

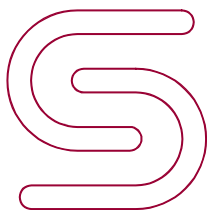
Evaluering af indsats:

Sammen om Diabetes i Aarhus V

marts 2022

Indhold

Sammenfatning	2
Baggrund og metode	2
Resultater	2
Læringspointer	2
Formål med evalueringen	4
Sammen om diabetes i Aarhus Vest	4
Baggrund og formål	4
Indhold	4
Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	5
Deltagere i indsatsen	5
Effekt af indsatsen	8
Borgerperspektivet	12
Borgernes oplevelser og selv vurderet udbytte af den håndholdte indsats	13
En relationsskabende sundhedsmedarbejder	13
Helhedsblik på medicinsk compliance	14
Måltrettet diabetesrådgivning	16
Borgeroplevet sammenhæng og samarbejde på tværs	18
Sundhedsprofessionelles oplevelse af det tværgående samarbejde	20
De kommunale sundhedsmedarbejders rolle og funktion i indsatsen	20
Indsatsens kommunale forankring og geografiske placering	24
Samarbejdsflader i indsatsen	25
Fremmere og barriere for det tværsektorielle samarbejde	29
Metode	34
Kvantitative data og analyse	34
Kvalitative data og analyse	34



SAMMENFATNING

Baggrund og metode

Formålet med indsatsen Sammen om Diabetes i Aarhus V var at inkludere og fastholde borgere med type 2-diabetes (T2DM) i et særligt håndholdt og skræddersyet forløb i Folkesundhed Aarhus Vest (FSV). Målgruppen var primært borgere med anden etnisk baggrund end dansk fra almen praksis og Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA), der var svære at få i behandlingsmål. Derudover var det et formål at styrke det tværsektorielle samarbejde på tværs af kommune, almen praksis og hospital.

Evalueringen baserer sig på spørgeskemadata fra 32 borgere, der har gennemført et forløb i indsatsen samt interviews med 14 borgere og 5 sundhedsprofessionelle fra FSV, almen praksis og SDCA.

Resultater

I alt blev 18 mænd og 19 kvinder startet op i et forløb hos FSV. To tredjedele af deltagerne havde ingen uddannelsesmæssig baggrund og 80% var ikke i arbejde. Ved indsatsens opstart lå deltagernes gennemsnitlige HbA1c på 66 mmol/mol, BMI på cirka 31 og 40% havde en score på trivselsindekset WHO-5 mindre end 50, hvilket indikerer stor eller potentiel risiko for stress eller depression.

Effektevalueringen viste, at borgernes HbA1c i gennemsnit faldt med 8,4 mmol/mol, at BMI faldt med 0,5 kg/m² og at den gennemsnitlige score på WHO-5 steg med 13 point. Alle resultater er statistisk signifikante.

I interviews med borgerne gav de udtryk for, at de har haft en tryk og tillidsfuld relation til sundhedsmedarbejdere i Folkesundhed Aarhus Vest og at den individuelle tilgang og bedre tid har givet en oplevelse af at blive lyttet til. Borgerne vurderer, at tilbuddet har øget deres krops- og sygdomsforståelse og har haft gavn af konkret rådgivning om blodsuktermåling, insulinindtag og andet medicinindtag. Endelig gav borgerne udtryk for at diabetessygeplejerskens gentagelser og tætte opfølgning fra gang til gang har medvirket til at holde dem ansvarlige og givet oplevelsen af, at de ikke står alene med deres udfordringer.

Evaluerings af de organisatoriske forandringer i forbindelse med indsatsen viste ved interview med sundhedsmedarbejderne fra FSV, at særligt to faktorer var kendetegnende for deres indsats; dels diabetessygeplejerskens mange roller i indsatsen og indsatsens kommunale forankring og placering i Gellerup. Diabetessygeplejerskens mange roller dækkede dels brobygning til almen praksis, ledsagelse af borgere til hospitalskontroller, afholde skræddersyede individuelle forløb, opbygge tillidsfulde relationer til borgerne og ikke mindst, sikre indsatsens fremdrift og dokumentation. Endelig viste analyserne, at indsatsens kommunale forankring og placering i Gellerup har haft betydning for borgernes motivation og fastholdelse i projektet; positiv i kraft af indsatsens store tilgængelighed og brobygning til aktiviteter i lokalområdet og negativt i kraft af borgernes mistillid til kommunalt samarbejde samt stigma forbundet med at komme i et kommunalt sundhedscenter.

Samarbejdet mellem FSV og de involverede lægepraksisser har været karakteriseret af et nystartet samarbejde, hvor forskellige modeller for samarbejde er blevet afprøvet og hvor justeringer er blevet foretaget løbende i indsatsperioden for at understøtte et samarbejde, der fungerer i begge parter hverdag.

Borgernes oplevelse af sammenhæng i patientforløb øges, når almen praksis og kommunen fysisk mødes med borgeren og viser gensidig interesse. Desuden lettes borgerens vej gennem systemet, når én sundhedsprofessionel agerer bindeled mellem borgerens forskellige kontaktflader i sundhed- og socialvæsenet, hvorimod oplevelsen af sammenhæng udfordres, når borgeren oplever selv at skulle være ansvarlig for overlevering af viden fra kommunen til almen praksis og ved manglende opfølgning i en af sektorerne.

Læringspointer

På baggrund af borgerne og de sundhedsprofessionelles egne forslag samt viden fra analysen præsenterer rapporten en række læringspointer med relevans for fremtidige indsatser målrettet et koordineret tværsektorielt samarbejde for sårbare borgere med type 2 diabetes (Tabel 1).

Tabel 1. Læringspointer udledt af erfaringer fra borgere og sundhedsprofessionelle.

Tværgående samarbejde

- **Prioriter indledende samarbejds møde mellem kommunen og lægepraksisser** hvor forventninger afstemmes, og aftaler klarlægges om bl.a. økonomi, henvisningspraksis, inklusionskriterier, enighed om behandlingsmål, aftaler om løbende kommunikation samt model for konferencemøder.
- **Prioriter fælles opstartsmøder** hvor både borger, egen læge og kommunal medarbejder er fysisk tilstede.
- **Henvis gennem flere kanaler**, fx gennem involvering af flere lægepraksisser samt mulighed for direkte henvisning af kommunen.
- **Sikr adgang til fælles IT-systemer samt datadeling på tværs af sektorer**, fx kommunal adgang til fælles medicinkort (FMK) og adgang til blodprøvesvar fra almen praksis samt procedurer for sikker datadeling mellem kommunen og almen praksis.
- **Understøt kommunernes og almen praksis forskellige arbejdsgange og tidsrammer** i forbindelse med mødekadence og løbende kommunikation.
- **Sikr overensstemmelse mellem dokumentation og den nødvendige tid** til den enkelte borger herunder samtaler, ledsagelse og brobygning. Flere borgere kræver flere hænder.

Arbejdet med målgruppen

- **Fasthold tæt borgerkontakt og opfølgning, uanset antal borgere.** Tæt kontakt og tid til den enkelte borger er nødvendigt for at fastholde den enkelte borgers motivation.
- **Fasthold tilbud om sprogstøtte** både i individuelle samtaler samt ved ledsagelse.
- **Understøt sektorovergang ved afslutning af forløb** og overlevering af viden og erfaringer fra det kommunale tilbud til almen praksis.
- **Overvej om frekvensen på spørgeskemaer** til borgerne kan sættes ned.

FORMÅL MED EVALUERINGEN

Evalueringen af Sammen om diabetes i Aarhus V omfatter en kvantitativ effektevaluering, en evaluering af borgeroplevelser, som er baseret både på kvalitative interviews og kvantitative spørgeskemadata samt en kvalitativ organisatorisk evaluering. Overordnet forventes deltagerne at opnå: stabilt fremmøde til behandlings- og rehabiliteringstilbud, en større grad af compliance i forhold til medicin og livsstilsændringer, forbedret livskvalitet og større viden og redskaber til selv at fremme egenomsorg.

Den kvantitative effektevaluering har til formål at afdække hvorvidt deltagerne opnår ændring fra start til slut på en række sundheds- og mestringsparametre, fx HbA1c, BMI, WHO-5 og egenomsorg. Evalueringen af borgernes oplevelser søger at opnå forståelse for målgruppens oplevelser med indsatsen, herunder barrierer og muligheder for deltagelse og fastholdelse, udbytte af indsatsen samt oplevelse af sammenhængende forløb. Den organisatoriske evaluering har til formål at undersøge det tværgående, systematiske arbejde, hvor sundhedsmedarbejderne i Folkesundhed Vest (FSV) skal bygge bro mellem lægepraksis og det kommunale tilbud.

Evalueringen er gennemført internt af Enhed for Sammenhængende Patientforløb og Tværsektorielle Indsatser, Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA), Aarhus Universitetshospital efter forskningsmæssige forskrifter og med analytisk objektivitet (se metodeafsnit).

SAMMEN OM DIABETES I AARHUS VEST

Baggrund og formål

Forløbsprogram for type 2-diabetes (T2DM) angiver, at almen praksis, hospital og kommune har ansvar for implementering af en evidensbaseret og koordineret diabetesindsats.

Det er kendt, at forekomsten af T2DM er socialt ulige fordelt. Samtidig har kortuddannede, lavtlønnede og arbejdsløse statistisk større risiko for at udvikle komplikationer af deres diabetes. Danske undersøgelser viser, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk har en forekomst af T2DM, som er op mod fire gange større end baggrundsbefolkningen.

I Gellerup området, hvor næsten 80% af beboerne har anden etnisk baggrund end dansk, er der høj arbejdsløshed, mange lavindkomstfamilier og en voksen-sundhed, som er lavere end det kommunale gennemsnit, herunder en forekomst af T2DM, som estimeres at være dobbelt så høj som resten af Aarhus.

Derfor er formålet med denne indsats, at sårbare borgere fra almen praksis i området inkluderes og fastholdes i et skræddersyet og koordineret tværsektorielt behandlings- og rehabiliteringsforløb og herigenom opnår samme behandlingskvalitet som andre patientgrupper med T2DM. Et langsigtet mål er at forebygge udvikling af senkomplikationer som følge af diabetes.

Indhold

Der blev etableret et systematisk og koordineret samarbejde mellem læger fra tre almen praksis i området og FSV. Konkret består samarbejdet i, at lægerne i almen praksis, med borgerens samtykke, henviser sårbare patienter med T2DM til et særligt håndholdt og skræddersyet forløb i FSV. Målet var at inkludere 50 borgere. Med udgangspunkt i den enkeltes borgers behov og ressourcer sammensatte man et forløb, der f.eks. kunne indeholde: Afklarende sundhedssamtale og individuelle samtaler efter behov, individuel tilrettelagt hjælp til at gennemføre diabetesforløb med sprogstøtte, hjemmebesøg af diætist, intensiv coaching i forbindelse med fysisk aktivitet, ledsagerordning til kontrol, fodterapeut, øjenlæge eller ambulatorie.

Ambitionen med den håndholdte indsats var: at den enkelte borger fik et mere sammenhængende og målrettet behandlings- og rehabiliteringsforløb, at der på tværs af almen praksis, kommune og hospital skabtes viden om samarbejde og bedre indgange og sammenhænge for sårbare borgere med diabetes, samt at borgeren fik viden og redskaber til at fremme egenomsorg både for sig selv og familien.

Indsatsen fordrede ansættelse af en "diabetessygeplejerske" som brobygger. Diabetessygeplejersken blev ansat i FSV, men skulle have sin daglige gang både i lægepraksis og i FSV. Diabetessygeplejersken skulle have kendskab – og adgang – til de mange tilbud, der er etableret i Gellerup området bl.a. familieindsats (sundhedsplejen m.fl.) og beskæftigelsesindsatser.

RESULTATER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

Deltagere i indsatsen

Tabel 2 beskriver deltagerne ved opstart af indsatsen fordelt på mænd og kvinder. Samlet set blev 37 borgere startet op i et forløb i indsatsen Sammen om Diabetes i Aarhus Vest, 18 mænd og 19 kvinder. De 37 borgere har besvaret et opstartsspørgeskema. Mændene var ved opstart i gennemsnit lidt ældre end kvinderne. De fleste kvinder opstartet i forløb havde ingen uddannelse, blandt mændene var fordelingen stort set ens mellem dem med og uden uddannelse. Andelen af kvinder uden uddannelse var større end andelen af mænd. De fleste af borgerne opstartet i forløb var ikke i job. Cirka 60% af borgerne vurderede ved opstart deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller dårlig, hvorimod ca. 40% af borgerne var i risiko for stress eller depression ifølge deres besvarelse på WHO-5. Langt de fleste af borgerne var ved opstart enige eller helt enige i, at de er gode til at tage hånd om eget helbred; lidt flere mænd end kvinder. Over halvdelen af borgerne følte sig ved opstart ofte eller en gang imellem ensomme. Knap halvdelen af borgerne vurderede deres fysiske form som mindre god eller dårlig; kun få af borgerne var rygere. Over 40% af borgerne havde ved opstart ikke været hos en tandlæge inden for de sidste 5 år. Borgernes HbA1c lå ved opstart i gennemsnit på 66 mmol/mol. Ofte vil behandlingsmålet for personer med T2DM være HbA1c på 53 mmol/mol eller derunder. De fleste borgere i forløb havde et taljeomfang, der defineres som værende en stærkt forøget risiko for følgesygdomme. Endelig var borgernes gennemsnitlige BMI over 30, hvilket defineres som fedme klasse 1.

Borgerne er ikke blevet spurgt til etnisk baggrund i spørgeskemaet og derfor kan etnisk baggrund ikke indgå i analyserne, men det talte sprog er noteret i sundhedsmedarbejdernes logbog. Fire borgere har dansk som modersmål, de resterende borgere i forløb har et andet ikke-vestligt modersmål; primært tyrkisk, arabisk, libanesisk og somalisk.

En væsentlig del i evalueringen er at vurdere, om de borgere, der afslutter et forløb adskiller sig fra de borgere, der ikke afslutter forløbet som planlagt. I tabel 3 sammenlignes borgere, der besvarer et afslutningsspørgeskema (n=25) med borgere, der enten afsluttes uden at besvare et afslutningsspørgeskema eller som ved dato for datatræk ikke er afsluttet endnu (n=12). Sammenligner man med dem, der afsluttede et forløb som planlagt, så følte en større andel af dem, der ikke afsluttede som planlagt sig ensomme og en større andel havde ikke været hos en tandlæge inden for de seneste 5 år. Endelig havde borgere, der ikke afslutter et forløb som planlagt, i gennemsnit højere HbA1c-niveau.

Tabel 2. Deskriptiv opgørelse af deltagere i Sammen om Diabetes i Aarhus Vest ved opstart fordelt på køn. Antal (procent).

	Mænd	Kvinder	Total	P-værdi	Missings / N (procent)
n (%)	18 (48,6)	19 (51,4)	37 (100,0)		0 / 37 (0,00)
Alder , mean (sd)	59,1 (7,3)	52,2 (11,2)	55,5 (10,0)	0,03	0 / 37 (0,00)
Uddannelse , n (%)					
Ingen uddannelse	-	-	25 (67,6)		
Kort/mellemlang	-	-	12 (32,4)	0,00	0 / 37 (0,00)
Beskæftigelse , n (%)					
I arbejde/sygemeldt fra arbejde	4 (11,1)	3 (15,8)	8 (18,9)		
Ikke i arbejde	14 (88,9)	16 (84,2)	30 (81,1)	0,62	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet helbred , n (%)					
Godt/virkelig godt helbred	10 (55,6)	8 (42,1)	18 (48,6)		
Mindre godt/ dårligt helbred	8 (44,4)	11 (57,9)	19 (51,4)	0,41	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet trivsel og livskvalitet , n (%)					
God/virkelig god	8 (44,4)	7 (36,8)	15 (40,5)		
Nogenlunde/dårlig	10 (55,6)	12 (63,2)	22 (59,5)	0,64	0 / 37 (0,00)
WHO-5 kategori , n (%)					
Ingen risiko for stress eller depression, score >=50	12 (66,7)	10 (52,6)	22 (59,5)		
Stor/potentiel risiko for stress eller depression, score <50	6 (33,3)	9 (47,4)	15 (40,5)	0,38	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet mestring , n (%)					
Helt enig/enig i at være god til at tage hånd om eget helbred	15 (83,3)	11 (57,9)	26 (70,3)		
Hverken enig eller uenig/uenig/helt uenig	3 (16,7)	8 (42,1)	11 (29,7)	0,48	0 / 37 (0,00)
Ensomhed , n (%)					
Ofte/en gang imellem	10 (55,6)	12 (63,2)	22 (59,5)		
Sjældent/aldrig	8 (44,4)	7 (36,8)	15 (40,5)	0,64	0 / 37 (0,00)
Fysisk form , n (%)					
Virkelig god/god	5 (27,8)	5 (26,3)	10 (27,0)		
Nogenlunde	6 (33,3)	4 (21,1)	10 (27,0)		
Mindre god/dårlig	7 (38,9)	10 (52,6)	17 (46,0)	0,64	0 / 37 (0,00)
Rygning , n (%)					
Ryger dagligt/ikke hver dag	-	-	5 (13,5)		
Nej, jeg er holdt op	-	-	10 (27,0)		
Nej, jeg har aldrig røget	-	-	22 (59,5)	0,01	0 / 37 (0,00)
Tandlægebesøg seneste 5 år , n (%)					
Ja	10 (55,6)	11 (57,9)	21 (56,8)		
Nej	8 (44,4)	8 (42,1)	16 (43,2)	0,89	0 / 37 (0,00)
HbA1c , mean (sd)	66,2 (25,7)	65,9 (20,4)	66,0 (22,8)	0,97	0 / 37 (0,00)
Taljeomfang , mean (sd)	111,3 (12,4)	96,8 (11,6)	103,9 (13,9)	0,00	0 / 37 (0,00)
Taljeomfang, risiko , n (%)					
Stærkt forøget*	12 (66,7)	16 (84,2)	28 (75,7)		
Moderat/ikke forøget	6 (33,3)	3 (15,8)	9 (24,3)	0,05	0 / 37 (0,00)
BMI , mean (sd)	31,5 (4,9)	30,9 (5,4)	31,2 (5,1)	0,69	0 / 37 (0,00)

- indikerer, at antallet i cellerne er færre end 3

* stærkt forøget taljeomfang defineres som >88 cm for kvinder og 102 cm for mænd

Tabel 3. Beskrivelse af borgere, der afslutter og ikke afslutter et forløb som planlagt i Sammen om Diabetes i Aarhus Vest. Antal (procent).

	Afslutter ikke forløb	Afslutter forløb	Total	P-værdi	Missings / N (procent)
n (%)	12 (32,4)	25 (67,6)	37 (100,0)		0 / 37 (0,00)
Køn, n (%)					
Mænd	7 (58,3)	11 (44,0)	18 (48,6)		
Kvinder	5 (41,7)	14 (56,0)	19 (51,4)	0,41	0 / 37 (0,00)
Alder, mean (sd)	58,8 (11,4)	54,0 (9,1)	55,5 (10,0)	0,18	0 / 37 (0,00)
Uddannelse, n (%)					
Ingen uddannelse	10 (83,3)	15 (60,0)	25 (67,6)		
Kort/ mellemlang	2 (16,7)	10 (40,0)	12 (32,4)	0,16	0 / 37 (0,00)
Beskæftigelse, n (%)					
I arbejde/sygemeldt fra arbejde	-	-	7 (13,5)		
Ikke i arbejde	-	-	30 (81,1)	0,25	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet helbred, n (%)					
Godt/virkelig godt helbred	7 (58,3)	11 (44,0)	18 (48,6)		
Mindre godt/ dårligt helbred	5 (41,7)	14 (56,0)	19 (51,4)	0,41	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet trivsel og livskvalitet, n (%)					
God/virkelig god	4 (33,3)	11 (44,0)	15 (40,5)		
Nogenlunde/dårlig	8 (66,7)	14 (56,0)	22 (59,5)	0,54	0 / 37 (0,00)
WHO-5 kategori, n (%)					
Ingen risiko for stress eller depression, score ≥ 50	8 (66,7)	14 (56,0)	22 (59,5)		
Stor/potentiel risiko for stress eller depression, score < 50	4 (33,3)	11 (44,0)	15 (40,5)	0,54	0 / 37 (0,00)
Selv vurderet mestring, n (%)					
Helt enig/enig i at være god til at tage hånd om eget helbred	8 (66,6)	18 (72,0)	26 (70,3)		
Hverken enig eller uenig/uenig/helt uenig	4 (33,3)	7 (28,0)	11 (29,7)	0,74	0 / 37 (0,00)
Ensomhed, n (%)					
Ofte/en gang imellem	-	-	22 (59,5)		
Sjældent/aldrig	-	-	15 (40,5)	0,04	0 / 37 (0,00)
Fysisk form, n (%)					
Virkelig god, god	3 (25,0)	7 (28,0)	10 (27,0)		
Nogenlunde	3 (25,0)	7 (28,0)	10 (27,0)		
Mindre god, dårlig	6 (50,0)	11 (44,0)	17 (46,9)	0,94	0 / 37 (0,00)
Rygning, n (%)					
Ryger dagligt/ikke hver dag	0 (0,0)	5 (20,0)	5 (13,5)		
Nej, jeg er holdt op	6 (50,0)	4 (16,0)	10 (27,0)		
Nej, jeg har aldrig røget	6 (50,0)	16 (64,0)	22 (59,5)	0,05	0 / 37 (0,00)
Tandlægebesøg seneste 5 år, n (%)					
Ja	3 (25,0)	18 (72,0)	21 (56,8)		
Nej	9 (75,0)	7 (28,0)	16 (43,2)	0,01	0 / 37 (0,00)
HbA1c mmol/mol, mean (sd)	79,8 (28,7)	59,4 (16,2)	66,0 (22,8)	0,01	0 / 37 (0,00)
Taljeomfang , mean (sd)	105,7 (15,7)	103,0 (13,3)	103,9 (13,9)	0,59	0 / 37 (0,00)
BMI , mean (sd)	29,9 (5,4)	31,8 (5,0)	31,2 (5,1)	0,31	0 / 37 (0,00)
Tid i studiet , mean (sd)	313,3 (212,5)	316,8 (148,3)	315,9 (162,4)	0,96	4 / 37 (10,8)

- indikerer, at antallet i cellerne er færre end 3

Effekt af indsatsen

Borgernes værdier ved opstart i forløb og ved afslutning er sammenlignet i tabel 4. I alt har 32 borgere besvaret mindst et spørgeskema ud over opstartsskemaet. Andelen af borgere, der vurderer deres helbred som godt eller virkelig godt er steget fra 44% til 69%, andelen, der vurderer deres trivsel og livskvalitet som god eller virkelig god er steget fra 38% til 79%, andelen, der er enige eller helt enig i, at de er gode til at tage hånd om eget helbred er steget fra 69% til 90% og endelig er den gennemsnitlige HbA1c faldet.

Vi kan ikke ud fra denne undersøgelse sige, om andelen af borgere, der har været til kontrol hos øjenlæge, fodterapeut og tandlæge, er steget, da borgerne ikke er blevet spurgt om disse ting ved opstart. Men i løbet af deres forløb hos FSV har 70% af borgerne været hos en øjenlæge, 50% har været hos en fodterapeut og 83% har været hos tandlægen. Ved opstart havde 57% været hos en tandlæge inden for de sidste 5 år (tabel 2).

Tabel 4. Værdier ved opstart og afslutning for borgere i forløb. Antal (procent).

	Opstart	Afslutning	P-værdi	Missings / N (procent)
n (%)	32 (50.0)	32 (50.0)		0 / 64 (0,00)
Alder , mean (sd)	53.8 (8.4)	54.6 (8.3)	0.68	0 / 64 (0,00)
Selv vurderet helbred , n (%)				
Godt/virkelig godt helbred	14 (43.8)	20 (69.0)		
Mindre godt/ dårligt helbred	18 (56.3)	9 (31.0)	0.05	3 / 64 (4,69)
Selv vurderet trivsel og livskvalitet , n (%)				
God/virkelig god	12 (37.5)	23 (79.3)		
Nogenlunde/dårlig	20 (62.5)	6 (20.7)	0.00	3 / 64 (4,69)
WHO-5 kategori , n (%)				
Ingen risiko for stress eller depression, score ≥ 50	18 (56.3)	21 (72.4)		
Stor/potentiel risiko for stress eller depression, score < 50	14 (43.8)	8 (27.6)	0.19	3 / 64 (4,69)
Selv vurderet mestring , n (%)				
Helt enig/enig i at være god til at tage hånd om eget helbred	22 (68.8)	26 (89.7)		
Hverken enig eller uenig/uenig/helt uenig	10 (31.3)	3 (10.3)	0.05	3 / 64 (4,69)
Ensomhed , n (%)				
Ofte/en gang imellem	18 (56.3)	12 (41.4)		
Sjældent/aldrig	14 (43.8)	17 (58.6)	0.25	3 / 64 (4,69)
Fysisk form , n (%)				
Virkelig god, god	7 (21.9)	10 (34.5)		
Nogenlunde	10 (31.3)	12 (41.4)		
Mindre god, dårlig	15 (46.9)	7 (24.1)	0.18	3 / 64 (4,69)
Rygning , n (%)				
Ryger dagligt/ikke hver dag	5 (15.6)	6 (20.7)		
Nej, jeg er holdt op	7 (21.9)	5 (17.2)		
Nej, jeg har aldrig røget	20 (62.5)	18 (62.1)	0.83	3 / 64 (4,69)
HbA1c mmol/mol, mean (sd)	66.2 (23.1)	56.7 (13.6)	0.06	2 / 64 (3,13)
Taljeomfang , mean (sd)	103.7 (13.4)	103.8 (12.2)	0.97	2 / 64 (3,13)
BMI , mean (sd)	31.3 (5.1)	31.3 (4.5)	1.00	2 / 64 (3,13)
Deltagelse i undersøgelser under forløb				
Besøg hos øjenlæge	-	17 (70.8)		6 / 30 (20,0)
Besøg hos fodterapeut	-	12 (50.0)		6 / 30 (20,0)
Besøg hos tandlæge	-	20 (83.3)		6 / 30 (20,0)

- indikerer, at der ikke er spurgt om dette

Borgernes årsager til afslutning af forløb kan opgøres til at 19 borgere var klar til at fortsætte på egen hånd og 6 borgere ønskede enten ikke at deltage, ikke kunne drage nytte af forløbet eller anden årsag.

Indsatsen viste signifikant ændring fra opstart til afslutning på fire udvalgte parametre (tabel 5). I gennemsnit faldt borgernes HbA1c-værdi med 8,4 mmol/mol med et spænd fra et fald på 47 mmol/mol til en stigning på 15 mmol/mol. Borgernes score på WHO-5 steg i gennemsnit med 13 point, deres BMI faldt i gennemsnit med 0,5 kg/m² og de kunne i gennemsnit rejse og sætte sig 2,5 gang mere ved afslutning.

Det gennemsnitlige fald i HbA1c brugte vi til at sammenligne borgere med et henholdsvis fald mindre end og større end 8,5 mmol/mol (tabel 6). Sammenligner man med de borgere, der har et fald i HbA1c mindre end 8,5 mmol/mol, så er en større andel af dem med et fald i HbA1c større end 8,5 mmol/mol mænd og en større andel har en uddannelse. Der ses en tendens til at en større andel af dem med fald i HbA1c >8.5 mmol/mol vurderer deres trivsel og livskvalitet som nogenlunde eller ringe.

Tabel 5. Statistiske værdier for ændring i udvalgte variable fra opstart til afslutning

	Ændring i gennemsnit	Minimum værdi	Maximum værdi	T-test
HbA1c , mmol/mol	-8,39	-47	15	0,0006
WHO-5 , score	13,2	-44	72	0,0015
BMI	-0,49	-4,89	1,42	0,015
Rejse-sætte sig test	2,5	-6	18	0,017

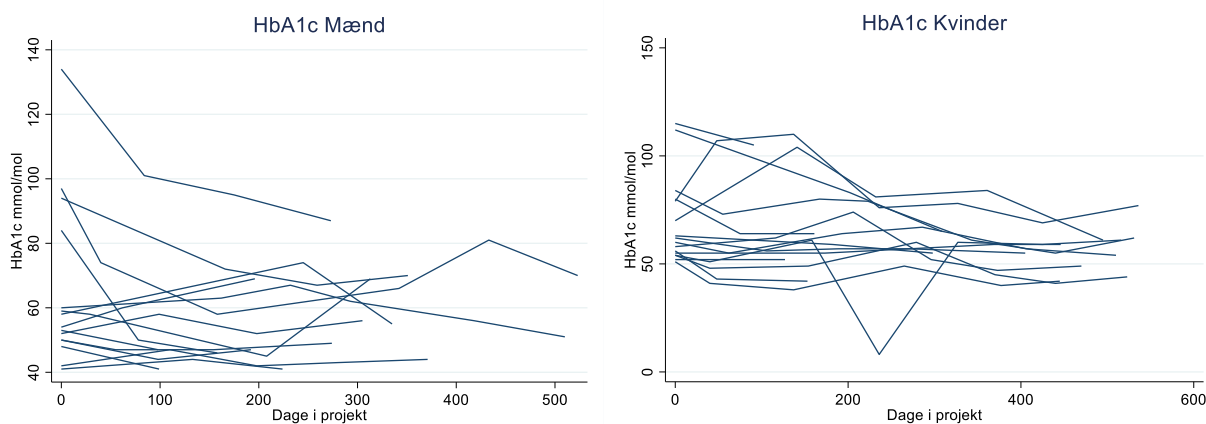
Tabel 6. Beskrivelse af deltagere i Sammen om diabetes i Aarhus V fordelt på fald i HbA1c mindre eller større end 8.5 mmol/mol fra opstart til afslutning. Antal (procent).

	Fald i HbA1c ≤ 8,5	Fald i HbA1c > 8,5	Total	P-værdi	Missings / N (procent)
n (%)	19 (61,3)	12 (38,7)	31 (100,0)		2 / 33 (6,06)
Køn, n (%)					
Mænd	6 (31,6)	8 (66,7)	14 (45,2)		
Kvinder	13 (68,4)	4 (33,3)	17 (54,8)	0,06	0 / 33 (0,00)
Alder, mean (sd)	54,9 (12,0)	54,0 (7,5)	54,6 (10,4)	0,81	0 / 33 (0,00)
Uddannelse, n (%)					
Ingen uddannelse	15 (78,9)	6 (50,0)	21 (67,7)		
Kort/ mellemlang	4 (21,1)	6 (50,0)	10 (32,3)	0,09	0 / 33 (0,00)
Beskæftigelse, n (%)					
I arbejde/sygemeldt fra arbejde	-	-	6 (19,4)		
Ikke i arbejde	-	-	25 (80,6)	0,76	0 / 33 (0,00)
Selv vurderet helbred, n (%)					
Godt/virkelig godt helbred	10 (52,6)	5 (41,7)	15 (48,4)		
Mindre godt/ dårligt helbred	9 (47,4)	7 (58,3)	16 (51,6)	0,55	0 / 33 (0,00)
Selv vurderet trivsel og livskvalitet, n (%)					
God/virkelig god	10 (52,6)	3 (25,0)	13 (41,9)		
Nogenlunde/dårlig	9 (47,4)	9 (75,0)	18 (58,1)	0,13	0 / 33 (0,00)
WHO-5 kategori, n (%)					
Ingen risiko for stress eller depression, score ≥50	9 (47,4)	4 (33,3)	13 (41,9)		
Stor/potentiel risiko for stress eller depression, score <50	10 (52,6)	8 (66,7)	18 (58,1)	0,44	0 / 33 (0,00)
Selv vurderet mestring, n (%)					
Helt enig/enig i at være god til at tage hånd om eget helbred	-	-	21 (21,6)		
Hverken enig eller uenig/uenig/helt uenig	-	-	10 (78,4)	0,14	0 / 37 (0,00)
Ensomhed, n (%)					
Oftte/en gang imellem	12 (63,2)	5 (41,7)	17 (54,8)		
Sjældent/aldrig	7 (36,8)	7 (58,3)	14 (45,2)	0,24	0 / 33 (0,00)
Fysisk form, n (%)					
Virkelig god, god	-	-	8 (25,8)		
Nogenlunde	-	-	10 (32,3)		
Mindre god, dårlig	-	-	13 (41,9)	0,24	0 / 33 (0,00)
Rygning, n (%)					
Ryger dagligt/ikke hver dag	-	-	5 (16,1)		
Nej, jeg er holdt op	-	-	6 (19,4)		
Nej, jeg har aldrig røget	-	-	20 (64,5)	0,80	0 / 33 (0,00)
Tandlægebesøg seneste 5 år, n (%)					
Ja	11 (57,9)	7 (58,3)	18 (58,1)		
Nej	8 (42,1)	5 (41,7)	13 (41,9)	0,98	0 / 33 (0,00)
HbA1c mmol/mol, mean (sd)	71,7 (20,6)	53,8 (9,6)	64,8 (19,2)	0,01	0 / 33 (0,00)
Taljeomfang, mean (sd)	101,4 (12,2)	107,5 (15,1)	103,8 (13,5)	0,23	0 / 33 (0,00)
BMI, mean (sd)	31,7 (5,3)	31,2 (5,1)	31,5 (5,1)	0,81	0 / 33 (0,00)
Tid i studiet, mean (sd)	322,8 (183,5)	319,6 (129,5)	321,6 (162,4)	0,96	0 / 33 (0,00)

- indikerer, at antallet i cellerne er færre end 3

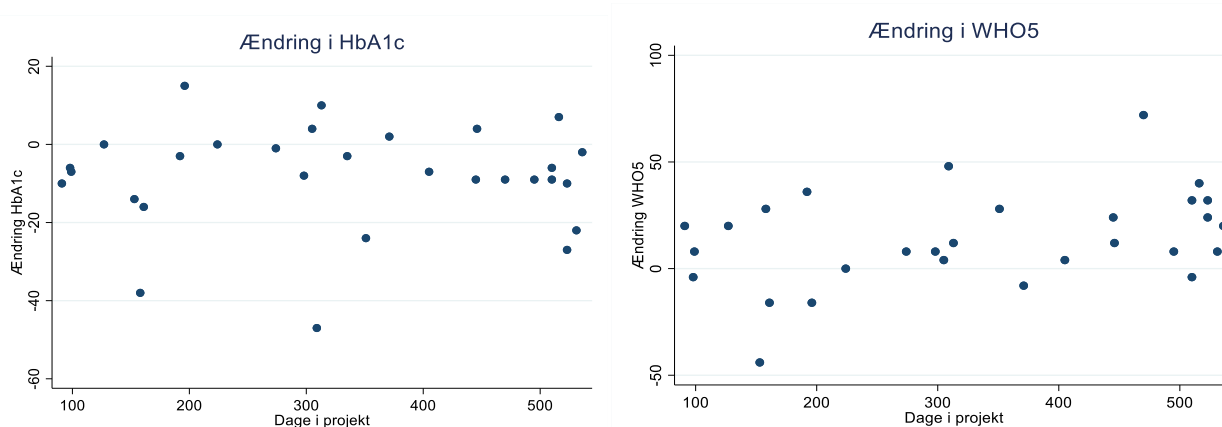
Udvikling i HbA1c kan illustreres grafisk som i Figur 1. Vær opmærksom på, at akserne ikke er ens for mænd og kvinder. Overordnet ses et stort fald i HbA1c hos ca. 10 borgere, hvorimod størstedelen af borgernes HbA1c svinger mellem 40-60 mmol/mol.

Figur 1. Udvikling i HbA1c over antal dage i forløb fordelt på køn.



Figur 2 viser ændringen i HbA1c og ændringen i WHO-5 fordelt på tid i forløb. Figuren for HbA1c viser, at ca. 10 borgere ligger uændret eller stiger i HbA1c fra opstart til afslutning i forløbet, hvorimod de resterende borgere oplever et fald; de fleste et fald op til 20 mmol/mol. Figuren for WHO-5 viser, at de fleste borgere angiver en stigning i WHO-5 op til 50 point. Samtidig viser begge figurer, at ændringerne i HbA1c og WHO-5 er jævnt fordelt mellem 100 og 600 dage.

Figur 2. Ændring i HbA1c og WHO-5 fra opstart til afslutning fordelt på antal dage i forløb.



Borgerperspektivet

Langt de fleste både mænd og kvinder, der har besvaret spørgsmålet om deres oplevelse af forløbet i slutschemaet (n=24) oplever, at forløbet har haft positive effekter, se tabel 7. Således oplever fx alle mændene og 93% af kvinderne at forløbet i høj eller nogen grad har medvirket til, at de er blevet bedre til at håndtere hverdagen.

Tabel 7. Borgeroplevelser fra spørgeskemadata

Andel borgere, der i høj grad eller i nogen grad oplever at sundhedsforløbet hos Folkesundhed Vest har...	Mænd n=10	Kvinder n=14
...medvirket til, at borgeren er blevet bedre til at håndtere sin hverdag efter endt forløb	100%	93%
...givet borgeren nye netværk eller skabt kontakt til foreningsliv eller fællesskaber, som han/hun ikke tidligere har været en del af	40%	21%
...øget borgerens livskvalitet	70%	64%
...flyttet fokus fra sygdom til trivsel	100%	86%
...givet borgeren tiltro til, at han/hun selv kan gøre noget for at forebygge eller mindske nogle af de symptomer, der er forbundet med helbredsstilstanden	100%	79%
...givet borgeren tiltro til, at han/hun kan fastholde ændringer i sin livsstil	100%	79%
...ændret sin livsstil i en sundere retning	100%	77%
...gjort, at han/hun er blevet mere fysisk aktiv	90%	50%
...gjort, at borgeren oplever, at den fysiske formåen er blevet større (f.eks. i forbindelse med indkøb, rengøring, havearbejde)	70%	36%
...gjort, at borgeren har fået kendskab til, hvilken mad der er hensigtsmæssig	90%	86%
...gjort, at borgeren har ændret sine madvaner i en mere hensigtsmæssig retning	80%	86%

Opsummering

I alt har 32 borgere gennemført et forløb hos FSV. Andelen af borgere, der rapporterede positive svar på helbred, trivsel og mestring steg signifikant fra opstart til afslutning af et forløb. Analyserne viste også, at der var et signifikant fald i HbA1c og BMI fra opstart til afslutning, hvorimod score på WHO-5 og rejse-sætte-sig test steg. Særligt mænd og borgere med kort eller mellemlang uddannelse (sammenlignet med borgere uden uddannelse) oplevede et fald i HbA1c større end 8,5 mmol/mol. Endelig oplevede langt de fleste borgere, at forløbet hos FSV har medvirket til fx bedre håndtering af hverdagen, ændring af fokus fra sygdom til trivsel og øget kendskab til sund kost.

BORGERNES OPLEVELSER OG SELVVURDERET UDBYTTET AF DEN HÅNDHOLDTE INDSATS

Dette kapitel præsenterer borgernes oplevelser og selvvurderede udbytte af den håndholdte indsats. Kapitlet er todelt og belyser i første del borgernes selvvurderede udbytte af indsatsen, hvorimod anden del præsenterer borgernes oplevelse af sammenhæng og samarbejdet mellem FSV og egen læge.

Datagrundlaget for borgernes udbytte af indsatsen bygger på observationer af individuelle samtaler mellem diabetessygeplejersken, sundhedsmedarbejderne og borgerne samt individuelle interview med 14 borgere. De interviewede borgere repræsenterer en gruppe af 6 kvinder og 8 mænd i alderen 49-89 år med en gennemsnitsalder på 62 år.

I interviews med borgerne har følgende spørgsmål været i fokus: indgang til indsatsen, motivation for deltagelse, oplevelse af indsatsen herunder relation til sundhedsmedarbejderne, individuelle samtaler, ledsagelse og familieinvolvering, oplevelse af sammenhæng i tilbuddet samt borgerens parathed til at afslutte indsatsen.

Borgernes selvvurderede udbytte falder inden for tre overordnede tematikker, som bliver udfoldet yderligere i det følgende.

Temaer for borgeroplevet udbytte



**En relationsskabende
sundhedsmedarbejder**



**Helhedsblik på
medicinsk compliance**



**Målrettet og konkret dia-
betes rådgivning**



En relationsskabende sundhedsmedarbejder

En ny og anderledes sundhedsmedarbejder

Samtlige borgere fortæller på tværs af køn, alder og etnicitet, at de har haft en god relation til diabetes-sygeplejerskerne, og relationen fremhæves som noget af det borgerne har været mest glade for. I indsatsen har borgerne mødt en anderledes sundhedsmedarbejder, som en af borgerne her fortæller: "jeg har mødt læger og sygeplejersker, men [diabetessygeplejersken] hun er lidt anderledes (...) Det er ligesom at hun kender mig." (IP 11).

God tid skaber gensidig forståelse og empati

Karakteristisk for mødet med en anderledes sundhedsmedarbejder i indsatsen er oplevelsen af mere tid. Borgernes oplevelse af mere tid beskrives ofte i kontrast til konsultationer hos egen læge:

Altså sygeplejersken hos lægen, hun måler mit blodsukker, hun giver mig svar. Men [diabetessygeplejersken] hun måler mit blodsukker, og så sidder vi og snakker om det. Hun giver mig tid, og forklarer mig om de ting jeg skulle ændre, hvis der er noget der skulle ændres (...) (IP 13)

Lægen [spørger], hvor har du ondt? Hvad fejler du? Og så han havde ikke så meget tid til mig og forklare tingene, men [diabetessygeplejersken] hun går meget i dybden, og forklarer mig om alting (...) Det er ligesom hun [diabetessygeplejersken] rådgav mig også meget. Altså gør det der for dig selv og dit helbred. Jeg lytter også hvad hun siger til mig, og jeg tager tingene mere alvorligt (IP 9)

Borgerne fremhæver også, at den mere tid til samtaler i forløbet har betydet, at de oplever at blive lyttet til, og at der er tid til, at sundhedsmedarbejderne kan gå i dybden og forklare dem om de ting, de skal ændre eller som er svære at forstå. Hvorimod *tid* opleves som begrænsede faktor i konsultationer hos

egen læge, er det borgernes oplevelse i FSV, at *tid* er kommet i baggrunden og at deres individuelle udfordringer og problemstillinger i stedet er blevet omdrejningspunktet. En borger fortæller, at kontakten, tiden og mulighed for at komme i dybden giver ham en oplevelse af at være vigtig:

Når vi kommer her, det er næsten en halv time, men en gang imellem, f.eks. hvis jeg har haft problemer, det tager næsten en time. Hun [diabetessygeplejersken] sidder og snakker med mig. Fordi nogle gange jeg har haft problemer på grund af min kone også, hun har også problemer, og jeg har rigtig dårlig humør også, så hun [diabetessygeplejersken] snakker med mig. Hun hjælper mig (...) Det ligner ligesom vi er veninder sammen, vi kender hinanden. (IP 8)

Hos flere af de interviewede borgere ser der ud til at være en sammenhæng mellem det at føle sig kendt og/eller vigtig og det at forstå alvorligheden af ens sygdom og komme i gang med at ændre livsstil. En borger beskriver, at:

Det er ligesom at [diabetessygeplejersken] har påvirket mig på en måde sådan at hun har rørt ved mit hjerte, for at kunne vise mig vej til at komme i gang (...) [diabetessygeplejersken] hun forklarer tingene ordentligt. Det er ligesom det er hende der har mærket mig, hvad hedder det, hvor alvorligt det er. Altså hun forklarede mig (...) guidede mig (...) Jeg følte mig forstået (...) Det er ligesom jeg er vigtig for [diabetessygeplejersken]. Hun viste mig hvor vigtig jeg er, og hvor alvorligt det er det her sygdom jeg har (IP 9)

Sprogstøtte

Som en forudsætning for at føle sig forstået fremhæver borgerne indsatsens tilbud om sprogstøtte, da det mindsker oplevelsen af utilpashed i samtaler (IP 5) og betyder, at de har fået mere viden og fået alle tingene på plads (IP 6). En borger beskriver, at selvom han begår sig godt på hverdagsdansk, så har sprogstøtten hjulpet ham med at udtrykke følelser og livsnødvendige ting (IP 7). Én af borgerne fremhæver betydningen af at have en tolk, der kender én og følger én igennem hele forløbet, da det ofte er meget personlige emner der tages op, både i FSV, hos egen læge og på hospitalet (IP 10). Tilbud om sprogstøtte i forløbet har altså givet borgerne mulighed for at blive forstået og udtrykke sig på deres modersmål.

Opsummering

Borgerne udtrykker, at de har haft en tryk og tillidsfuld relation til sundhedsmedarbejderne, at den mere tid til samtaler og en individuel tilgang har givet borgerne en oplevelse af, at der bliver lyttet til dem og at de heraf føler sig vigtige og kendte i FSV.



Helhedsblik på medicinsk compliance

Barrierer for medicinsk compliance.

Ved den første indledende samtale i Folkesundhed Aarhus Vest har den enkelte borger i fællesskab med sundhedsmedarbejderne fastsat 1-4 mål for det kommende forløb. Ud af 39 deltagende borgere, har 38 ønsket at arbejde med at forbedre deres medicinske compliance og/eller opnå større sygdomsindsigt. Et stort fokus for de individuelle forløb har derfor været at afdække og tage hånd om den enkelte borgers barriere for at opnå bedre medicinsk compliance. Dette fokus afspejles også i borgernes beskrivelse af, hvad de overordnet har fået ud af forløbet. To borgere fortæller, at:

Jeg har jo lært meget i forhold til medicin og medicinsk compliance. Jeg har opnået en god medicinsk compliance i form af at jeg er begyndt at tage medicin i lårene og i maven, og hvordan og hvorledes i forhold til mængde, og jeg har fået forklaret min medicinliste. (IP 10)

Jeg er blevet meget bedre til at tage min medicin. Jeg har fundet ud af hvor vigtigt det er at tage min medicin. (IP 11)

Tabel 8 illustrerer bredden af de barrierer, som borgerne oplever står i vejen for at de kan opnå en bedre medicinsk compliance. I borgernes beskrivelser var det karakteristisk, at barriererne fordelte sig mellem manglende viden (fx medicinens virkning) og manglende handlekompetencer (fx forny recepter og afhente medicin):

Tabel 8. Borgeroplevet barrierer for medicinsk compliance

Viden om	• Sammenhæng mellem kroppens anatomi, diabetes og medicin. • Medicinens virkning og konsekvenser ved manglende medicinindtag. • Sammenhæng mellem diabetes, kost, fysisk aktivitet og andre kroniske lidelser (fx smerter, hjerteproblemer etc.).
Kompetencer til	• At forny recepter og afhente medicin. • At forstå eget medicinkort. • At etablere rutiner og huskeregler for daglig medicinindtag. • At lære metoder til blodsuktermåling. • At aflæse, forstå og handle på blodsukkertal. • At forstå og navigere i sundhedsvæsenet. • At forstå lægens sprogligt.

Øget krops- og sygdomsforståelse

Borgerne udtrykker særligt, at forløbet har givet dem en større forståelse for sammenhængen mellem deres krop, diabetes som sygdom og medicinens virkning:

Jeg så en video som viste, at når man indtager mad med sukker, så ligger det i blodkarene, altså det kommer ikke ud til musklerne. Men insulin er ligesom en nøgle, når man tager medicinen, så hjælper det til, at insulinen virker bedre. (IP 11)

Tilsvarende beskriver borgerne hvordan en større krops- og sygdomsforståelse har betydet, at de nu forstår, hvorfor det er vigtigt at spise sundt, træne og tage medicin.

Lægen sagde til mig, at jeg skulle spise sund mad og jeg skulle tage min medicin. Men da jeg kom her over i Folkesundhed Aarhus Vest, har jeg fundet ud af hvorfor træning er vigtigt, hvad det er for noget kost jeg skulle spise, og medicin og træning og kost. (IP 13)

En øget krops- og sygdomsforståelse har været en øjenåbner for flere borgere, idet de nu i højere grad forstår alvorsgraden af deres sygdom og hvilke langtidskonsekvenser, det kan have ikke at passe sin diabetes tilstrækkeligt. En borger beskriver, at denne øjenåbner har haft stor indflydelse på hendes motivation for at huske at tage sin medicin:

Før jeg var sådan, jeg tager min medicin og så jeg glemmer det. Nu det er ligesom at [diabetessygeplejersken] har vist mig hvad der er vigtigt. Hun åbnede mine øjnene for hvor alvorligt det er at have diabetes, og hvilke konsekvenser det har (...) Før var jeg ikke ligeglad, men jeg glemte nogle ting, som fx at tage min medicin i tide og spise noget ordentligt mad seks gange om dagen og sådan nogle ting. Før tog jeg det ikke sådan alvorligt, men nu tager jeg piller på tidspunktet, jeg spiser flere gange inden jeg bliver sulten, og jeg går nogle ture hvis mit blodsukkeret er for højt. Altså jeg gør mange ting. (IP 9)

Oplæring i blodsuktermåling

Borgerne giver ligeledes udtryk for, at de har fået stort udbytte af diabetessygeplejerskens konkrete tekniske rådgivning om hvordan de fx skal måle blodsukker, hvordan de skal forstå deres tal og hvordan de i sidste ende skal handle på tallene:

Altså hun [diabetessygeplejersken] kom med alle de råd, altså tekniske ting også, som jeg ikke vidste, fx hvad er det der langtidsblodsukker, hvad er forskellen mellem det og det andet blodsukker, man måler, det vidste jeg heller ikke selv. (IP 3)

Og så hun [diabetessygeplejersken] sagde til mig. 'Mål det [blodsukker], og hvis den er høj, gå nogle lange ture, og når du kommer tilbage så mål det.' Og jeg kunne se forskellen. (IP 9)

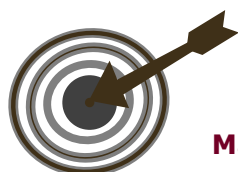
Borgeren i det sidste citat beskriver, hvordan diabetessygeplejerskens råd om at gå en tur når hendes blodsukker er højt, faktisk gør en forskel; at borgeren nu *kan se forskellen* på hendes blodsukkermåling før og efter. Borgerens citat er et eksempel på, hvordan borgerne har fået simple men konkrete handleanvisninger i rådgivningen, der hjælper dem til at passe deres diabetes bedre i hverdagen.

Systematik i medicinindtag

En velkendt barriere for bedre medicinsk compliance er systematik i medicinindtag. For at imødekomme denne barriere har diabetessygeplejerskerne udarbejdet ugeskemaer med borgerne som redskab til at huske at tage fx insulin. En borger fortæller, hvordan han i ugeskemaet hver dag kan se på hvilket tidspunkt, han skal tage insulin, hvor han skal stikke sig (i maven eller låret) og hvor mange enheder han skal bruge. Med stor begejstring fortæller borgeren, at han i starten gav sig 60 enheder i hvert ben, mens han nu – efter en systematisk indsats – er nede på 26 enheder i hvert ben. (IP 10) Systematik i blodsukkermåling og medicinindtag som udbytte går igen hos flere borgere, herunder rådgivning og anvisninger om stikketeknikker og støtte til at søge hjælpemidler såsom blodsukkerapparat, lancetter/nåle og teststrimler.

Opsummering

Samlet set giver borgerne udtryk for, at de i tilbuddet har oplevet, at der er blevet taget hånd om en bred vifte af deres barrierer for at opnå bedre medicinsk compliance. Særligt lægger borgerne vægt på, at en øget krops- og sygdomsforståelse igennem samtaler har gjort, at de nu tager deres diabetes mere alvorligt. Derudover har borgerne været særligt positive over for den konkrete tekniske rådgivning, de har modtaget samt hjælp til at systematisere deres medicinindtag.



Målrettet diabetesrådgivning

Et gennemgående tema for borgernes udbytte af indsatsen, er oplevelse af at modtage målrettet diabetesrådgivning. Den målrettede diabetesrådgivning har for borgeren bestået i *konkrete og anvendelige råd* til, hvordan de mestrer de forskellige hensyn deres diabetessygdom kræver. Yderligere fremhæver borgerne *gentagelser og tæt opfølgning* som to betydningsfulde faktorer for en god målrettet rådgivning.

Konkret og anvendelig rådgivning

Spørgsmål som har fyldt hos borgerne vedrører bl.a. hvad de kan gøre, når blodsukkerniveauet er for højt, hvordan de finder den sunde mad i supermarkedet, og hvordan de bedst passer deres diabetes, når de også har andre kroniske lidelser at tage hensyn til. Borgerne fremhæver, at de har modtaget relevant og vedkommende individuel rådgivning, idet de har oplevet, at samtalerne har taget udgangspunkt i deres specifikke udfordringer. Et eksempel, som er gået igen hos flere af de især kvindelige borgere, er diabetessygeplejerskens konkrete rådgivning om, hvordan de kan bruge små gåture i nærområdet til at nedjustere deres høje blodsukkertal. Foruden hensyn til kvindernes diabetes har diabetessygeplejersken i sin rådgivning også måttet tage hensyn til kvindernes individuelle hensyn, hvad angår kroniske smerter og sociokulturelle barrierer, idet kvinderne oplever det som en udfordring at være fysisk aktiv i det offentlige rum, særligt hvis det er alene.

Lægen ved godt hvad jeg fejler, altså om mit knæ, min tå og alt det der, han ved det. Men [diabetessygeplejersken] giver mig også nogle råd. Hun siger til mig, 'at selvom du har ondt, så gå nogle ture, og så se hvordan du har det bagefter, og hold pauser eller gå hver anden dag', altså sådan nogle ting. (IP 13)

Altså før plejede jeg at vente på mine veninder, og hvis de så ikke vil gå den dag, så blev jeg hjemme. Men [diabetessygeplejersken] hun sagde til mig, 'altså du behøver ikke vente på nogen. Gå selv. Tag afsted, tag dine sko på, og så tag en halv time' så nu gør jeg det selv (IP 11)

I den konkrete rådgivning har borgerne oplevet det udbytterigt, at diabetessygeplejersken har benyttet sig af visuelle redskaber (fx nøglehulsmærket) til at forklare og guide dem om fx kost. En borger fortæller:

Hun [diabetessygeplejersken] har også vist, når vi er ude at handle, så skal vi også kigge bagved, hvad der er af fedtprocent, og hvor meget der er af alle de der ting, du ved godt. Fordi på nogle fødevarer, de har også nogle mærker, som jeg vidste ikke hvorfor, men nu så ved jeg, når jeg køber brød f.eks. og grøntsager og sådan noget, 'hvad betyder de der mærker, og hvad betyder de der mærker?' Så det er noget, som jeg har lært, som jeg synes, er virkelig godt i hvert fald." (IP 4)

Gentagelse og tæt opfølgning

I de individuelle samtaler med diabetessygeplejersken har borgerne og diabetessygeplejersken fra gang til gang lagt en plan for, hvad borgeren skal arbejde med til næste gang. De individuelle samtaler har derfor ofte indeholdt et element af opfølgning på aftaler og en gentagelse af de vigtigste ting, de tidligere har snakket om. Netop gentagelsen og det at blive mindet om tidligere samtaler har borgerne sat stor pris på. En borger fortæller:

Vi snakker om kost, hvordan jeg bliver god til det og træning og mange ting. Hvordan jeg tager medicin og hvordan jeg spiser medicin. Jeg skal huske, ikke glemme nogle ting (...) Når vi snakker, de [diabetessygeplejersken og tolk] altid husker alle ting, de glemmer ikke fra gang til gang. Hun [diabetessygeplejersken] er god til mig. (IP 14)

I relation til gentagelser har tæt opfølgning ligeledes haft stor betydning for borgerne. En arabisk borger fortæller følgende, da han i interview bliver spurgt ind til, om diabetessygeplejersken er god til at minde ham om alle de ting, de har snakket om og hvordan, det er gået siden sidst:

Ja, og [hun] kigger efter dem [aftalerne]. Det betyder ikke, at vi i dag snakker om det og glemmer det. Næste gang jeg kommer hun spørger. "Har du lavet dem der? Har du lavet dem, eller har du ikke lavet dem? Har du spist den, eller har du ikke spist den?" (IP 8)

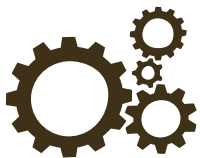
En anden borger fortæller ligeledes begejstret om den tætte opfølgning i forløbet, og hvorvidt det har gjort en forskel for borgers motivation til at tage sig af sine senkomplikationer.

Jeg tog ned til lægen, tandlægen og fodterapeuten, og jeg tager derved fordi [diabetessygeplejersken] spurgte mig hvordan det gik (...) Hun guidede mig på en rigtig måde. (IP 9)

Citatet indikerer, at diabetessygeplejerskens tætte opfølgning og guidning faktisk gør borgeren motiveret for at komme afsted til øjenlæge og fodterapeut, muligvis fordi borgeren ved, at diabetessygeplejersken næste gang vil spørge ind.

Opsummering

Samlet set giver borgerne udtryk for, at de har haft stor glæde af diabetessygeplejerskens målrettede rådgivning i form af konkrete, anvendelige råd og visuelle guidning, som har taget udgangspunkt i deres specifikke udfordringer. Samtidig har borgerne haft stor gavn af diabetessygeplejerskens gentagelser og tætte opfølgning fra gang til gang, hvilket dels har hjulpet borgerne til at huske alle de gode råd og givet borgerne en oplevelse af, at de ikke står alene, men at diabetessygeplejersken er interesseret i deres sundhed og støtter dem.



Borgeroplevet sammenhæng og samarbejde på tværs

I dette afsnit præsenteres borgernes oplevelse af sammenhæng og samarbejde i indsatsen, idet et særskilt mål for indsatsen har været at skabe et mere sammenhængende og målrettet behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere med type 2 diabetes. I borgernes oplevelse af sammenhæng deler borgerne sig overordnet i to lejre, hvor den ene gruppe generelt har oplevet en styrket sammenhæng, hvorimod den anden gruppe giver udtryk for, at de ikke oplever forløbet som et fælles forløb mellem egen læge og Folkesundhed Vest.

Fremmere for oplevelse af sammenhæng

Otte ud af tolv borgere havde oplevelsen af, at egen læge og diabetessygeplejersken i forløbet samarbejdede om deres diabetessygdom, som to af borgerne her uddyber.

Hun [diabetessygeplejersken] snakker med [min] læge og giver mig information, (...) Nogle gange hvis der er noget, så [diabetessygeplejersken] hun ringer til lægen og så snakker med lægen og så giver informationen videre til mig (...) Jeg følges sammen med [diabetessygeplejersken] og lægen, min egen læge, og Steno Diabetes Center, de samarbejder. Altså de har en vej. (IP 9)

- Har du en oplevelse af i det her forløb, at [diabetessygeplejersken] og så din egen læge, at de har talt sammen om din diabetes?
- Jo jeg tror, hun sagde engang, at hun skulle snakke med dem. Jeg tror 100%, at de snakkede sammen (...) Jeg har fortalt lægen, at jeg går hos [diabetessygeplejersken] i Globus, og de andre, så sagde de, at 'det var fint. Jeg har hørt det, det er rigtig fint.' Når de fik mine mål hver tredje måned, siger de, at de er meget bedre end før. (IP 6)

På tværs af borgerne afhænger deres oplevelse af samarbejde på tværs af almen praksis og kommunen af tre fremmende faktorer:



Fælles møder. Fælles opstartsmøde hos egen læge med deltagelse af diabetessygeplejerske og tolk samt diabetessygeplejerskens og tolkens deltagelse i konsultationer hos egen læge.



Tværspektoriel nysgerrighed. Når diabetessygeplejersken spørger ind til besøg hos egen læge og omvendt, når egen læge spørger ind til forløb i Folkesundhed Vest.



Diabetessygeplejersken som koordinator. Når diabetessygeplejersken agerer bindeled mellem borger, egen læge, hjemmeplejen, diverse hospitalskontakter og socialforvaltningen.

Barrierer for oplevelsen af sammenhæng

Denne gruppe på fire borgere¹ har en oplevelse af, at deres samtaler i FSV og hos egen læge har været to separate forløb og de har ikke bemærket at forløbet hos FSV var et fælles forløb. To borgere uddyber deres oplevelse således:

- Har du så haft en oplevelse af, at din egen læge og [diabetessygeplejersken], de har talt sammen i det her forløb om, hvordan de bedst kunne hjælpe dig?
- Nej det har jeg ikke. Det ved jeg ikke. (IP 2)

¹ For de resterende to borgere gælder det, at den ene ikke er spurgt ind til spørgsmålet om oplevelse af sammenhæng, mens den anden borger ikke har været hos egen læge i forløbet.

- Har du haft en fornemmelse af, at din læge og [diabetessygeplejersken] de har talt sammen om dig undervejs i det her forløb?
- Nej, jeg ved ikke, om de har snakket sammen. Heller ikke.
- Okay, så har det virket som to separate forløb, når du er kommet hos lægen, og når du er kommet her?
- Fuldstændig. (IP 3)

Borgerne nævner tre faktorer, der hæmmer deres oplevelse af sammenhæng i forløbet mellem kommune og almen praksis:



Manglende opfølgning. Når egen læge ikke følger op på samtaler til konsultation, hvilket giver borgerne indtryk af, at egen læge er ligeglad med dem.



Manglende tværsektoriel nysgerrighed. Når egen læge ikke spørger ind til forløb i Folkesundhed Vest, hvilket giver borgerne indtryk af, at egen læge ikke ved hvad borgerne og diabetessygeplejersken har arbejdet med.



Ansvar for overlevering. Oplevelsen af, at borger/pårørende ved afslutning af forløb i Folkesundhed Vest selv står med ansvaret for overlevering af læring i forløbet til egen læge (som konsekvens af at egen læge ikke har tilstrækkeligt indblik i den enkelte borgers forløb i Folkesundheds Vest).

Opsummering

Samlet set fremmes borgeroplevelen sammenhæng ved, at almen praksis og kommunen fysisk mødes med borgeren, at de sundhedsprofessionelle viser gensidig nysgerrighed for hinandens samtaler med borgeren og sidst, at borgeren oplever, at der er én sundhedsprofessionel – i dette tilfælde diabetessygeplejersken – der agerer bindeled mellem borgerens forskellige kontaktflader i sundhed- og socialvæsenet. Derimod udfordres oplevelsen af sammenhæng, når borgeren selv oplever at være ansvarlig for overlevering af viden fra kommunen til almen praksis og ved manglende opfølgning og nysgerrighed i den enkelte sektor. Resultaterne giver et tydeligt billede af, at sammenhæng i behandlingsforløbet opnås, når den enkelte borger har oplevelsen af ikke at stå alene i sit sygdomsforløb og der er et team af sundhedsprofessionelle, der taler sammen og koordinerer ud i det bredere sundheds- og socialvæsen.

SUNDHEDSPROFESSIONELLES OPLEVELSE AF DET TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE

Dette kapitel præsenterer det tværgående samarbejde mellem sundhedsmedarbejderne i FSV som brobygger til lægepraksis, de kommunale tilbud og hospital. Kapitlet er firdelt og belyser i første del sundhedsmedarbejdernes rolle og funktion i indsatsen, herunder deres samarbejde og relation til borgerne. I anden del præsenteres betydningen af indsatsens forankring i kommunen og geografiske placering i Gellerup for borgernes deltagelse og fastholdelse. I tredje del afdækkes de tværsektorielle samarbejdsflader i indsatsen, og sidst præsenteres fremmende og hæmmende faktorer for det tværsektorielle samarbejde belyst fra alle tre sektorer.

Datagrundlaget bygger på interviews med diabetessygeplejersken, to sundhedsmedarbejdere i FSV, to praktiserende læger fra to af de tre involverende lægepraksisser samt interview med endokrinolog fra Steno Diabetes Center Aarhus. Derudover er der foretaget deltagerobservationer på udvalgte tidspunkter i indsatsen, herunder et samarbejds møde med en af lægepraksisserne samt observation af diabetessygeplejerskens daglige arbejdsopgaver, løbende samtaler med borgerne samt til de afsluttende samtaler med borgerne.

I interviews med kommune, almen praksis og hospital har følgende spørgsmål været i fokus: rolle i indsatsen, rekruttering til indsatsen, indholdet af tilbuddet, relation og samarbejde med borgerne, oplevelse af borgerudbytte samt oplevelse og udbytte af det tværgående samarbejde.

De kommunale sundhedsmedarbejders rolle og funktion i indsatsen

Sundhedsmedarbejder - detektiv, sagsbehandler og sygeplejerske i ét.

En fuldtidsansat diabetessygeplejerske blev ansat til indsatsen og hun har haft den altoverskyggende hovedrolle i indsatsen. Hun har stået i spidsen for at udvikle det konkrete indhold af indsatsen, haft den brobyggende funktion til lægepraksisser i forbindelse med rekruttering og opfølgning på borgerne, brobygget til aktiviteter i borgerens nærmiljø samt ledsaget borgere til konsultationer og afholdt individuelle samtaler.

Kulturel og sundhedsfaglig tolkning. Foruden den fuldtidsansatte diabetessygeplejerske, har der i indsatsen været tilknyttet en deltidsansat sundhedsmedarbejder fra FSV med arabiske sprogkundskaber samt yderligere to ad hoc-tilknyttede sundhedsmedarbejdere med tyrkiske og somaliske sproglige- og kulturelle kompetencer. Med hver deres kompetencer har sundhedsmedarbejderne assisteret diabetessygeplejersken i de individuelle forløb i såvel opstartssamtaler med borgerne i lægepraksisserne, løbende individuelle samtaler i FSV, ved brobygning samt ved ledsagning i sundhedsvæsenet.

En alsidig rolle som diabetessygeplejerske. Den individuelle og håndholdte indsats har krævet en bred palet af kvalifikationer hos diabetessygeplejersken, idet tilrettelæggelsen har skulle afspejle bredden af de sundhedsmæssige men også sociale, psykiske og økonomiske udfordringer, som borgerne står i. Diabetessygeplejersken fortæller, at rollen som sagsbehandler og detektiv - herunder opgaver med at finde oplysninger på borgerne, tage kontakt ud af huset og brobygge - har fyldt mere end forventet, hvorimod rollen som sygeplejerske i lægepraksisserne har fyldt mindre:

Diabetessygeplejersken fortæller mig, at hun nogle gange har opgaver som både detektiv, sagsbehandler og sygeplejerske. Hun vil gerne og kan godt lide at have de mange forskellige kasketter på, men hun havde ikke forventet, da hun startede i stillingen, at der ville gå så meget tid med den type opgaver. Hun havde måske i stedet forventet, at hun ville bruge mere tid i fx lægepraksisserne. Efter mødet med den tyrkiske sundhedsmedarbejder og diabetessygeplejersken, har diabetessygeplejersken en kort snak med en anden sundhedskonsulent i huset, som har set en korrespondance i Cura til hende, som er forsvundet igen. Den prøver de sammen at lokalisere i systemet. Det sker af og til, fortæller diabetessygeplejersken, at hun modtager mails fra kollegaer, som har modtaget hendes korrespondancer. Cura er det system, de bruger i kommunalt regi, men der er mange klik og meget information, man ikke kan finde om borgerne. Diabetessygeplejersken fortæller, at hun sætter et par timer om ugen af i sin kalender til at udføre opgaver af mere administrativ karakter, som fx at dokumentere, registrere, tage kontakt ud af huset, fx hjemmeplejen, ekstern diætist, demenskoordinator mv. Det kunne fx være en borger, som havde behov for at få ekstra ydelser på fra hjemmeplejen. (Observationsnote, Globus 1, d. 30 januar 2020)

Ledsagerordning. Ledsagelse af borgerne til kontrol og konsultationer i sundhedsvæsenet har været en høj prioritet i indsatsen og særligt i starten af borgerens forløb, idet sundhedsmedarbejderne har oplevet, at ledsagning med tolk har givet borgerne en stor tryghed. Som et pædagogisk led i at lære borgerne at stå på egne ben og selv navigere i sundhedsvæsenet har sundhedsmedarbejderne - som alternativ til ledsagning og grundet tidspres - tilbudt borgerne telefonisk samtale efter konsultationer. Ledsagning er primært sket til diabetesambulatoriet, øjenlæger, fodterapeuter, egen læge samt andre vigtige konsultationer på hospitalet.

Samarbejde med sagsbehandlere og andre offentlige instanser har været et vigtigt element i sundhedsmedarbejdernes arbejde for at støtte og vejlede borgerne til at håndtere deres type 2 diabetes bedre. Samarbejdet har drejet sig om alt fra hjælp til at søge tilskud til hjælpemidler, medicin og tandlægebesøg, men også tæt kontakt til sagsbehandlere, hjemmeplejen, dagplejen og boligsociale medarbejdere og jobcentre, har været en del af indsatsen.

Der har været mange [samarbejder på tværs], mange som vi heller ikke til en start troede vi skulle samarbejde med. Det har været alt fra sagsbehandlere til tandlægebesøg og hjulpet så mange med de her forskellige ansøgninger, de skal lave. Både til tandlæger og det ene, andet og tredje. (sundhedsmedarbejder)

Vi samarbejder også nogle gange omkring økonomien, så der er en del med sagsbehandler indover også, og så kan vi hjælpe og støtte dem i at få ekstra hjælp i hjemmet, hvis der er behov for det. Vi har haft nogle stykker som har muskelatrofi, og der er nogle af dem der ikke helt får den hjælp, som jeg synes de burde få. Så det er jo en bred vifte af mange forskellige ting. (sundhedsmedarbejder)

Brobygning til bevægelse- og trivselsskabende aktiviteter i borgerens nærområde har været et helt central element i indsatsen. Her har sundhedsmedarbejderne i første omgang brobygget til FSVs egne kommunale tilbud såsom Diabetesskolen, diætistsamtaler, ugentlige gåture i Haslebakker, mandetræning, arrangerede cykelture i området og adgang til indendørs træningsfaciliteter. Ligeledes har der været et tæt samarbejde og brobygning til FSVs sundhedscentre i Frydenlund og Midt.

Sundhedsmedarbejderne har stået i spidsen for flere af disse ugentlige aktiviteter i Folkesundhed Aarhus Vest, hvilket viste sig at være en stor fordel for borgerne motivation for at starte op i aktiviteterne, idet de nu allerede havde et kendt ansigt:

Vi har kigget i deres nærområde og set, hvad er der, hvad kan der brobygges til af træning, hvilke muligheder er der? (...) Derudover så har jeg jo med mine andre opgaver i huset nogle aktiviteter med at gå ture med nogle damer hver tirsdag, plejede jeg, at gå sådan Hasle Bakker tur rundt i nærområdet. Der kunne jeg også finde på at spørge nogle af vores borgere 'kunne du ikke tænke dig at gå tur hver tirsdag med den her gruppe damer? Der er jeg med hver anden tirsdag, så der er der i hvert fald en, du kender.' Det har jo også fungeret fint. Så vi har brugt nærområdet og de forskellige aktiviteter, der har været. Også når vi har skulle brobygge. Hvor kan den her borger ligesom blive løftet videre, hvor de så stadig kan være selvstændige, men ikke bliver sluttet 100% endnu. Så også lokalt til noget træning osv. Så jeg synes, vi har haft et rigtig godt samarbejde rundt omkring. Både i Brabrand og uden for Brabrand. (sundhedsmedarbejder)

Som sundhedsmedarbejderen fremhæver, har brobygning til egne aktiviteter også haft til formål at skabe en 'blød' afslutning på deres forløb, idet borgerne gennem deltagelse i aktiviteter i sundhedscenteret stadig har haft deres gang i Globus 1 og deraf mulighed for at være i kontakt med sundhedsmedarbejderne.

Styring og koordinering af indsatsen. Diabetessygeplejersken har haft det daglige ansvar for styring og koordinering af indsatsen. Ugentlige møder er blevet afholdt med de forskellige tilknyttede sundhedsmedarbejdere i FSV med fokus på at gennemgå mål for hver enkelt borger samt aftaler, opfølgning og dokumentation.

Dokumentation og forberedelse fra samtale til samtale, har fyldt meget i dagligdagen for sundhedsmedarbejderne. Diabetessygeplejersken vurderer, at 1/3 af deres arbejdstid er brugt på at dokumentere og forberede:

- Sundhedsmedarb. 1: Altså hver gang vi har en samtale på en time, så bruger vi i hvert fald en halv time til tre kvarter på lige at drøfte borgeren og dokumentere bagefter. Så det er vel en 2/3 del.*
- Sundhedsmedarb. 2: Ja, og så er der også noget tid på planlægning. Hvor vi også sidder og kigger i dokumentationen. Hvad snakke de vi om sidst? Og hvad skrev vi sidst? Og hvad skal vi tage udgangspunkt i til denne her samtale?*
- Sundhedsmedarb. 1: Ja, så hvis det er 37 timer, så vil jeg sige at 1/3 del af tiden bruger vi på at dokumentere og forberede.*

Dokumentation om borgernes forløb er delvist sket i den digitale kommunale borgerjournal Cura, hvor også kommunikation og korrespondancer med lægepraksisser og hjemmeplejen har foregået. Yderligere er der registreret oplysninger om borgernes forløb i en fysisk journalmappe, i diabetessygeplejersken notesbog samt spørgeskemadata og kliniske data udfyldt hver tredje måned (se tabel 9).

Omfanget af dokumentation i indsatsen skyldes ifølge sundhedsmedarbejderne to årsager. Dels har der været et stort ønske om at levere brugbar information til slutevalueringen af indsatsen, hvilket har betydet at sundhedsmedarbejderne udover at dokumentere i det kommunale system Cura, også har skulle dokumentere andre steder som fx fremmødere registrering i journalmappen. Derudover har de systemer, som de kommunale sundhedsmedarbejdere har haft til rådighed, ikke tilstrækkeligt understøttet dokumentationskravet og krav til sikkerhed i indsatsen, hvilket har gjort dokumentationen yderligere besværlig og tidskrævende. Sundhedsmedarbejderne giver udtryk for, at det høje tidsforbrug til dokumentation i indsatsen kun har kunne lade sig gøre i kraft af, at antallet af borgere har været langt lavere end først antaget.

Tabel 9. Oversigt over dokumentationskilder og type af dokumentation i indsatsen.

Kilde	Type af dokumentation
Cura	• Medicinsk compliance. • Livsstils compliance. • Generelt, herunder status på komorbiditet. • Håndholdt indsats, herunder oplysninger om eksterne samarbejder og brobygning dokumenteres. • Understøttelse for fremmøde. • Familieperspektiv. • Beskæftigelse. • Samarbejde på tværs. • Mål og nødvendige færdigheder. • Plan, herunder oplysninger om hvad både borger og Folkesundhed Aarhus Vest skal gøre fra gang til gang.
Journalmappe (ringbind)	• Borgers henvisningstidspunkt • Tidspunkt for opstart • Henvisningsblanket • Medicinoversigt • Fremmødere registrering • Borgerudfyldte blodsukkerskemaer mv.
Notesbog	• Håndskrevne noter fra individuelle samtaler
SurveyXact	• 3. månedlige registrering af ◦ Spørgeskemaer om livskvalitet, udbytte af forløb, egenomsorg mv. ◦ Langtidsblodsuktermåling (Hb1Ac) ◦ Fysisk test (rejse-sætte sig øvelse) ◦ Vægt ◦ Højde

Relationsarbejdet med målgruppen

Relationen til borgerne fremhæves af sundhedsmedarbejderne som en af de vigtigste faktorer for at fastholde borgerne i forløbet og støtte dem i at skabe varige livsstilsændringer. For at få lov til at hjælpe borgerne med at ændre ting i deres hverdag har tillid været en afgørende faktor. Sundhedsmedarbejderne har erfaret, at tillid opbygges ved at investere tid med borgerne og ved at møde borgerne der, hvor de er:

Så det er 100% den vigtigste læring, det er at møde borgerne, hvor de er og give dem tid til at komme dertil, hvor de skal til, samtidig med at støtte dem på deres præmisser. At det er dem, der bestemmer forløbet, og det er dem, der bestemmer, hvor meget eller hvor lidt vi skal ses, og hvor meget og lidt jeg skal blande mig. Ligesom give dem teten. Det er jer, der er der for at støtte. (sundhedsmedarbejder)

Bare det at vi sidder og lytter til dem til første samtale, og høre hvad er din livshistorie? Hvad laver du til dagligt? Hvad er du fyldt med? Hvilke problematikker har du? Før vi går ind og snakker diabetes, blodsukker og medicin. Den tid er virkelig godt givet ud, fordi de får lov til at fortælle alt hvad de har på hjertet, og de føler sig set og hørt. Allerede der føler man, at relationen på en måde er dannet. (sundhedsmedarbejder)

Det vigtigste jeg tager med mig, det er simpelthen det her med, at en sygdom der er kronisk, og vanerne for at have en god egenomsorg kræver tid, og det er en landevej med mange bump på vejen, hvor du skal klatre op ad stigen, og så falder du nogle gange lidt ned igen. Der er ikke noget der bare er lineært. Og slet ikke med denne her målgruppe. Og det er også det jeg kan se forskel på, hvis man sidder inde i klinisk regi på sygehuset vs. at være herude og arbejde individuelt med den enkelte i et andet regi, hvor at du kommer tættere på borgeren på en eller anden måde, fordi det er et langt forløb, men ja, helt klart det der med at ting tager tid, og det er okay at ting går op og ned (sundhedsmedarbejder)

De vigtigste læringspointer i relationsarbejdet med målgruppen er ifølge sundhedsmedarbejderne:



At møde borgeren på deres præmisser og tage udgangspunkt i, hvad borgeren synes er vigtigt.



Tid som afgørende faktor for at arbejde med målgruppen, hvilket både gælder god tid i samtaler og at udvise tålmodighed i forbindelse med borgernes vaneændringer.



Forståelse for kulturelle normer, fx tabu omkring mentale problemer i en mellemøstlig kultur eller vigtigheden af at hyggesnakke i god tid har vist sig betydningsfuld i forhold til at opbygge relationen til borgerne.



Tilgængelighed, at borgerne kan komme i kontakt med de kommunale sundhedsmedarbejdere, og at de til enhver tid kan komme og banke på deres dør.



Kombinationen af sproglige- og sundhedsfaglige kompetencer blandt medarbejderne i FSV skaber tryk hos borgerne.

Opsummering

Samlet set har to faktorer været særligt kendetegnende for de kommunale sundhedsmedarbejders rolle og funktion i indsatsen. Først og fremmest diabetessygeplejerskens og sundhedsmedarbejdernes mange roller i indsatsen, idet de både har skullet agere brobyggere til almen praksis, ledsage borgere til hospitalkontroller, skræddersy individuelle forløb, opbygge tillidsfulde relationer til borgerne og ikke mindst, sikre indsatsens fremdrift og dokumentation. Foruden de mange roller har relationsarbejdet med målgruppen haft en særlig fremtrædende rolle i indsatsen. Her har sundhedsmedarbejderne erfaret, at nøglen til at få lov til at arbejde med borgerne er tillid, og at tillid skabes i en kombination af at møde borgernes på deres præmisser, ved at udvise tålmodig og tilgængelighed samt kompetencer til at forstå borgernes kulturelle og sproglige baggrund.

Indsatsens kommunale forankring og geografiske placering

Indsatsen har været forankret i FSV som har til huse i Globus 1 i Gellerup. Disse to faktorer – indsatsens kommunale forankring samt geografiske placering i det udsatte boligområde Gellerup - har haft både positiv og negativ betydning for borgernes motivation og fastholdelse i indsatsen.

Mistillid og fordomme om kommunalt arbejde.

Det er sundhedsmedarbejdernes oplevelse, at borgerne i høj grad forbinder kommunen med sociale forhold og sagsbehandling og ikke sundhed og diabetes. Derudover har sundhedsmedarbejderne oplevet, at borgerne har haft en opfattelse af, at kommunen, på tværs af sundhed- og socialområdet, automatisk deler information uden borgerens samtykke:

Størstedelen af vores borgere tror, at vi i kommunen samarbejder, altså altid. Selvfølgelig gør vi det, hvis det giver mening, men de [borgerne] har en idé om, at vi gør det automatisk. At vi fortæller alt til hinanden. Så når der kommer én [borger] ind til mig, så vil alt hvad jeg snakker med vedkomne om automatisk havne ovre ved sagsbehandleren, hvor vi sådan lidt har kunne mærke, at der er nogen, der har parraderne oppe (...) Så finder vi så ud af efterfølgende 'prøv lige at høre, vi siger faktisk ikke noget til nogen som helst, medmindre vi får din tilladelse til det.' Vi snakker ikke med sagsbehandlerne, medmindre det giver mening at snakke med de sagsbehandlere, og så spørger vi dig også først. 'Nå okay, så det er ikke noget, der automatisk sker?' 'Nej det er det ikke.' Så er det som om, deres skuldre falder lidt ned. Så jo, de tænker 100%, at det [kommunen] er én stor enhed, der bare kommunikerer, og vi har nærmest samme journalføring osv. (sundhedsmedarbejder)

Sundhedsmedarbejderen fortæller, at borgernes mistillid og fordomme om kommunalt samarbejde har været en stor barriere i sundhedsmedarbejdernes arbejde med at skabe tillid og fortrolighed hos borgerne.

Et sundhedscenter i Gellerup – fordele og ulemper.

Indsatsens geografiske placering i Gellerup har ifølge sundhedsmedarbejderne haft unikke fordele idet borgere, der bor i nærområdet, har haft kort afstand til sundhedscenteret og haft mulighed for at deltage i aktiviteter i nærområdet. Derimod har især borgere bosat uden for området oplevet indsatsens placering i Gellerup som en udfordring, dels grundet Gellerups ry og dels pga. transportmæssige vanskeligheder. Tabel 10 opsummerer fordelene og ulemperne ved sundhedscenteret i Gellerup.

Tabel 10. Fordele og ulemper ved sundhedscenter i Gellerup

Fordele	• Kort afstand mellem hjem og sundhedscenter, hvilket gør indsatser meget tilgængelig. • Igangsættelse af fysisk aktivitet i nærområdet. • Brobygning til trivselsskabende aktiviteter i nærområdet.
Ulemper	• Stigma forbundet med at komme i kommunalt sundhedscenter • Borgere vil ikke ses i Gellerup/Brabrand pga. områdets blakkede ry. • Lægepraksisser kan opleve, at det er svært at 'sælge' forløbet til borgeren der bor uden for Gellerup/Brabrand pga. områdets blakkede ry. • Transportmæssigt er Globus 1 mindre tilgængeligt for borgere, der ikke bor i nærheden.

Et eksempel på én af de faktorer, som har haft en hæmmende virkning på borgernes motivation for at deltage i forløbet, er forbundet til den stigmatisering, det er at være syg og være nødsaget til at få specialiseret sundhedsfaglig rådgivning. En af sundhedsmedarbejderne fortæller:

Der er også nogle af borgerene som har lidt forbehold for at komme i Globus fordi de ved, at der ligger Folkesundhed, og når man kommer der, så er man syg (...) Men når borgeren så møder os og vi får fortalt hvad vi egentligt kan, så har jeg overhovedet ikke mødt, jo en gang har jeg mødt det, at borgeren har haft svært ved at komme her pga. den stigmatisering. (sundhedsmedarbejder)

Opsummering

Indsatsens kommunale forankring og geografiske placering i Gellerup har spillet en betydelig positiv rolle for borgernes deltagelse og fastholdelse i kraft af høj grad af tilgængelighed, brobygning til aktiviteter i lokalområdet samt et tæt samarbejde med offentlige instanser. Derimod har borgernes deltagelse og fastholdelse været udfordret af Gellerups blakkede ry, en mistilid til kommunalt samarbejde samt af den stigma, der kan være forbundet med at komme i et sundhedscenter.

Samarbejdsflader i indsatsen

indsatsen har i alt haft tilknyttet tre lægepraksisser, hvoraf de to blev inkluderet undervejs i indsatsperioden, da det viste sig, at den første praksis havde en langt mindre borgeroptag end først antaget. Ud over de to ekstra lægepraksisser blev der undervejs i indsatsen også åbnet op for, at Steno Diabetes Center Aarhus (Aarhus Universitetshospital) kunne henvise dem af deres type 2 diabetes patienter, der var særligt sårbare.

Samarbejdsflader mellem Folkesundhed Aarhus Vest og almen praksis

Det tværsektorielle samarbejde mellem FSV og de tre lægepraksisser har i indsatsen udfoldet sig inden for fire samarbejdsflader: *Justering af inklusionskriterier, model for henvisningspraksis, fælles konferencemøder og løbende kommunikation*. Disse fire samarbejdsfald udfoldes herunder med fokus på, hvordan de to sektorer har oplevet samarbejdet.



Justering af inklusionskriterier

Målgruppen for indsatsen er løbende blevet justeret i indsatsperioden, det gælder både i forhold til etnicitet og graden af sårbarhed.

Etnicitet. Oprindeligt var målgruppen defineret som sårbare borgere med type 2 diabetes af dansk og arabisk etnicitet, hvilket afspejlede de sproglige kompetencer, som blev ansat ind i indsatsen. Men grundet et lavere antal henviste borgere end først antaget i indsatsens indledende fase blev målgruppen bredt ud til også at inkludere sårbare borgere med fx tyrkisk og somalisk baggrund.

Graden af sårbarhed bliver af lægepraksisserne defineret som tunge, tidkrævende borgere der kræver en så holdholdt indsats, som aldrig vil kunne tilbydes i almen praksis. De praktiserende læger fortæller, at de i henvisning af borgere til indsatsen har lagt vægt på at inkludere de af deres patienter, der

- udebliver fra konsultationer
- har dårlig medicinsk- og livsstils compliance
- er svære at få i behandlingsmål
- ikke kender deres medicin
- har konkurrerende lidelser
- ikke kan overskue behandling
- er belastet socialt og økonomisk



Model for henvisningspraksis

De praktiserende læger har henvist 34 af de i alt 39 borgere til indsatsen. De resterende er henvist fra Steno Diabetes Center Aarhus. I den ene lægepraksis har både praktiserende læger og sygeplejersker henvist borgere til indsatsen, hvor det i den anden praksis hovedsagligt har været diabetessygeplejersken, der har henvist borgere til indsatsen.

Sundhedsmedarbejdernes deltagelse i konsultationer. Grundet rekrutteringsudfordringer, deltog diabetessygeplejerske og sundhedsmedarbejderne fra FSV i starten af indsatsen i konsultationer hos den første inkluderede lægepraksis. Sundhedsmedarbejderne fortæller, at borgerne på denne måde fik sat ansigt på indsatsen og fik mulighed for at høre om indsatsen på deres eget modersmål - en henvisningspraksis som sundhedsmedarbejderne fandt meget brugbar og som tidsmæssigt var muligt i den indledende fase, da der kun var få borgere inkluderet. Dog stoppede diabetessygeplejersken og sundhedsmedarbejdernes

deltagelse i konsultationer undervejs i indsatsen, hvilket tilskrives en blanding af covid-19 restriktioner og tidspres i lægepraksissen.

Rekruttering via konferencemøder. Foruden deltagelse i konsultationer i lægepraksis har sundhedsmedarbejderne brugt de kontinuerlige konferencemøder med lægepraksisserne som anledning til at spørge ind til nye relevante borgere til indsatsen.

Jo længere vi kom i indsatsen og havde de her konferencemøder, så har vi også altid spurgt 'har i nogle nye borgere, er der nogen, i tænker, der kunne være relevante for indsatsen?' Hvor de så kan sige 'vi har faktisk godt tænkt over den og den borger, som kunne være helt perfekt, men vi skal lige høre, om det er noget, de har lyst til osv.' Pludselig gik det fra at man hele tiden følte, at man spurgte og var påtrængende, til at de faktisk allerede, hver gang de havde en borger, tænkte, om det kunne være relevant for os at arbejde med. (sundhedsmedarbejder)

Lavere borgeroptag end først antaget. Fra indsatsens start har det været en ambition at inkludere i alt 150 borgere. Igennem hele indsatsen har det dog været en stor udfordring at nå dette antal. Derfor blev det undervejs i indsatsen bestemt, at lægepraksisserne skulle henvise en bredere målgruppe, både hvad angik graden af sårbarhed og etnicitet, og at sundhedsmedarbejderne derefter stod for at vurdere den enkelte borgers egnethed.

Det lavere antal henviste borgere til indsatsen end først anslået forklares af de praktiserende læger ved, at antallet af deres sårbare patienter med diabetes oprindeligt er overestimeret, og at de samtidig har en oplevelse af at have godt styr på deres sårbare diabetespopulation:

Så det undrer mig ikke at der ikke er kommet flere ind, fordi så mange er der heller ikke af dem, de fylder bare. (lægepraksis)

Spørgsmålet er, hvorfor vi ikke har kunne levere? Det tror jeg måske hænger sammen med, at vi organiserer det som vi gør, og i og med at vores diabetessygeplejerske har ret godt styr på det og kender dem [patienterne]. (lægepraksis)

Medarbejderne i FSV oplevede, at det lave antal henviste borgere i starten af indsatsen skyldtes at der fra lægepraksissernes side 'blev sorteret for groft i patientlisterne' og at de havde indtryk af, at indsatsen forsvandt i en travl hverdag i lægepraksisserne. Til gengæld oplevede de, at da lægepraksisserne så, at deres patienter begyndte at få bedre medicinsk compliance, så steg lægepraksisserne henvisningsfrekvens.

Jeg tror også, det hjalp en del [med at henvise], da de [lægepraksisserne] så vores resultater. 'Okay der sker faktisk noget med de her borgere, de er begyndt at tage deres medicin ordentligt, de er begyndt at motionere og langtidsblodsukkeret falder'. Det gav sådan lidt, der sker faktisk noget, når de er i det her projekt, så lad os hellere sende flere af sted. (sundhedsmedarbejder)



Fælles konferencemøder

Konferencemøder er løbende blevet afholdt mellem FSV og to af de involverede lægepraksisser. Konferencemøderne havde til formål at styrke samarbejdet og kommunikationen på tværs ved at skabe et tværsektorielt og tværfagligt forum for drøftelse af udvalgte borgers udfordringer og sammen finde fælles løsninger.

Konferencemøderne i praksis. Som udgangspunkt blev konferencemøderne afholdt en gang om måneden med hver enkelt praksis. Sundhedsmedarbejderne var tovholder på møderne og stod for at indkalde til et 30-45 min. møde placeret efter almen praksis' konsultationer.

Et par dage før mødet udsendte sundhedsmedarbejderne en liste over de borgere, lægepraksissen havde henvist til indsatsen hvori de beskrev, hvilke problematikker de fandt relevante at drøfte på mødet.

Løbende justeringer i konferencer. I interviews giver begge lægepraksisser udtryk for, at konferencemøderne har været tidskrævende. Hvor den ene praksis har oplevet møderne som ufokuserede og savnet fokus på konkret handling fremhæver den anden praksis, at konferencemøderne har været deciderede unødvendige, idet den information de havde brug for at videregive til sundhedsmedarbejderne, fint kunne sendes som korrespondance.

Hvis vi holder møder, så er det duk duk duk og så videre. Og der kan man godt mærke at den mødestruktur de har... Altså min sygeplejerske og jeg kom jo tit til at sidde sådan og [interviewperson banker hurtigt i bordet] ja-men hvad er det jeg skal. Altså du må gerne fortælle mig det her, men fortæl mig nu hvad jeg skal. Altså kom til sagen. (lægepraksis)

Egentlig var det ikke det store behov, jeg havde for konferencerne. De ting, jeg havde brug for at give videre, kunne fint sendes som korrespondance. (lægepraksis)

Lægepraksisernes utilfredshed med konferencemøder gav anledning til justering undervejs i indsatsen.

- Justering af mødefrekvens: Mødefrekvensen for konferencemøderne blev justeret fra en gang om måned til hver tredje måned eller efter behov. Dette skyldes dels et lavere borgeroptag end først antaget og dels tidspres i almen praksis.
- Justering af indhold og struktur for møderne: Det blev bestemt kun at gennemgå udvalgte relevante borgere på konferencemøderne fremfor at gå igennem alle borgerne til hvert møde.

Ønske til yderligere fokusering af fælles konferencemøder. I interviews udtrykker den ene lægepraksis ønske om en yderligere fokusering af konferencemøderne med vægt på kun at drøfte de borgere, der kræver en justering af fx medicin og gerne et fælles møde der kan afholdes på 15 min.:

Hvis min sygeplejerske og jeg skulle bestemme, så skulle vi bare sige: ja-men det kører, det kører, det kører og det kører ikke (...) så vi simpelthen får zoomet skarpt ind på hvad det er vi skal skrue på der hvor det ikke kører. Og så får vi det overstået, gerne på et kvarter, og så videre. (lægepraksis)



Løbende kommunikation

Kommunikationen mellem FSV og lægepraksisserne omkring borgerne i indsatsen har primært foregået gennem korrespondancer i Cura/EPJ, mails, telefonisk kontakt, gennem sundhedsmedarbejdernes deltagelse i konsultationer samt gennem de tilbagevendende konferencemøder.

Særligt kommunikation gennem korrespondance, fremhæves positivt af en af de praktiserende læger:

Så har der været korrespondancer, og det har fungeret rigtig godt synes jeg. (lægepraksis)

Behov for direkte telefonisk kontakt går begge veje. Direkte telefonisk kontakt beskrives af både lægepraksisserne og sundhedsmedarbejderne som en forudsætning for at fastholde et tæt samarbejde. Som sundhedsmedarbejderne herunder beskriver, er det deres oplevelse, at behovet for kommunikation går begge veje.

Vi har også bare løbende kontakt per telefoner, korrespondancebreve og mail nogle gange. Sygeplejersken [i lægepraksis] ringer også i tide og utide i forhold til nogle borgere, for lige at drøfte noget medicinsk compliance f.eks. (sundhedsmedarbejder)

Manglende adgang til fælles medicinkort (FMK). Af både de praktiserende læger og sundhedsmedarbejderne nævnes FSVs manglende adgang til FMK, som en stor udfordring i samarbejdet, idet sundhedsmedarbejderne ved spørgsmål til de enkelte borgers medicinlister og dosering hver gang har måtte kontakte de enkelte praksisser for yderligere opklaring.

Samarbejdsflader mellem Folkesundhed Aarhus Vest og Steno Diabetes Center Aarhus

SDCA har haft 5 patienter, der har været en del af indsatsen i FSV. Samarbejde mellem FSV og SDCA fremhæves af begge parter som overvejende positivt og har i indsatsen primært udfoldet sig inden for tre samarbejdsflader: *Løbende kommunikation, ledsagelse til konsultation og specialistrådgivning*. Disse tre samarbejdsfald udfoldes herunder, med fokus på hvordan de to sektorer har oplevet samarbejdet.



Løbende skriftlig kommunikation

SDCA og FSV har haft en løbende og gensidig kommunikation omkring de fem inkluderede borgere. Kommunikationen er primært foregået via korrespondancebreve i EPJ eller på mail, hvor endokrinologerne i forbindelse med ændring af behandling fx har efterspurgt blodsukkertal og status på borgerne. Omvendt har FSV kontaktet endokrinologerne, hvis de har manglet oplysninger eller medicinlister.



Specialistrådgivning

Sundhedsmedarbejderne fremhæver én af sygeplejerskerne på SDCA, som har haft en særlig fremtrædende rolle i indsatsen, idet hun har fungeret som sundhedsmedarbejderne diabetesspecialist:

Vi har jo et samarbejde med en af diabetessygeplejerske på Steno i forvejen, som har haft en fod her i Folkesundheds-regi ift. at snakke diabetes og have nogle borgersamtaler. Så hende har vi kendt på forhånd. Samarbejdet med hende er egentligt kun blevet stærkere efter, at hun kan se hvad projektet egentligt er (...) hun er vores hotline til Steno ift. til samarbejdet omkring de borgere vi har i Steno-regi (...) hun er et vandrende leksikon på nogle punkter, så hun er guld værd at have, og brænder også bare for anden etniske borgere og deres sundhed. (sundhedsmedarbejder)



Ledsagelse til konsultationer

Sundhedsmedarbejderne i FSV har i indsatsen prioriteret at ledsage deres borgere til konsultationer på SDCA. For de 5 borgere, som har været fulgt af endokrinologerne frem for egen læge, er deres konsultationer blevet forlænget fra 20 min. til 40 min. Tidsforøgelsen beskriver endokrinologen som en stor fordel og nødvendighed, idet tolkning og sundhedsmedarbejdernes tilstedeværelse gør, at mange flere problemstillinger bliver vendt:

Normalt er vores tider 20 minutter, her er der 40 minutter, så der har været ro og tid til at tale med patienterne, og der har tit været mange problemstillinger, så den ekstra tid har været nødvendig. Men så fordi det også er tolkede samtaler, så tager det længere tid. (endokrinolog)

Endokrinologen oplever desuden, at sundhedsmedarbejdernes ledsagning har øget kvaliteten af tolkning, idet sundhedsmedarbejderne har en faglig baggrund inden for diabetes og at de er yderst engagerede i deres borgere:

Tit når vi bruger tolke, så er det ikke nødvendigvis nogle der er vant til at komme i en diabetesklinik, men jeg oplever at tolkningen er i højere kvalitet, fordi de ligesom er sporet ind på det emne vi taler om (...) De sygeplejersker der møder op, har jeg oplevet været meget arrangeret i patienterne, og har været meget omkring patienterne. (endokrinolog)

Opsummering

Folkesundhed Aarhus Vest har i indsatsen haft et tæt samarbejde med både tre lægepraksisser og Steno Diabetes Center Aarhus. Samlet set har samarbejdet mellem FSV og de involverede lægepraksisser været karakteriseret af et nystartet samarbejde, hvor forskellige modeller for samarbejde er blevet afprøvet og hvor justeringer er blevet foretaget løbende i indsatsperioden. Telefonisk kontakt og korrespondancer fremhæves positivt af begge parter, hvorimod inklusionskriterier, praksis for henvisning samt udvikling af en brugbar model for korrespondancemøderne har krævet større justeringer. Samarbejdet mellem FSV og SDCA fremhæves af begge parter som overvejende positivt og har bestået dels af skriftlig udveksling af klinisk data, dels af fælles konsultationer i ambulatoriet med ekstra tid og tolkning og dels en specialistrådgiver funktion fra SDCA til FSV.

Fremmere og barriere for det tværsektorielle samarbejde

Sammen om Diabetes i Aarhus Vest har haft til formål at skabe viden om, hvordan Aarhus Kommune, almen praksis samt SDCA samarbejder og skaber bedre indgange og sammenhæng for sårbare borgere med type 2 diabetes. I det følgende afsnit præsenteres, hvordan de enkelte sektorer har oplevet det tværsektorielle samarbejde i indsatsen med fokus på hvilke barrierer og muligheder, der har understøttet samarbejdet.

Folkesundhed Aarhus Vest

FSV har haft den største rolle i indsatsen, idet diabetessygeplejersken og de tilknyttede sundhedsmedarbejdere har haft den koordinerende og brobyggende funktion til de tre involverede praksisser samt til SDCA.

Fremmere. Sundhedsmedarbejderne har fremhævet følgende faktorer i indsatsen, som har haft en fremmende betydning for samarbejdet med almen praksis:

Fremmere		Indledende samarbejdsmøde mellem FSV og de enkelte deltagende praksisser skaber klarhed, hvor deltagerne møder hinanden, indsatsen præsenteres, kontaktoplysninger udveksles og forventninger til samarbejdet afklares, herunder aftaler om økonomi, henvisningspraksis, inklusionskriterier, enighed om behandlingsmål, aftaler om løbende kommunikation, frekvens for konferencemøder etc.
		Regelmæssige konferencemøder med almen praksis, hvor sundhedsmedarbejderne har givet lægepraksisserne en opdatering på deres borgere, diskuteret specifikke problemstilling hos udvalgte borgere samt diskuteret henvisning af nye mulige borgere til indsatsen.
		Rekruttering gennem kommunal deltagelse i konsultationer i lægepraksis, idet sundhedsmedarbejderne oplever at borgerne får sat ansigt på indsatsen og får præsenteret indsatsen på modersmål af den tolkende sundhedsmedarbejder.
		Gensidig kommunikation via direkte telefonlinje mellem FSV og lægepraksis idet sundhedsmedarbejderne oplever, at lægepraksisserne ringer, hvis de har spørgsmål og omvendt.

En sundhedsmedarbejder fortæller bl.a. følgende om deres udbytte af at afholde indledende samarbejds-møder mellem FSV og lægepraksispraksisserne:

Det har givet rigtig god mening at sidde ude ved [almen praksis] og forventningsafstemme og høre lidt ind til deres praksis, og de hører ind til vores projekt. Igen det her med at man får en følelse af hvad hinanden kan bidrage med, og hvordan samarbejdet kan blive etableret. (sundhedsmedarbejder)

Barrierer. Sundhedsmedarbejderne har ligeledes fremhævet faktorer i indsatsen, som har haft en hæmmende betydning for deres samarbejde med almen praksis:

Barrierer		Manglende indledende samarbejds-møde mellem FSV og deltagende lægepraksisser , hvilket skabte uklare forventninger parterne imellem.
		Forskellige kliniske behandlingsmål og måleapparater til blodsuktermåling i kommunen, almen praksis og på hospitalet , hvilket skabte forvirring hos borgere og sundhedsmedarbejderne.
		Manglende kommunal adgang til fælles medicinkort (FMK) , hvilket har betydet, at sundhedsmedarbejderne har måtte kontakte de enkelte praksisser for overblik over medicin og dosering.

En af sundhedsmedarbejder fortæller følgende om deres manglende adgang til fælles medicinkort og hvilken betydning, det har haft for indsatsen:

Jeg skal have adgang til vores fælles medicinkort, FMK, fordi det har jeg ikke, og det er en stor arbejdsbyrde for mig, at jeg ikke har det (...) Tit så er der ikke fornyet recepterne desværre, det kan være en forglemmelse eller tidspres, og så står borgeren nede ved apoteket og ringer ned til os og siger, "hey jeg har ikke noget medicin, kan I ikke lige sørge for at få det til mig?" Hvor jeg siger, "nej, det kan jeg ikke gøre, fordi jeg har ikke adgang, og jeg må heller ikke." (sundhedsmedarbejder)

Almen praksis

Delt udbytte af samarbejde. De to interviewede lægepraksisser er delte i deres oplevelse af, hvorvidt de synes, at indsatsen har bidraget til øget kendskab og samarbejde med kommunen. Mens den ene praksis er udpræget positiv og tilkendegiver at have opnået tættere samarbejde og en generel øget henvisning til kommunens tilbud, erkender den anden praksis, at indsatsen ikke har medført betydelig øget kendskab eller styrket samarbejde:

Jeg tror faktisk at de [FSV] er blevet en tættere samarbejdspartner. Sådan føles det på grund af projektet i hver fald, fordi vi ligesom har haft noget med hinanden at gøre. (lægepraksis)

Jeg tror, at mit henvisningsmønster til Folkesundhed eller anbefaling om at gå derop, det er nok steget. Ikke til projektet, men at sige til folk, 'jeg synes simpelthen at du skal prøve at undersøge om de har et tilbud til dig'. Det tror jeg, at jeg er blevet bedre til under projektet. (lægepraksis)

Nej, jeg tror ikke projektet har styrket vores samarbejde. Altså jeg tænker at kommunen og Folkesundhed for mig stadigvæk er en eller anden stor ... Altså jeg ser at der er mange folk, og gode folk, men jeg tænker egentligt ikke at det vil være nemmere for mig at samarbejde med dem fremadrettet. Jeg ved de findes, og har projekter osv. men nej, jeg tænker ikke at det er en styrke på den måde. (lægepraksis)

En forklaring på lægepraksissernes delte udmeldinger kan blandt andet findes i lægepraksissernes syn på, hvorvidt deres patienter opnår betydelige medicinske forbedringer ved deltagelse i indsatsen. Mens den lægepraksis, som har oplevet større samarbejde, også giver udtryk for, at de har set overraskende

positive resultater på deres borgeres medicinske compliance, tilkendegiver den anden praksis, at de ikke har set resultater og at de tilmed erkender, at de er pessimistiske over for målgruppen.

Fremmere. I samarbejdet mellem almen praksis og FSV har de to praktiserende læger fremhævet følgende faktorer i indsatsen, der har haft en fremmede betydning for deres samarbejdet:

Fremmere		Ledsagerordning. Sundhedsmedarbejdernes deltagelse i konsultationer i almen praksis, idet de hjælper borgerne med at huske aftaler og skrive vigtige ting ned som fx at bestille tid til speciallæge.
		Konferencemøder som ramme for at få indsigt i kommunens tilbud.

I citatet herunder beskriver en af de praktiserende læger, hvordan sundhedsmedarbejdernes deltagelse i konsultationer har været en stor støtte for borgerne:

Altså hvis nu f.eks. der har været noget hvor der har skulle holdes styr på noget, og bestilles tid hos speciallæger eller sådan noget, så har de [sundhedsmedarbejderne] også været med. Det behøver ikke at være i begyndelsen. Det har de også kunne gøre hen ad vejen, og det har været en stor hjælp, fordi så har [diabetessygeplejersken] eller en af hendes kollegaer siddet og skrevet lister over hvad skal vi huske (...) Og det har bare været så skønt, fordi så har jeg jo bare tænkt, nu er der nogle der hjælper dem med at få ringet derhen. Nu bliver det til noget. (lægepraksis)

Barrierer. De praktiserende læger beskriver ligeledes en række faktorer, der har udfordret samarbejdet mellem almen praksis og FSV. Overordnet set er de to praksisser enige om, at barriererne i samarbejdet i høj grad skyldes et kulturmøde mellem de to sektors forskellige måder at arbejde på:

Det der har været udfordrende har jo været, at vi har arbejdet i to forskellige tidsrammer, hvor de jo qua deres projekt har mere tid, men det har vi bare ikke. I almen praksis, jeg kan bedst beskrive vores dagligdag som sådan en velsmurt maskine, hvor der er ikke to minutter til at trække vejret. (...) Deres dagligdag er jo anderledes. (lægepraksis)

Det er nok to forskellige kulturer der mødes omkring det her (...) Vi har selvfølgelig kommunikation med patienten, men det skal også føre til noget (...) Det som vi har oplevet det er, at der har været rigtig mange korrespondancer med mange ord, og det har fyldt meget at skulle besvare det. Både omkring diabetes, men også omkring -har de jo så haft fokus på, fordi det er selvfølgelig relevant, hvis der har været andre helbredsmaessige ved patienten som har gjort at patienten ikke helt har vidst hvad det drejede sig om, eller har været usikker på et eller andet der har været i et andet ambulatorium eller sådan noget. (lægepraksis)

I lægepraksisserne er tid en begrænsende faktor, der blandt gør, at de praktiserende læger i konsultationer i mindre grad har mulighed for at adressere livsstil og bagvedliggende årsager, men i stedet har fokus på den medicinske behandling af diabetes. Omvendt ser det ud for Folkesundhed Vest, hvor netop livsstil, vaneændringer og et helhedsblik på borgerens sundhedsproblematikker er helt centralt i arbejdet med borgerne. Disse to forskellige tilgange til borgerne med diabetes afspejler i høj grad de rammer og vilkår, de to sektorer er underlagt, hvilket i indsatsen har udgjort en udfordring i samarbejdet.

Samlet set har de involverende praksisser oplevet følgende fire barrierer i deres samarbejde med FSV:

Barrierer		Tidskrævende kommunikation i form af henvendelser med mange ord samt konferencemøder, der har manglet fokus.
		At håndtere flere helbredsmæssige problemstillinger samtidig i konsultationer, da disse er tidskrævende.
		Sundhedsmedarbejdernes manglende adgang til fælles medicinkort (FMK) , hvilket har betydet, at almen praksis har fået henvendelser fra sundhedsmedarbejderne for afklaring om borgernes medicin og dosering.
		FSVs manglende adgang til blodprøvesvar fra almen praksis , hvilket har betydet, at borgerne har fået målt Hb1Ac både hos almen praksis og i FSV.
		Manglende kliniske resultater (fx Hb1Ac) på borgerne , har påvirket almen praksis tro på at indsatsen gør en forskel.

Hospital

Steno Diabetes Center Aarhus har samarbejdet med FSV omkring fem af borgerne i indsatsen, idet denne gruppe af borgere primært følges af endokrinologer frem for egen læge.

Fremmere. Den involverede endokrinolog nævner ingen barrierer i samarbejdet, men fremhæver en række faktorer, som har haft en fremmede betydning i deres samarbejde med FSV omkring deres sårbare type 2 diabetes patienter:

Fremmere		Udpræget engagerede medarbejdere fra FSV , der har støttet op om borgerne og været nysgerrige omkring borgernes barrierer for medicinsk compliance, fx ved komme med ændringsforslag med udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og muligheder.
		Vished om, at sundhedsmedarbejderne følger op på konsultation på SDCA om medicinsk compliance og sammen med borgeren laver plan for, hvordan borger opnår bedre medicinsk compliance.
		Ekstra tid til konsultationer (fra 20 min. til 40 min.), hvilket har været nødvendigt idet ledsagelse og tolkning har gjort, at mange flere problemstikker er blevet adresseret i konsultationerne.
		Øget kvalitet i tolkning til konsultationer , idet sundhedsmedarbejderne har en sundhedsfaglig baggrund og kender til diabetesområdets problematikker.

I citaterne herunder beskriver endokrinologen, hvordan sundhedsmedarbejdernes engagement og deres opfølgning med borgerne har været en fremmede faktorer for endokrinologen og FSVs samarbejde med borgeren:

Jeg har oplevet, at de sygeplejersker der møder op, har været meget arrangeret i patienterne, og virkelig støtte op, både i forhold til at få målt blodsukker og få taget sin medicin, og hvis nu patienten ikke vil tage sin medicin, hvad har årsagen været? Og hvordan kan vi gøre det lidt anderledes så patienten kan være med? (endokrinolog)

Jeg synes det er rart at opleve at der er nogle ressourcer ude lokalt, som kan hjælpe med de har patienter, fordi det er nogle rigtig svære patienter. Altså både sprogligt kulturelt, men også behandlingsmæssigt. Der er meget som ligesom har manglet (...) fordi jeg tror kadencen herovre er jo at man har sine patienter måske hver tredje måned, og det passer bare ikke til denne her gruppe patienter. Der skal mere opfølgning og mere kontakt, og det har de [Folkesundhed Vest] ligesom kunne bidrage med. (endokrinolog)

Opsummering

I det tværgående samarbejde mellem FSV, lægepraksisserne og SDCA har en række faktorer haft en fremmende betydning for samarbejdet. Her nævnes de indledende samarbejds møder mellem kommunen og almen praksis, ledsagerordningen til konsultationer i almen praksis og hospital samt kontinuerlige konferencemøder. Det tværgående samarbejde har også mødt en række barrierer, som bl.a. inkluderer udfordringer med at tilgå og dele data på tværs og manglende samarbejds møde. En anden udfordring i samarbejdet skyldes kulturforskelle i kommunen og almen praksis' forskellige rammer og vilkår, hvilket har givet forskellige tidsmæssige muligheder og heraf forskelligt fagligt fokus for borgerens forløb.

METODE

Kvantitative data og analyse

Effektevalueringen og til dels borgerperspektivet er baseret på spørgeskemadata indsamlet fra borgerne før, under og efter deltagelse i forløbet hos FSV. Dataindsamlingen foregik fra august 2019 og frem til oktober 2021. Borgerne besvarede et spørgeskemaet ved opstart af forløb, hver 3. måned og ved afslutning af forløbet sammen med diabetesplejersken herunder eventuelt en sundhedsmedarbejder, der kunne fungere som tolk.

I opstartsspørgeskemaet inkluderedes spørgsmål om selvvurderet helbred og trivsel, sundhedskompetence, sociale relationer, fysisk aktivitet, rygning, brug af tandlægeydelser, samlivsstatus, uddannelse og beskæftigelsesstatus. Derudover indgår biometriske data som vægt, højde, taljeomkreds, langtidsblodsukker og rejse-sætte-sig-test. I de opfølgende spørgeskemaer indgik de samme spørgsmål på nær uddannelse og beskæftigelsesstatus. I afslutningsspørgeskemaet inkluderedes spørgsmål om borgerens oplevelse af forløbet hos FSV.

I alt besvarede 37 borgere et skema ved opstart, 33 borgere besvarede mindst et spørgeskema ud over opstartsskemaet, dog besvarede én borger et skema 4 dage efter opstartsskemaet og er derfor taget ud af analyserne. 25 borgere besvarede et afslutningsspørgeskema.

Spørgeskemadata er oparbejdet i STATA. I deskriptive analyser er forskelle mellem grupper testet statistisk ved en chi2-test, før- og efteranalyser er foretaget som parret t-tests. Alle analyser vurderes med 95% sikkerhedsniveau det vil sige en p-værdi <5 %. Populært sagt vil det sige, at man med 95 % sikkerhed kan sige, at resultatet ikke er opstået tilfældigt.

Undersøgelsen kvantitative resultater skal tolkes med forsigtighed. Dels er antallet af deltagere i undersøgelsen forholdsvis lavt, dels er der gennemført mange statistiske test på samme materiale, hvorfor man ved tilfældighed kan få signifikante resultater. Endelig har undersøgelsen ikke nogen sammenligningsgruppe, hvilket betyder, at man ikke med sikkerhed kan sige, at det er indsatsen, der er årsag til effekten.

Kvalitative data og analyse

Den kvalitative evaluering af borgerperspektivet samt evaluering af det tværgående samarbejde er gennemført som et kvalitativt casestudie baseret på individuelle interviews og deltagerobservation. Dette forskningsdesign har gjort det muligt at indsamle dybdegående viden om, hvordan indsatsen har forløbet og hvordan borgere og sundhedsprofessionelle har oplevet indsatsen.

I alt er der gennemført 19 interviews, hvoraf 14 er gennemført med borgere, to interviews med involverende medarbejdere i Folkesundhed Vest, to interviews med to af de tre involverende praktiserende læger samt et interview med endokrinolog fra Steno Diabetes Center Aarhus. Evaluator og diabetesplejersken har i fællesskab udvalgt de 14 borgere til interviews med henblik på at få et så bredt udsnit af borgere baseret på køn, etnicitet, generelle sundhedsudfordringer og sundhedskompetencer.

Alle borgerinterviews har fundet sted i Folkesundhed Aarhus Vest og er indsamlet i den afsluttende fase af borgernes forløb, fra marts 2020 til september 2021. Størstedelen af borgerinterviewene er gennemført med tolkning fra én af FSVs sundhedsmedarbejdere, som enten hel- eller delvis har oversat spørgsmål og svar, afhængig af borgernes tryk ved at tale og forstå dansk.

Interviews med de involverede sundhedsprofessionelle er gennemført i indsatsens afsluttende fase fra maj frem til oktober 2021, med undtagelse af et enkelt interview med sundhedsmedarbejder i FSV, som fandt sted i januar 2021 grundet medarbejderudskiftning.

I interviewene blev der spurgt retrospektivt ind til aktørernes oplevelse af indsatsen ved hjælp af semi-strukturerede interviews. Yderligere er der foretaget deltagerobservation på forskellige tidspunkter i indsatsperioden som har bidraget med viden om FSVs daglige arbejdsopgaver, deres samarbejde med almen praksis og andre aktører samt deres relation med borgerne i indsatsen. Feltnotater er nedskrevet både under observationer samt gennemskrevet efterfølgende.

Alle informanterne har forud for interviewet givet skriftligt samtykke til at deltage i undersøgelsen. En enkelt borger har efter interview henvendt sig til evaluator og trukket sin interview tilbage. Alle interviews er optaget i fuld længde og efterfølgende transskriberet. De optagede interviews har en varighed mellem 9 og 120 min., hvoraf borgerinterviews har haft en gennemsnitlig varighed på 16 min og interview med

medarbejderne i Folkesund Aarhus har haft en gennemsnitlig varighed på 92 minutter. Det samlede interviewmateriale udgør i alt 8 timer. Lydfiler, transskriptioner og samtykkeerklæringer opbevares alle i MidtX efter gældende GDPR-retningslinjer. Alle interviewpersoner optræder anonymt og identificerende kendetegn er udeladt fra udsagn af samme årsag.

Interviewmaterialet og observationsnotater er først læst igennem i fuld længde og derefter systematisk kodet ved hjælp af et kvalitativt databehandlingsprogram (Nvivo). Separate analyser er foretaget fordelt mellem borgere, sundhedsmedarbejdere i FSV samt almen praksis og hospital. Først er datamaterialet kodet tematisk (deduktivt) baseret på tematikker fra interviewguides (fx barriere og fremmere for samarbejde, oplevet udbytte osv.) og derefter induktivt for at sikre, at alle temaer i materialet blev identificeret. Herefter er materialet kodet på tværs af det indsamlede materiale og i mere fintmaskede underkategorier (fx nye samarbejdsfald, betydning af tæt opfølgning). Ud fra denne kodestrategi er data blevet analyseret og fremstillet vha. displaymetoden, som gør det muligt at udlede læringspointer indenfor og på tværs af informantgrupper og analytiske kategorier.

I fremstilling af data er citater i nogle tilfælde redigeret en anelse, således at de fremstilles anonymiseret, uden unødige ophold og gentagelser i sætninger. Mange borgercitater er oversat fra 3. person til 1. person, idet de oprindeligt er blevet sagt på dansk af tolken, der har gengivet borgerens udsagn i 3. person.