komme frem. På den baggrund kan man i fællesskab bedre få øje på tiltag, der kan omsættes til reelle forbedringer i hverdagen for både klinik og bruger.

*”De [brugerne] kunne få mere indsigt i, hvordan man bruger systemet og vi kan måske få mere ud af systemet, hvis vi bruger det hensigtsmæssigt” (Citat personale)*

*”Vi kan ikke være lige tilgængelige på alle områder på samme tid - vi er nødt til at prioritere [tlf./video/fysisk mv.] og det forstår patienterne også godt, når vi forklarer dem det” (citat læge)*

## Bilag 2:

### Idéer og metoder til at fremme organisatoriske brugerinddragelse i almen praksis

Metode /tilgang	Formål	Konkrete idéer til organisatorisk brugerinddragelse
Indhente viden fra brugerne	At give praksis input til, hvad der fungerer godt og hvordan de kan udvikle kvaliteten i praksis f.eks. ift. tilgængelighed, kommunikation og læge-brugerrelation.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Samtaleværktøj til brug efter konsultationen</li><li>• Spørgeskema/brugersurvey</li><li>• "IKEA-måling" (hvordan var dagens besøg 😊 - 😞)</li></ul>
Give brugerne indsigt i, hvordan klinikken fungerer	Gennem oplysning eller dialog skal brugerne opnå bedre indsigt i, hvordan praksis fungerer og bedre forståelse for, hvad der kan lade sig gøre og hvad de kan forvente, og hvorfor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afholde brugermøde/borgermøde</li><li>• Udarbejde patienthåndbog/velkomstmappe</li></ul>
Fokus på at styrke de sundhedsprofessionelles kompetencer i brugerinddragelse	At forbedre forudsætninger for at lægeklinikken kan arbejde med organisatorisk brugerinddragelse så det i højere grad sker systematisk	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udarbejde værktøjskasse med konkrete redskaber til brugerinddragelse</li><li>• Udvikle undervisningsmateriale om organisatorisk brugerinddragelse</li></ul>
Klæde brugeren bedre på til at være "patient" i lægehuset	Gennem oplysning, vejledning og undervisning skal brugeren skal klædes på til at være "patient" og støttes i, hvad de selv kan gøre for at have en god inddragende samtale/konsultation.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udarbejde patienthåndbog/velkomstmappe</li><li>• Vejlede/undervise brugerne (den gode relation/samtale)</li></ul>

## Bilag 3: Sådan har vi udvalgt indhold til brugerhåndbogen

Første skridt var at finde ud af, hvilket indhold, der fra brugernes perspektiv kunne være relevant og hvilke informationsbehov brugerne generelt har i forhold til almen praksis.

1. Det blev kortlagt hvilken type information almen praksis typisk har på deres hjemmesider samt hvilke informationsbehov, som brugerne har nævnt gennem de første tre faser i projektet (Figur 1, side 18).
2. Alle disse informationsbehov og typer af information blev samlet i et stort skema opdelt i forskellige kategorier og underkategorier. Skemaet blev i første omgang udarbejdet af brugeren og lægen fra projektgruppen.
3. En mindre gruppe brugere blev præsenteret for skemaet, og bedt om at prioritere hvilke kategorier af information, de hver især og i fællesskab synes var de vigtigste. Prioriteringen tog udgangspunkt i den såkaldte DELPHI-metode, som bruges til på gruppeniveau at prioritere en række emner indbyrdes i forhold til hinanden.

De fik også mulighed for at supplere med nye typer af informationer, de synes der manglede i skemaet.

4. Gennemgang af skema med udgangspunkt i DELPHI metoden blev gentaget med 2 mere sårbare brugere samt en større brugergruppe for at nuancere eller bekræfte resultatet af step 3.
5. På tværs af de tre brugergrupper var der stor konsensus om hvilke emner/indholdselementer, der var de vigtigste i en brugerhåndbog.

6. De prioriterede emner/indholdselementer er herefter vurderet ift. det overordnede formål med brugerhånden - at give brugerne bedre indsigt i, hvordan almen praksis fungerer og forbedre læge-brugersamarbejdet - samt blev det vurderet, om informationen allerede var let tilgængelig for brugerne. F.eks. blev emner som klinikken's åbningstider, info om vacciner frasorteret.

### Navn på brugerhåndbogen

Brugerne kom undervejs med forslag til, hvad man skulle kalde Brugerhåndbogen" - som derfor fik arbejdstitlen: **"Min Læge-ABC"**

### Eksempler på kategorier i skemaet:

- Åbningstider
- Info om læger og personale
- Hvordan er almen praksis organiseret
- Hvordan får jeg en tid eller et råd
- Hvordan forbereder jeg mig til konsultationen



## Bilag 4: Prototype på partnerskabsplakaten

### Bruger-lægepartnerskabet - kerneværdier

**Du lytter.** Det er meget vigtigere, end at du taler.  
Lyt også til det, som jeg ikke siger.

**Du ser på mig når vi taler sammen.** Det er ikke så rart, hvis du mest kigger på computeren.

**Vi er ligeværdige.** Vis mig, at vi er ligeværdige parter i samarbejdet.

**Du er nysgerrig.** Vi er alle forskellige og har forskellige behov. Prøv at forstå, hvem jeg er, og hvad jeg har brug for.

**Minimer fagsprog.** Undgå at bruge fagsprog. Tal så jeg kan forstå det og vær gerne konkret.

**Du anerkender mig** for det jeg gør godt. Husk at jeg gør mit bedste



PATIENTER

**Du er forberedt og tydelig i din kommunikation.** Vær gerne forberedt inden du kommer ind til mig - lav gerne forinden en dagsorden og forbered spørgsmål.

**Vær ærlig og åben.** Del gerne oplysninger om livsstil, vaner og medicin uden at holde noget tilbage.

**Hav respekt for tidsrammen.** Fokuser på de vigtigste emner og vær bevidst om konsultationens varighed.  
Der er andre brugere, der også har brug for min hjælp.

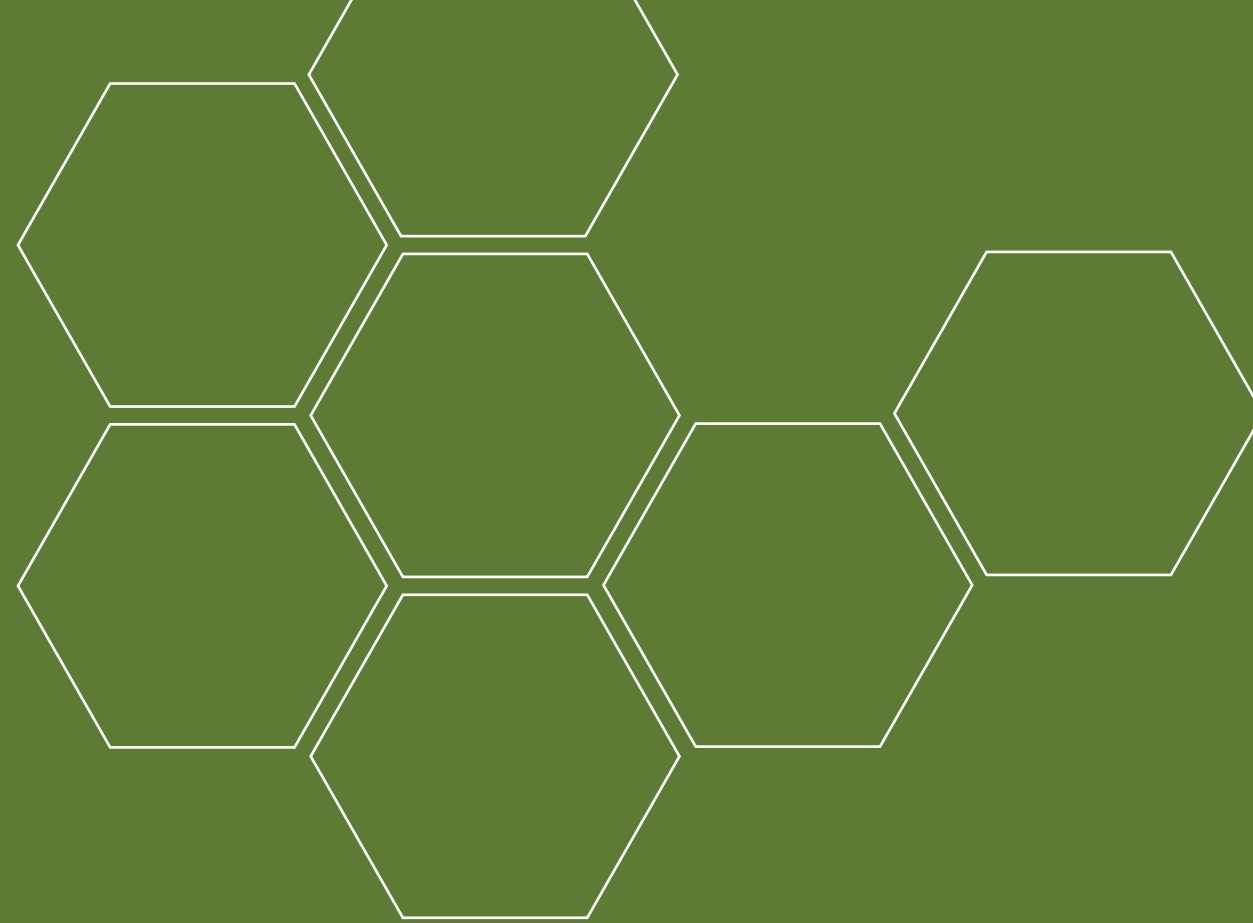
**Stil gerne spørgsmål** for at sikre, at du forstår diagnoser og behandlinger korrekt.

**Vær tålmodig** til udredning og behandling, da nogle diagnoser kan tage tid at stille og behandle.



LÆGER





19410 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 03.2026