’En god start med type 2-diabetes’ – kvalitativ evaluering

SDU

'En god start med type 2-diabetes' - kvalitativ evaluering

Troels Mygind Jensen
Gitte Stentebjerg Petersen

Copyright © 2023

Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU
Campusvej 55
5230 Odense M

Steno Diabetes Center Odense
Kløvervænget 10, Indgang 112
5000 Odense C

Uddrag er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Forord

Denne rapport undersøger patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af ’En god start med type 2-diabetes’, et projekt med fokus på at strukturere opstarten for personer med nyopdaget type 2-diabetes i Region Syddanmark. Projektet har til formål styrke patienternes egenomsorg og sygdomsmestring i den initiale fase, styrke de sundhedsprofessionelles blik på mødet med ny-diagnosticerede diabetespatienter, understøtte det tværsektorielle samarbejde om personer der lige har fået konstateret type 2-diabetes samt bidrage til en mere ensartet organisering og kvalitet i opstartsforløbet for type 2-diabetes.

Formålet med denne rapport er at belyse sundhedsprofessionelles oplevede værdi af opstartsforløbet og tilhørende værktøjer samt oplevede barrierer for implementering af indsatsen i kommune/almen praksis, og desuden at vurdere betydning af indsatsen for det tværsektorielle samarbejde om personer med type 2-diabetes. Rapporten har endvidere til formål at belyse patienternes oplevelse af værdien af opstartsforløbet herunder betydning for oplevet tryghed, sammenhæng i forløb samt information og involvering i forløbet.

Analyserne i rapporten er baseret på interviews med patienter samt sundhedsprofessionelle i almen praksis og kommuner. Rapporten skal anvendes til at evaluere og videreudvikle opstartsforløbet for personer med nydiagnosticeret type 2-diabetes ved at bidrage med viden om, hvor der er behov for justeringer i forbindelse med en videre udbredelse til flere lægepraksisser og kommuner.

Undersøgelsen er finansieret af Steno Diabetes Center Odense (SDCO) og er gennemført af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense ved Syddansk Universitet i samarbejde med SDCO.

Oktober 2023

Indhold

1 Baggrund og formål 7
1.1 Projektet 'En god start med type 2 diabetes' 7
1.2 Formål med den kvalitative evaluering 8
2 Metode 8
2.1 Interviews 8
3 Perspektiver fra sundhedsprofessionelle og patienter 9
3.1 Faste konsultationer og quick-guides til almen praksis 9
3.2 Patientinformation 12
3.3 Komplikationssscreening 13
3.4 Blodsukkermåling 15
3.5 Det tværsektorielle samarbejde 17
3.5.1 Fællesmøder 17
3.5.2 Henvisninger til kommunale tilbud 19
4 Konklusion og perspektiver 22

Sammenfatning

Denne kvalitative evaluering af opstartsforløbet for ny-diagnosticerede type 2-diabetes patienter i Region Syddanmark, 'En god start med type 2-diabetes', viser at:

- Sundhedsprofessionelle oplever, at de faste konsultationer og quickguides giver en systematik i behandlingen, der sikrer, at relevante procedurer gennemføres.

- Screening for komplikationer ('Sammedagsscreening') er blevet særdeles godt modtaget af både patienter og sundhedsprofessionelle. Patienter oplever en effektiv behandlingsprocedure, og sundhedsprofessionelle i almen praksis ser en stor værdi i en komplikationsscreening i den tidlige fase af sygdomsforløbet, da komplette og tilgængelige undersøgelsesresultater tidligt efter diagnosen gør, at almen praksis kan tilrettelægge den bedst mulige videre behandling.

- De tværsektorielle fællesmøder opleves af de sundhedsprofessionelle som et markant og afgørende element for at imødegå professionelle fordomme, og for etableringen af personlige relationer som et nødvendigt fundament for samarbejdet på tværs af sektorer. Fællesmøderne bidrager desuden til øget gensidigt kendskab og derigennem flere henvisninger til kommunale patienttilbud.

- Patienterne er generelt meget tilfredse med opstartsforløbet og oplever, at grundig information, tilgængeligheden af sundhedsprofessionelle samt hjælpsomhed og forståelse for deres situation fra samme har stor betydning for patientoplevet tryghed i forløbet.

- Patienterne er særdeles tilfredse med de kommunale forløb, som de oplever som givende håndgribelig, brugbar hjælp til dagligdagen med diabetes. Henvisning til den afklarende samtale og de kommunale tilbud må derfor vurderes som et kritisk aspekt i behandlingen.

- Blandt patienter og sundhedsprofessionelle var der ikke klar konsensus om værdien af brug af blodsukkermåling i opstartsforløbet. Én sundhedsprofessionel nævner, at en lægelig vurdering kan tale imod brugen af disse; at målingerne er uhensigtsmæssige for nogle patienter, der kan opleve målingerne som en unødig byrde og sygeliggørelse. Flere af de adspurgte patienter anvender blodsukkermåling, dog uden en fremherskende opfattelse af værdien af disse, men hvor det dog også virker afgørende, hvordan den sundhedsprofessionelle har italesat brugen og værdien af blodsukkermålinger over for patienten.

- De tværsektorielle fællesmøder repræsenterer et kritisk aspekt i det tværsektorielle arbejde; hvis det ikke er muligt at afholde disse møder med regelmæssig frekvens,

kan dette udgøre en potentiel barriere for et kontinuerligt samarbejde på tværs om personer med nyopdaget diabetes.

I evalueringen peger patienterne og de sundhedsprofessionelle desuden på en række udfordringer og opmærksomhedspunkter i forbindelse med implementering af opstartsforløbet:

- Enkelte patienter har oplevet, at de hverken modtog relevant information om sygdommen og livet med diabetes eller tilbud om afklarende samtale og henvisning til komplikationsscreening og de har reelt set ikke fået tilbudt det anbefalede opstartsforløb. Disse patienter følte sig frustrerede og overladt til sig selv. Dette pointerer vigtigheden af et struktureret forløb, hvor der er klarhed over behandlingstiltag samt at information er let tilgængelig, både i skriftlig form og via konsultationer.

- Udarbejdelse af fraser i den enkelte lægeklinik udgør en potentiel vigtig faktor for, at forløbet integreres i den kliniske hverdag, og at opstartsforløbet dermed succesfuldt implementeres i almen praksis.

- Nogle kommuner oplever, at indholdet af henvisningerne ikke altid lever op til de anbefalinger, der er i opstartsforløbet. En kommune nævner også, at nogle lægeklinikker med tiden er "gået tilbage til det de plejer at gøre", når de henviser, hvilket kan være en udfordring ift. at sikre et optimalt forløb for patienten. Løbende møder og dialog på tværs af sektorer om dette er væsentligt for kontinuerlig høj kvalitet af henvisningerne.

- Én læge nævner, at økonomiske forhold kan udgøre en potentiel barriere for at henvise til kommunen, da kommunen har udtrykt, at de ikke har ressourcer til at tilbyde alle diabetespatienter en afklarende samtale.

Samlet set er opstartsforløbet således blevet positivt modtaget af både sundhedsprofessionelle og patienter, og opleves som et vigtigt og brugbart tiltag i behandlingen af personer med nydiagnosticeret type 2-diabetes. De sundhedsprofessionelle oplever at særligt systematikken i forløbet, den tilpassede patientinformation, den faste undersøgelse for diabeteskomplikationer (sammedagsscreening) og øget kommunalt samarbejde udgør essentielle elementer i forløbet for personer med nyopdaget diabetes. Særligt de tværsektorielle fællesmøder opleves som essentielle for at øge samarbejdet på tværs.

Èn læge peger på, at de faste procedurer i opstartsforløbet kan udfordre en mere individuel tilgang til den enkelte patient, hvillket understreger, at det er vigtigt i formidlingen af opstartsforløbet både til de sundhedsprofessionelle og til patienterne, at der i opstartsforløbet altid er tale om *tilbud* om 4 konsultationer, henvisning til den afklarende

samtale m.v. Det vil sige, at i dialog med patienten skulle opstartsforløbet gerne tillade, at der tilrettelægges et individuelt forløb, hvor man f.eks. kan springe én af opstartssamtalerne over, hvis patienten ikke ønsker den eller udtrykker, at de ikke har dette behov

Patienter oplever en særlig relevans af den tilpassede og grundige information og de tilbud der gives i starten af diabetesforløbet. Desuden gør tilbuddet om flere samtaler i almen praksis at patienterne føler sig trygge, at patienterne føler at de bedre kan følge med i forløbet samt at de får tid til at fordøje de mange informationer, der følger med en type 2-diabetes-diagnose. Den afklarende samtale i kommunen og det efterfølgende kommunale forløb (særligt diabeteskurser) opleves som særdeles relevant og udbytterigt i forhold til at mestre hverdagen med type 2-diabetes. Der er dog ikke en entydig oplevelse blandt informanterne, om værdien af at anvende blodsukkermåling som sundhedspædagogisk redskab, omend de fleste sundhedsprofessionelle peger på dette som en fast del af tilbuddet til personer med ny-opdaget diabetes, således at de patienter der er motiveret for at bruge målingerne, har mulighed for det.
To af patienterne har oplevet, at de ikke har fået tilbudt det anbefalede opstartsforløb, hvilket tyder på, at opstartsforløbet ikke er blevet tilstrækkeligt implementeret i alle lægepraksisser.
Hvis opstartsforløbet fremadrettet skal implementeres i andre almene praksisser, peger evalueringen på vigtigheden af at få integreret procedurerne i klinikken f.eks. ved at benytte fraser til opstartsforløbet samt særligt fokus på dialog og samarbejde på tværs af almen praksis og kommune f.eks. for at understøtte gode henvisninger og forløb for personer med ny-opdaget type 2-diabetes.

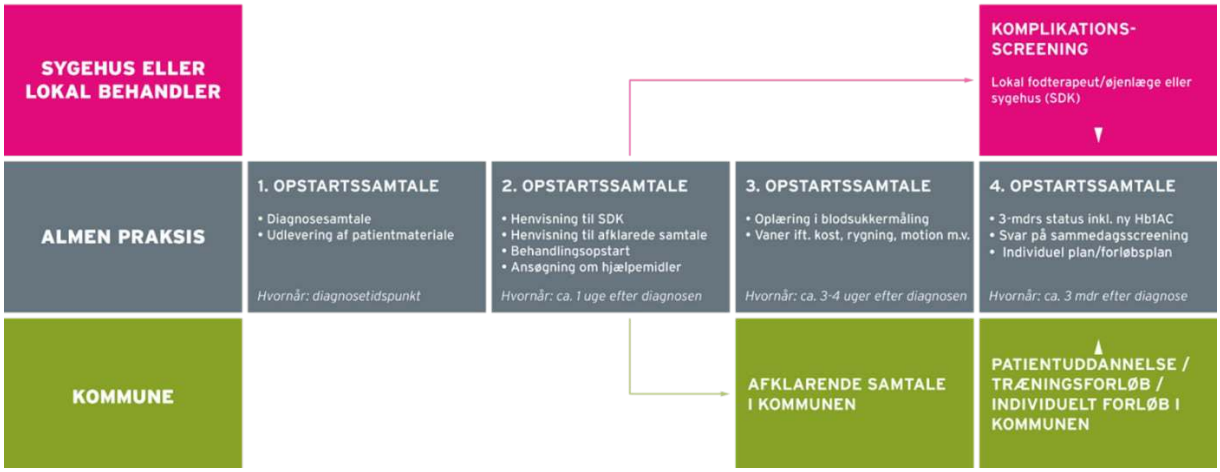
1 Baggrund og formål

1.1 Projektet 'En god start med type 2 diabetes'

I 2021 udviklede Steno Diabetes Center Odense i samarbejde med almen praksis og kommuner i Region Syddanmark samt personer med type 2-diabetes materialer og værktøjer til opstartsforløbet "En god start med type 2-diabetes". Forløbet har til formål at strukturere opstarten for personer med nyopdaget type 2-diabetes, så de kan tilbydes et standardiseret forløb ved diagnosetidspunktet. Indsatsen er primært rettet mod denne patientgruppe og sekundært mod de sundhedsprofessionelle, der varetager opstartsforløbet og behandlingen i Region Syddanmark. Alle borgere, der i projektperioden diagnosticeres med type-2 diabetes, og hvor lægen/lægehuset deltager i projektet, har fået tilbudt et opstartsforløb på diagnosetidspunktet hos deres praktiserende læge. Projektet skal undersøge, om et fast tilrettelagt opstartsforløb kan gavne patienten på lang sigt, blandt andet ved at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommune og støtte patienten i egenomsorg fra diagnosetidspunktet. Dette indebærer en tresporet opstartspakke hhv. med fokus på patienter, almen praksis samt kommuner.

Opstartsforløbet (Figur 1) omfatter blandt andet

- Et 3-måneders forløb med fire anbefalede konsultationer i almen praksis
- Henvisning til komplikationsscreening
- Henvisning til afklarende samtale i kommunen
- Quick-guides til de sundhedsprofessionelle med tjeklister og inspiration til fraser
- Patientmappe med skriftlige materialer
- Fællesmøder mellem praksis, kommune og sygehus



Figur 1. Indhold af opstartsforløbet for ny-diagnosticerede type 2 diabetes patienter

Baseret på erfaringer fra gennemførte pilottest i seks lægehuse, blev forløbet i 2022-23 udrullet og afprøvet i 18 lægepraksis. Parallelt med dette udføres en forskningsbaseret evaluering, hvor denne rapport repræsenterer det kvalitative bidrag.

1.2 Formål med den kvalitative evaluering

Denne rapport har til formål at undersøge

- Sundhedsprofessionelles oplevede værdi af opstartsforløbet og værktøjer samt oplevede barrierer for implementering af indsatsen i almen praksis og kommune
- Betydning af indsatsen for det tværsektorielle samarbejde om personer med type-2 diabetes
- Den patientoplevede værdi af opstartsforløbet herunder betydning for oplevet tryghed, sygdomsmestring og egenomsorg, samt sammenhæng, information og involvering i forløbet.

2 Metode

Analyserne i rapporten er baseret på interviews med patienter samt sundhedsprofessionelle i almen praksis og kommuner.

2.1 Interviews

Interviews blev foretaget i perioden februar 2023 - august 2023 med henholdsvis patienter, praktiserende læger, praksissygeplejersker samt sundhedsprofessionelle i kommuner, alle deltagende i opstartsforløbet. Der blev foretaget interviews med 4 praktiserende læger, 4 sygeplejersker fra almen praksis, 4 sundhedsprofessionelle i kommuner (hhv. sygeplejersker, diætist samt fysioterapeut) samt 11 patienter (4 mænd, 7 kvinder i alderen mellem 47-68 år), rekrutteret til interview via egen lægeklinik eller via kommune. De inkluderede interviewdeltagere er alle tilknyttet en almen praksis, som deltager i opstartsforløbet. Patienter havde en diabetesvarighed på mindst tre måneder. Alle deltagere optræder anonymt i rapporten.

Alle interviews blev foretaget som individuelle interviews via online-videoplatformen Zoom og tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Interviews blev optaget og transskriberet. Transskriptioner af interviews blev kodet og analyseret med udgangspunkt i temaer baseret på opstartsforløbet komponenter. De anvendte citater illustrerer analytiske pointer, og er i enkelte tilfælde redigeret med henblik på læsbarhed.

3 Perspektiver fra sundhedsprofessionelle og patienter

På baggrund af interviews med sundhedsprofessionelle samt patienter belyser det følgende, hvordan de oplever værdien og implementeringen af 'En god start med type 2 diabetes'.

3.1 Faste konsultationer og quick-guides til almen praksis

Som en del af opstartsforløbet, var der særligt fokus på at styrke diagnosesamtalen mellem behandler læge og patient, og tilrettelægge faste konsultationer samt systematisere henvisning til den afklarende samtale i kommunen. Til formålet har almen praksis fået udleveret en quick-guide med forslag til indhold i de i alt fire anbefalede opstartssamtaler/konsultationer. Guiden skal understøtte personalet i almen praksis i opstarten af ny-diagnosticerede diabetespatienter, samt understøtte implementering i praksis af eksisterende anbefalinger og vejledninger på diabetesområdet.

På baggrund af interviewene fremgår det, at de sundhedsprofessionelle generelt har en positiv indstilling til opstartsforløbet. Det fremgår også, at procedurerne i sig selv ikke er så anderledes end hidtil, men at opstartsforløbets systematik er et afgørende element for at sikre at alle procedurer bliver iværksat, da den enkelte klinik ikke har et stort antal ny-diagnosticerede type 2 diabetes-patienter. Om det generelle indtryk af opstartsforløbet fortæller en praktiserende læge:

> Læge: *"..jeg synes, det har været mega-lækkert! Jeg var ikke med helt fra starten, fordi der var det sygeplejersken, der var med de første møder, og så kom jeg med senere. Men jeg synes, det er jo mega-lækkert materiale. Jeg tænker herudefra der har vi nok ikke gjort så meget anderledes, fordi den her tjekliste – der ligger i materialet, den ligger meget op ad den tjekliste, der ligger i kommunikationspakken på diabetesområdet. Og den fulgte vi i forvejen. Så vi har ikke ændret så meget på procedurerne herude. Dét, der er nyt, det er jo systematikken. Vi har lavet nogle fraser, så vi sikrer os, at vi får alle de ting med, og det er jo baseret ud fra det materiale, som er udarbejdet i forbindelse med opstartsforløbsprogrammet. Så det fungerer faktisk rigtig godt."*

Både læger og praksissygeplejersker oplever ikke, at forløbet er markant anderledes end de eksisterende procedurer – men at forløbet alligevel er med til at sikre en god behandling, og måske særligt i de klinikker der ikke har haft et særligt fokus på type 2-diabetes:

> Læge*: ".. helt overordnet, så er det ikke særlig anderledes, end det vi har kørt i forvejen. Og det er jo fordi, vi har jo altid haft sat i strukturer, vores sygeplejersker har altid spillet en stor rolle i oplæringen af type 2-diabetes-patienter"*
>
> Læge: *Og jeg synes den måde med opstarten, fra diagnosen stilles, og de informationer vi giver, der synes jeg, der afviger projektet ikke så meget fra*

> *den måde, jeg hele tiden har kørt det på. Også i lyset af, at der er grænser for, hvor mange informationer, man kan rumme på én gang sådan lige, når man er ny med diabetes."*
>
> Læge*: "Jeg tror, hvis man gerne vil have det til at glide på den bedst mulige måde, så tror jeg, det er nødvendigt med den her systematik. Netop fordi vi ikke ser så mange ny-diagnosticerede hvert eneste år, fordi vi kan ikke huske det, hvis vi kun sidder med det hver anden, tredje måned… jeg kan kun se, at det er en stor hjælp i hvert fald, uanset hvilken praksis man sidder i."*
>
> Praksissygeplejerske: "*.den forskellighed, der er fra klinik til klinik*, [med hensyn til] *de tilbud patienterne fik. Altså, hvor det jo ikke er alle, der har en sygeplejerske med den baggrund, jeg har og med stor interesse for diabetes. Og det ser jeg nu, at jeg synes, der er en fantastisk sammenhæng i det.*

Systematikken fremhæves netop som et aspekt, der sikrer at 'man får det hele med' og at det sker i en passende kronologi. Det skriftlige materiale udleveret til brug for almen praksis er således blevet positivt modtaget og har ifølge interviewpersonerne bidraget til systematik og grundighed.

Det fremgår desuden, at det samtidigt er afgørende, at procedurerne fra opstartsforløbet bliver integreret i de kliniske hverdagsrutiner – f.eks. at procedurerne bliver skrevet ind i elektroniske patientjournaler som faste standardtekster, også kaldet 'fraser', som kan strukturere de enkelte konsultationer.

Materialet er af flere læger blevet integreret i de interne procedurer, således at det blevet en del af den daglige rutine:

> Læge: "..*vi har gjort det, at ud fra det informationsmateriale, der ligger, så har vi lavet en frase, så vi sikrer os, at vi kommer det hele igennem. Og der ligger jo dels forslag til, hvilke ting vi som læger, sygeplejersker skal komme ind på, men også et forslag til patienten, hvad de gerne skal have med ud ad døren, når de har været heroppe. Og på baggrund af dét, så har vi lavet fraser til alle de kontroller, der er. Og vi har lavet en frase til første kontrol, hvor de kommer op, hvor man første gang ser, at der er for højt HbA1c, hvor man mistænker, at de kan have diabetes. Indtil nummer to frase, som er den egentlige nyopdagede diabetes, hvor der foreligger endnu et forhøjet HbA1c. Så har vi en tredje konsultation, som er en sygeplejerskekonsultation, hvor de bliver oplært i at måle blodsukker og så en fjerde konsultation efter tre måneder fra debut-tidspunkt, hvor vi i mellemtiden har haft folk inde på sammedags-komplikationsscreening. Så det har jo gjort, at vi får det hele med - i den rigtige rækkefølge. Og det er rigtig, rigtig godt at arbejde med, fordi tidligere har vi jo godt vidst, hvad der skulle til, men i og med at vi ikke havde fraserne her, så fik vi ikke det hele med.*"

> *Læge: "..jeg bruger det jo ikke hver dag nu. Fordi nu har vi lavet fraserne ud fra det materiale, der er lavet til lægerne, og der er det hele indeholdt i. Så gør vi det, når patienten kommer, at de får den grønne mappe som er lavet, plus Diabetesforeningens vejledninger om type 2-diabetes… det materiale udleverer vi til de nyopdagede. [..] Vi ser jo hver en 4-5 stykker om året jo med nyopdaget diabetes, så det er jo ikke noget, vi sidder med hver dag, og derfor så er det også vigtigt, når vi får dem, at vi får det hele med. Og det sikrer vi os, når vi har de her fraser."*

Dog nævner én læge at systematikken og det strukturerede forløb kan opleves lidt stift i den praktiske hverdage dvs. som en form for begrænsning af friheden ift. individualiseret behandling:

> Læge*: "Det, der er blevet lidt anderledes, er, at vi ikke har så stor frihed til, hvordan vi strukturerer forløbet for patienten, fordi det har vi gjort mere individuelt før. At vi har prøvet at individualisere, hvor hyppigt patienten skal ses. Der var nogle, der i forvejen måske har erfaring fra en ægtefælle, som egentlig ikke havde behov for så meget oplæring, og så er der andre, der har rigtig, rigtig meget behov for oplæring. Og det imødekommer vi selvfølgelig i det omfang, det kan lade sig gøre, men også som det nu er nødvendigt for patienten. Og der kan man sige, er det jo nu her et gennemsnitsantal konsultationer, der er fastlagt, og så er det dét skema og den skabelon, alle bliver sat ind under."*

Blandt de adspurgte patienter, var der overordnet tilfredshed med opstartsforløbet. De fremhæver blandt andet den grundige information samt hjælpsomhed og forståelse af situationen, samt trygheden i at vide at hjælpen var tilgængelig hvis nødvendigt:

> Patient: "*.. der er blevet taget godt af mig derovre. Jeg har kun været inde ved lægen den ene gang. Men ellers så er det sygeplejersken, jeg har været inde ved. Og jeg vil sige, hun har godt nok været... hun har været dygtig! Og meget forklarende og har hjulpet mig meget hen ad vejen med, hvad jeg skulle sige ja til, og hvad jeg måske skulle tænke over, og hvad jeg måske nok ikke var klar til endnu. Så det føler jeg, det har været meget givtigt for mig at komme ved hende.*"
>
> Patient: *"..fordi det er jo gået godt nok, og hvis jeg har haft problemer, så har jeg vidst, hvor jeg skulle henvende mig, og der har ikke været nogle problemer overhovedet*."

Værdien af at have flere samtaler med almen praksis – og tilgængeligheden af viden – påskønnes af en patient, der nævner mængden af oplysninger som en udfordring, der afhjælpes af gentagne konsultationer:

> Patient: *"..så har jeg været ved vores sygeplejerske ovre ved huset, endda en del gange til noget opfølgning og få info, der er kommet mange oplysninger. Og jeg er glad for, at det har været over så mange gange, fordi havde alle informationer kommet på én gang, så vil jeg nok sige, så ville der være meget, der var gået tabt. Fordi der er godt nok mange informationer for en ny diabetiker*."

Dog følte en enkelt af patienterne, at forløbet i almen praksis langtfra var optimalt, primært pga. manglende information. Dette tilfælde kunne indikere, at patienten ikke har fået tilbudt det anbefalede opstartsforløb f.eks. ikke har modtaget det anbefalede patientmateriale og heller ikke er blevet henvist til afklarende samtale i kommunen, og følgelig oplever at være overladt til sig selv:

> Patient: *"..jeg kunne godt have ønsket, at lægen gav sig tid til at tale med mig! Hun vidste, at jeg havde fået en diagnose to dage før på diabetes. Jeg havde taget min kone med for den samme skyld, for at vi skulle være fire ører, der hørte, hvad hun sagde. Og hun sagde ikke noget. (..) alle vores spørgsmål, det væltede ud med spørgsmål. Men "ja, det må du snakke med sygeplejersken om". Jeg savnede en professionel modpart, som kunne hjælpe én og fortælle én noget. Og gøre noget. Jeg har også ringet til Diabetesforeningen for at få noget viden... Og de har været rigtig søde og rare og hjælpsomme…Og da jeg ikke havde fået noget at vide af min læge om kost, så havde jeg selv kontaktet en privat diætist, som jeg selv har betalt for og er kommet op til for at få noget hjælp og vejledning om, hvad jeg skulle spise. Hende havde jeg brugt engang før for at tabe mig for noget tid siden, og hun er rigtig god. Og det vil jeg sige, hun bor [i Nordsjælland], og jeg bor [på Fyn] – der er langt imellem, ikk'?. Så der var jeg oppe hos en diætist, og jeg har fået et program til at holde mine sukkertal nede, og dét har taget det helt ned."*

3.2 Patientinformation

Som understøttelse af opstartsforløbet er der blevet udviklet patientmateriale målrettet personer med nyopdaget type 2-diabetes, som skal sikre, at patienten allerede på diagnosetidspunktet får de mest relevante informationer tilpasset deres aktuelle situation. Dette skriftlige materiale – patientmappen, som patienterne har fået udleveret i almen praksis, er også blevet godt modtaget af både læger og patienter.

> Læge: *"..jeg har den grønne mappe med, hver gang vi får en nydiagnosticeret, og jeg synes egentlig, det har været meget nemt, og vi har netop brugt det til, at de kan gå hjem og prøve at kigge på for eksempel de her spørgsmål, der er i. Så de kan se – "hvad ved jeg noget om, og hvad ved jeg ikke noget om", og så har vi faktisk talt ud fra det. Så det har været nemt at bruge, synes jeg. Og godt at bruge! Fordi vi skal nå meget; vi har tre samtaler med dem til en start, lige så snart de har fået diagnosen. Så der deler vi det lidt op, så nogle af spørgsmålene har vi ventet lidt*

med (..) så ved vi lige, hvad går vi tilbage til – hvad mangler vi at få snakket om. Så det har faktisk været nemt at bruge."

Samtlige adspurgte patienter med undtagelse af én, fik udleveret materialet ved diagnosesamtalen og var generelt tilfredse med informationen; generelt blev mappen brugt hyppigst i tiden umiddelbart efter diagnosen:

> Interviewer*: "Har det materiale – den grønne mappe - der har været udleveret, været til nogen hjælp?*
>
> Patient*: Ja, det har det bestemt.. jeg har læst i den flere gange og slået op og... så det har den.*
>
> Patient*: "..jeg har læst rigtig meget i den til at starte med".*

3.3 Komplikationssscreening

De patienter, der har lægepraksis på Fyn eller i Sønderborg, blev som en del af opstartsforløbet tilbudt en sammedagskomplikationsscreening, hvor patienter ved ét samlet hospitalsbesøg undersøges for flere følgesygdomme. I øvrige lægepraksisser blev patienten opfordret til at få tjekket øjne og fødder hos hhv. en lokal øjenlæge og fodterapeut. Patienterne, der er interviewet til denne rapport, har alle på nær to fået undersøgt øjne og fødder ved en sammedagsscreening, hvorfor resultaterne kun omfatter evaluering af dette tilbud.

Det systematiske tilbud om komplikationsscreening eller sammedagsscreening havde til formål at sikre, at patienten blev undersøgt for relevante komplikationer allerede kort efter diagnosetidspunktet, for at opspore tidlige tegn på komplikationer og tilpasse behandlingen herefter. Herudover var formålet med sammedagsscreeningen at lette adgangen til undersøgelser for diabetesrelaterede komplikationer samt at reducere patientens ansvar for at koordinere eget forløb ved at give mulighed for at få én samlet tid til screening, hvor sundhedsvæsenet henviser, booker og indkalder. Dette har potentialet til at imødekomme barrierer for mindre ressourcestærke patienter, der uden dette tilbud måske ikke ville få foretaget relevante komplikationsscreeninger.

Blandt de sundhedsprofessionelle var der tydelig enighed om de positive aspekter af sammedagsscreeningen. Det påpeges blandt andet, at almen praksis-klinikkerne har stor glæde af denne ordning ifm. behandlingen, da alle undersøgelser er foretaget på én gang og dermed sikrer et overblik over og komplethed i forløbet:

> Praksissygeplejerske: "*Jeg synes også, det er dejligt, at vi kan henvise til sammedagsscreening – det er der også rigtig mange, der har sagt ja tak til. Og det synes jeg også er luksus for klinikkerne, fordi at det hele bliver serveret på et sølvfad ..patienten er allerede, når de kommer til den der tre måneders opfølgning, har de fået lavet retina-foto, har de fået gennemgået deres fødder og fået en snak om det og blodtryk og blodprøver.*

Sammedagsscreeningen bidrager ifølge en praksis-sygeplejerske også til at give patienterne bedre rammer for starten på livet med diabetes; at denne screening – ud over

det praktiske aspekt i at samle flere undersøgelser i én konsultation - kan bidrage til tryghed hos den enkelte patient:

> Praksis-sygeplejerske: *"..vi laver henvisning, og de bliver sammedags-screenet efter den aftale, der nu er lavet. Og det er super. Patienterne er glade. Og det er jo egentlig også.. man kan jo diskutere, hvor vigtigt det er at få en øjenbaggrundsscreening, når en nydiagnosticeret diabetiker egentlig ikke kan have haft forhøjet blodsukker i mere end måske et halvt år. Det har jo ikke den store betydning. Men jeg tror, dét der er godt ved det, er også at patienten behøver jo ikke at gøre særlig meget for at få adgang til de undersøgelser. Og i starten er der jo nok, når man har fået den her diagnose og har fået så meget ny viden og pludselig skal lære en masse om sig selv og sin livsstil, og hvad man kan gøre - så er det rigtig rart, at der er noget, der bliver taget ud af hænderne på en. Og man får bare en indkaldelse, og så møder man op, og så bliver de ting tjekket, og.. så er det i orden det hele. Og det er godt, fordi vi her i Udkantsdanmark jo også er lidt underforsynede med øjenlæger. De har jo 1 års ventetid, og bare dér bliver mange patienter utrygge, selvom vi også siger, "jamen det gør ikke noget, og det er fint, og det behøver ikke at være hurtigt". Så er det alligevel meget rart for dem, at de ved "okay, jeg har ikke en øjensygdom, og jeg har ikke de andre komplikationer, så i princippet bare jeg gør mig umage nu, så skal det nok blive godt det hele".*

Sammedagsscreeningen bidrager ifølge en anden praksissygeplejerske med at give patienterne en oplevelse af sammenhæng, at der bliver taget hånd om dem og at det er en stor hjælp ift. at patienten ellers selv ville skulle stå for at koordinere undersøgelserne:

> Praksis-sygeplejerske: *"De ved præcis, hvornår de, altså så er de blevet sendt til sammedagsscreening, og de skal have lavet alle de her undersøgelser, så de ved, hvordan de får svar på dem. Hvor de andre, de er sådan lidt, "nå, men skal jeg også ringe til en øjenlæge...?". Altså, så der er sådan lidt mere styr på det. Og borgerne de omtaler det jo som om at, "det virker som om, at min læge har helt styr på, hvad jeg skal". Hvor de andre det er overladt lidt mere til dem selv... Så den sammedagsscreening det giver dem en tryghed og en ro, der gør, at de har lidt ryggen fri og kan starte og gøre deres bedste for at få styr på denne her sukkersyge.*"

Fælles for de adspurgte patienter, der har fået foretaget sammedagsscreeningen er, at det er blevet særdeles positivt modtaget, både pga. oplevelsen af høj kvalitet i behandlingen samt det praktiske aspekt ift. kortere tidsforbrug ved den samlede undersøgelse: En patient fortæller:

> Patient: *"Jeg har fået øjnene screenet og mine fødder undersøgt. Og det var lige så fantastisk en sygeplejerske, og hun forklarede også stolpe op og stolpe*

> *ned og... ja. Det var også en fantastisk oplevelse. Det var en god oplevelse, det var det. Og også meget informativt. Det var det."*

To af de adspurgte patienter tilhørte klinikker, som ikke kunne henvise til sammedagsscreening; disse patienter havde ikke fået foretaget undersøgelser for komplikationer og var ikke klar over, at disse undersøgelser skulle foretages.

3.4 Blodsukkermåling

Som en del af opstartsforløbet blev blodsukkermålinger anbefalet som et pædagogisk værktøj. Herunder var der i opstartsforløbet fokus på at sikre de rette procedurer, så patienten i den initiale fase fik hjælp til at ansøge om og få bevilliget relevant udstyr til blodsukkermåling samt blev oplært i at anvende blodsukkermåling til at blive klogere på sin sygdom, herunder få indsigt i f.eks. hvordan mad og bevægelse påvirker blodsukkeret.

Med undtagelse af to af de adspurgte patienter var alle blevet tilbudt blodsukkermåling. Målingen var blevet anvendt af de resterende patienter, men der er ikke én fremherskende opfattelse af værdien af disse. Nogle patienter bruger det som et måske lidt 'underholdende' indslag ift. at vurdere deres kost og betydning for blodsukkeret, andre tillægger det lidt større betydning. Denne patient har via sundhedsprofessionelle fået en opfattelse af, at målingerne ikke har en stor værdi.

> Patient: *"..jeg gør det ikke ret tit, fordi jeg har egentlig fået at vide, jeg kan ikke bruge det til noget alligevel. Så jeg gør det egentlig ikke ret tit. Èn gang i ugen måske. Så det er ikke ret tit. Jeg fik at vide, at jeg egentlig bare mest skulle bruge den sådan og lege lidt med det for at se, hvad siger mit blodsukker, hvis nu jeg spiser en banen, eller hvis nu jeg spiser et stykke franskbrød. Jeg prøver sådan lidt forskelligt. Men jeg bruger den ikke ret meget."*

To andre patienter bruger blodsukkermålingerne, men ser det i højere grad som en hjælp – og én patient har desuden oplevet, at den kommunale diabetesundervisning har været en supplerende hjælp ifm. målinger*:*

> Interviewer*: ..og hvad bruger du det til, de værdier?*
>
> Patient: *Jamen, at se efter om jeg spiser okay. Og altså mit fasteblodsukker det er jo, om jeg har spist okay dagen i forvejen og fået motion nok. Fordi hvis ikke jeg får motion nok, og jeg spiser forkert, så stiger blodsukkeret. Det er jo det, vi har lært på kurset. Så det skal jeg prøve på at holde så langt nede som muligt.*
>
> Patient*: Jeg synes, det er en støtte. Og det giver mig en pejling af, hvor jeg er henne af. Og så er jeg jo så igen spændt på at se min langtidsblodsukker i næste uge, hvordan den ser ud".*

Blandt de sundhedsprofessionelle var der et overordnet samlet positivt indtryk af værdien af blodsukkermålingerne som et pædagogisk redskab til at vurdere effekten af kost og motion ift. at sikre et passende blodsukkerniveau:

> *Læge: ..hvis de er i behandling med Metformin, så ser vi kun blodsukkermålingen som et pædagogisk redskab. Så det er ikke noget med, at vi siger, at patienten skal måle blodsukker hver eneste dag eller hver eneste måned, men prøver at snakke med dem om, at "nu kan du jo prøve i morgen, så kan du prøve at måle dit blodsukker, og så kan du prøve at spise en kage, og så kan du måle dit blodsukker igen efter en halv time". Så de kan få en fornemmelse af, hvad er det rent faktisk, der sker, når det er sådan, at man lever anderledes, end man egentlig bør. Så vi bruger meget det her med blodsukkermålingen som pædagogisk redskab.*
>
> Læge*: "..altså det gør vi jo ved de patienter* [bruger blodsukkermålinger]*, altså der er nogle helt nyopdagede, som gerne vil se an med kostændringer og mere motion i tre måneder for eksempel. Se an uden medicin. Og det får de selvfølgelig lov til, fordi det er også lærerigt at se, jamen hvad sker der med en anderledes kost og noget mere motion."*
>
> Læge*: "Og der har vi sådan brugt det lidt som et redskab til at sige, jamen det er godt i starten lige at finde ud af, hvad gør det her mad ved mig, hvad gør det her motion ved mig og alt sådan noget. Så har vi guidet dem lidt i det. Nogle kan rigtig fint finde ud af at bruge det; andre de ønsker simpelthen ikke at bruge det. Og så har vi sagt, jamen så må vi tage det derhen ad, hvis du pludselig synes, det er fint. Såh ja, vi bruger blodsukkermåling derhjemme, og nogle går meget op i det."*

Selvom alle adspurgte læger var positive ift. at tilbyde en introduktion til blodsukkermåling, hvis patienterne selv er indstillet på det, nævner én læge dog, at målingerne kan være uhensigtsmæssige dvs. nogle patienter kan opleve målingerne som en unødig byrde.

> Læge*: "..om patienter skal oplæres i blodsukkermåling. Vi har altid haft det som tilbud. Alle patienter, der var interesserede og ville bruge det til noget, blev oplært i det, men igen; hvis patienterne egentlig ikke selv føler, de har behov for det og nærmest føler, at de er mere syge, når de skal måle blodsukker, så har vi faktisk fint kunne sige, det behøver vi ikke, fordi det har jo ikke indflydelse på behandlingen. Normalt styrer vi jo efter Hba1c. Det kan være et pædagogisk redskab for at se, okay når jeg spiser det og det, så stiger mit blodsukker voldsomt, men omvendt kan det også give nogle patienter, som måske er mere perfektionistiske anlagt noget skyldfornemmelse, og de vil føle sig mere syge, end de ellers ville gøre, hvis de ikke havde mulighed for at forpligtige sig til at måle blodsukker. Så der er det nok især min lægelige holdning - jeg bruger ikke det blodsukker til noget. Jeg bruger dem, når patienter er i behandling med insulin, så bruger jeg dem selvfølgelig også. Eller hvis vi ikke kan få dem i mål, så kan man sige, okay hvornår er det, er der nogle bestemte tidspunkter, eller hvad kunne det være? Og så kunne det også blive kombineret med en C-peptid for eksempel for at se, okay er der overhovedet insulin nok? Men ellers synes jeg ikke, at blodsukkermålinger hos type 2-patienter med medicinsk behandling, der ikke giver hypoglykæmi - giver særlig meget mening."*

3.5 Det tværsektorielle samarbejde

Behandling af type 2-diabetes beror i høj grad på en tværsektoriel opgaveløsning. Derfor har opstartsforløbet bl.a. til hensigt at styrke sammenhæng og informationsdeling mellem sektorer, således at patienter i højere grad involveres samt tilbydes et forløb, der er tilpasset den enkeltes behov. For at opnå dette, afholdes fællesmøder på tværs af kommune/almen praksis for at sikre en fælles faglig forståelse af indsatsen og styrke det tværsektorielle samarbejde om diabetespatienterne.

3.5.1 Fællesmøder

Et tydeligt og vigtigt fællestræk på tværs af alle interviews med sundhedsprofessionelle fra almen praksis og kommuner var den store, positive effekt af fællesmødernes mulighed for at opbygge en personlig relation faggrupperne imellem. Disse relationer kan medvirke til en større grad af forpligtigelse faggrupperne imellem: Om værdien af fællesmødet nævner en praksissygeplejerske:

> Praksissygeplejerske: *Jamen, jeg kan rigtig godt lide det, at vi får relationer til hinanden, og at vi mødes. Det er meget nemmere, når vi har ansigter på. Og jeg tror, det er meget vigtigt, at man får kigget hinanden i øjnene lige og ser, hvem er det egentlig, der sidder derude og har med patienterne at gøre. "Hvorfor er det, vi tror, at vi skulle være bedre end dem?", havde jeg nær sagt, hvis du forstår. Nu har jeg været på sygehus for mange år siden, og jeg har været i kommunen, og nu sidder jeg i praksis – ligesom lukket den ring der. Og jeg kan jo godt se, hvad vi en gang imellem kaster lidt efter hinanden: "Hvorfor gør de ikke sådan i praksis?", og "hvorfor gør de ikke sådan ude i kommunen?", og "de er da også nogle klyder til det der" eller sådan et eller andet?"*

Fællesmøderne er ifølge informanterne vigtige, da de oplever, at møderne kan medvirke til at nedbryde fordomme og forbedre relationer og kendskabet til faggruppernes funktioner og kompetencer:

> Læge: "*Jeg synes tit, det er sådan noget 'os' og 'dem', hvor det gerne skal blive 'os' og 'os'. Fordi i virkeligheden så burde vi være på samme hold, men nogle gange så sidder man inde på sygehuset, og så siger man: "Jamen, de er fandeme også så dumme, de der praktiserende læger". Og vi sidder ude hos os og siger: "Jamen, de fatter jo ikke en skid om, at patienten fejler alle mulige andre ting end lige den ene ting, som de skal se, og så bliver de bare sendt hjem, uden at der er en større plan". Men når vi snakker sammen – og det samme gælder jo også kontakten i kommunen – når vi snakker sammen, så bliver tingene meget mere nuancerede. Og det er rigtig, rigtig konstruktivt.*
>
> Interviewer*: Og har det noget at gøre med forestillinger eller en slags fordomme om, hvad de andre gør eller ikke gør?*
>
> Læge*: Jo, men det tror jeg, man har på forhånd… fordi man kan godt sidde hver eneste dag og blive irriteret over de tilbagemeldinger, man får fra*

> *kommunen eller sygehuset, fordi man tænker: "De forstår ikke rigtigt, hvad det handler om det her. Og når patienten er inde 10 gange, de sender bare patienten hjem uden at få ham dirigeret andre steder hen".*

En interviewperson fra kommunen indikerer også, at de kommunale tilbud måske lider under en gængs opfattelse af en kommune som noget måske mindre relevant eller kompetent ift. sundhedstilbud; og at der eksisterer negative fordomme om kommunen som institution, men at fællesmøder har potentialet til at afhjælpe dette:

> Kommunal sundhedsprofessionel: *"Og så kan der også være modstand fra patienten i forhold til at have noget med kommunen at gøre… Forstået på den måde, at hvis en patient er nede ved lægen og bliver henvist til noget på sygehuset... det virker mere professionelt, end hvis nu skal du til noget i "kommunen". Du kan næsten høre det, prøv at sige kom-mu-nen. Og det er dét med, hvad er det for nogle opfattelser, at folk måtte have af det kommunale. Det er noget med nogle girokort, det er noget med nogle regler og retninger. Altså, det kan hurtigt blive meget firkantet! Så her har man simpelthen fået opbygget noget godt."*

Fællesmødernes vigtighed understreges tillige af en læge, som vil sikre sig kvaliteten af det videre forløb for patienten – dette forudsætter kendskab til de kommunale tilbud.

> Læge: "..*jeg ser nogle gange, at den praktiserende læge ligesom også er.. patientens advokat. At den praktiserende læge vil gerne sikre, at det tilbud jeg henviser til, det er der også en vis kvalitet i. Og det tænker jeg også, de vil når de henviser til en hudlæge, så vil de også sikre sig, at dér hvor de har haft nogle gode erfaringer, det er også dér, de henviser til igen*."

Alle adspurgte sundhedsprofessionelle ser fællesmøderne som et vigtigt aspekt af det grundlæggende samarbejde med klinikkerne, og at dette samarbejde resulterer i flere henvisninger. En praksissygeplejerske lægger vægt på de personlige relationer og at det i sidste ende kommer patienterne til gode:

> Interviewer: *Du sagde, at I til møderne lige fik mulighed for at se hinanden i øjnene. Hvilken værdi har det?*
>
> Praksissygeplejerske: "*Jamen, det giver noget helt andet, når man lige ved, hvem er det, man lige ringer til. Vi har deres – hvad kan man sige – bagomnummer. De har vores nummer, og de ved altid lige, hvis jeg ringer og nu både med fysioterapeuter og sygeplejerske, hvem er det lige, der er i den anden ende. Og altså, det giver bare noget andet, når man har set den person, man snakker med eller skriver til i hverdagen, synes jeg. Og det siger hun også, min kollega, at det var fedt lige at sidde og snakke med dem og se dem, for det giver altså et andet – ja, det ved jeg ikke – et andet samarbejde*

eller en anden... jargon. Når vi bare lige siger et pip, så er der ikke noget – så ringer de op med det samme og ja, det kører, som det skal."

Interviewer: "*Og gør det en forskel for patienterne i sidste ende også*?

Praksissygeplejerske: "*Ja, det tror jeg, fordi vi kan jo sige lidt om, hvad det er for nogle personer, de kommer ud til. Nu er det mest de ældre, der har tid til at tage ud på de her kurser, der er i kommunen. Og når vi kan sige: "Jamen, det er lige [*navn*], der står derude og tager imod dig, og hun er skidesød, og hende skal du bare sige til, hvad vi to har snakket om", sådan et eller andet. Så det er så nemt lige at kunne sige, at "dem har vi set, og de er skidesøde, og du kan bare... du kan sige det hele derude". Den der jargon man nu kan have, når man har set hinanden lidt i øjnene. Jeg synes, det gør det nemmere. Og jeg tror også, vi får henvist flere på den måde, egentlig. Man husker det lidt bedre…det dér med, at vi også snakker om det, og lægerne er interesserede i, at så mange som muligt kommer ud i kommunen. Det tror jeg altså giver noget andet til, at man husker det på en anden måde i hvert fald. At få dem henvist dertil.*"

Interviewer*: Ja. Så det er både mere synligt for jer, men også i og med at I ved mere om dem, når I har haft de her møder, måske?*

Praksissygeplejerske*: Ja. Ja, absolut.*

3.5.2 Henvisninger til kommunale tilbud

Generelt gives der udtryk for, at henvisningsprocedurer mellem almen praksis og kommune forløber tilfredsstillende. Dog efterlyser de kommunale sundhedsprofessionelle samstemmende, at alle relevante informationer om patienten er inkluderet i henvisningen, dvs. at interventionens anbefalinger ift. henvisninger overholdes. Dette kunne tyde på, at implementeringen i dette tilfælde kræver en justering ift. at ensrette henvisningsindholdet. Fyldestgørende henvisninger er f.eks. særligt vigtige i hos patienter, der lider af psykisk sygdom:

Kommunal sundhedsprofessionel: *"..det her med, hvad vil jeg gerne vide, når de henviser en borger: Jeg får mange henvisninger, hvor det eneste, der står, det er "nyopdaget type 2-diabetes". Og så står der intet andet. Så vi snakkede meget om, hvad er det egentlig, vi godt kunne tænke os at vide. Fordi vi kan ikke se lægens journal, eller hvad der bliver talt om. Og vores oplevelse er, når borgerne kommer herud til den afklarende samtale, så kan de faktisk ikke huske ret meget af det, der er aftalt. Og nogle af opstartsklinikkerne er stadigvæk gode til at skrive, at de er med i det her opstartsforløb, men der er også nogle, hvor vi er tilbage til normal. (..) vi aftalte, at de skulle prøve at give mig noget information omkring, hvor ligger langtidsblodsukkeret, hvilken medicinsk behandling er sat i gang, og har borgeren nogle fysiske eller psykiske udfordringer. Det vil jeg gerne vide på*

forhånd, fordi så ved jeg, hvis det er en borger, jeg bliver ved med at ringe til og ikke kan komme igennem til - hvis de så har skrevet, at der er psykiske udfordringer, så er jeg også klar på at trække linen lidt længere. Og jeg er også klar på, at der kommer en udeblivelse eller to, hvor de ikke kan komme op til den samtale, de er kaldt ind til, hvor normal praksis er jo ellers, så bliver de faktisk afsluttet.

Kommunal sundhedsprofessionel*: Så jeg vil gerne vide de her små ting, men der er vi lidt tilbage til... som det var før opstartsforløbet. At - den viden får jeg ikke. Der er nogle, der er gode til at skrive, at de er med i opstartsforløbet, men den med, hvad er langtidsblodsukkeret, hvilken medicinsk behandling er sat i gang, og er der nogle udfordringer omkring borgeren – den ser vi ikke så tit. Det gjorde vi lige i starten, men det gør vi ikke mere. Desværre."*

En praktiserende læge nævner økonomi som en mulig barriere for at henvisninger til kommunale tilbud gennemføres:

Praktiserende læge: "*Jeg må så også sige, at da jeg var til møde med kommunen.. der var en af de sidste replikker, at man er jo heller ikke er interesseret i at få henvist alle sammen, fordi det er jo for dyrt. Så man er faktisk ikke rigtig interesseret i.. der er et økonomisk incitament i ikke at få henvist alt for mange, fordi det ville blive for dyrt for kommunerne."*

De adspurgte sundhedsprofessionelle fra almen praksis er dog generelt tilfredse med samarbejdet med kommunen.

Læge: *Jamen, det forløber godt, vil jeg sige* [henvisning/samarbejde med kommune]*. ..vi gør det på den måde, at vi – og det har vi aftalt med hinanden – at vi sender en henvisning herfra, og så skriver vi patientens telefonnummer, og så skriver vi til kommunen, at de skal tage kontakt til patienten. Så vi ligesom tager patienten i hånden over til den næste sektor. Så har vi aftalt med kommunen, at når de er færdige med patienten, eller patienten har været til afklarende samtale, så sender de en epikrise den anden vej. Sådan at vi hele tiden orienterer hinanden om, hvad sker der. Og det virker rigtig godt. Det samarbejde er supergodt, og vi har holdt møder med kommunen om det også.*

Alle de interviewede patienter på nær én havde deltaget i den afklarende samtale i kommunen og størstedelen – de patienter der følte, at de havde brug for det - benyttede sig ligeledes af kommunale tilbud. Der var næsten enstemmig tilfredshed med de kommunale tilbud, og at udbyttet herfra var praktiske anvendeligt i hverdagen. Særligt var deltagelse i det kommunale diabeteskursus anvendeligt og gav en følelse af tryghed og fælleskab.

Patient: "*Det har været rigtig fint. Hun har virkelig også meget med kosten, og træningen jeg skulle. Så det har været helt fantastisk*."

Interviewer: "*Så det er noget, du kan bruge til noget i hverdagen*?"

> Patient: "*Ja. Ja, det er det bestemt*."
>
> Interviewer: "*Og hvordan har det været at komme derud?" [til kommunen]*
>
> Patient: "*Jamen, det synes jeg egentlig er rigtig godt. Jeg har været til samtale ved en diætist og været ude og snakke med sygeplejersken derude og skal til en fysioterapeut nu her også angående noget træning og sådan noget. Ja, så det fungerer rigtig godt."*
>
> Patient: "*De er fantastiske undervisere alle tre. Der er en sygeplejerske og en diætist og en... fysioterapeut – som underviser os i de forskellige genrer.*
>
> *..vi er 11 eller 12 personer med diabetes – vi vil til at starte en gruppe op på Facebook, så vi ligesom kan udveksle erfaringer og opskrifter og gåture og forskellige ting, følelser. Fordi vi er en god gruppe. Vi snakker rigtig godt, og vi er en blanding af nye diabetikere, men også diabetikere, der har været det i over 20 år. Så vi er en bred skare. Og det, tror jeg, er meget sundt og meget godt, fordi vi hører nogle ting af de gamle. Men vi skal også lære mange ting, os der er nye. Og som de gamle også siger: "Jamen, sådan et tilbud har jeg sgu aldrig fået ved lægen" og "dét har jeg aldrig fået tilbudt" og "dét har jeg ikke hørt om før". Altså, vi supplerer hinanden godt. Så det har været givtigt."*

Timingen i de kommunale tilbud opleves generelt som passende for patienterne:

> Patient: *"..jeg synes, det er fint [tidspunkter for kommunale tilbud i forløbet], at jeg har én ting hos lægen, og så kører jeg til diætisten, og jeg skal flere forskellige ting. Det, synes jeg, har været fint nok.."*

Én patient påpegede dog de praktiske udfordringer forbundet med tilbud, der ligger inden for almindelig arbejdstid. Patientens oplevelse med kontakten til kommunen bar præg af en vis tilfældighed; vedkommende var dog heller ikke blevet henvist til den afklarende samtale, der formodentligt ville have imødeset de individuelle behov:

> Patient: "*Men så havde jeg også fået et nummer til kommunen, hvor jeg skulle ringe til den her diabetessygeplejerske. Der var også nogle tider, hvor man kunne få et diabeteskursus – tirsdag fra kl. 13-15. Men der er jeg på arbejde, altså! Der kan man jo ikke deltage; det er kun lavet til pensionister – det er ikke lavet til folk, der er på arbejdsmarkedet. Og så ringede jeg på det nummer, jeg havde fået, og det var et forkert nummer, og hun havde ikke noget med det at gøre. Så fik jeg et andet nummer og ringede til hende, og hun havde heller ikke noget med det at gøre. Men hun ville sende en besked til diabetessygeplejersken, så hun kunne kontakte mig. Så gik der så weekenden over, efter at jeg havde fået fat i dem. Og der kan man kun ringe mellem 9.30 og 10, så det er sådan liiige lidt svært – det er ikke altid, jeg har ledige tidspunkter der*."

4 Konklusion og perspektiver

På baggrund af interviews udført med både patienter og sundhedsprofessionelle, er opstartsforløbet for ny-diagnosticerede type 2 diabetes-patienter i Region Syddanmark blevet positivt modtaget.

Resultaterne viser, at sundhedsprofessionelle fra både almen praksis og kommuner har oplevet forløbet som et relevant og brugbart tiltag i behandlingen af type 2 diabetes. Forløbet bidrager med en systematik i den kliniske hverdag, der sikrer at f.eks. krævede undersøgelser og konsultationer bliver gennemført. I forlængelse heraf, er oplevelsen af sammedags-screeningen særdeles positiv da den både sikrer en samlet undersøgelse af tidlige tegn på komplikationer, og samtidigt er en fordel for patienten som kun skal møde til én samlet konsultation, og desuden giver en tryghed for patienten at der screenes samlet for komplikationer i den tidlige fase af diabetesforløbet.

Desuden viser undersøgelsen, at opstartsforløbet resulterer i et forbedret samarbejde mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne, til gavn for patienter. Det forbedrede samarbejde tilskrives fællesmøderne med deltagelse af almen praksis og kommuner, hvor et afgørende element har været dannelse af relationer mellem medarbejdere i de respektive sektorer. Dette skaber ifølge de adspurgte et afgørende fundament for samarbejdet, ved at sikre kendskab og viden til procedurer og behandlingstilbud. Da etableringen af disse relationer synes at være et kritisk aspekt i det tværsektorielle arbejde, kan dette samtidigt være en potentiel barriere for implementeringen af opstartsforløbet og det kontinuerlige samarbejde mellem sektorer. Det virker derfor afgørende, at fællesmøder på tværs af sektorer prioriteres og afholdes med regelmæssige intervaller.

Den patientoplevede værdi af opstartsforløbet har været overvejende positiv. De adspurgte har generelt følt sig velinformeret og behandlet tilfredsstillende. Dog er der blandt adspurgte patienter eksempler på forløb, hvor oplevelsen af behandlingen i almen praksis ikke har været optimal. Disse eksempler går på manglende information samt manglende struktur på behandlingsforløbet; dog indikerer disse oplevelser, at dette ikke skyldes elementer i selve opstartsforløbet, men snarere at de pågældende klinikker ikke har integreret interventionen i behandlingen af de nydiagnosticerede type 2 diabetes-patienter. Patienterne var særdeles tilfredse med de kommunale forløb ift. håndgribelig, brugbar hjælp til dagligdagen med diabetes, hvorfor henvisning til den afklarende samtale og de kommunale tilbud derfor må vurderes som et kritisk aspekt i forløbet. Vurderingen af brugen af blodsukkermåling som sundhedspædagogisk redskab var ikke entydig, omend de fleste sundhedsprofessionelle var indstillede på at anvende dette som et fast tilbud til interessede patienter.

Samlet set er opstartsforløbet således blevet positivt modtaget af både sundhedsprofessionelle og patienter, og opleves som et vigtigt tiltag i behandlingen af personer med nydiagnosticeret type 2-diabetes.

