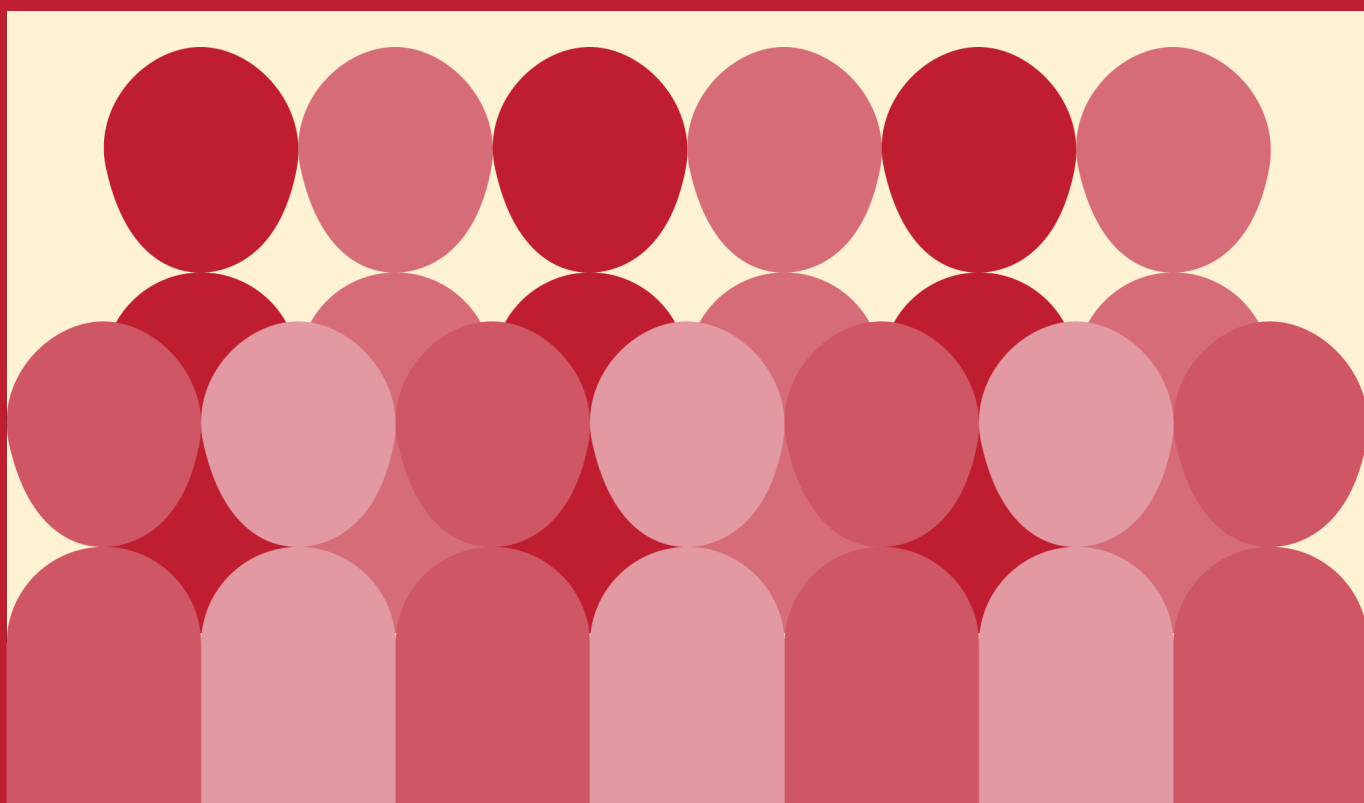


Fremtidens Diabetesambulatorium

- Evaluering af udviklingsarbejdet i 2023-2024



Martin Sandberg Buch, Thorben Peter Høj Simonsen, Amalie Martinus Hauge,
Mette Brehm Johansen og Julian Christensen

VIVÉ

*Fremtidens Diabetesambulatorium
– Evaluering af udviklingsarbejdet i 2023-2024*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-437-3

Projekt: 302498

Finansiering: Region Sjælland

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Steno Diabetes Center Sjælland har i 2023-2024 arbejdet med 'Fremtidens Diabetesambulatorium', som er baseret på tanken om individuelle behandlingsforløb. Indsatsen skal skabe tid og kræfter hos personalet, der kan anvendes på de patienter, der har størst behov for støtte. Visionen er samtidig at slippe de patienter, der kan og vil selv, og derved sikre en mere hensigtsmæssig brug af ressourcer og en bedre behandling af populationen som helhed.

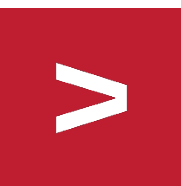
VIVE har evalueret arbejdet med 'Fremtidens Diabetesambulatorium' for at understøtte udviklingen undervejs samt opsamle læring til det fortsatte arbejde. Denne rapport formidler evalueringens samlede resultater og anbefalinger til det videre arbejde.

Evalueringen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch, seniorforskerne Thorben Peter Høj Simonsen, Amalie Martinus Hauge og Julian Christensen samt senioranalytiker Mette Brehm Johansen. Den afsluttende rapport har været til faktatjek hos Region Sjælland og er desuden kvalitetssikret af en forsker og praktiker med særlig viden om genstandsfeltet og de anvendte metoder.

Evalueringen er finansieret af Steno Diabetes Center Sjælland og gennemført i løbende samarbejde med styregruppen for 'Fremtidens Diabetesambulatorium'.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	7
-----------------	---

Afrapportering	12
----------------	----

1	Indledning	13
1.1	FDA's indhold	14
1.2	SDCS' organisering og ledelse	16
1.3	SDCS' tilgang til udrulning af FDA	18
1.4	Formål for VIVEs evaluering	20
1.5	Evalueringens design og datagrundlag	20
1.6	Læsevejledning	22

2	Patienternes ambulatorium	24
2.1	Patienternes oplevelser af individualiserede forløb	25
2.2	Kontakt- og konsultationsformer	31
2.3	Inddragelse og medbestemmelse i patienternes forløb i diabetesambulatoriet	33
2.4	Opsamling: Stor tilfredshed, men også bekymringer	36

3	Individualiseret behandling	38
3.1	FDA forbindes med positive resultater	38
3.2	Opbakning til individualiserede forløb	39
3.3	Opbakning, men også udfordringer for triagering	41
3.4	Opsamling: Triagering og individuel behandling er relevant, men krævende at formalisere	51

4	Tværfagligt teamsamarbejde	53
4.1	Tværfagligt samarbejde vurderes positivt i survey	53
4.2	Erfaringer med tværfagligt teamsamarbejde	55
4.3	Opsamling: Faste tværfaglige teams udgør en organisatorisk udfordring	60

5	Tværasektorielt samarbejde og kommunikation	62
---	---	----

5.1	Survey indikerer behov for fokus på samarbejdet	62
5.2	Tværasektorielt samarbejde fylder ikke meget i klinikernes hverdag	64
5.3	Opsamling: Tværasektorielt samarbejde behøver fortsat understøttelse	69
<hr/>		
6	En fleksibel arbejdsplads med de nødvendige redskaber	71
6.1	Den fleksible arbejdsplads	71
6.2	En velfungerende digital værktøjskasse	74
6.3	Forskellige digitale indsatser er flere steder igangsat, men erfaringer er sparsomme	76
6.4	Opsamling: Arbejdet med den fleksible arbejdsplads og digitale redskaber er fortsat i eksisterende spor	80
<hr/>		
7	Organisatoriske rammer for arbejdet med FDA	82
7.1	FDA som udviklingsprogram og implementeringsprojekt	82
7.2	Ambulatoriernes ledelse, organisering og rammevilkår	85
7.3	Opsamling	87
<hr/>		
8	Konklusion	89
8.1	Opbakning fra patienter, men tryghed er vigtigt	89
8.2	FDA – fra udviklingsfase til konsolideret hverdag	90
8.3	Individualiseret behandling er ikke helt nyt	92
8.4	Svært at realisere ambitionen om tværfagligt teamsamarbejde inden for eksisterende rammer	93
8.5	Mulighed for mere enkel og tydelig ledelse?	94
8.6	En fleksibel arbejdsplads med de nødvendige redskaber	94
8.7	Læring i forhold til skalering til andre specialer	95
<hr/>		
	Dokumentation	97
<hr/>		
9	Metode	98
9.1	Patientundersøgelsen: Kvalitativ undersøgelse baseret på en kombination af observationer og interviews	98
9.2	Organisationsanalyse	102
<hr/>		
	Litteratur	109

Bilag 1 Spørgeskemaundersøgelsens resultater	111
Tema 1: Triagering	111
Tema 2: En individualiseret behandling og opfølgning	116
Tema 3: Den fleksible arbejdsplads	119
Tema 4: Tværfagligt teamsamarbejde	124
Tema 5: Tværsektoriel kommunikation og samarbejde	126
Tema 6: En velfungerende digital værktøjskasse	129
Tema 7: Selvvurderede konsekvenser af Fremtidens Diabetesambulatorium	134

Bilag 2 Fremtidens Diabetesambulatorium i Region Sjælland – casebeskrivelser	136
Casebeskrivelse: Nykøbing Falster	136
Casebeskrivelse: Holbæk	141
Casebeskrivelse: Køge	144
Casebeskrivelse: Næstved, Slagelse og Ringsted	148

Hovedresultater

Udviklingen af ambulante behandling til patienter med kroniske sygdomme er central i forhold til at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Det handler især om at sikre en effektiv ressourceudnyttelse med behovsstyrede forløb. Særligt på diabetesområdet er der aktuelt fokus på at udfase rutinekontroller samt udnytte digitalisering og nye behandlingsteknologier til at nytænke behandlingen.

De fem regionale Steno Diabetes Centre (SDC) spiller en central rolle i forhold til de ønskede transformationer med indsatser på tværs af alle landets regioner. I Region Sjælland er arbejdet samlet under overskriften 'Fremtidens Diabetesambulatorium' (FDA). I dette regi er der i 2023-2024 arbejdet med at gentænke den ambulante behandling med afsæt i fire indsatsområder:

- **Et individualiseret ambulatorium**, hvor dem med størst behov får mest støtte, hvilket bl.a. indebærer, at patienter, der kan og vil selv, får mere ansvar for eget forløb med henblik på at frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for ekstra støtte
- **Styrket tværfagligt teamsamarbejde** med særligt fokus på løbende tværfaglig evaluering af de individuelle patientforløb med henblik på at optimere disse
- **Den fleksible arbejdsplads** med fokus på at understøtte arbejdsglæde, rekruttering og fastholdelse og derved indirekte understøtte succesfuld implementering af FDA
- **Den nødvendige værktøjskasse**, hvor der er fokus på at introducere nye redskaber, arbejdsgange og digitale løsninger, der understøtter individualiseret behandling.

VIVE har haft til opgave at evaluere Fremtidens Diabetesambulatorium. Evalueringen er designet som en følgeevaluering med løbende dataindsamling og dialog med FDA's styre- og chefgruppe for at understøtte fremdrift og resultater.

Denne rapport formidler evalueringens resultater med fokus på, hvordan patienterne oplever individualiserede forløb, og hvordan klinikerne oplever indsatsens relevans og anvendelighed. Desuden undersøger vi projektorganisationen og det ledelsesmæssige setup omkring FDA for at vurdere opmærksomhedspunkter samt for at udbrede FDA's tilgang til øvrige ambulante specialer.

FDA fremstår relevant, men der er tale om et langsigtet udviklingsprogram

Med FDA er der igangsat en omfattende og langsigtet udvikling af Region Sjællands ambulante diabetesbehandling. FDA's målsætninger og principper fremstår generelt relevante for evalueringens klinikere og ledere. De foreløbige erfaringer indikerer også, at FDA's fokus på individualiseret behandling er værdsat af patienter og kan have et potentiale for at frigøre ressourcer til gavn for de mest sårbare patienter.

I løbet af projektforløbet ses en positiv udvikling i klinikernes forståelse for FDA's indhold samt adgang til og funktionalitet af understøttende redskaber. Evalueringen viser dog også, at der har været udfordringer forbundet med, at FDA's indsatser har skullet udvikles og implementeres på tværs af ambulatorier på samme tid.

Projektperioden har derfor i højere grad haft karakter af en modnings- og udviklingsfase end implementering af et fast defineret koncept. FDA er i efteråret 2024 stadig et stykke fra fuld implementering, og det er centralt, at der også de kommende år er fokus på at understøtte og fastholde ambulatoriernes omstilling.

Patienterne bakker op, men tryghed er en forudsætning

Patienterne betragter de individualiserede forløb som hensigtsmæssige. Dette gælder både i et tidsmæssigt, privatøkonomisk, samfundsøkonomisk og retfærdighedsmæssigt perspektiv. Et vigtigt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med FDA er at sikre tryghed i overgangen til behovstyret kontakt eller til opfølgning i almen praksis, da patienterne italesætter bekymringer såvel som konkrete erfaringer med, at de tidligere er faldet ud af systemet.

Når det gælder inddragelse og medbestemmelse, viser undersøgelsen, at patienterne inddrages i dagsordensætning, behandlingsbeslutninger og beslutninger om konsultationsformat og -frekvens. Patienterne oplever særligt, at inddragelsen fungerer godt, når fagpersonerne formår at koble deres medicinske viden tæt til patienternes hverdagserfaringer. Det giver patienterne en større forståelse for de diabetesrelaterede problemer, de oplever. Det er derfor vigtigt at have fokus på at skabe rum for individualiseret inddragelsestilgang i det videre arbejde med FDA, hvor den enkeltes hverdagserfaringer sættes i centrum.

Godt udgangspunkt for videre udbredelse af den individualiserede tilgang

Ambulatorierne har også inden FDA haft fokus på at sikre individuelle forløb, der matcher patienternes behov og ønsker, men det fremgår samtidig, at tilgangene varierer på tværs af ambulatorier og klinikere. Den enkelte kliniker oplever sjældent, at denne variation udgør en udfordring. Mange klinikere har med det afsæt undervejs i

dataindsamlingen sat spørgsmålstegn ved, hvad der er nyt og værdiskabende i FDA's tilgang til individualiseret behandling.

I løbet af projektperioden er der imidlertid også sket udviklinger i klinikernes forståelse af FDA's indhold og den oplevede anvendelighed af de understøttende redskaber. Særligt relevant er, at der ved udgangen af projektperioden er:

- udviklet en tilgang til at vurdere patienternes behov – og tilhørende digital understøttelse, der generelt fremstår meningsfuld og anvendelig for de klinikere, der har stiftet bekendtskab med den
- etableret en hjemmeside med bl.a. et samlet overblik over de generelle og lokale muligheder for at finde støtte til sårbare patienter samt vejledninger i brugen af de redskaber, der anvendes til at understøtte patientinvolvering
- truffet beslutning om at udvide Fusionsklinikken til at omfatte hele regionen, hvormed alle ambulatorier har mulighed for at henvise patienter med svær psykisk sygdom og diabetes til et samlet behandlingstilbud.

Med det afsæt vurderer vi, at der er skabt et godt udgangspunkt for det videre arbejde med at implementere FDA's tilgang til triagering og individualiseret behandling på en måde, der understøtter og systematiserer ambulatoriernes arbejde.

Tværfagligt teamsamarbejde udfordres af eksisterende rammer

Tværfagligt teamsamarbejde opfattes som fagligt meningsfuldt, men møder betydelige organisatoriske barrierer. Tre af de fire ambulatorier har ikke været i stand til at etablere faste teams på den måde, der lægges op til med FDA, mens ét ambulatorium oplever at være lykkedes godt. Det ambulatorium, der oplever at være lykkedes, adskiller sig fra de øvrige ved at have en organisering med fast tilknyttede sygeplejersker og få faste læger, der kun i lille omfang har vagtarbejde og forskellige arbejdslokationer.

For de tre øvrige ambulatorier fremstår det, at personalegrupperne i højere grad har vagtforpligtelser, forskellige arbejdslokationer, øvrige ansvarsområder og funktioner, der udfordrer ønsket om faste teams og tværfaglig dialog i hverdagen. På de tre ambulatorier fremstår det også fremadrettet vanskeligt at etablere tværfaglige behandlerteams og dialog om de enkelte patienter, hvis ikke der sker mere grundlæggende ændringer af de organisatoriske rammer.

En forudsætning for at lykkes med implementeringen af faste tværfaglige teams er derfor, at man er villig til at kigge på ambulatoriernes eksisterende organisering. Det rejser en række dilemmaer i forhold til, i hvilket omfang FDA skal justeres, og i hvil-

ket omfang det er muligt og hensigtsmæssigt at justere i de mere grundlæggende rammer.

Svære vilkår for forandringsledelse

Evalueringen viser, at der på ambulatorierne har været svære vilkår for at arbejde med forandringsledelse og herunder at frigøre tilstrækkeligt med fælles udviklingstid til arbejdet med FDA. Vi finder også, at ambulatoriernes centerchefer befinder sig i en position, hvor deres ansvar for implementering af FDA for flertallets vedkommende ikke fuldt har matchet det ledelsesmandat og de ressourcer, de har til rådighed.

Afdelingsledelserne har i den forbindelse en central position i hospitalernes ledelsehierarkier i forhold til at kunne støtte centercheferne. Vi anbefaler med det afsæt at give de medicinske afdelingsledelser en klarere rolle i forhold til at sikre støtte til det fremadrettede arbejde med FDA såvel som lignende indsatser i andre specialer. Det er vores vurdering, at ambitionen om at bruge erfaringerne fra FDA til at udbrede individualiseret behandling på øvrige medicinske områder taler for behovet for en større involvering af afdelingsledelsen, end det normalt sker i udviklingen af de enkelte ambulatoriers indsatser.

Læring i forhold til skalering til andre specialer

Arbejdet med FDA har resulteret i en række værdifulde erfaringer, der kan anvendes til at understøtte udvikling af en individualiseret tilgang til ambulante forløb også på andre sygdomsområder. I FDA er bl.a. udviklet et digitalt triageringsmodul, triageringskategorier, en digital værktøjskasse og arbejdsgange vedr. patientinvolvering og alternative konsultationsformer. Løsningerne er endnu ikke fuldt implementeret i ambulatoriernes hverdag, men de fremstår generelt set relevante og anvendelige for de klinikere, der har erfaringer med dem. Dermed er det vores vurdering, at de udviklede løsninger med fordel kan danne afsæt for arbejdet med individualiseret behandling på andre områder.

Et læringspunkt er, at klarhed omkring, hvad indsatsen er, og hvilke forandringer den indebærer, er centralt for at komme godt fra start med implementeringen. Det fremstår også vigtigt for fremtidige koncepter for individualiseret behandling, at der er afsat tid og ressourcer til udvikling og afprøvning i et afgrænset område, inden udbredelse og implementering på fuld skala sættes i gang. Det vil sige, at der er udviklet redskaber og rutiner for triagering mv., som er testet og taget i brug i fx et ambulatorium, sådan at erfaringer herfra kan informere udrulningen i de næste ambulatorier.

De ressourcer, det har krævet at introducere FDA på ambulatorierne, illustrerer også, at det, uagtet hvilke løsninger der udvikles, er nødvendigt med fokus på

oversættelse til den kliniske hverdag og involvering af de berørte klinikere. Det gælder både i forbindelse med udbredelse til andre specialer og i forbindelse med udbredelse fra en lokal kontekst til øvrige afdelinger og ambulatorier.

Projektforløbet illustrerer også, at arbejdet med forandring kræver understøttende forandringsledelse, og at dette typisk kræver mere tid og ressourcer end først antaget. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på at organisere forandringsarbejdet, så det tager højde for lokale forhold og med et entydigt ledelsesmæssigt setup, hvor der er sammenhæng mellem det ansvar, der gives til decentrale ledere, og de ressourcer og det ledelsesrum, de har til rådighed.

Fakta om evalueringen

Evalueringen er baseret på tre delanalyser, der tilsammen består af følgende data:

- **En patientundersøgelse** baseret på kvalitative interviews og observationer har fulgt 14 patienter i 18 måneder. Der er gennemført i alt 22 observationer af konsultationer i diabetesambulatorierne samt 46 interviews med diabetespatienter.
- **En spørgeskemaundersøgelse**, der inkluderer en baselineundersøgelse og en afsluttende undersøgelse, udsendt i hhv. 2023 og 2024. Skemaerne indeholder besvarelser fra i alt 65 klinikere i 2023 (svarprocent 68) og 55 klinikere i 2024 (svarprocent 62).
- **En organisationsanalyse** baseret på kvalitative interviews og deltagerobservationer gennemført i de berørte ambulatorier. I alt 40 individuelle klinikere, ledere og projektmedarbejdere har deltaget i interviews, og en del er interviewet flere gange i projektperioden.

> **Afrapportering**

1 Indledning

De seneste år er der kommet et øget fokus på at udvikle tilgangen til ambulante behandling til patienter med komplekse kroniske sygdomme. Udviklingen er bl.a. blevet drevet af ambitioner om højere kvalitet, kortere ventetider, styrkede patientretigheder og behovet for en mere effektiv ressourceudnyttelse (Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023).

På diabetesområdet (såvel som andre områder) er der udarbejdet faglige oplæg og nationale strategier, der beskriver, hvordan den ambulante behandling fremadrettet skal skræddersys ud fra den enkelte patients behov og ønsker (Sundhedsstyrelsen, 2017). Udfasning af rutinekontroller, digitalisering, avancerede diagnostiske værktøjer og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer står centralt i de faglige oplæg, men de konkrete omlægninger og erfaringer befinder sig stadig på et tidligt stadie.

På diabetesområdet spiller de fem regionale Steno Diabetes Centre (SDC) en central rolle i forhold til den ønskede transformation. Med indsatser i alle regioner arbejder SDC for at understøtte mennesker med diabetes i selv at varetage deres sygdom. Samtidig søges den ambulante behandling optimeret med fokus på at sikre, at patienter med størst behov får mest støtte.

Arbejdet er i Region Sjælland forankret i indsatsen 'Fremtidens Diabetesambulatorium' (FDA). FDA er et flagskibsprojekt for Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) der blev formuleret i 2022, mens perioden 2023-2024 har været afsat til udvikling og implementering på regionens fire ambulatorier (Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022).

FDA handler overordnet om at udvikle en tilgang til ambulante behandling, der understøtter mere individuelle og behovsstyrede forløb, såvel som en effektiv udnyttelse af ambulatoriernes ressourcer. SDCS formulerer selv, at formålet er:

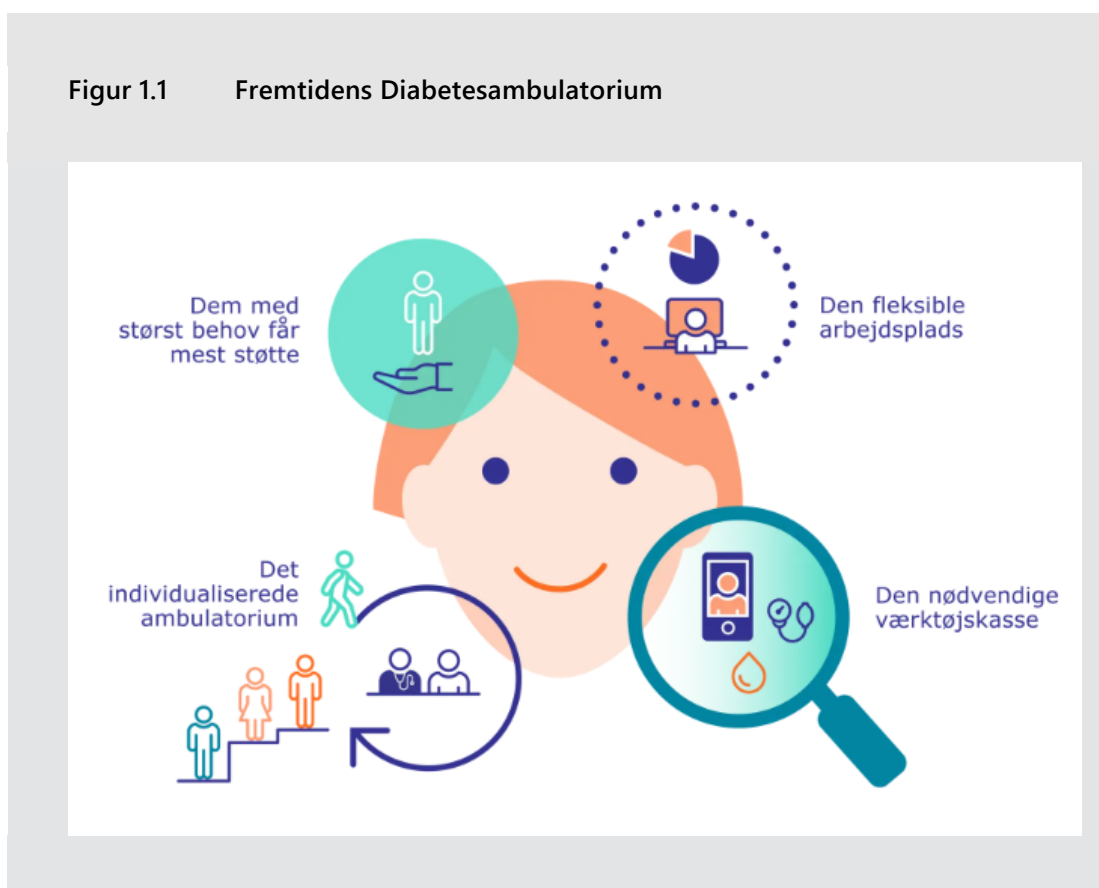
At skabe tid og kræfter hos personalet, der kan bruges på de patienter, der har størst behov for støtte. Samtidig er visionen at slippe de patienter, der kan og vil selv, endnu mere fri af unødvendige konsultationer. Denne ændring af arbejdsgange, patientforløb og kultur medfører en mere hensynsmæssig brug af ressourcerne på diabetesambulatorierne og forventes i sidste ende at højne behandlingskvaliteten af den samlede diabetespopulation. (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023)

FDA indeholder også målsætninger om at sikre attraktive og fleksible arbejdspladser, der understøtter rekruttering og fastholdelse. Endelig er ambitionen, at FDA skal kunne fungere som et spydspidsprojekt, hvor resultater og læring skal kunne

anvendes til at udbrede den behovsstyrede behandling til den ambulante behandling mere generelt på tværs af de medicinske specialer.

1.1 FDA's indhold

Figur 1.1 illustrerer de hovedelementer, der er indeholdt i FDA – og herunder de redskaber og digitale løsninger, som udgør fundamentet for den fremadrettede behandling.



Kilde: Handleplan for Fremtidens Diabetesambulatorium, 25. november 2022.

Indhold og målsætninger for hovedelementerne udfoldes nedenfor med afsæt i skriftligt materiale fra SDCS (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023; Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022).

Et individualiseret ambulatorium, hvor dem med størst behov får mest støtte

Dette element handler både om den støtte, der gives i diabetesambulatoriet, og de tilbud, der findes uden for ambulatorierne. Samtidig får de patienter, der kan og vil selv, mere ansvar for eget forløb. Derfor er der især fokus på *triagering*, en metode til

at kategorisere patienterne og på den baggrund differentiere diabetesbehandlingen i ambulatorierne, som udfoldet i Boks 1.1:

Boks 1.1 Triagering som metode

Triagering er en metode til at kategorisere patienterne og på den baggrund differentiere patienternes forløb i ambulatorierne. SDCS beskriver det som en tilgang, der understøtter, at patienterne bliver tilbudt et forløb, som afspejler deres individuelle behov og kompetencer, fremfor et standardforløb. Konkret er tankegangen, at selvhjulpne og velregulerede patienter kan nøjes med et årligt besøg i ambulatoriet. Disse patienter triageres som 'selvstyrende'. Patienter med behov for ekstra støtte, fx i form af ugentlig telefonisk opfølgning, kategoriseres som 'i fokuseret forløb'. Patienter, som ikke er velregulerede, men som heller ikke er motiverede for at indgå i et fokuseret forløb, kategoriseres som 'i bero'.

FDA anvender samme principper for triagering til patienter med type 1- og type 2-diabetes. Dette er et bevidst valg, der bunder i den erfaring, at tilgangen til at afdække det rette forløb for begge patientgrupper er det samme, uagtet at der på generelt plan kan være forskel på patienternes sygdomshåndtering samt arbejdsdelingen med almen praksis. Denne fremgangsmåde har været meningsfuld for de involverede klinikere, og evalueringen skelner derfor ikke imellem de to patientgrupper, hvad angår arbejdet med triagering.

Ved triagering vurderer det kliniske personale løbende og i dialog med patienterne, hvilke patienter der har brug for ekstra støtte til deres diabetes, ligesom det vurderes, hvilke patienter der har en velreguleret diabetes og har sundhedskompetencer til at håndtere mere af diabetesbehandlingen selv. På den baggrund placeres patienterne i tre kategorier (selvstyrende, i bero og i fokuseret forløb)¹, som afspejler deres aktuelle forløb.

Tværfagligt teamsamarbejde: I FDA er den individualiserede tilgang til patienten tæt koblet til ideen om styrket, tværfagligt teamsamarbejde internt på ambulatorierne. Målet er at skabe nye betingelser for sparring og læring (herunder særligt i forhold til at lykkes med triagering og løbende tilpasning af behandlingen) til fordel for såvel patienter som personale. Tilsvarende indgår en velfungerende kommunikation og samarbejde mellem ambulatorier, almen praksis og kommuner som et

¹ Kategorierne uddybes i kapitel 3.

element i at sikre (særligt de mest sårbare patienter) helhed og sammenhæng i behandling.

Den fleksible arbejdsplads sætter fokus på fleksibilitet i arbejdet og på at sikre balance mellem arbejdsliv og privatliv for personalet. Derudover skal der skabes plads til kompetenceudvikling og mulighed for forskning og udvikling for den enkelte medarbejder. Disse tiltag skal understøtte arbejdsglæde, rekruttering og fastholdelse og derved indirekte understøtte succesfuld implementering af FDA.

Den nødvendige værktøjskasse²: FDA introducerer nye arbejdsgange og redskaber, der skal gøre det nemmere for både patienter og medarbejdere at skabe de bedste rammer for den enkeltes diabetesforløb (bl.a. et digitalt triageringsmodul, et mere fleksibelt kalendersystem og overblik over hhv. regionale og kommunale tilbud målrettet sårbare patienter). Under dette punkt hører desuden en række digitale redskaber (bl.a. Selvbook, videokonsultationer, hjemmemonitorering, Min SP-Assistent og PRO-skemaer), som skal understøtte et øget eget ansvar og en fleksibel patientkontakt for de patienter, der har mulighed for dette.

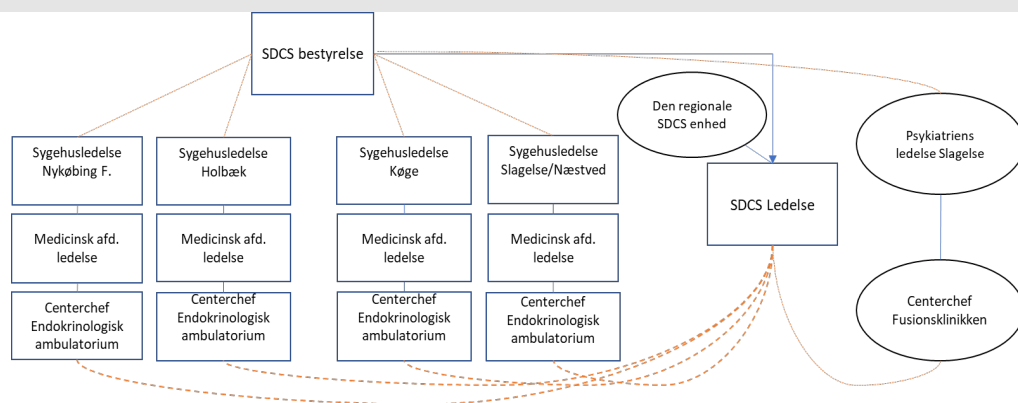
1.2 SDCS' organisering og ledelse

SDCS er et decentralt center med ansvar for udvikling af diabetesbehandlingen i hele Region Sjælland. Som illustreret i Figur 1.2 er det overordnede strategiske ansvar for SDCS placeret i en bestyrelse. Bestyrelsen ledes af Region Sjællands lægefaglige koncerndirektør, mens en repræsentant for sygehusledelsen fra hvert af de fire somatiske sygehuse og regionens psykiatrihospital indgår som medlemmer.

SDCS ledes af en centerdirektør, der refererer til den sundhedsfaglige koncerndirektør i Region Sjælland og centerets bestyrelse. Centerdirektøren er samtidig formel leder for de ansatte i SDCS' regionale enhed, der koordinerer og understøtter udviklingen af FDA vha. initiativer og indsatser i hele regionen.

² SDCS har oprettet en hjemmeside med et samlet overblik og vejledninger til de forskellige redskaber: <https://www.stenosjaelland.dk/vores-arbejde/fda-vaerktoejskassen>.

Figur 1.2 SDCS' organisation og ledelse



Kilde: Udarbejdet af VIVE med afsæt i skriftligt materiale og dialog med SDCS.

Figur 1.2 illustrerer i forlængelse heraf, at diabetesbehandlingen i SDCS varetages af fire ambulatorier fordelt på tværs af regionens sygehuse samt en 'fusionsklinik' målrettet patienter med samtidig diabetes og psykisk sygdom³. Hvert ambulatorium ledes af en centerchef, der varetager den kliniske ledelse af diabetesbehandlingen og formelt set referer til afdelingsledelsen på deres respektive sygehuse.

Centercheferne er samtidig deltidsfrikøbt til at indgå i SDCS' ledelse sammen med centerdirektøren og repræsenterer centeret på hvert sygehus. Som indikeret med de stiplede linjer er der tale om en faglig ledelsesgruppe, hvor centerdirektøren ikke har formel ledelse i forhold til centercheferne og deres respektive kliniske områder. I kapitel 6 vender vi tilbage til, hvordan denne organisering påvirker implementeringsarbejdet, herunder hvordan hhv. medarbejdere fra SDCS og medarbejdere på ambulatorierne oplever den.

1.2.1 SDCS' fokus og understøttelse

SDCS har et særligt fokus på ulighed i sundhed og på personer i sårbare positioner. I forbindelse med centerets opstartsevaluering blev der udført et omfattende strategiarbejde, der udmøntede sig i en vision med tre overordnede punkter: 1) at SDCS' decentrale model er effektiv og værdiskabende, 2) at forebyggelse og behandling af

³ Fusionsklinikken er et specialiseret psykiatrisk behandlingstilbud, der som det eneste i Danmark favner både psykisk sygdom og diabetes. Klinikens optageområde dækker aktuelt endokrinologien i Holbæk og Slagelse/Næstved, men det er besluttet at udvide tilbuddet til at omfatte hele regionen fremadrettet.

diabetes er løftet og ensartet, og 3) at personer med diabetes oplever et bedre tilbud (Steno Diabetes Center Sjælland, 2022).

Det fremgår også af SDCS' 5-årsevaluering, at den decentrale organisering, med SDCS tilknyttet som en fast ekstern udviklingsansvarlig partner, opleves som velfungerende i forhold til at igangsætte, lykkes med og sprede vellykkede udviklingsprojekter på tværs af regionens enheder (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023).

Til at understøtte arbejdet er der udviklet en projektmodel med et 2-årigt perspektiv. Modellen giver mulighed for at frikøbe medarbejdere til udviklingsarbejde på ambulatorierne, samtidig med at ambulatorierne har mulighed for løbende støtte fra den regionale enheds specialister. Det fremgår af 5-årsevalueringen, at denne metode opleves velfungerende, og at det hidtidige udviklingssamarbejde generelt set opleves gensidigt udbytterigt (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023).

Fraværet af formel ledelsesret i forhold til de enkelte ambulatorier betyder, at SDCS har fokus på at udvikle initiativer, der opleves relevante og anvendelige på de enkelte ambulatorier. Samtidig er det vigtigt for SDCS' konsulenter og ledelse, at der er et løbende og tæt samarbejde med ledelses- og udviklingsansvarlige på de enkelte ambulatorier. Prøvehandling og anvendelse af forbedringsmetoden⁴ indgår derfor som faste elementer i samarbejdet mellem SDCS' konsulenter og ambulatoriernes klinikere (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023).

1.3 SDCS' tilgang til udrulning af FDA

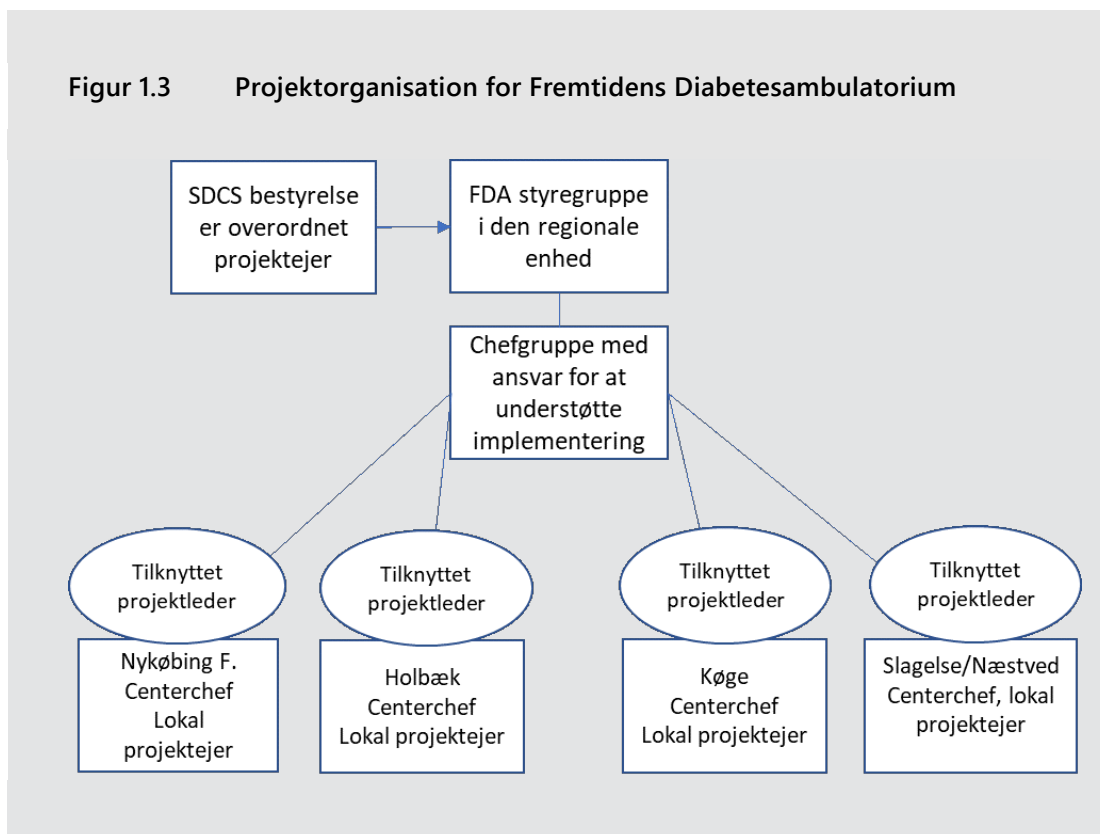
FDA er et omfattende udviklingsprogram, der med SDCS' egne ord skal "nytænke og skabe en væsentlig ændring: For organisationerne, personalet og ikke mindst patienterne." (Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022) Der er med nu tidligere centerdirektør Lise Tarnows ord "tale om et opgør med den måde, vi behandler diabetes i dag, hvilket også indebærer en grundlæggende kulturforandring for personale og patienter."

Der har således fra starten været opmærksomhed på, at FDA repræsenterer grundlæggende forandringer, samt at de mange indholdselementer, der skal introduceres i en komprimeret klinisk hverdag, gør udviklingsarbejdet komplekst. Med det afsæt var der i 2022 fokus på at introducere de fem centerchefer til indhold og målsætninger for FDA. Den regionale enhed udarbejdede i efteråret 2022 også planer for

⁴ Se evt. <https://patientsikkerhed.dk/viden/forbedringsmetoder/forbedringsmodellen/> for indføring i forbedringsmodellen og arbejdet med prøvehandling.

udrulning, ligesom der blev aftalt ansvarsfordelinger for implementering og oprettet nedenstående implementeringsorganisation:

Figur 1.3 Projektorganisation for Fremtidens Diabetesambulatorium



Kilde: Udarbejdet af VIVE med afsæt i skriftligt materiale, samt dialog med SDCS.

Som angivet i Figur 1.3 er SDCS' bestyrelse overordnet projektejer, mens FDA har en intern styregruppe bestående af ledelsen fra den regionale enhed, de primært tilknyttede projektleder samt centerchefen for regionens Fusionsklinik. Centercheferne for hvert af de fire ambulatorier er lokale projektejere og bindeled mellem ambulatoriernes medarbejdere og SDCS' regionale enhed.

Den regionale enhed understøtter SDCS' udviklingsaktiviteter i Region Sjælland med projektledelse samt administrativ og kommunikativ bistand og er med til at udvikle, koordinere og facilitere de aktiviteter, der søges implementeret. Enheden er fysisk placeret på Holbæk Sygehus og består af et antal konsulenter og projektleder, der har stået til rådighed for ambulatorierne og ageret facilitatorer for forandringsarbejdet. De har således støttet ambulatorierne i forhold til forskellige aspekter af FDA, herunder tilbudt undervisningsforløb til det kliniske personale i forhold til fx triagering og digital infrastruktur til Sundhedsplatformen (SP)⁵. Den regionale enhed har desuden

⁵ SP er Region Sjællands elektroniske patientjournal.

afviklet såkaldte Steno-dage i projektperioden, hvor FDA er blevet sat på dagsordenen, ligesom forskelligt materiale er blevet udarbejdet til det kliniske personale.

Figur 1.3 viser også, at centercheferne indgår i en chefgruppe sammen med ledelsen fra den regionale enhed samt centerchefen fra den regionale Fusionsklinik. Centercheferne er ansvarlige for at udmønte de konkrete initiativer, som FDA indeholder, og herunder tilpasse disse til de enkelte ambulatoriers forskellige kontekster. Formålet med chefgruppen er at understøtte fremdrift via løbende dialog og koordinering, og gruppen har haft faste månedlige møder i projektperioden.

1.4 Formål for VIVEs evaluering

VIVEs evaluering har for det første som formål at følge og kvalificere udviklingsarbejdet med FDA undervejs i projektperioden, der er sat til at løbe i 2023-2024. For det andet skal evalueringens afsluttende skriftlige leverance give viden til det fortsatte arbejde med at konsolidere FDA såvel som det mere generelle arbejde med at udvikle ambulans behandling i Region Sjælland.

Med dette afsæt undersøger evalueringen, i hvilket omfang FDA lykkes med at opnå den tilsigtede forandring af arbejdsgange i ambulatorierne ved at implementere de forskellige kerneelementer i FDA. Evalueringen belyser også, hvilke forhold der ifølge medarbejdere, patienter og ledere påvirker relevans og anvendelighed af FDA's elementer.

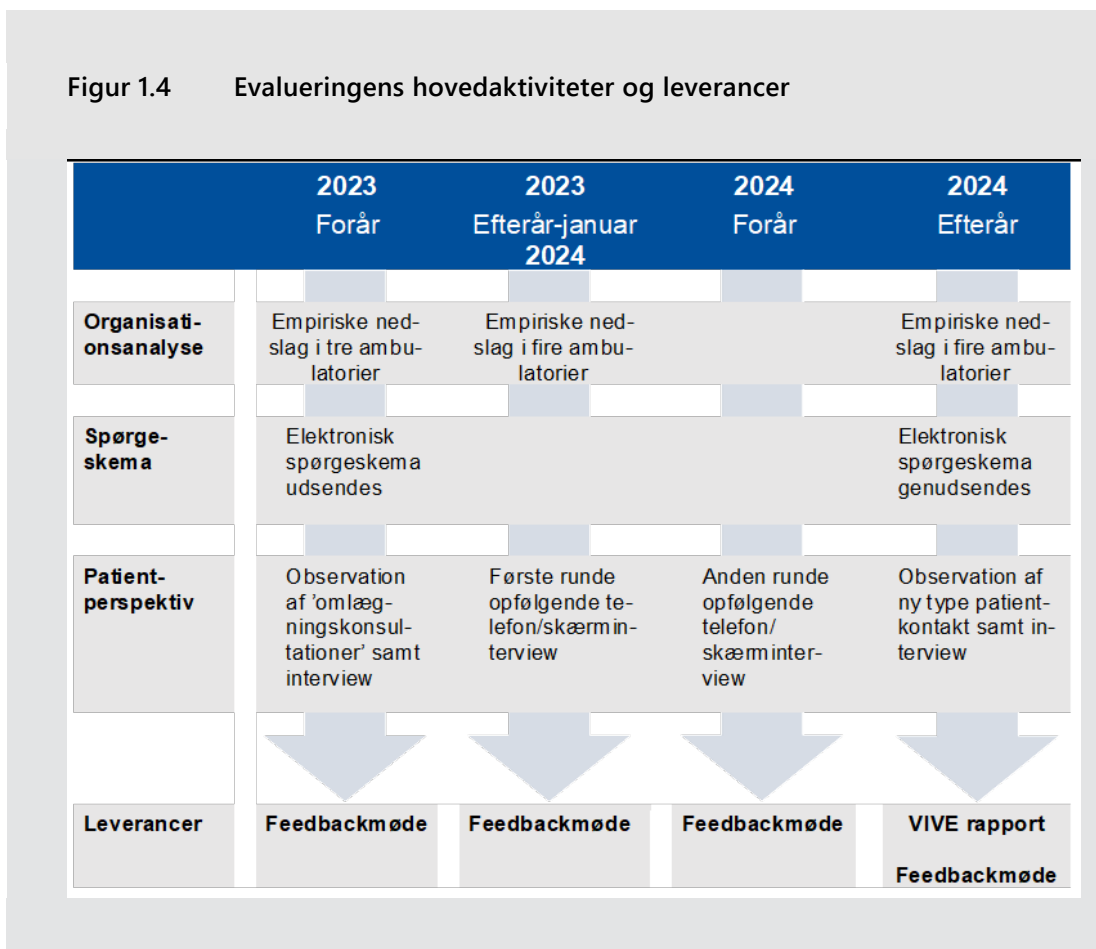
1.5 Evalueringens design og datagrundlag

VIVEs evaluering er designet som en følgeevaluering med et analysespor med fokus på organisering og klinisk praksis samt et spor med fokus på udvalgte patienters perspektiver⁶.

VIVEs evaluering er inspireret af realistisk evaluering (Pawson & Tilley, 2004). Det indebærer, at vi i dataindsamling, analyse og præsentation af resultater søger at følge de trin og forventede virkninger, der ligger til grund for ambulatoriernes udviklingsarbejde. Evalueringen har også et gennemgående fokus på, hvilke faktorer der hhv. fremmer og hæmmer fremdriften i udviklingsarbejdet og opnåelsen af de ønskede resultater (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2003; Dahler-Larsen, 2005).

⁶ Evalueringens anvendte metoder og datagrundlag er uddybet i kapitel 9.

Figur 1.4 giver et overblik over evalueringens hovedaktiviteter, som er fordelt på fire faser hen over projektperioden. Faserne er blevet gennemført i tæt dialog med SDCS ved indlagte arbejdsmøder med FDA's styregruppe, ligesom konsulenter fra den regionale enhed har hjulpet med at lave aftaler i forbindelse med dataindsamling.



Anm.: Ambulatoriet i Slagelse, Næstved og Ringsted indgik ikke i første nedslag på grund af stor personaleudskiftning. Der var også planlagt et nedslag i foråret 2024, men det blev aflyst for at give ambulatorierne ro til arbejdet med FDA.

Evalueringen indeholdt i udgangspunktet også et kvantitativt spor med fokus på at undersøge FDA's betydning for ambulatoriernes aktivitet og patienternes kontaktmønstre. Dette har imidlertid ikke været muligt at gennemføre pga. forsinkelser i implementeringsprocessen.

Kilde: VIVEs opgavebeskrivelse vedr. evaluering af FDA.

Som illustreret i Figur 1.4 hviler evalueringen på en række løbende empiriske nedslag, der har givet mulighed for at understøtte det løbende arbejde med at implementere FDA via oplæg og drøftelser af evalueringens resultater på de indlagte feedbackmøder.

Organisationsanalysen afdækker, hvordan nye rutiner i forhold til triagering, teamsamarbejde og differentierede tilbud til patienter modtages og opleves af de involverede klinikere og ledere, samt hvilke resultater og udfordringer der opstår over tid. Som angivet bygger organisationsanalysen på en survey-undersøgelse og en

række kvalitative nedslag med interviews og observation i regionens fire diabetes-ambulatorier. I efteråret 2024 er der desuden gennemført kvalitative interviews med:

- SDCS' ledelse og de tre projektledere, der er primære tovholdere for FDA
- To repræsentanter fra SDCS' bestyrelse, der repræsenterer det strategiske ledelsesniveau i hhv. regionen og et af de involverede sygehuse
- To cheflæger med ansvar for de medicinske afdelinger, der rummer de berørte diabetesambulatorier samt en række andre medicinske specialer.

Patientundersøgelsen har fulgt 14 patienter over tid med henblik på at indsamle viden om deres perspektiver på individualiseret behandling, herunder også betydningen af digitale løsninger i patientkontakten. Dataindsamlingen kombinerer deltagerobservation og interviews med de fulgte patienter over en periode på 18 måneder.

1.6 Læsevejledning

Rapporten starter i kapitel 2 med at sætte fokus på patienternes perspektiver på individualiseret behandling. Derefter følger kapitel 3-6, der analyserer implementeringen af FDA's centrale indholdselementer samt perspektiver og læring fra de involverede ledere og klinikere. Herefter følger kapitel 7, der fokuserer på de organisatoriske og ledelsesmæssige omstændigheder for implementering af FDA, herunder mulighederne for at understøtte det videre arbejde med FDA, mens kapitel 8 opstiller evalueringens konklusioner.

- Kapitel 2 formidler resultaterne af evalueringens patientanalyse, hvor 14 patienter er fulgt kontinuerligt igennem projektperioden med henblik på at få del i deres perspektiver med individualiseret behandling og opfølgning.
- Kapitel 3 redegør for ambulatoriernes arbejde med at udvikle en individualiseret behandling og triagering.
- Kapitel 4 gennemgår fremdrift og læring i relation til ønsket om et styrket tværfagligt teamsamarbejde.
- Kapitel 5 fokuserer på de elementer, der arbejdes med i relation til tværsektorielt samarbejde og kommunikation, samt de ønsker og muligheder, der ses for at styrke disse aspekter.
- Kapitel 6 omhandler de elementer, der handler om at sikre en fleksibel arbejdsplads og herunder ønsket om velfungerende digitale redskaber, der understøtter det patientrettede arbejde.

- Kapitel 7 sætter med afsæt i et ledelsesperspektiv fokus på hhv. udfordringer og fremadrettede muligheder for at sikre implementering og konsolidering af FDA i den daglige kliniske praksis.
- Kapitel 8 præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med FDA samt en perspektivering af, hvordan erfaringerne i et bredere perspektiv kan kvalificere udviklingen af ambulante behandling.

2 Patienternes ambulatorium

FDA's fremmeste formål er at understøtte en god behandling, der planlægges med afsæt i de enkelte patienters ressourcer og behov. Patienternes oplevelser af deres forløb i diabetesambulatorierne er derfor i fokus i dette kapitel. Analysen tager afsæt i målsætningerne for FDA med henblik på at undersøge, hvordan patienternes forløb og erfaringer tegner sig i forhold til disse.

Først ser vi på patienternes oplevelser i ambulatoriet, når det drejer sig om individualisering af forløb. Dernæst sætter vi fokus på, hvilken rolle digitale kontaktformer såsom telefon- eller videokonsultationer og beskedsystemer i sundhedsapps spiller, samt hvilke overvejelser de patienter, der ikke gør brug af disse muligheder, gør sig om muligheden for at sætte det i anvendelse. Afslutningsvist dykker vi ned i temaerne indflydelse og medbestemmelse og sætter fokus på, hvordan de kommer til udtryk i konsultationerne og dernæst på, hvad de betyder for patienterne.

Boks 2.1 Patientundersøgelse baseret på observation og semistrukturerede interviews

Dataindsamlingen er forløbet fra maj 2023 til november 2024. 14 patienter fordelt på de fire diabetesambulatorier har deltaget – heraf har 12 været med i hele dataindsamlingsperioden.

Patienterne er rekrutteret af sygeplejersker i de enkelte ambulatorier. Patienterne er udvalgt, så både patienter med type 1- og type 2-diabetes er repræsenteret. Desuden afspejler udvælgelsen de tre overordnede kategorier, der opereres med i regi af FDA. Det vil sige, at der er patienter:

- med god sygdomsforståelse og evne til at styre deres diabetes, og som derfor forventes at kunne klare sig med relativt få besøg og alternativer til fysisk fremmøde
- med behov for en fokuseret indsats med henblik på at få bedre sygdomsforståelse og regulering
- med dysreguleret diabetes, hvor personalet har svært ved at hjælpe med afsæt i de indsatser og forløb, der er mulige på ambulatoriet.

I nogle ambulatorier har sygeplejerskerne udvalgt patienterne med afsæt i FDA's første sæt af triageringskategorier, mens andre, der ikke havde nået at få kendskab til kategorierne, har udvalgt patienterne med afsæt i patienternes kontaktfrekvens og diabetestype.

2.1 Patienternes oplevelser af individualiserede forløb

Dette afsnit ser først på, hvordan individualisering kommer til udtryk i konsultationerne, dernæst på, hvad patienterne synes om tilgangen, og endelig på, hvilke forudsætninger der skal være til stede, for at patienterne er trygge i de individualiserede forløb.

2.1.1 Individualiseret tilgang kommer til udtryk i konsultationerne

Det er typisk for de observerede konsultationer, at fagpersonerne forklarer patienterne, hvad det, de har aftalt under konsultationen, betyder for kontaktfrekvensen i vedkommendes aktuelle forløb. Dette er illustreret nedenfor i forhold til to patienter, hvor det er aftalt, at de skal have et fokuseret forløb:

Men vi skal have dig bedre reguleret først, nu får du et intensivt forløb i 3 måneder, hvor du enten kommer herind eller kan ringe ind, nu hvor du bor langt væk. Hvis du er med på det, tager vi 3-4 måneder, og når tallet [langtidsblodsukkeret, red.] er kommet ned, så afslutter vi dig til egen læge. (Observation, fagperson i samtale med Henrik)

*Så det er et kort, intensivt forløb, så vi får dig så langt ned, som vi kan (...)
Og så kan du måske overgå til årlig kontrol, når der er kommet styr på det. (Observation, fagperson i samtale med Anne)*

FDA's sproglige markører er således til stede i konsultationerne, men det fremgår samtidig, at patienterne ikke oplever dette som grundlæggende forandringer i forhold til, hvordan deres forløb hidtil har forment sig. Langt de fleste patienter har således oplevet at ændre kontaktfrekvens flere gange i løbet af en årrække og finder, at dette er en naturlig del af det at være tilknyttet ambulatoriet.

2.1.2 Individualiserede forløb er en god ide, men kræver sikkerhedsnet

Alle patienter i undersøgelsen synes, at individualiserede forløb intuitivt er en god ide, også selvom det betyder, at de selv skal have færre kontakter. Patienterne peger på, at det både i et tidsmæssigt, privatøkonomisk, samfundsøkonomisk og retfærdighedsmæssigt perspektiv ikke giver mening at komme oftere end nødvendigt i ambulatoriet. En del patienter har en længere historik i ambulatoriet og kan huske, hvordan det var at komme til kontrol hver tredje måned, selvom de egentlig ikke oplevede, at der var behov for det. Andre har efter nogle år i ambulatoriet oplevet at gå fra opfølgning i 3-måneders interval til halvårlig opfølgning og nu årlig opfølgning⁷, andre har gået den anden vej til hyppigere opfølgning i perioder. De patienter, der får tilbudt årlig opfølgning, har typisk stor viden og sygdomsteknisk forståelse og er trygge i deres hverdagsliv med diabetes. En patient, der ved en årskontrol i starten af dataindsamlingen er overgået fra halvårlig til årlig kontrol, forklarer:

⁷ I de ambulatorier, hvor den årlige opfølgning alene varetages af en læge, er der den ulempe, at patienterne ikke ser en sygeplejerske, når de overgår til årlig kontrol. Da det er sygeplejerskerne, der typisk tager sig af udstyr, kan patienterne komme til at mangle sparring på den front.

Det har jeg det fint med. Det er så stabilt, og der er ikke noget at snakke om. Jeg har haft nogle få gange, hvor der har været et eller andet [i perioden mellem planlagte kontroller, red.], der har jeg skrevet eller ringet herind og så har jeg fået svar. Det er sjældent, jeg har haft noget, der er så akut, at jeg ikke bare har kunnet skrive inde på deres system og så vente på, at jeg får et svar. (Interview, Mikkel)

Patienterne oplever således ikke et radikalt skift i tilgangen, da de fleste også tidligere har oplevet varierende kontaktfrekvenser i deres forløb. De fleste synes ikke, at deres forløb eller tilgangen i ambulatoriet grundlæggende har ændret sig i den tid, de har været tilknyttet – på nær ved indførelsen af sammedagsscreening (SDS)⁸, hvilket alle ser som en klar forbedring⁹. Alle patienter beskriver, at de er meget glade for muligheden for SDS, da det sparer tid og gør, at de er sikre på, at øjne og fødder bliver tjekket regelmæssigt.

Det synes jeg er verdensklasse. Det er en god måde og gøre det på, og man skal sætte en formiddag af, og så er det hele overstået på en gang. (Interview, Flemming)

Det har ikke alle fået gjort tidligere på grund af praktiske (at få en tid hos en øjenlæge, at finde en fodterapeut med ydernummer og ledige tider i lokalområdet, at skulle have fri fra arbejde) eller økonomiske årsager. En del patienter er vant til selv at gå til øjenlæge og/eller fodterapeut, og de synes, det er overflødigt at gentage i SDS-regi, men det kan være nødvendigt, da ikke alle ambulatorier kan bruge status fra fodterapeut/øjnlæge, og hvis de kan, skal patienterne selv sørge for at medbringe eller sende den til ambulatoriet, da systemer ikke kommunikerer. Det opleves som ufleksibelt og spild af ressourcer for både patient og ambulatorium.

2.1.2.1 Behovsstyret kontakt og opfølgning i almen praksis skaber bekymring

Når det kommer til den variant af kontaktfrekvens, der er behovsstyret kontakt, hvor patienterne ikke automatisk får en ny tid ud over deres årskontrol, er en del – men ikke alle patienter – med på ideen. Patienterne forklarer, at de er bange for, at komplikationer kan nå at udvikle sig, eller de ved med sig selv, at de har tendens til at udsætte at tage kontakt til ambulatoriet, også selv om de ved, at det nok er det bedste. Det, der bekymrer dem i dette setup, er således, at der kommer til at gå

⁸ Sammedagsscreening er en måde at organisere de delundersøgelser, patienterne gennemgår i forbindelse med årskontrol i ambulatoriet. Det drejer sig om urin- og blodprøver, øjen- og fodundersøgelse samt samtale med læge og/eller sygeplejerske. Tidligere har det krævet flere besøg på forskellige dage at få gennemført de forskellige dele, men de er nu samlet, således at det tager ca. 2½ time at komme igennem alle delelementer – som alle foregår i ambulatoriet.

⁹ Enkelte patienter peger på specifikke forandringer på enkelte ambulatorier såsom stor personaleudskiftning i en periode eller et generelt skift i lægernes fokus fra udelukkende at se på blodsukker til at være mere helhedsorienterede.

lang tid, hvor eventuelle komplikationer, som de ikke umiddelbart kan mærke på deres krop, kan nå at udvikle sig.

For mit vedkommende der har jeg brug for en aftale, fordi jeg har også for år tilbage har oplevet at falde ud af systemet. Forstået på den måde, at der ikke blev aftalt nogen tid, og så var det noget, jeg bare udsatte. 'Jamen, nu skal jeg også ringe til hospitalet og aftale en tid, fordi nu vil jeg gerne have kontrolleret, nej men det kan jeg også gøre i morgen eller i næste uge' (...). Det giver også en sikkerhed på, at der bliver holdt øje med én og fulgt op på det. (Interview, Martin)

Skepsis ved tanken om selv at skulle henvende sig ved behov kommer således ikke af en abstrakt modstand, men af at kende sine egne handlemønstre eller af konkrete dårlige erfaringer. Flere patienter fortæller, at de har prøvet af være "faldet ud af systemet" af forskellige årsager, hvilket for nogle har resulteret i en dårligt reguleret diabetes, der endte med indlæggelse. Det er således afgørende, at patienterne har sikkerhed for, at de bliver indkaldt til årskontrol, hvis de overgår til behovsstyret kontakt. For forankringen i ambulatoriet er et grundlæggende sikkerhedsnet i deres hverdag.

På diabetesområdet er der et generelt fokus på, at patienter med type 2-diabetes, der har kontrolforløb i ambulatoriet, skal overgå til opfølgning i almen praksis, når de har fået et velreguleret blodsukker og ikke har senfølgekompikationer. Dette er også afspejlet i undersøgelsen, hvor der undervejs er tre patienter, der bliver varslet om, at hvis den gode udvikling fortsætter, så kan de blive afsluttet fra ambulatoriet og overgå til almen praksis. Tanken om at overgå til opfølgning i almen praksis for patienter med velreguleret type2-diabetes er der kun ganske få af undersøgelsens patienter, der synes, er en god ide. De få patienter, der fortæller, at det ville være fint for dem, har typisk en praktiserende læge, som de fast kommer hos, som de kender godt og har en god relation til. Patienternes genelle utryghed ved tanken om at skulle overgå til opfølgning i almen praksis begrundes typisk med konkrete dårlige erfaringer med at være blevet fulgt i almen praksis, der beskrives som en stor del af årsagen til, hvorfor de nu er tilknyttet ambulatoriet. For nogle er det også begrundet med, at de ikke har en fast praktiserende læge, hvilket gør, at de føler sig overladt til sig selv, og det skaber bekymring. Det er særligt tilfældet, hvis man er tilknyttet en udbudsklinik og kun sjældent ser den samme læge mere end en gang. Et andet aspekt, der kan skabe bekymring for potentielt at overgå til almen praksis, er praktiserende lægers vidensniveau, når det gælder diabetes, som nødvendigvis vil være lavere end for speciallægerne i ambulatoriet. Endelig frygter nogle patienter, at overgang til almen praksis vil betyde mindre lydhørhed og indflydelse i beslutninger, hvilket er en bekymring, de baserer på deres øvrige erfaringer med deres praktiserende læge.

Endelig forudser nogle patienter, at fodterapeut og øjenkontrol, som de i dag får dækket ved SDS i ambulatoriet, ikke blive gjort, hvis de rykkes til almen praksis og selv skal sørge for at få bestilt tider. Typisk har patienterne konkrete erfaringer med, hvordan det var, før de fik mulighed for SDS, og sammenligner det med, hvordan de forventer, det vil blive, hvis de overgår til almen praksis. Andre peger på udfordringer med at finde en fodterapeut med ydernummer i lokalområdet, andre, at øjenlægerne har 2 års ventetid, og endelig er der en del, der ved, at de ikke vil få det gjort, når det bliver praktisk besværligt. En enkelt patient har konkret erfaring med at overgå til opfølgning i almen praksis i løbet af undersøgelsesperioden. Han har tidligere været tilknyttet almen praksis med sin type 2-diabetes i en årrække, inden han blev tilknyttet ambulatoriet, hvor han nu har været tilknyttet i 5-6 år. Han er en af de patienter, der har en god relation til sin praktiserende læge og den sygeplejerske, der står for diabetesopfølgningen. Efter skiftet beskriver han overgangen som problemfri, og at der nu bliver fulgt op hvert halve år i almen praksis, hvilket han er tryk ved. Han ser det som sit samfundsmæssige ansvar ikke at bruge ressourcer i diabetesambulatoriet, hvis det ikke er nødvendigt, selvom han var meget glad for og tryk ved at have forløb i specialistregi i ambulatoriet.

2.1.2.2 Fokuserede forløb kan kræve individuelle løsninger – særligt når forløb går på tværs af specialer/sektorer

I undersøgelsen indgår enkelte patienter, der for at kunne indgå i et fokuseret forløb har haft brug for særlig indsats uden for ambulatorieregi, det kan fx være hjælp i form af telefonopkald fra hjemmeplejen for at huske at tage medicin. Der kan dog mangle værktøjer, der kan hjælpe patienter med flere parallelle forløb, hvor det kan være vanskeligt for patienterne at finde ud af, hvem der tager sig af hvad, da det hele kan opleves som sammenflettet af patienten selv. Det kan også være forløb på tværs af specialer, der alle handler om diabetesrelaterede udfordringer, der varetages på forskellige afdelinger. Endelig kan det skabe udfordringer at være indlagt i ikke-diabetes regi eller være knyttet til den kommunale hjemmesygepleje, da der ikke altid bliver kommunikeret mellem afdelinger og sektorer, hvorved det bliver patienten selv, der skal forbinde og sikre viden på tværs. Et konkret eksempel er en patient, der både har forløb i diabetesregi og i psykiatrisk regi, hvor udsving i den ene sygdom har indflydelse på patientens ressourcer til at varetage den anden sygdom. Når den psykiske sygdom gives en særlig indsats ved lang indlæggelse med rehabiliteringssigte, så ophører kommunens støttemuligheder i relation til diabetes sygdommen i de uger, indlæggelsen varer, hvorved diabetesen bliver dårligere reguleret. Når ingen anden end patienten har blik for helheden, kan indsatser modarbejde hinanden, og det kan opleves som en stor byrde for patienterne at navigere i. Ligeledes kan fx en angstsygdom stå i vejen for at tage kontakt til ambulatoriet, selvom en patient har viden om diabetes og potentielle senfølger og ved, at det er nødvendigt at gøre noget.

2.1.3 Forudsætninger for individualiserede forløb

Når man kigger på tværs af data, er der særligt tre faktorer, som patienterne tilskriver stor betydning for, at de er trygge ved den opfølgning, de får i ambulatoriet: person- og/eller informationskontinuitet, at der bliver fulgt op på deres forløb, og at de nemt kan komme i kontakt med fagpersoner, hvis de oplever problemer i hverdagen.

For nogle patienter giver personkontinuitet, der som regel også giver informationskontinuitet, en vigtig tryghed. Personkontinuitet er mindre vigtigt for andre, hvis bare de oplever, at den fagperson, de møder, har sat sig ind i deres forløb, og der derfor er informationskontinuitet. Enkelte patienter oplever tryghed ved netop *ikke* at have stram personkontinuitet, men ved at få forskellige øjne på deres forløb. Enkelte patienter har oplevet sprogbarrierer i kontakten med fagpersoner, hvilket giver trygheden svære vilkår, når man ikke er sikker på, at man bliver forstået. Det forstærkes hvis kommunikationen foregår digitalt, se afsnit 2.2.

Et andet centralt element, der er med til at skabe tryghed, er, at patienterne oplever, at der bliver fulgt op, så ting (fx langtidsblodsukker, senkomplikationer eller følgesygdomme) ikke får lov til at udvikle sig, uden at det bliver opdaget. Blodprøver, målinger eller fysiske undersøgelser er centrale i diabetesopfølgningen, og udsving i værdier eller udviklinger i øjenforandringer er ikke nødvendigvis noget, patienterne selv oplever, før det er blevet slemt. At ting får lov at udvikle sig uden at blive opdaget, er således den primære bekymring, patienterne udtrykker ved at øge tiden mellem opfølgningerne i ambulatoriet. Det gælder også de meget selvstyrende patienter, der kun ses årligt i ambulatoriet. Enkelte patienter har oplevet at være faldet mellem to stole i almen praksis og ambulatoriet, hvor der igennem længere tid ikke er blevet fulgt op, og de har mærket konsekvenserne i form af indlæggelser eller alvorlig sygdomsforværring, der blev opdaget sent.

Når det gælder den grundlæggende tryghed i patienternes forløb i ambulatoriet, peger stort set alle patienter på, at det helt afgørende er det at kunne få fat i fagpersoner i ambulatoriet, hvis de oplever problemer eller har spørgsmål. Og alle patienter fortæller, at de har den mulighed, og at de værdsætter den.

'Ring, hvis der er noget, ring, hvis det bliver helt galt', [siger de til mig, red.]. Så hvis der sker noget alvorligt, så er de der, det er jeg 100 % sikker på (...). Det er et sikkerhedsnet, jeg er glad for at have derindefra. (Interview, Bente)

Ikke alle patienter har gjort brug af muligheden for at tage kontakt mellem aftaler, men at vide, at det er en mulighed, giver stor tryghed. Ved observation af konsultationerne er patienterne på forskellige måder blevet gjort opmærksom på muligheden for telefonisk kontakt til ambulatoriet ved spørgsmål eller problemer. Det sker

typisk i afslutningen af konsultationen, og er blevet kommunikeret ved alle de observerede konsultationer.

2.2 Kontakt- og konsultationsformer

Når det kommer til kontakt- og konsultationsformer, har alle patienter erfaring med alternative kontaktformer til det fysiske fremmøde. Overordnet set fortæller patienterne, at de har bred erfaring med telefonkonsultationer. Det er noget, de har gjort brug af i lang tid. Til gengæld er der kun få patienter, der har erfaring med videoformatet, og endnu færre har erfaring med digital kommunikation med fagpersoner i sundhedsapps såsom MinSP.

2.2.1 Telefon er det foretrukne alternativ til fysisk fremmøde

De fleste af undersøgelsens patienter foretrækker fysisk fremmøde som konsultationsform:

Jeg foretrækker at komme herind, fordi så kan man ligesom spørge igen på en eller anden måde. Det kan du også i telefonen, men hvis du føler, at vedkommende heller ikke har forstået dig, så kan jeg nemmere se på folk, om de har forstået mig. (Interview, Birgit)

Det handler både om tryghed og om, at det er nemmere at aflæse en situation, fx om den anden har forstået det, man har sagt, når man er i samme rum. Det handler således om at sikre en grundlæggende tryghed i situationen. Men patienterne forklarer, at telefonisk kontakt kan være en fordel i visse situationer eller som supplement til fremmødekonsultationer. Det gør sig særligt gældende, hvis patienterne kender den fagperson, der ringer dem op, og hvis emnet for konsultationen opleves som velegnet til en telefonsamtale. Det kan fx være opfølgning på nogle blodprøvesvar, opfølgning på periode med ekstra fokus på måling af blodsukker eller ved status på opstart af ny medicin.

Det er jo fint, at man ikke skal køre herud hver gang for at sidde herude i fem minutter og få nogle tal at vide. Det kan man jo sagtens gøre i en telefon, så det er mægtigt fint. (Interview, Jan)

For nogle patienter kan det opleves udfordrende – for enkelte uoverskueligt – at holde styr på meget teknisk indhold i en telefonsamtale. Det kan fx være målingsbaserede justeringer af skema for måltidsinsulin, men også andre ting, hvis det er "svært stof" for patienten. Nogle patienter peger på, at det er en fordel ved telefonkonsultationer, at de har et sensorsystem, der kontinuerligt sender målinger, så

fagpersonen har nem adgang til data i samtalen. Derimod er sproglige udfordringer en væsentlig barriere for den telefoniske kontaktform, da patienterne oplever at det er endnu vanskeligere at forstå og gøre sig forstået over for en fagperson, der taler dansk med stærk accent, i telefonen end ved fysisk fremmøde. Tid er en faktor, patienterne tager med i overvejelserne omkring kontaktformer, idet telefonisk kontakt – og digital kontakt bredt set – sparer dem for transporttid og ventetid i ambulatoriet. Også økonomi kan spille ind i forhold til prioritering af kontaktform, idet transport kan være en betydelig udgift i et stramt budget. Det kan dog opleves frustrerende, hvis telefonkonsultationen er varslet inden for et meget langt tidsrum, fx 8-15, hvor patienterne skal holde sig klar ved telefonen. Tidsintervaller på 2-4 timer beskrives som mere acceptable.

2.2.2 Ganske få – men positive – erfaringer med digitale kontaktformer

Der er kun to patienter i undersøgelsen, der har konkret erfaring med videokonsultation i interaktionen med diabetesambulatoriet. De, der har erfaring, er typisk patienter, der arbejder meget digitalt i deres hverdag og derfor har rutine og tryghed ved formatet. De beskriver nogle af de samme fordele som ved telefonkonsultationer, fx sparet transporttid, samt at de får en specifik tid (ikke de lange intervaller som ved opfølgning på telefon). En del af patienterne har ikke konkret erfaring med videoforformatet, men kunne godt forestille sig at bruge det. De fleste forventer dog ikke, at det vil give noget ekstra til samtalen (andet end potentielt ekstra teknisk bøv). Interviewene viser dog også, at en del af patienterne ikke føler sig komfortable med det tekniske element i at skulle gennemføre samtale på en videoløsning. Som illustreret nedenfor oplever enkelte også en utryghed ved det digitale, der ikke handler om tekniske kompetencer, men om selve situationen.

Sygeplejersken siger, at videokonsultation også er en mulighed. C siger, at det ikke går, det kan han ikke [på grund af angstsygdom, red.]. Sygeplejersken siger, at det er helt i orden, men han skal have muligheden. (Observation, fagperson i samtale med Casper)

Det er således væsentligt at afsøge, hvilke specifikke barrierer der gør sig gældende for den enkelte patient.

Der er enkelte patienter, der benytter sig af og er glade for digitale beskeder i sundhedsapps, da det giver stor tidsmæssig fleksibilitet. De fortæller, at kommunikationen er startet på eget eller en fagpersons initiativ og bliver anvendt til meget specifikke formål (fx receptfornyelse eller opfølgning på eventuel dosisændring af ny medicin). De fleste patienter ser dog ikke digitale beskeder som en mulighed, der passer godt ind i deres kommunikation med ambulatoriet. Usikkerhed omkring egne digitale kompetencer, digital utryghed eller ordblindhed er konkrete barrierer.

2.3 Inddragelse og medbestemmelse i patienternes forløb i diabetesambulatoriet

Undersøgelsen viser, at indflydelse og inddragelse kan være mange ting – både at være med til at bestemme mål og retning og at have frihed til ikke at skulle tage aktiv del i at bestemme mål og retning, men at kunne lade det være op til fagpersonerne at tage styringen i forløbet. Afgørende for de fulgte patienter er, at de har taget aktiv del i at vælge, hvad der passer dem bedst. Med dette afsæt viser de følgende afsnit, hvordan inddragelse og medbestemmelse kommer til udtryk i konsultationen, og hvordan patienterne oplever og værdisætter inddragelse og medbestemmelse.

2.3.1 Tre typiske anledninger til inddragelse

Når det kommer til de konkrete praksisser for inddragelse og medbestemmelse, er der tre centrale nedslag, hvor observationerne viser, at fagpersonerne særligt inddrager patienterne.

For det første er det, når fagpersonerne "inviterer" patienterne til at være med til at sætte emner på dagsordenen for konsultationen. Dette element er særligt tydeligt i starten af eller afslutningen på konsultationer. Nogle fagpersoner indleder med at spørge til, hvad patienten har "på programmet" i dag.

I dag skal vi tale om svar på de prøver, der er lavet, lægge en plan og så lige høre, om der er noget særligt vigtigt, som du har, vi skal tale om. (Observation, fagperson i samtale med Anne)

Observationerne viser, at der er stor forskel på, hvordan det, patienten byder ind med, kommer til at spille en rolle i den efterfølgende samtale. Enkelte fagpersoner lader hele den efterfølgende samtale styre af de problemer/spørgsmål, patienten bringer på bordet, og supplerer med punkter fra sin egen agenda, hvor det passer ind. De fleste lader der være rum indledningsvist til at tage patientens emner op, og efter det er gjort, skifter de over til i højere grad at styre samtalen i forhold til de emner, der bringes på banen. I ganske få tilfælde blev patientens emner hurtigt lukket ned, og fagpersonen overtog styringen af samtalen. Eksempelvis hvis patienter med type 2-diabetes udtrykker ønske om at få sensor.

Med ganske få undtagelser inviterer fagpersonerne patienterne til at lægge temaer/problemer på bordet på et tidspunkt i løbet af samtalen. På tværs af observationerne ser vi, at patienternes problemstillinger generelt får mest aftryk på samtalen, hvis det sker indledningsvist og bliver fulgt op af fagpersonen. Nogle fagpersoner spørger først ind til patientens problemer/spørgsmål afslutningsvist. Det afføder

typisk mindre input fra patienten, end når det sker tidligt i konsultationen. Det kan skyldes, at de spørgsmål, patienten havde, er blevet dækket i løbet af samtalen, men det kan også være et udtryk for, at patienten har været fokuseret på samtalen i lang tid og måske ikke har overskud eller har glemt, hvad vedkommende selv havde på agendaen.

I løbet af konsultationen inddrages patienterne også fx ved beslutninger angående behandlingsændringer. Men de fleste patienter peger på, at de, når det gælder behandlingsbeslutninger, læner sig op ad, hvad fagpersonen, de sidder over for, anbefaler. De fleste patienter oplever ikke at have det diabetesfaglige overblik, som de synes er nødvendigt for at træffe den slags beslutninger. Når de deltager aktivt i behandlingsbeslutninger, er det typisk i form af at være den, der sætter forløbshistorikken i spil. Det kan fx være i form af at minde om, at de har prøvet den foreslåede medicin, men at de ikke kan tåle den eller har andre specifikke erfaringer, der har indflydelse på valget. Patienterne er typisk mere aktivt på banen, når det drejer sig om beslutninger omkring diabetesudstyr – fx valg af blodsukkermålermodel eller insulinpumpe. Det kan skyldes, at disse beslutninger handler mere om individuelle præferencer end om medicinsk viden og derfor er nemmere at koble til deres erfaringer og præferencer.

Endelig går det igen, at en stor del af fagpersonerne inddrager patienterne i beslutningen om, hvor længe der skal gå indtil næste planlagte konsultation, og i hvilket format den skal foregå (se afsnit 2.2.1).

2.3.2 Begrænsede erfaringer med PRO-skemaer

PRO-skema er det eneste "synlige" formaliserede redskab til at understøtte patientinddragelse, som vi er stødt på i dataindsamlingen. Brugen af PRO-skema er kun observeret i 1 af de 22 observationer, der indgår i undersøgelsen. Ydermere har en anden patient i interviewform fortalt om sine tidligere erfaringer med at udfylde PRO-skema som forberedelse til en konsultation i ambulatoriet. Resten af de deltagende patienterne fortæller, at de ikke har stødt på et sådant skema i deres forløb i diabetesambulatoriet.

PRO-skemaet vurderes til gengæld som et godt redskab af de to patienter (i det ene tilfælde af den pårørende), der har erfaring med at bruge det. De peger på, at det dels har givet anledning til at få tænkt over sin egen situation og agenda for konsultationen, dels til at få bragt specifikke temaer på bordet i samtalen i konsultationen. Særligt vanskelige emner kan nemmere finde vej til samtalen, når de er skrevet på forhånd. Som vi senere beskriver, kan vanskelige emner omvendt være vanskelige at håndtere, særligt hvis klinikerne oplever, at det ligger uden for deres kompetenceområde (se afsnit 6.3.2).

2.3.3 Inddragelse, når hverdagserfaringer og medicinsk viden kobles

Når patienterne forklarer, hvordan inddragelse og medbestemmelse kommer til udtryk i deres forløb, og hvad det betyder for dem, er det temaer som ligeværdig dialog og fælles dagsordensætning, tydelighed, indblik/viden og lydhørhed i forhold til patienternes hverdagserfaringer, de trækker frem.

Samtalen foregår på et fornuftigt plan, hvor man ikke føler, at man sidder og snakker med en, der bestemmer dagsordenen. At man selv kan få lov at være med. (Interview, Jan)

En del af patienterne oplever, at der er en vis grad af kontinuitet i, hvilke fagpersoner de møder – særligt når det gælder sygeplejersker. For nogle patienter kræver det personkendskab og tillid opbygget over tid at have en åben og ærlig dialog om sygdommen, som er et vigtigt fundament for inddragelse.

Det, at det er den samme [fagperson, red.], gør mig lidt friere til at sige nogle ting. Jeg skal kende folk godt, før jeg kommer ud med nogle af tingene (...) jeg ville aldrig være kommet ind på det, som jeg kom ind til [navn på sygeplejersker, red.] med, hvis det ikke var hende (...) jeg skal kende mennesker godt, før at jeg åbner op. (Interview, Rasmus)

For nogle tager det også tid at opbygge den tillid og tryghed, der er nødvendig for at bringe svære emner op i en konsultation. Når tilliden og trygheden ikke er til stede, kan disse patienter således ikke få hjælp til hele paletten af udfordringer, de måtte opleve i hverdagen.

En stor del af patienterne peger på, at de synes, der er grænser for, hvad de kan inddrages i, fx at det er svært at være mere på banen i forhold til medicinbeslutninger, da de ikke oplever at have den viden og ekspertise, der skal til.

Vi sidder jo og snakker om det, og de fortæller mig om nogle bevæggrunde omkring noget medicin, og hvad de synes. Om jeg skal blive ved med at tage de samme enheder, eller om jeg skal have noget andet medicin og det ene og det andet. Så de fortæller mig og orienterer mig om det. Men jeg er jo ikke læge, så jeg ved ikke, hvad der er bedst. Det er jo deres kompetence. (Interview, Jan)

Netop fordi de færreste patienter har en dyb medicinsk viden om diabetes, er de afhængige af, at fagpersonerne deler deres viden, når der træffes beslutninger. For nogle patienter er det helt afgørende at have indblik i den viden, der ligger til grund for de beslutninger, der træffes. Når de får det, giver det dem tryghed i beslutningen og i forløbet som helhed. Når koblingen mellem det abstrakte og personlige ikke sker,

kan det skabe frustration og en oplevelse af ikke at blive mødt, ikke at tale samme sprog, ikke at være inddraget:

Nogle gange er det lidt ligesom om, at de taler lidt hen over hovedet på en, og så føler man faktisk ikke rigtigt, at de forstår, hvad det er, man prøver at beskrive af ting, der egentlig fylder for en. (Interview, Anne)

Patienterne i undersøgelsen har kun få eksempler på situationer, hvor de ikke har følt sig inddraget. Det kan være i situationer med sprogvanskeligheder, hvor de ikke oplever sig forstået, hvilket umuliggør inddragelse. Eller i situationer, hvor patienterne ikke oplever at have fået en reel eller plausibel forklaring på beslutninger, der er truffet, som de ikke var enige i. Det kan fx være at få nej til at få sensor med den begrundelse, at der ikke er nok til alle, eller at få nej til opstart af Ozempic-behandling eller ikke at opleve sig hørt i forhold til tidligere dårlige erfaringer med diabetesopfølgning i almen praksis. Endelig er det i situationer, hvor aftaler om opfølgning ikke bliver fulgt, og der ikke er givet besked om, hvorfor planerne er ændret.

2.4 Opsamling: Stor tilfredshed, men også bekymringer

Individualisering opleves ikke som noget nyt for patienterne i undersøgelsen, som ikke har oplevet et radikalt skift i tilgangen til opfølgning i diabetesambulatoriet, da de fleste også tidligere har oplevet varierende kontaktfrekvenser i deres forløb. Rent behovsstyret kontakt er dog ikke en kontaktform, som patienterne ubetinget ønsker, da de frygter, at eventuelle komplikationer, som de ikke umiddelbart kan mærke på deres krop eller aflæse i de målinger, de selv kan foretage, får lov til at udvikle sig unødigt. Når det gælder potentiel overgang til opfølgning i almen praksis for patienter med velreguleret type 2-diabetes, kræver det en velfungerende relation til den praktiserende læge, for at det opleves som en farbar vej. Hvis den betingelse ikke er til stede, kan det opleves som at stå alene med sygdommen. Den variant af kontakt, der foregår i fokuserede forløb, kan kræve individuelle løsninger, for at patienterne får det fulde udbytte af den fokuserede indsats. Det gør sig særligt gældende, når patienten er i flere samtidige forløb på tværs af specialer og/eller sektorer, men kan også handle om tiltag i hverdagslivet, der kan skabe bedre muligheder for egenomsorg, fx hjælp til at huske at tage medicin.

Undersøgelsen viser, at de fleste deltagende patienter foretrækker fysisk fremmøde som konsultationsform, men telefonkonsultationer udpeges som et fint alternativ. Særligt hvis personkontinuitet prioriteres, og hvis det er passende emner, der håndteres over telefonen, da det er meget individuelt, hvad man som patient kan overskue i en telefonsamtale. Nogle patienter værdsætter fleksibiliteten og det tids-

besparende element ved telefonformatet højt, mens det for andre også handler om økonomiske aspekter. Indholdet i en samtale med en fagperson kan være vanskeligt nok at holde styr på, men hvis man er udfordret teknisk eller tryghedsmæssigt af det digitale format, så kan det gå ud over kvaliteten og udbyttet af samtalen. Derfor kan telefon- eller videoformatet uforvarende komme til at stå i vejen for at få det optimale udbytte af konsultationen. Det er derfor vigtigt at være sikker på, at både formatet og indholdet i samtalen passer til den enkelte patient.

Når det gælder inddragelse og medbestemmelse viser observationerne, at særligt dagsordensætning, behandlingsbeslutninger og beslutninger om konsultationsformat og -frekvens er områder, hvor patienterne aktivt inddrages. PRO-skemaet er i meget begrænset omfang set i anvendelse som formaliseret inddragelsesredskab, men værdsættes af dem, der har erfaring med det. Patienterne oplever sig særligt inddraget, når fagpersonerne formår at koble deres medicinske viden tæt til patienternes hverdagserfaringer. For nogle patienter er tryghed gennem personkontinuitet en forudsætning for at skabe rum for inddragelse. Sprogvanskeligheder, der skaber uklarheder, situationer, hvor patienterne ikke oplever at få en reel forklaring på beslutninger, de ikke er enige i, eller aftaler, der ikke bliver indfriet, kan give en oplevelse af manglende inddragelse. For at lykkes med inddragelse er det en fordel, at fagpersonerne kender patienten godt eller spørger direkte ind til, hvad den specifikke patient har brug for for at være tryk i de beslutninger, der bliver truffet.

3 Individualiseret behandling

Ønsket om at tilrettelægge patienternes forløb efter den enkeltes behov og ønsker er det mest centrale element i FDA. Afsættet for indsatsen er et generelt behov for at styrke og ensarte tilgangen til individualiseret behandling på tværs af ambulatorier. Heri ligger også en erkendelse af, at der allerede gøres en del for at individualisere patientforløbene, men samtidig at tilgangen gribes forskelligt an på tværs af ambulatorier såvel som de enkelte klinikere.

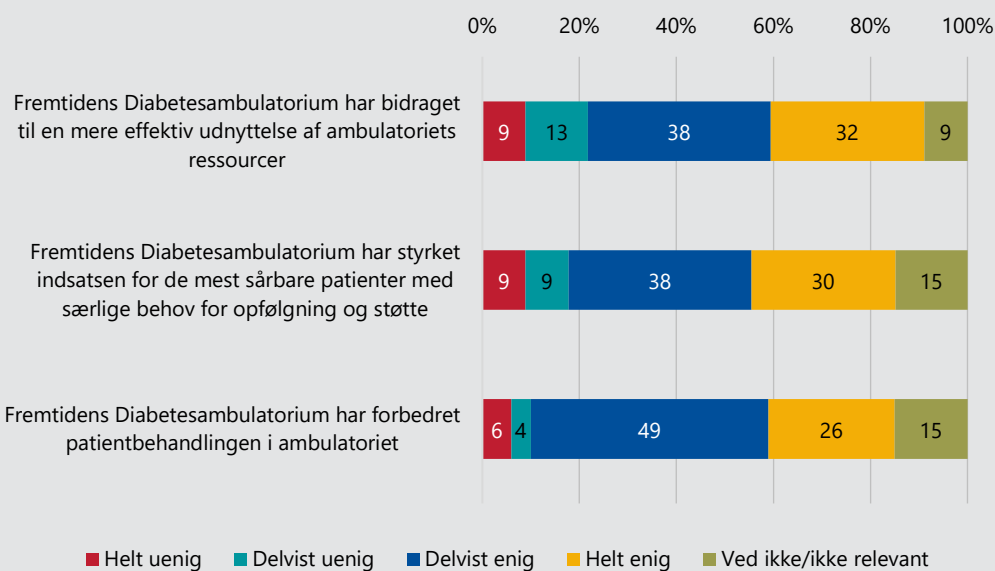
Med det afsæt gennemgår vi i dette kapitel klinikere og lederes perspektiver på de nye rammer, arbejds gange og arbejdsdelinger, der i den daglige praksis skal muliggøre en individualiseret opfølgning og behandling¹⁰. Indledningsvis præsenteres de overordnede resultater, der i henhold til evalueringens survey forbindes med FDA. Herefter præsenteres erfaringer og perspektiver på arbejdet med individualiseret behandling. Endelig går vi i dybden med introduktionen af FDA's triageringskategorier og tilhørende redskaber.

3.1 FDA forbindes med positive resultater

Figur 3.1 viser respondenternes overordnede vurderinger af FDA's betydning for patientbehandling og ressourceanvendelse.

¹⁰ Digital understøttelse af nye kontaktformer i forhold til videokonsultationer, upload af patientdata og tovejskommunikation i MinSP indgår også som vigtige elementer i at sikre mere fleksibel tilrettelæggelse af patienternes forløb. Disse elementer gennemgås i kapitel 6.

Figur 3.1 Baseret på dine samlede erfaringer med Fremtidens Diabetesambulatorium bedes du vurdere nedenstående udsagn om indsatsens konsekvenser for patienternes behandling og for udnyttelsen af ambulatoriets ressourcer



Anm.: N = 47.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i efteråret 2024.

Figur 3.1 viser, at et klart flertal af respondenterne på tværs af spørgsmål forbinder introduktionen af FDA med positive resultater¹¹. Der skal dog tages det forbehold, at de tre spørgsmål er bredt formuleret, samt at der i evalueringens kvalitative data ses mange nuancer og udfordringer, i forhold til hvor langt implementeringen af FDA er kommet. De positive resultater skal således først og fremmest ses som et udtryk for opbakning til FDA's målsætninger og en vurdering af, at der er igangsat en positiv udvikling.

3.2 Opbakning til individualiserede forløb

Boks 3.1 sammenfatter respondenternes perspektiver på arbejdet med at sikre individualiserede forløb. Det fremgår, at der på disse punkter er en generel oplevelse af, at indsatsen leveres i overensstemmelse med ønsket om en individualiseret

¹¹ Dette spørgsmål er kun stillet ved dataindsamlingen i efteråret 2024.

behandling. Det fremgår også, at respondenterne generelt set oplever at have de rette kompetencer, mens der til gengæld er ca. en tredjedel, der oplever at mangle viden om de enkelte patienter samt understøttende redskaber.

Boks 3.1 Survey-resultater om individualiseret behandling

Der er opmærksomhed på at tilrettelægge behandling individuelt: I 2024 angiver 96 % at være helt eller delvist enige i, at der i ambulatorierne er opmærksomhed på at tilrettelægge behandlingen med afsæt i patienternes behov og ønsker.

Respondenterne oplever at have de rette kompetencer: 75 % angiver i 2024, at de helt eller delvist oplever at have de rette kompetencer til at tilpasse behandlingen efter patientens behov og ønsker, mens 8 % svarer, at de delvist mangler kompetencer.

Behov for bedre viden om den enkelte patient: 50 % angiver i 2024, at de helt eller delvist har den rette viden om patienterne, mens 32 % oplever at mangle viden.

Efterspørgsel på redskaber, der kan understøtte individuelle patientforløb: 56 % angiver, at de helt eller delvist har de rette redskaber, mens 33 % svarer, at der mangler redskaber.

Klinikernes vurdering af de vigtigste barrierer for at lykkes med individuelle forløb:

- Manglende kompetencer til at involvere patienter i beslutninger om egen behandling
- Mere tid til opgaven
- Bedre mulighed for forventningsafstemning.

Anm.: Der ses ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne på tværs af 2023 og 2024.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Som vi vender tilbage til i gennemgangen af de kvalitative data, er der flere forskellige perspektiver på, hvad det vil sige at have en individualiseret behandling. Den kvalitative dataindsamling viser på linje med survey-undersøgelsen, at der overordnet er opbakning til ideen om at differentiere behandlingen. Hvor survey-undersøgelsen giver indtryk af, at individualisering i vid udstrækning er en integreret del af

praksis, nuancerer den kvalitative undersøgelse dette billede ved at vise, at der er stor variation i forståelsen af, hvad individualisering betyder, og hvorvidt dette er en ny tilgang eller noget, man altid har gjort. Individualiseret behandling er samtidig tæt forbundet til indførelsen af triagering som metode, hvilket udfoldes nedenfor.

3.3 Opbakning, men også udfordringer for triagering

Triagering som formaliseret metode er nyt for personalet i ambulatorierne, og den kvalitative del af evalueringen viser, at den i høj grad udfordrer de eksisterende rutiner i ambulatoriernes hverdag. Dette gælder både nogle af principperne bag den individualiserede behandling, men også den praksis, triageringen er baseret på, herunder både den digitale operationalisering af triageringsmetoden, praktiske omstændigheder omkring booking af konsultationer og det tværfaglige samarbejde om triageringen.

I den sammenhæng er det – jf. Boks 3.2 – bemærkelsesværdigt, at et stort flertal af respondenterne bakker op om triagering som metode til både at sikre en god udnyttelse af ambulatoriets ressourcer og til at kunne tilbyde en individualiseret behandling. Det er samtidig et vigtigt resultat, at andelen af respondenter, der angiver at have indsigt i arbejdsgangene for triagering, er øget signifikant i efteråret 2024 sammenlignet med foråret 2023.

Triagering opleves relevant: I 2024 angiver 85 % af klinikerne, at triagering er relevant i forhold til at sikre en god udnyttelse af ambulatoriets ressourcer, mens 87 % angiver, at triagering er vigtigt i forhold til at sikre en individualiseret behandling.

Arbejdsgangen for triagering er kendt: 85 % af klinikerne angiver i 2024, at de helt eller delvist har indsigt i arbejdsgangene for triagering*.

De fleste oplever at indgå i et tværfagligt behandlerteam: 71 % af respondenterne angiver i 2024, at de indgår i et behandlerteam, hvor der er god mulighed for at øve sig i triagering, mens 18 % oplever mangelfuld mulighed for at øve sig på triagering på tværs af fagligheder.

Stadig behov for at øve triagering: I 2024 angiver 32 % af respondenterne, at de mangler viden om principperne for triagering, mens 22 % angiver at de stadig mangler rutine til at anvende triagering i det patientrettede arbejde.

De fleste oplever, at triagering er anvendeligt: I 2024 angiver 73 % af respondenterne, at triagering kan lade sig gøre i daglig praksis, mens 25 % oplever udfordringer.

Klinikernes tre vigtigste prioriteter for triagering:

- Nye rammer for konsultationer, der gør det lettere at differentiere behandling
- Mere tid/flere ressourcer afsat til opgaven
- Bedre mulighed for dialog med samarbejdspartnere fra andre sektorer.

Note: * I forhold til dette spørgsmål ses en signifikant positiv udvikling i perioden 2023-2024.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Den kvalitative dataindsamling viser derimod en langt mere sammensat vurdering og ibrugtagning af triagering. Især står det klart, at triagering forstås og praktiseres forskelligt på tværs af faggrupper og ambulatorier, som det gennemgås i de følgende afsnit.

3.3.1 Triageringskategorier: Uklarhed om betegnelser og betydning

En central indsigt fra den kvalitative dataindsamling er, at det har været en udfordrende proces at definere og blive enige om triageringskategorierne på tværs af ambulatorierne og i den regionale enhed. For det første har der været forskellige meninger om, hvad de forskellige kategorier skulle hedde, som afspejlet i nedenstående liste over de variationer, VIVE har mødt undervejs i evalueringens dataindsamling:

- Af, på, skal drøftes
- Gruppe 1, 2 og 3
- Selvstyrende, fokuseret og udvidet
- Selvstyrende, fokuseret og i bero
- Selvstyrende og fokuseret samt 'i bero' som en proceskategori
- Selvstyrende, fokuseret og i bero samt 'skal drøftes' som en proceskategori.

For det andet har der været forskellige meninger om, hvilke forløb kategorierne skulle kobles til. De forskellige begreber afspejler ikke kun forskellige sproglige præferencer, men også forskellige forståelser af, hvilken opfølgning man kan og bør tilbyde patienter. Disse forhold har været vigtige for at finde en fælles og meningsfuld forståelse og praksis for triagering. Det indgår som et fast element i den anvendte PDSA-model, at tiltagene løbende justeres, i takt med at der gøres erfaringer i den kliniske praksis. Disse forhold betyder på den anden side også, at fremdriften i arbejdet har været langsommere end forventet. Ved evalueringens ophør var der etableret konsensus om brugen af kategorierne 'selvstyrende, fokuseret og i bero', og derfor beskrives det her, hvordan disse kategorier forstås og forvaltes på ambulatorierne, samt hvilke dilemmaer de kan udløse.

Triageringskategorien '**selvstyrende**' bruges primært til at kategorisere patienter, som i vid udstrækning selv er i stand til at passe deres diabetesforløb. Patienter i denne kategori ses typisk en gang om året til sammedagsscreening¹² eller årskontrol. Derudover får disse patienter at vide, at de kan henvende sig ved behov. I foreløbigt ét ambulatorium tilbydes patienterne 'billetter', så de kan henvende sig via Selvbook-systemet og derigennem vælge en konsultation, der passer til deres behov og kalendere.

¹² Sammedagsscreening for følgesygdomme er et tilbud udviklet til diabetesambulatorierne i regi af de regionale Steno Diabetes Centre. Sammedagsscreening samler alle undersøgelser for følgesygdomme til diabetes på én dag, herunder blod- og urinprøver, øjenundersøgelse, fod-undersøgelse, samt en samtale, hvor resultaterne gennemgås, og der lægges en plan. Tilbuddet fungerer aktuelt på projektstadiet i Region Sjælland, og det tilbydes derfor ikke systematisk til alle patienter.

Nogle steder bruges kategorien også "med negativt fortegn", dvs. til patienter, som ikke er velregulerede og samtidig ikke er motiverede til at indgå i et fokuseret forløb. Ved at kategorisere mere eller mindre dysregulerede patienter som 'selvstyrende' lægger klinikerne op til et længere interval mellem konsultationer, men opnår dog at "holde en snor" i patienterne, hvilket de vurderer er vigtigt. Det fremgår også, at der over tid er en begyndende enighed om, hvad det vil sige at være 'selvstyrende', om end der stadig findes forskellige fortolkninger af, hvordan kategorien bruges.

Triageringskategorien '**fokuseret forløb**' bruges primært om patienter, som af forskellige årsager har brug for en ekstra indsats. Typisk bruges kategorien om patienter, hvis diabetes er dysreguleret. For at give plads til det sundhedsfaglige skøn er der imidlertid bevidst ikke defineret specifikke grænseværdier eller faste kriterier for, hvem der skal eller kan tilbydes et fokuseret forløb. Idealet er, at forløbet tilrettelægges efter patientens specifikke problematik, og derfor er der ikke en rettesnor for, hvordan det fokuserede forløb skal foregå, eller hvad intervallet mellem konsultationer skal være. Et typisk forløb vil i henhold til interviews bestå i, at en sygeplejerske følger telefonisk op med patienten efter 2 uger. Her kan det aftales, hvordan forløbet skal fortsætte, fx om der skal en fysisk konsultation til med patient eller læge. Ideelt set omtriageres patienten til en af de andre kategorier, når det fokuserede forløb afsluttes, men denne praksis er endnu ikke fuldt implementeret.

Triageringskategorien '**i bero**' bruges primært til at kategorisere patienter, hvis diabetes er dysreguleret, men som af forskellige grunde ikke kan eller vil indgå i et fokuseret forløb. Citatet nedenfor afspejler FDA's oplæg til, hvad det vil sige at være i bero:

Nogle af de patienter, der er dysregulerede, og som har behov for at komme i bedre glykæmisk kontrol, kan eller vil af forskellige grunde ikke indgå i et fokuseret forløb. Det kan der være helt lavpraktiske grunde til. Så siger man: 'Det er ikke lige nu. Det giver ikke mening, at vi skaber et omfattende forløb nu, da det ikke kommer til at give mening'. (Interview-deltager fra den regionale enhed)

Kategorien er imidlertid relativt ny, og interviewene med klinikerne afspejler, at der i efteråret 2024 stadig er tvivl omkring, hvordan den skal bruges.

Eksempelvis fortæller en sygeplejerske under et interview om sin forståelse af kategorien, at "'i bero' det er, at de er i god proces. De skal ikke have ekstra tilbud." I et andet ambulatorium bruges 'i bero' typisk om patienter, der har psykisk sygdom og/eller problemer med misbrug, samt om unge mennesker, som kommer fra børneafdelingerne, og som ikke ønsker at komme på sygehuset. Informanter fra dette ambulatorium fortæller, at en patient kan være 'i bero', så længe det passer. I et tredje ambulatorium inviteres patienter, der er triageret til 'i bero'-kategorien, til at komme ind i ambulatoriet hver tredje til fjerde måned.

Uklarheden om de forskellige triageringskategorier viste sig også i opstartsfasen. Her faciliterede repræsentanter fra den regionale enhed workshops, hvor klinikerne kunne øve sig i at triagere ved at bruge nogle patientcases udviklet af den regionale enhed. Observation af en sådan workshop viste, at der ofte var uenighed om, hvor en persona hørte til, og at denne uenighed ofte var forankret i klinikernes respektive fagligheder. Observationen af, at triagering af selv relativt endimensionelle patientcases kan skabe tvivl og uenighed blandt klinikere, understreger, hvor flertydig triagering af faktiske patienter med komplekse forløb kan være. Workshops og tid til dialog på tværs af de involverede klinikere fremstår således som et vigtigt element i at lykkes med triagering.

Flere af de interviewede klinikere ser anvendelsen af patientcases som et godt redskab til at få en fælles dialog om triagering, men de lægger også vægt på, at mødet med den virkelige patient er meget mere komplekst. Workshops og idealtyper er således et brugbart element til at komme i gang, men for klinikerne er det samtidig vigtigt at have mulighed for at øve triagering løbende og med udgangspunkt i, at en patient rent faktisk bliver set i ambulatoriet.

3.3.2 Manglende kategori og tilbud til patienter med særlige behov?

En specifik problematik koblet til kategorien 'i bero' er, at den på sin vis erstatter den tidligere kategori 'udvidet forløb' eller 'gruppe 3', som blev brugt til patienter, som havde behov for støtte, som ikke kunne gives i ambulatoriet. Kategorien 'udvidet forløb' signalerede, at der var behov for at samarbejde ud af ambulatoriet, fx med kommunen, et botilbud eller et psykiatrisk tilbud. Hvor kategorien 'i bero' bruges til patienter, der ikke er motiverede for at arbejde på en forbedring, kunne patienter med behov for udvidet tilbud godt være motiverede, men blot have behov for særlig støtte. Denne forandring har derfor ført til usikkerhed blandt de klinikere, som netop havde vænnet sig til den tidligere kategori, jf. citatet nedenfor:

Der har været vild forvirring om de nye begreber, som ikke matcher de gamle. Hvad vil det sige at være i bero? I forhold til at man har et udvidet behov? Folk har fået tudet ørene fulde om de første kategorier, og så bliver det lavet om. ... Det er svært at navigere i. (Læge)

Det nye sæt af kategorier har dermed ikke en særskilt kategori til de patienter, der har behov for udvidet støtte. Ifølge klinikerne er det dog ikke den manglende kategori, der er det primære problem, når det kommer til patienter med behov for udvidet støtte, men de manglende tilbud til netop denne gruppe. Til at begynde med var det klinikernes forventning, at kategorien 'udvidet forløb' ville blive fulgt af FDA-initierede tilbud til den patientgruppe, som de netop manglede tilbud til i ambulatoriet.

Ved følgeevalueringens sidste interviewrunde i 2024 havde nogle klinikere netop fået tilsendt et link til 'værktøjskassen'¹³, som bl.a. indeholder information om soci-alsygeplejerske, vejvisning til kommunale sundhedstilbud og støttemuligheder samt vejledninger til, hvordan personalet kan hjælpe med at søge om tilskud til fx transport¹⁴. Tiltaget er således så nyt, at evalueringen ikke har grundlag for at vurdere, hvorvidt de indeholdte tilbud modsvarer klinikernes behov.¹⁵

Om end kategoriseringen er blevet mere simpel, fordi der nu kun er én kategori til patienter med behov for støtte, som den regionale enhed fremhæver, er der dermed behov for fortsat opmærksomhed på, hvordan man kan tilrettelægge forløb til patienter med behov for udvidet støtte, som ofte vil være sårbare patienter. Dette er et vigtigt opmærksomhedspunkt, som går på tværs af de fire ambulatorier.

3.3.3 Triagering: Skrivebordsøvelse eller tværfaglig teamtilgang?

At arbejde med triagering handler ikke kun om, hvilke kategorier patienterne skal fordeles i, men også om, hvordan kategoriseringen skal foregå. Konkret har ambulatorierne skullet tage stilling til, hvem der triagerer. I de fire ambulatorier er dette spørgsmål løst på fire forskellige måder, hvilket også afspejler, at deres organisering og forudsætninger for fx at samle relevante klinikere varierer (se evt. casebeskrivelser i bilag 2 for uddybning). Derudover har de skullet tage stilling til, hvornår patienterne skal triageres. Dette spørgsmål relaterer sig både til implementeringen af FDA-tilgangen og til den planlagte kliniske praksis.

I et ambulatorium har centerchefen eksempelvis påtaget sig opgaven med indledningsvist at gennemgå ambulatoriets patienter og tildele dem et team bestående af en læge og en sygeplejerske. Teamet har derefter fået til ansvar at triagere deres liste af patienter i fællesskab, på baggrund af hvad de kender til patienten og/eller kan læse i journalen. Denne tilgang har gjort triagering til en opgave, som indtil videre kun i begrænset omfang er nået fra journalsystemet til klinisk praksis.

Et andet ambulatorium har arbejdet med triagering primært i tilknytning til patientkonsultationer. Her er ansvaret for at triagere en tværfaglig opgave, som i princippet foretages, hver gang personalet har været i kontakt med en patient, hvorved der foretages en vurdering af, hvorvidt triageringskategoriseringen skal fastholdes eller

¹³ Uddybes i kapitel 4, der omhandler tværsektorielt samarbejde.

¹⁴ Værktøjskassen kan tilgås her: <https://www.stenosjaelland.dk/vores-arbejde/fda-vaerktoejskassen>.

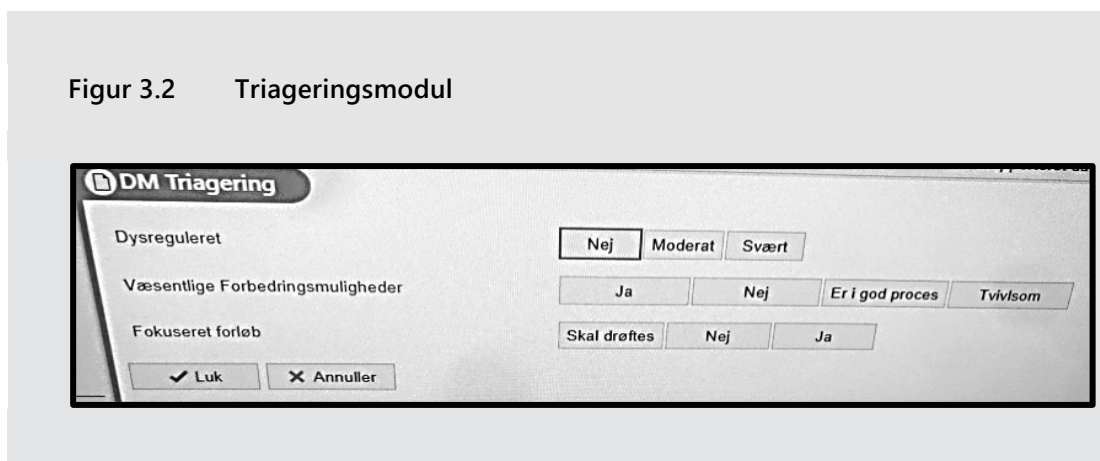
¹⁵ Det er i januar 2025 oplyst af SDCS, at værktøjskassen – og særligt de konkrete vejledninger – er meget værdsat af personalet på ambulatorierne, der oplever at have fået lettere ved at finde vej til hjælp og til at hjælpe patienter med særlige behov. På den baggrund er der også dialog med de øvrige Steno Diabetes Centre om at udbrede værktøjskassen til de øvrige regioner. Tilsvarende ses et potentiale for at anvende værktøjskassen i andre specialer.

ændres. I dette ambulatorium kan man ikke ændre en kategori uden at tale med sin teammakker.

Undervejs i projektperioden er man både i den regionale enhed og lokalt på ambulatorierne blevet opmærksom på, at processen med at få triageret samtlige patienter er mere tidskrævende end forventet. Derfor har man nogle steder ændret praksis for at nå hurtigere igennem bunken, bl.a. ved at slække på krav til teamarbejde og/eller patientkontakt ved triagering. Triageringen i disse ambulatorier foregår derfor i relativt stort omfang som en skrivebordsøvelse, hvilket er med til at øge nogle klinikers skepsis over for FDA (uddybes i afsnit 3.3.5).

3.3.4 Digital understøttelse af triageringsarbejdet

Endelig har ambulatorierne skulle forholde sig til, **hvordan** de rent teknisk triagerer patienterne. Triagering foregår i lighed med andre patientrelaterede opgaver digitalt i patientjournalen. Triagering foregår således via det modul, der er afbildet nedenfor.



Kilde: VIVE, foto fra feltobservation.

Som angivet, indebærer triageringen, at fagpersonerne ud fra kliniske data vurderer, i hvilket omfang patienten er dysreguleret, samt at de ud fra et samlet fagligt skøn vurderer, i hvilket omfang der er mulighed for at forbedre patientens regulering. Med det afsæt træffes beslutning om, hvilket forløb der skal tilbydes til den enkelte patient.

I løbet af de første år med FDA har den tekniske fremgangsmåde for triagering ændret sig. Dette skyldtes dels, at man ikke var klar med den endelige digitale løsning, da triageringen blev igangsat, dels at man i forbindelse med ibrugtagningen af de digitale løsninger opdagede, at der var uenighed om, hvordan triageringen skulle foregå, og hvad kategorierne skulle hedde. Uklarhederne om, hvordan man både teknisk og indholdsmæssigt skulle triagere, har givet udfordringer for implementeringen af triageringsmetoden. Dels har det krævet teknisk tilvænnning at gå fra lister

og notater i SP til at lære nye triageringsmoduler at kende, i takt med at kategorierne har udviklet sig. Dels har ændringerne genereret dobbeltarbejde, da nogle ambulatorier har måttet om-triagere deres patienter, fordi deres tidligere triagering ikke automatisk blev overført til det nye system.

Udsigten til forandringer af triageringsmodulet har også gjort, at et ambulatorium har valgt at udsætte implementeringen for at undgå at skulle indlære en arbejdsgang, som så ud til at blive ændret. Disse observationer understreger, hvor betydningsfuld velfungerende digital infrastruktur er for implementeringen af en individualiseret tilgang.

Det fremstår i den forbindelse positivt, at det nye triageringsmodul, der i efteråret 2024 var i gang med at blive taget i brug, generelt set blev vurderet velfungerende af de (relativt få) klinikere, der havde erfaringer med at bruge det.

3.3.5 Skaber triagering værdi? Klinikernes vurdering

Ambulatoriernes forskellige tilgange til triagering betyder, at triageringen opfattes forskelligt af klinikerne. I deres vurdering af triagering som element i FDA lægger klinikerne vægt på det overordnede princip om individualisering, og hvilken forskel triagering gør i den forbindelse på ressourcer og økonomi, på patientsynet og på muligheden for at trække patientlister til udviklingsarbejde¹⁶. Endelig lægger nogle klinikere vægt på, at triagering medvirker til at styrke det tværfaglige samarbejde, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 4.

Der er bred enighed om, at princippet om individualisering er helt centralt både for at skabe relevante forløb for den enkelte patient og for at sikre, at ambulatorierne kan hænge sammen i en fremtid med et voksende patientgrundlag. En del klinikere (særligt læger) lægger vægt på, at de allerede er opmærksomme på at afslutte patienter til almen praksis samt lave individualiserede forløb med fokus på kun at se patienterne, når det giver mening. Derfor mener en del, at den praktiske proces med at tildele patienten en kategori er ekstraarbejde, som ikke modsvarer deres forventninger til udbyttet.

For de pågældende klinikere har der ikke været et klart billede af, hvilken variation der er på tværs af ambulatorier, og dette aspekt har heller ikke fremstået tydeligt i deres forståelse af FDA.

For disse klinikere har det derfor været en negativ oplevelse at blive mødt med en forestilling om, at individualisering var noget nyt for dem. Oplevelsen af ikke at blive

¹⁶ Det skal i den forbindelse understreges, at der aktuelt ikke findes data og kvantitative analyser, der kan anvendes til at kvalificere klinikernes kvalitative vurderinger.

anerkendt for deres arbejde har for nogles vedkommende skabt en modstand mod at involvere sig i triageringsarbejdet.

Der er dog også en del, der ser et potentiale i at have en mere formaliseret tilgang til triagering, fordi det kan hjælpe med systematik og legitimitet til at prioritere indsatsen:

Hvis ikke vi har patienten med, så er det, at de udebliver. Og giver vi dem bare en ny tid igen, spilder vi faktisk bare en hel del tider på det. Fremtidens Diabetesambulatorium er med til at sætte rammerne for, at det er i orden: Vi ved godt, at der er nogen, der er ... jeg vil ikke sige uden for rækkevidde, men hvor der aktuelt ikke er forbedringspotentiale. (Læge)

Det fremgår i flere interviews, at det tidligere har været almindeligt at blive ved med at indkalde med samme intervaller, selv om patienten udebliver. De pågældende klinikere vurderer, at man ved at triagere patienter med kategorien 'i bero' kan mindske antallet af udeblivelser og dermed minimere spildte ressourcer. På samme måde er der generelt opbakning til, at man med triageringskategorien 'selvstyrende' kan nedsætte konsultationsfrekvensen til fx en årlig kontrol.

En del klinikere fortæller også, at de uafhængigt af FDA har faktiske erfaringer med, at dette kan være en ressourcebesparende ændring. Der er således ambulatorier, hvor klinikerne fortæller, at det længe har været sådan, at patienter, der ikke havde behov for mere, kun kom en gang årligt. I den forbindelse er der paradoksalt nok flere, der stiller spørgsmål til, om FDA's tilgang til triagering og individualisering af forløb risikerer at være en fordyrende forandring. Det skyldes en vurdering af, at der vil være flere patienter i deres ambulatorier, som omtriageres til en hyppigere kontrolfrekvens (fokuseret forløb), end patienter, som omtriageres til en lavere kontrolfrekvens (selvstyrende eller i bero). Der findes endnu ikke opgørelser over, hvordan triageringen har ændret konsultationsfrekvensen.

Der er i efteråret 2024 et ambulatorium, der oplever at have implementeret triageringsmetoden på en måde og i et omfang, så resultaterne kan mærkes i praksis. I dette ambulatorium er triagering blevet en fast del af hverdagen, og klinikerne oplever, at triagering bl.a. giver anledning til relevante diskussioner om, hvorvidt en patient har forbedringspotentiale eller bør sættes i bero, samt hvad der evt. kan sættes i værk for at understøtte patienter i et fokuseret forløb. Det fremgår også af interviews, at ambulatoriet har været i stand til at afslutte en del patienter til egen læge, samt at der er frigjort tid, der anvendes på udviklingsarbejde og fokuserede forløb for patienter med særlige behov. Der er en række forhold, som positivt har understøttet de opnåede resultater. Herunder at ambulatoriet:

- allerede inden FDA havde gode erfaringer med at opdele patienterne i forskellige kategorier
- har få faste læger, der kun arbejder i ambulatoriet, samt erfarne sygeplejersker, der i lille omfang har funktioner og vagtforpligtelser uden for ambulatoriet.

De tre øvrige ambulatorier er i efteråret 2024 kommet så langt i arbejdet med FDA's tilgang til triagering og individualiseret behandling, at klinikerne er i stand til at vurdere konsekvenserne for det patientrettede arbejde. Som vi vender til i afsnit 4.2.5, hænger dette bl.a. sammen med, at ambulatorierne ikke havde forudgående erfaringer, samt at personalegrupperne er større og mere fragmenterede pga. bl.a. veksellende indmødesteder, vagtforpligtelser og specialeansvar for øvrige områder af endokrinologien.

3.3.6 Er triagering patientsikkert?



Den store hurdle for at frisætte patienterne i et år er personalets frygt for, at vi ikke har de redskaber, der er nødvendige for at sikre, at vi kan samle dem op, hvis der sker noget.

Centerchef

Flere af evalueringens læger og sygeplejersker udtrykker bekymring for at slippe patienterne i forhold til kategorierne 'i bero' og 'selvstyrende'. Denne bekymring består i en frygt for, at patienterne kan blive alvorligt syge eller dø af deres diabetes, hvis ikke der er den rette digitale understøttelse til at opdage det, hvis der sker noget. Beslægtet med denne bekymring er selve forståelsen af, at patienter kan være uden forbedringspotentiale. Denne bekymring har både været udtalt i et ambulatorium, hvor triagering er meget integreret, og hvor det er i en tidlig fase.

Som eksempel nævnes, at det hos patienter sjældent er manglende vilje, men at "kaos i hovedet" fx kan stå i vejen. Her er det vigtigt at kunne hjælpe patienterne med, hvad der er på spil for dem og derigennem få hul på arbejdet med diabetesen. Det ses således dilemmafyldt at afslutte disse patienter, og at deres manglende potentiale for forandring hænger sammen med manglende tilbud om støtte. I den

regionale enhed er man opmærksom på denne problematik og understreger, at triagering ikke skal handle om at "smide patienter ud".

Den sidste ting, vi vil fremhæve, er, at især ledende klinikere har en positiv forventning om, at triageringen på sigt vil gøre det muligt at arbejde systematisk med specifikke patientgrupper på populationsniveau. Forventningen knytter sig til en antagelse om, at triageringsmodulet gør det muligt at lave udtræk med patientlister inden for forskellige kategorier. Dette forbindes med mulighed for at monitorere egen indsats over tid samt mulighed for at gennemgå journalerne og lede efter fællestrek. Det kan fx være mellem patienter, der udebliver.

Der er dog endnu ingen konkrete erfaringer med dette pga. de forsinkelser, der har været i den digitale understøttelse, men de fremadrettede forventninger er store i forhold til at give klinikerne et grundlag for at få øje på og arbejde med fælles forbedringsmuligheder i ambulatoriet. Dette ses også – særligt af de interviewede ledere – som en forudsætning for, at arbejdet med triagering kan varetages på en måde, der er patientsikker.

3.4 Opsamling: Triagering og individuel behandling er relevant, men krævende at formalisere

Værdien af triagering afhænger af, om det i praksis lykkes at individualisere patientforløbene og etablere effektive og patientsikre rammer for de forskellige typer af opfølgning. Evalueringen viser, at der er opbakning til – såvel som en oplevelse af, at ambulatorierne er opmærksomme på – at tilrettelægge behandlingen med afsæt i patienternes behov og ønsker.

Dog står det klart, at klinikernes opbakning ikke kan tages for givet, og at det især skaber tvivl, når triagering kobles sammen med risiko for kvalitetsforringelse. Det kommer fx til udtryk i form af skepsis over for, hvorvidt ambitionen om at afslutte patienter vil have negative konsekvenser for den enkelte patient, eller hvis triagering ses som et bureaukratisk tillæg til eksisterende praksis.

Der er ét ambulatorium, der oplever at have fået FDA's tilgang til triagering og individualiseret behandling til at fungere i daglig praksis. Det fremgår i den forbindelse, at implementeringen forbindes med de ønskede resultater. De tre øvrige ambulatorier er ikke nået så langt i arbejdet, at klinikerne er i stand til at vurdere de konkrete konsekvenser for det patientrettede arbejde.

Evalueringen viser i den forbindelse, at der stadig er et stykke vej at gå, før triagering er forankret som en fast rutine med betydning for det patientrettede arbejde.

For det første er det vigtigt – og langt fra enkelt – at få en fælles og sikker forståelse for kategorierne på tværs af læger og sygeplejersker. For det andet er det væsentligt at sikre en bevægelse fra at lave triagering som en administrativ vurdering med afsæt i patientlister, til at resultatet anvendes i den kliniske praksis på en måde, der flugter med oplægget for FDA. Triagering kræver forandringer på flere områder for de klinikere, der skal foretage triageringen, og evalueringen understreger, at det i implementeringen er vigtigt at komme hele vejen rundt om disse forandringer for at få triagering til at virke i praksis.

I forhold til fremgangsmåde er det tydeligt, at de tilgange, ambulatorierne vælger til triagering, har stor betydning. De steder, hvor triageringen indtil videre primært er grebet an som en opgave, der løses på et kontor uden patienten og typisk uden tværfaglig dialog, er det vanskeligt for klinikerne at se værdien. Det lægger op til drøftelse af, hvorvidt triagering er mål eller middel. Når triagering betragtes som middel til at skabe tværfaglig drøftelse af patienterne, lader det til at have den mest positive effekt. Rammerne for denne drøftelse er samtidig en udfordring i flere ambulatorier, hvilket vi uddyber i det næste kapitel om tværfagligt teamsamarbejde.

4 Tværfagligt teamsamarbejde

Gode faglige relationer og styrkede rammer for tværfagligt teamsamarbejde indgår som centrale elementer i FDA. Ambitionen har dels været at skabe nye betingelser for sparring og læring, dels at understøtte stabilitet og kontinuitet i relationen mellem patienter og deres tværfaglige behandlerteam. Det tværfaglige teamsamarbejde er tænkt som en ny arbejdsgang, der er tæt knyttet til arbejdet med at triagere patienter.

Dette kapitel gør status for ambulatoriernes arbejde med at etablere tværfaglige behandlerteams samt arbejdet med at understøtte kontinuitet i relationen mellem patient og ansvarlige klinikere.

4.1 Tværfagligt samarbejde vurderes positivt i survey

Boks 3 nedenfor sammenfatter klinikernes perspektiver på vilkår og udfoldelse af tværfagligt samarbejde på tværs af ambulatorierne.

Stor grad af gensidig respekt på tværs af fagligheder: 98 % af respondenterne svarer i 2024 bekræftende på, at der er gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver. Heraf angiver 77 % at være helt enige i udsagnet.

Stor tilfredshed med det tværfaglige teamsamarbejde: 89 % af respondenterne angiver i 2024, at der er et velfungerende tværfagligt teamsamarbejde i ambulatoriet, og heraf er der 63 %, som er helt enige i udsagnet.

Godt samarbejde om patientforløb: 81 % af respondenterne vurderer i 2024, at samarbejdet om patientforløb er velfungerende, mens 11 % angiver, at der er udfordringer for samarbejdet.

Relativt udbredt oplevelse af fælles mål for patienternes forløb: 67 % af respondenterne oplever i 2024, at der i ambulatoriet er et fælles mål for de enkelte patienters forløb, mens 16 % oplever udfordringer med at fastsætte fælles mål.

Relativt udbredt oplevelse af at have tilstrækkelig viden om hinandens arbejdsopgaver: 65 % af respondenterne oplever ikke at mangle viden om hinandens opgaver, mens 33 % i et vist omfang oplever, at dette er tilfældet.

Anm.: Der ses ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne på tværs af 2023 og 2024.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Som det fremgår af Boks 4.1, har respondenterne i høj grad en oplevelse af et godt samarbejdsklima og et velfungerende tværfagligt samarbejde. Et klart flertal oplever også, at samarbejdet om patientforløb er velfungerende, samt at der er tilstrækkelig med viden og enighed om målene for patienternes forløb.

Det skærpede fokus fra FDA på at etablere faste tværfaglige behandlerteams handler om at formalisere samarbejdet mellem sygeplejersker og læger, især ved triagering. Erfaringerne med disse elementer udfoldes i de følgende afsnit.

4.2 Erfaringer med tværfagligt teamsamarbejde

4.2.1 Funktion, person eller patient: Organisering af tværfaglige behandlerteams er svært i praksis

Etableringen af tværfaglige teams har ført til både praktiske og principielle udfordringer i ambulatorierne. Praktisk har ambulatorierne skullet finde ud af, hvordan man lykkes med at få klinikerne til at mødes, hvilket stiller krav til ambulatoriernes overordnede struktur. Principielt har de skullet oversætte og enes om, hvad formålet med samarbejdet var, og hvad rollefordelingen i teamene skulle være. Ambulatorierne har i varierende omfang eksperimenteret med at skabe og integrere tværfaglige teams i deres eksisterende rammer. Det har involveret overvejelser om, hvad omdrejningspunktet for teamet skal være: Skal teamet tage udgangspunkt i patienten, de fagprofessionelles funktioner eller klinikernes forskellige roller i ambulatoriet?

Flere ambulatorier har fokuseret på triagering af patienter som en central del af det tværfaglige samarbejde. Triagering er således tæt knyttet til ambitionen om at styrke samarbejdet om patientbehandlingen. Samtidig har målet været at skabe faste teams for at sikre kontinuitet og opbygge gode relationer til patienterne over tid.

Med disse ambitioner in mente har det været centerchefernes opgave at etablere tværfaglige teams i deres respektive ambulatorier. Selvom et tværfagligt team i alle ambulatorierne forstås som en læge og en sygeplejerske, der deler ansvaret for en patient, har der været forskellige metoder til at koble en patient til et team. Indledende refleksioner vedrørte eksempelvis, om en patientpopulation kunne deles ligeeligt mellem ambulatoriets læger, og om kommunegrænser skulle gøre en forskel for, hvem der skulle behandle en patient. Nogle teams blev sidenhen dannet med udgangspunkt i, hvem der vurderedes at kende den enkelte patient bedst, mens andre opstod mere tilfældigt, eksempelvis med henblik på at håndtere eksisterende aftaler som ved samedagsscreening. Ofte var det praktiske forhold i det enkelte ambulatorium, der afgjorde, hvordan teamet blev organiseret.

Det bemærkes af flere informanter, at der er forskel blandt ambulatorierne i forhold til udstrækningen af centerchefernes ledelsesbeføjelser og hermed mulighed for at styre disse forhold. Dette kan både handle om uformelle ledelsestraditioner og om, at der kan være strukturelle barrierer og prioriteringshensyn. I afdelinger, hvor diabetes indgår som et blandt flere sygdomsområder, kan det opleves u hensigtsmæssigt at operere med én fremgangsmåde for personalet, når de arbejder med diabetes, og en anden, når de arbejder med andre sygdomme.

4.2.2 **Kontinuitet: Udfordringer og muligheder**

Ved at tildele patienten et team bestående af to fagprofessionelle skabes en matrix-organisering, hvor klinikere indgår i flere teams. På den ene side giver denne fleksible teamstruktur i princippet mulighed for at tilbyde alle patienter en tværfagligt funderet behandling. Dog har overgangen til matrix-strukturen betydet, at nogle patienter har fået et team af behandlere, de ikke kendte i forvejen, hvilket flere klinikere italesætter som en væsentlig problemstilling. Brugen af uddannelseslæger i eksisterende drift identificeres ligeledes som en udfordring i forhold til at sikre behandlingskontinuitet. I nogle af ambulatorierne arbejdes der derfor med at tilknytte to sygeplejersker til en patient.

Centercheferne har generelt ønsket at basere teams på klinikernes eksisterende kendskab til patienterne, idet dette skaber de bedste forudsætninger for at levere individualiseret behandling. I praksis er det dog ofte sygeplejerskerne, der har det bedste kendskab til patienterne, hvilket gør dem til det naturlige faste anker i et team.

Desuden oplever flere klinikere, at patienterne i højere grad retter henvendelse til sygeplejerskerne, hvorved lægens funktion i højere grad bliver at være en sparringspartner, sygeplejerskerne kan involvere efter behov.

Patienterne identificerer også kontinuitet og faste kontaktpersoner som en vigtig ting i deres behandlingsforløb. Det handler her både om tryghed, person- og/eller informationskontinuitet, og at der løbende bliver fulgt op på deres behandling (se også afsnit 2.1.3).

4.2.3 **Fra gensidig anerkendelse til formelt samarbejde: Klinikernes tanker om tværfaglighed**

Sygeplejersker og læger lægger vægt på, at deres fagligheder understøtter forskellige områder af patienternes behandling. Hvor lægerne især har fokus på patienternes kliniske data og diabetesbehandling, fokuserer sygeplejerskerne i højere grad på patienternes bredere livsomstændigheder. Derfor er der generelt en fælles forståelse for, hvordan faglighederne komplementerer hinanden, sådan at der i fællesskab kan tilbydes en helhedsorienteret indsats til patienternes bedste.

På tværs af ambulatorierne er der en grundlæggende oplevelse af, at de i forvejen samarbejder på tværs af fagligheder, og at dette samarbejde er velfungerende, hvilket formentlig også er det, man ser i de positive tilbagemeldinger fra spørgeskemaundersøgelsen. Langt de fleste klinikere hilser da også det skærpede fokus på tværfagligt teamsamarbejde velkomment. Især pegede sygeplejerskerne i begyndelsen af evalueringsperioden på, at de så frem til at indgå i dedikerede faglige samtaler

med lægerne omkring udarbejdelse af behandlingsplaner, herunder at etablere en fælles strategi for de indsatser, de ville tilbyde patienterne.

4.2.4 Vi gør det jo i forvejen

Forhåbningerne til det tværfaglige samarbejde er for nogle af klinikerne dog ikke blevet indfriet. Faktisk har udgangspunktet for FDA's skærpede fokus på det tværfaglige samarbejde for nogen været lidt uforståeligt og for enkelte endda skabt oplevelsen af, at deres eksisterende indsats og tilgang ikke har været tilstrækkelig. Hvor nogle er uforstående over for, at det tværfaglige samarbejde italesættes som noget helt nyt, oplever andre det som en kritik, som illustreret nedenfor:

Jeg synes, allerede vi har et meget tæt samarbejde med vores sygeplejersker – det er lidt det, der nogle gange stikker mig ved det Fremtidens Diabetes ambulatorium. Det er som om, at der bliver antaget, at vi ikke har styr på vores patienter. Derfor skal vi nu til at triagere dem og sætte dem i kasser, og vi skal samarbejde med sygeplejerskerne, og jeg tænker bare: 'Alt det her, det gør vi jo allerede'. (Læge)

De klinikere, der har forholdt sig kritisk til arbejdet med at formalisere teamsamarbejdet, er i overvejende grad dem, der er blevet bedt om at triagere patienter sammen på baggrund af patientlister og ikke i forbindelse med møder med patienterne. Som også beskrevet i afsnit 3.3.5 har det ført til en relativt udbredt oplevelse af, at samarbejdet opleves mere som en skrivebordsøvelse end noget, der bringer værdi til den kliniske praksis.

4.2.5 Vanskelige vilkår for etablering af faste tværfaglige teams

Som illustreret i nedenstående citater fra kliniske ledere fremstår organiseringen af teamsamarbejdet som en stor udfordring set i lyset af ambulatoriernes eksisterende organisering og drift.

Jeg begriber ikke, hvordan de andre kan finde tid til det.

Jamen, vi er i limbo, altså vi er – det bliver jeg nødt til at sige, jeg kan ikke løse det der med teamdannelse, det kan jeg simpelthen ikke.

Særligt i de tre ambulatorier, hvor klinikerne har flere funktioner og ansættelser på tværs af afdelinger og eksempelvis arbejder på flere matrikler eller går stuegang i andre dele af organisationen, opleves det som svært at finde tid og rum til det

tværfaglige møde i praksis. Forsøget på at kalenderlægge teamsamarbejdet er mislykkedes i alle disse ambulatorier.

På tværs af ambulatorierne er der også stor forskel på, hvordan og hvornår et team mødes, herunder også i forståelsen af, hvilken funktion teamet har, hvordan ansvaret er fordelt mellem deltagerne i et team, og hvordan samarbejdet realiseres i praksis.

Der er kun 1 af de 4 ambulatorier, der oplever succesfuldt at være overgået til at arbejde i faste, tværfaglige teams. For dette ambulatorium gælder, at beslutningskompetencen er placeret i teamet. Hverken sygeplejerske eller læge kan alene beslutte at ændre en patients behandlingsforløb, herunder hvordan en patient er triageret, uden at involvere den anden. Det betyder i praksis, at teamet er tvunget til at koordinere behandlingsindsatsen med hinanden. Er der usikkerhed omkring planerne for en patient, kan en patient kategoriseres som 'skal drøftes' i SP, hvorved teamet må forholde sig til patientens forløb. Denne praksis understøtter samarbejde mellem klinikerne omkring patienterne, hvilket i dette ambulatorium opleves som en fordel.

Interaktionerne mellem klinikerne i teamet koordineres i dette ambulatorium af dem selv og efter behov, dog med den forudsætning, at de ved seneste kontakt med en patient aftaler et nyt tidspunkt for at mødes. Dette sikrer ifølge klinikerne kontinuitet og fremdrift omkring et behandlingsforløb. I dette ambulatorium er de på mange måder lykkedes med at implementere det tværfaglige samarbejde omkring triagering af patienter, og teamets beslutninger er centrale for planlægningen og realiseringen af behandling.

Det tværfaglige samarbejde har i andre ambulatorier fundet sted i forbindelse med sammedagsscreeninger eller ved årskontrol. Her har man i nogle tilfælde valgt, at sygeplejersker og læger mødtes fysisk om en patient. Teamet blev på den måde den læge og den sygeplejerske, der deltog i selve konsultationen. Klinikerne beskriver i denne sammenhæng, at de oplever at have et godt samarbejde, men at det typisk ikke er muligt at mødes gentagne gange for at drøfte de enkelte patienter. Vurderingen er samtidig, at en sådan fremgangsmåde vil være svær – og for ressourcekrævende – i forhold til den travlhed, de i øvrigt oplever i forhold til det patientrettede arbejde.

4.2.6 Svær prioritering af tid: Giver det mening at mødes om patienten uden patienten?

I en travl hverdag bliver behovet for at prioritere sin tid en væsentlig opgave. Flere klinikere rejste løbende spørgsmålet om, hvad merværdien af de tværfaglige møder uden patienten var. Denne skepsis over, hvorvidt tiden var brugt optimalt, betød i

praksis, at nogle ambulatorier ikke brugte mere tid på det tværfaglige samarbejde end normalt i FDA-implementeringsperioden.

Særligt de klinikere, der har oplevet det at triagere som en skrivebordsøvelse, forholder sig kritisk til deres tid og ressourceforbrug i relation til arbejdet med FDA. I flere af lægernes øjne skaber FDA prioriteringsdilemmaer: Bør de mødes med en sygeplejerske for at triagere, eller bør de tage patienter, der står på venteliste? Bør de deltage i orienterings- og informationsmøder, eller bør de fokusere på forskning?

Vi har patienter på venteliste, og så skal man prioritere triageringen eller ventelistepatienter, og det er jo ... (Læge 1)

Og der er vi læger jo nok lidt vanskelige at have med at gøre, fordi vi ville jo klart foretrække, at de fyldte vores ambulatorieprogrammer op, og vi så patienter, frem for at vi sad og triagerede. (Læge 2)

Selvom ambitionen om det individualiserede behandlingstilbud støttes, rejser ambitionen om det tværfaglige samarbejde en række spørgsmål, der vedrører, hvordan klinikerne bedst prioriterer deres tid, som i forvejen synes at være presset, jf. citatet nedenfor:

Det, der er nyt for mig at se, det er, at der bliver en mere formel triagering med en læge og en sygeplejerske. Om det fanger nogen, der ellers falder igennem, det håber jeg. Fordi ellers så synes jeg simpelthen, der er bekymrende meget spild af tid i det. (Læge)

Flere af de skeptiske klinikere pegede også på, at det for dem ville give bedre mening, hvis man i fællesskab triagerede, når patienten blev tilset i ambulatoriet. Triageres patienterne med udgangspunkt i behandlingslister, bliver øvelsen en smule afkoblet fra praksis, hvilket har ledt til oplevelsen af, at det ikke giver mening at bruge tid på det.

4.2.7 Tværfaglige fora som kilde til vidensdeling

Alle ambulatorierne arbejder med at etablere forskellige tværfaglige mødefora, hvor sygeplejersker og læger sammen kan diskutere specifikke patientcases, der eksempelvis opleves som udfordrende. Dette opleves som værdifuldt for samarbejdet og faglig udvikling. Disse tværfaglige læringsrum er organiseret på måder, som tager højde for de enkelte ambulatoriers eksisterende organisering og er således ambulatoriernes respektive forsøg på at skabe rum for læring og tværfaglig udveksling. Hvor nogle har etableret faste ugentlige konferencer, har andre forsøgt at organisere ugentlige og/eller månedlige fora, hvor personalet opfordres til at deltage og

aktivt bidrage fx ved at rejse konkrete patientrelaterede spørgsmål. Uanset format opleves det rigtig godt at have rum til at udveksle og samarbejde på tværs af fagligheder. "Det har rykket os tættere sammen", som én siger. Som også indikeret i de foregående afsnit er det dog udfordringen for især lægerne at finde tid til at deltage i disse fora.

4.3 Opsamling: Faste tværfaglige teams udgør en organisatorisk udfordring

Evalueringen viser, at klinikerne helt overordnet finder det tværfaglige samarbejde meningsfuldt. Både læger og sygeplejersker kan se værdien af at samarbejde omkring patienterne. Samtidig er der en udbredt oplevelse af, at der arbejdes tværfagligt, samt at der i udgangspunktet er et godt samarbejde.

FDA's ambition om at etablere faste tværfaglige behandlerteams har imidlertid vist sig at være vanskelig i praksis. Udfordringerne med at etablere og formalisere faste, tværfaglige teams har ledt til en række spørgsmål såsom: Hvad er behovet for at mødes fysisk? Skal læger og sygeplejersker ind over alle dele af et behandlingsforløb? Er den tid, der bruges på at mødes i teamet, givet godt ud?

Ambulatorierne er ikke lige langt i processen med at styrke det tværfaglige teamsamarbejde og kontinuiteten i patient/behandler-kontakten. Det er der forskellige årsager til. Bemandingsudfordringer, ambulatoriernes eksisterende organisering og uhensigtsmæssige fremgangsmåder i forhold til teamsamarbejde er alle eksempler på udfordringer, ambulatorierne har mødt. Desuden gælder det, at den helt store barriere for at realisere det tværfaglige samarbejde som et fysisk møde mellem en sygeplejerske og en læge er ambulatoriernes eksisterende organisering.

Et ambulatorium skiller sig ud i forhold til at være kommet langt med at indarbejde faste tværfaglige teams som en integreret del af dagligdagen. Her har centerchefen haft gode muligheder for at tilpasse forholdene til FDA-tilgangen, og ambulatoriet havde allerede inden FDA gjort sig erfaringer med triagering. Det spiller også ind, at ambulatoriet har få fast tilknyttede læger, der kun arbejder i ambulatoriet, mens det samme gælder for flertallet af ambulatoriets sygeplejersker. I det pågældende ambulatorie er der enighed om, at arbejdet med triagering og faste tværfaglige teams har frigivet tid og ressourcer fra klinikerne og understøttet et godt samarbejds-klima med mindre arbejdspress.

De tre øvrige ambulatorier er i lille grad lykkedes med at formalisere og strukturere et teamsamarbejde, hvor faste klinikere mødes om deres fælles patienter. Hovedårsagen er ifølge klinikere og centerchefer ambulatoriernes eksisterende drift og

organisering. Det har vist sig, at etableringen stiller krav til de praktiske omstændigheder i ambulatoriet, herunder planlægning af vagter, kalendersystemer m.m., og at det i lille omfang er lykkedes at tilpasse disse til den struktur, FDA foreslår.

5 Tværsektorielt samarbejde og kommunikation

Et element i FDA har været at tilbyde patienter den relevante støtte både i og uden for ambulatorierne. Det kan eksempelvis være hos patientens egen læge eller ved kommunale eller regionale tilbud. Fokus er særligt på patienter (typisk på grund af sociale og psykiske udfordringer) med behov for ekstra støtte, som ikke findes i ambulatoriet.

Dette kapitel præsenterer først survey-resultater om klinikernes perspektiver på samarbejdet med kommuner og almen praksis. Herefter præsenteres på baggrund af det kvalitative datamateriale, i hvilket omfang klinikerne oplever, at FDA har påvirket samarbejdet med almen praksis, kommuner og mulighederne for at tilbyde støtte til patienter med behov, der rækker ud over de muligheder, der er i ambulatorierne.

5.1 Survey indikerer behov for fokus på samarbejdet

Boks 5.1 sammenfatter klinikernes vurderinger af den tværsektorielle kommunikation og samarbejde med afsæt i VIVEs survey:

Boks 5.1 Survey-resultater vedr. tværsektoriel kommunikation og samarbejde

Delte meninger om koordination og arbejdsdeling mellem sygehus og almen praksis: 40 % af respondenterne ser i 2024 positivt på koordinationen af patientforløb med almen praksis, mens 31 % oplever udfordringer. 50 % af respondenterne ser i 2024 positivt på arbejdsdelingen med almen praksis, mens 31 % oplever udfordringer.

Samme billede i forhold til koordination og arbejdsdelingen mellem sygehus og kommuner: 44 % af respondenterne ser i 2024 positivt på koordinationen af patientforløb med kommuner, mens 33 % oplever udfordringer. 48 % af respondenterne ser i 2024 positivt på arbejdsdelingen med kommuner, mens 23 % oplever udfordringer.

Potentiale for bedre kommunikation og vidensdeling mellem sygehus og primær sektor:

- 43 % af respondenterne oplever, at der kommunikeres for lidt, mens 33 % svarer positivt.
- 42 % oplever, at informationer kommer for sent, mens 33 % svarer at den kommer i tide.
- 26 % oplever at få information, der ikke er relevant og anvendelig, mens 37 % svarer positivt.
- 58 % ønsker bedre mulighed for dialog med primærsektor, når der opstår udfordringer i patientforløb, mens 10 % svarer positivt.

Anm.: Andelen af respondenter, der har svaret 'ved ikke/ikke relevant' er høj (19-44 %).

Der ses ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne på tværs af 2023 og 2024.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Spørgeskemaet bekræfter relevansen af at have fokus på tværsektorielt samarbejde og kommunikation i FDA, såvel som at der fortsat er et potentiale og behov for at arbejde videre med området. Disse muligheder udfoldes nedenfor med afsæt i evalueringens kvalitative dataindsamling.

5.2 Tværsektorielt samarbejde fylder ikke meget i klinikernes hverdag

I det følgende beskriver vi først, hvordan FDA har påvirket samarbejdet mellem de alment praktiserende speciallæger og ambulatorierne og dernæst det tværsektorielle samarbejde om patienter med behov for ekstra støtte.

5.2.1 Samarbejde mellem egen læge og diabetesambulatorierne

Den formelle arbejdsdeling mellem ambulatorierne og de praktiserende læger er ikke til forhandling i regi af FDA, men fastlagt nationalt gennem samarbejde mellem flere centrale aktører. Når samarbejdet mellem de praktiserende læger og diabetesambulatorierne er relevant i forhold til FDA, er det som led i at understøtte tankgangen om, at patienter skal have et støttetilbud, der er relevant i forhold til deres behov og forandringsvillighed. Derfor lægges der op til, at diabetesambulatorierne i højere grad afslutter patienter, som ikke har enten behov for eller motivation til at indgå i et ambulatorieforløb, til almen praksis. Derfor kan FDA være afhængig af et velfungerende samarbejde mellem ambulatorierne og de praktiserende læger. Et sådant samarbejde vil eksempelvis bidrage til, at praktiserende læger kan og vil henvende sig, hvis der opstår tvivlsspørgsmål om nogle af de patienter, de får tilbagehenvist fra ambulatorierne.

Den kvalitative dataundersøgelse viser, at der er variation i fokus på samarbejde med almen praksis, og at det overordnet ikke fremstår som et element, der fylder i klinikernes hverdag og overvejelser vedr. FDA. Af generelle hjælpemidler, der kan bidrage til et velfungerende samarbejde med almen praksis, fremhæver nogle klinikere en telefonisk hotline eller akuttelefon i ambulatoriet, som de praktiserende læger kan ringe på, hvis de har behov for at tale om en konkret patient. Derudover fremhæves vigtigheden af at lave gode journalnotater og beskeder til de praktiserende læger, hvilket nogle steder er en sygeplejerskeopgave.

En læge fortæller, at deres ambulatorium systematisk har gennemgået deres population af type 2-patienter for at identificere, hvem der kunne overgå til praktiserende læge. Det var der en betydelig del, der kunne. Dog vendte nogle af patienterne tilbage, fordi de ikke havde en fast praktiserende læge, der var i stand til at varetage deres behandling og sikre kontinuitet i denne. Lokale forhold som mangel på praktiserende læger kan derfor være med til at definere, hvilke patienter der ses i ambulatoriet trods de nationale aftaler om arbejdsdeling. Det samme kan oplandets demografi. Patienter med type 2-diabetes, som af psykosociale eller socioøkonomiske grunde lever med dysreguleret sygdom, kan også få komplikationer, som gør, at de må følges i ambulatoriet frem for hos egen læge.

5.2.2 Samarbejdet om patienter med behov for ekstra støtte

Som led i at understøtte, at patienter med størst behov får størst støtte, er en central hensigt med FDA at etablere tværgående forløb, hvor ambulatoriet kan trække på tilbud og samarbejder uden for ambulatoriet. I det indledende materiale for FDA foreslås, at sådanne tilbud eksempelvis kan være koordinerende indsatsplan (KIP), gadeteams i kommuner, misbrugsbehandling, socialsygeplejersker, psykiatriske tilbud eller kommunale diabetessygeplejersker (Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022). Både survey og interviews viser dog, at klinikerne i ambulatorierne fortsat oplever en stor mangel på tilbud til patienter med behov for ekstra støtte.

Klinikerne peger på en række forhold, som gør det relevant at tilbyde patienterne ekstra støtte, ud over hvad man kan tilbyde i ambulatoriet. Om end der er nogen variation på tværs af ambulatorierne, præsenteres nedenfor nogle af de målgrupper, som fremhæves:

- **Patienter med demens og/eller behov for hjemmepleje** kan ikke altid følge de forløb, der tilbydes i ambulatoriet. Det kan der være både praktiske, kognitive og andre grunde til. Her oplever nogle klinikere, at der er behov for at kunne tilrettelægge et forløb og en pasning af patienten i samarbejde med hjemmeplejen, men mangler en velfungerende måde at gribe samarbejdet an på. I ét ambulatorium har man ved et tilfælde hørt om en kommunal demenskonsulent og ønsker viden om, hvorvidt en sådan konsulent kunne være bindeled i forløb med demente patienter med diabetes.
- **Diabetespatienter med psykiske eller kognitive udfordringer** kan ligeledes være svære at hjælpe med ambulatoriets eksisterende tilbud. Her nævnes især ADHD og autisme, men også Downs syndrom. Disse patienter kan have svært ved at håndtere og ikke mindst prioritere deres diabetes, fordi de andre sygdomme er i forgrunden og/eller gør det svært at fokusere på diabetesen.
- **Patienter, der har svært ved at håndtere deres økonomi og få købt sund mad**, anses også for en gruppe, man gerne ville kunne understøtte bedre. Det kunne fx være via socialrådgivning. Flere klinikere ved eller formoder, at der allerede er relevante tilbud til disse patienter i kommunerne, men ved ikke, hvad de specifikt består i, hvordan man får fat på dem, eller hvad deres kapacitet eller præcise målgruppe er.
- **Unge patienter, som er nye i ambulatoriet**, kan også være en udfordring at støtte tilstrækkeligt, oplever nogle klinikere. De fortæller, at overgangen fra at være barn til at være voksen med diabetes, hvilken også medfører en overflytning fra børneambulatoriet til egen læge eller diabetesambulatoriet, kan være svær for nogle patienter at håndtere. Klinikerne udtrykker ærgrelse over de tilfælde, hvor det ikke lykkes at støtte de unge patienter i at regulere deres

diabetes, og hvor det ikke lader til at lykkes at formidle til de unge patienter, hvilke komplikationer en dysreguleret diabetes på lang sigt kan have for fx deres øjne eller nyrer.

- **Endelig kan patienter med misbrugsproblematikker** have behov for støtte til disse problematikker for at kunne passe deres diabetes.

På tværs af alle disse behov går behovet for et overblik over eksisterende tilbud. Klinikerne mangler viden om, hvad der findes af tilbud, hvem de er relevante for, og hvordan de kan henvise til det. Ambulatoriernes opland består af et varierende antal kommuner, som kan have hvert deres tilbud. Dette øger kompleksiteten og understreger værdien af et opdateret overblik over lokale muligheder for ekstra støttetilbud.

5.2.3 Tilbud, der fungerer godt

Der findes også en række tilbud, som fremhæves som både vigtige og velfungerende. Disse tilbud er ikke udrullet i regi af FDA, men opleves ikke desto mindre at være relevante for at understøtte patienter med behov for støtte uden for ambulatorierne. Tilbuddene er ikke til rådighed i alle ambulatorier og/eller for alle patienter, men kan evt. være relevante at udbrede i regionen.

Fusionsklinikken: Som illustreret i nedenstående citat fremhæves Fusionsklinikken som et værdsat tilbud til patienter, som lider af psykisk sygdom og diabetes:

Patienterne møder både nogen, der ved noget om deres psykiske sygdom, og hvad det fx er at høre stemmer, og nogen, der kan hjælpe med at regulere sukkersygen. Hos flere af patienterne har vi også fundet diverse somatiske sygdomme. Tidligere blev nogle af symptomerne måske slået hen: 'Jamen, det er også, fordi du er psykisk syg ... så kan du ikke lide at gå ud'. Så har vi – i Fusionsklinikken – fundet ud af, at det var på grund af åndenød, og at der faktisk var en somatisk årsag til den åndenød. Det havde ikke noget som helst med han psykiske sygdom at gøre. (Læge)

I Fusionsklinikken tilbydes behandling og psykoedukation som en samlet indsats med samtidig fokus på psykisk lidelse og diabetes. Ud over behandling og psykoedukation kan den psykiatriske del af behandlingen omfatte diagnostik, udredning og justering af medicinsk behandling.

Fusionsklinikken er et tidsubegrænset specialiseret behandlingstilbud målrettet patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes.

Klinikken er beliggende i Psykiatrisygehuset i Slagelse og varetager behandlingen af patienter bosat i Holbæk, Kalundborg, Odsherred, Ringsted, Slagelse og Sorø Kommuner.

Klinikken drives i regi af Psykiatrien Vest i tæt samarbejde mellem Endokrinologisk Afdeling på Slagelse Sygehus og Steno Diabetes Center Sjælland.

Kilde: <https://www.stenosjaelland.dk/servicemenu/materialer/fusionsklinikken>.

Fusionsklinikken optageområde er begrænset til patienter, der er bosat i Holbæk, Kalundborg, Odsherred, Ringsted, Slagelse og Sorø Kommuner. Det er imidlertid ikke kun klinikere med patienter fra disse kommuner, der fremhæver Fusionsklinikken. Den fremhæves i høj grad også af klinikere, der har kendskab til den, og som ville ønske, at de selv havde henvisningsmulighed. I de områder, hvor det er en mulighed, foregår henvisningen ved, at ambulatoriet efter aftale med patienten sender en intern korrespondance til Fusionsklinikken, som så indkalder patienten. Aktuelt er målgruppen begrænset til patienter med svær psykisk sygdom (skizofreni, psykose-lidelser, bipolar lidelse, svær depression eller svær personlighedsforstyrrelse), men var i evalueringsfasen ved at udvide til ADHD. Fusionsklinikken kan potentielt også være et svar på problemet med oplevelsen af fragmenterede indsatser på tværs af specialer. Eksempelvis når en patient både lider af psykiske sygdom og har diabetes, hvilket ellers efterlader patienterne med ansvaret for at bevare det samlede overblik over et behandlingsforløb (se også afsnit 2.1.2).

Aktiv patientstøtte er et regionalt tilbud til patienter med en eller flere kroniske sygdomme, fx diabetes, som har behov for hjælp til at få overblik over og håndtere egen behandling. Formålet er at styrke patientens livskvalitet og at forebygge indlæggelser og forværring af eksisterende sygdom. Tilbuddet består primært af telefoniske samtaler med en sygeplejerske suppleret af et fysisk møde.



Digitale kontaktmuligheder hjælper i gang

Før har vi måske sagt: 'Ved du hvad, der er tilbud i kommunen, du kan prøve at søge efter', men vi vidste godt fra kommunerne, at der aldrig rigtigt var nogen, der søgte selv. I det vi nu hjælper dem i gang, tror jeg, der er flere, der kommer igennem til tilbuddene.

Sygeplejerske, ambulatorium

KIP – koordineret indsatsplan er et tilbud, som i første omgang er udviklet til mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug, men har ifølge Region Sjællands hjemmeside vist sig at være et effektivt redskab til at sikre kvalitet og sammenhæng i komplekse forløb – særligt når mange parter er involveret i samarbejdet¹⁷.

Digitale henvisningsmuligheder til kommunale tilbud

fremhæves som et vigtigt redskab til at sikre, at de kommunale tilbud bliver taget i brug. Det kan fx være motionstilbud. En sygeplejerske fortæller, at der er stor risiko for, at patienterne aldrig kommer i gang med de kommunale tilbud, hvis de alene oplyses om deres eksistens. Den digitale henvisningsmulighed opleves således som et vigtigt værktøj til at skabe en god sektorovergang.

FDA's rolle i forhold til tværgående samarbejder om patienter med behov for ekstra støtte

Det fremgår af det kvalitative datamateriale, at klinikerne ikke har oplevet, at deres muligheder for tværgående samarbejde er blevet væsentligt forbedret som led i arbejdet med FDA. Forventningen til, hvordan disse muligheder ville blive forbedret, forandrede sig i løbet af evalueringsperioden. Indledningsvis var forventningen, at der ville blive udviklet og implementeret nye indsatser, som skulle bidrage til at forbedre indsatsen til borgere med særlige behov, dvs. de borgere, som til at starte med hørte til i kategorien 'udvidet forløb'. I hvert fald ét ambulatorium indstillede

¹⁷ Se evt. <https://www.psykiatrienregsj.dk/om-psykiatrien/for-fagpersoner/rosa-enheden-for-relationer-og-samarbejde-paa-tvaers/forloeb-med-koordinerende-indsatsplan>.

derfor deres igangværende forbedringsarbejde på området i forventningen om, at deres lokale indsatser ville blive overgået af en fælles, regional indsats.

Klinikerne havde forskellige forventninger til og forståelser af værktøjskassen, men flere så frem til et overblik over de forskellige tilbud, der allerede eksisterede. Det har imidlertid krævet længere tid end forventet at udvikle og kvalitetssikre værktøjskassen, hvilket betød, at kun få klinikere havde modtaget linket til værktøjskassen under sidste interviewrunde i efteråret 2024. Derfor er det ikke muligt at konkludere på, hvordan og hvorvidt værktøjskassen levede op til klinikernes forventninger. Værktøjskassen er offentligt tilgængelig og kan findes ved at søge på Steno Diabetes Center Sjællands hjemmeside¹⁸.

5.3 Opsamling: Tværsektorielt samarbejde behøver fortsat understøttelse

Muligheden for at etablere målrettede forløb til patienter med behov for støtte uden for ambulatorierne afhænger selvsagt af, at ambulatorierne har mulighed for at række ud til relevante tilbud og aktører. Denne mulighed handler dels om, hvorvidt der er etableret relevante tilbud, dels om hvorvidt klinikerne i ambulatorierne har viden om disse tilbud. Gennemgående er indtrykket, at klinikerne mangler tilbud til patienter med særlige behov i form af fx psykisk sygdom eller social udsathed samt viden om de tilbud, der eksisterer. Sidstnævnte kan dog have ændret sig efter etableringen af hjemmesiden for den nødvendige værktøjskasse.

Den kvalitative dataindsamling viser samlet set, at arbejdet med patienter, som af forskellige årsager har brug for andet end de tilbud, der findes i ambulatorierne, opleves som særdeles udfordrende. Samtidig beskrives det som både vigtigt og meningsfuldt at styrke indsatsen på området gennem tværgående samarbejder. I forhold til FDA's fremgangsmåde til at etablere samarbejder har fokus kun i mindre grad været på alment praktiserende læger.

De praktiserende læger er primært blevet italesat som vigtige samarbejdspartnere i forhold til at overtage nogle af de patienter, som ikke har behov for eller motivation til at blive fulgt i ambulatorierne. Om dette har der været fin dialog med de praktiserende læger. I forhold til tværgående forløb til patienter med behov for (og motivation til) særlig støtte, afspejler interviewene tvivl om, hvordan og i hvilket omfang

¹⁸ Se evt. <https://www.stenosjaelland.dk/vores-arbejde/fda-vaerktoejskassen>.

Det er i januar 2025 oplyst af SDCS, at værktøjskassen – og særligt de konkrete vejledninger – er værdsat af personalet på ambulatorierne, der oplever at have fået lettere ved at finde vej til hjælp og til at hjælpe patienter med særlige behov. På den baggrund er der også dialog med de øvrige Steno Diabetes Centre om at udbrede værktøjskassen til deres ambulatorier. Tilsvarende ses et potentiale for at anvende værktøjskassen i andre specialer.

FDA skulle bidrage. Særligt har det været uklart, hvad hhv. ambulatoriets rolle og den regionale enheds rolle var og ville blive i forhold til at understøtte tværgående patientforløb.

De steder, hvor der har været særlige tilbud som fx Fusionsklinikken, opleves dette som særdeles relevant og understøttende i forhold til at forbedre indsatsen til patienter med diabetes og psykisk sygdom, og der er stor efterspørgsel på, at lignende tilbud udbredes til hele regionen. I forhold til den fortsatte implementering af tværgående samarbejder i driften tyder interviewene på, at klare oversigter over tilbud er vigtige for de klinikere, der skal henvise til tilbuddene. De peger også på, at det skaber velfungerende sektor- og organisationsovergange, når det tilbud, klinikerne i ambulatorierne henviser til, tager teten i forhold til at indkalde patienterne.

6 En fleksibel arbejdsplads med de nødvendige redskaber

Dette kapitel gennemgår først ambulatoriernes arbejde med at understøtte en fleksibel arbejdsplads. Det sker med afsæt i FDA's målsætning om, at de ansatte skal opleve god balance mellem arbejds- og privatliv samt gode muligheder for kompetenceudvikling og for deltagelse i kvalitets- og forskningsarbejde.

Herefter sættes fokus på de digitale redskaber, der skal understøtte det daglige arbejde i klinikken såvel som et mere fleksibelt patientrettet arbejde. Afsættet er dels en gennemgang af og status for de redskaber, der arbejdes med i regi af FDA, dels en gennemgang af personalets erfaringer og opmærksomhedspunkter til det videre arbejde.

6.1 Den fleksible arbejdsplads

Region Sjælland har et særligt behov og vedvarende fokus på rekruttering og fastholdelse af klinisk personale. Fast personale, der oplever at have en fleksibel arbejdsplads og et godt arbejdsmiljø, ses samtidig som vigtige faktorer for at kunne lykkes med indsatserne i FDA. Derfor har der i FDA været indeholdt målsætninger om at understøtte mulighed for hjemmearbejde samt forsknings- og projekttid.

6.1.1 Survey indikerer generel tilfredshed med rammer for arbejdslivet

Boks 6.1 sammenfatter klinikernes vurderinger af rammerne for deres arbejde samt muligheder for hjemmearbejde og faglig udvikling.

Udbredt tilfredshed med de overordnede rammer for arbejdet: 84 % angiver i 2024, at de er tilfredse eller meget tilfredse med rammerne for deres arbejde.

Udbredt oplevelse af, at arbejds- og privatliv kan hænge sammen: 91 % er i 2024 helt eller delvist enige i, at arbejdets rammer understøtter god balance mellem arbejds- og privatliv.

Omtrent halvdelen oplever gode muligheder for hjemmearbejde: 56 % oplever positivt at have mulighed for hjemmearbejde i forhold til opgaver, der ikke indebærer patientkontakt, mens 46 % også oplever dette i forhold til opgaver, der indebærer patientkontakt.

Gode muligheder for kompetenceudvikling: 81 % angiver i 2024 at være delvist eller helt enige i at have gode rammer for løbende kompetenceudvikling.

Flertal oplever gode muligheder for at deltage i kvalitetsarbejde: I 2024 angiver 63 %, at de helt eller delvist har mulighed for at deltage, mens 20 % svarer negativt.

Under halvdelen oplever gode muligheder for at deltage i forskningsarbejde: I 2024 angiver 42 %, at de helt eller delvist har mulighed for at deltage, mens 37 % svarer negativt.

Klinikernes ønsker til tiltag, der kan sikre bedre rammer for arbejdet:

- Bedre mulighed for hjemmearbejde i forhold til opgaver, der ikke indebærer patientkontakt
- Bedre mulighed for løbende kompetenceudvikling.

Anm.: Der ses ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne på tværs af 2023 og 2024.

Kilde: Survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

6.1.2 Den fleksible arbejdsplads fremstår ikke som et egentligt indsatsområde for evalueringens ledere og klinikere

Den fleksible arbejdsplads er et indsatsområde i FDA, hvor arbejdsglæde og fleksibilitet betragtes som særligt vigtige for at kunne passe på patienterne, fremme medarbejdertrivsel og skabe en attraktiv arbejdsplads. Som led i arbejdet med FDA har der bl.a. været afholdt en regional stenodag med fokus på området, ligesom der er indkøbt udstyr til ambulatorierne, der understøtter, at medarbejderne kan arbejde hjemme. Undervejs i evalueringen har vi imidlertid ikke fundet eksempler på, at dette indsatsområde – set fra klinikernes perspektiv – har resulteret i særlige indsatser eller prioriteringer, der adskiller sig fra ambulatoriernes hidtidige praksis.

Både survey og interviews viser til gengæld, at de fleste klinikere er tilfredse med deres arbejde og omstændighederne for dette. Nogle efterspørger tiltag, der kan sikre bedre rammer for hjemmearbejde, mens andre i interviews fortæller, at de foretrækker at komme i ambulatoriet. Muligheden for kompetenceudvikling samt kvalitets- og forskningsarbejde indgår som væsentlige prioriteter for de fleste af evalueringens klinikere. Disse aktiviteter beskrives samtidig (særligt af læger) som en af (mange) årsager til, at det har været svært at sikre stabil deltagelse til tværfaglige møder og lignende aktiviteter relateret til FDA's indsatser.

I ambulatorierne varierer mulighederne for hjemmearbejde. For nogle klinikere har det længe været en mulighed, og enkelte har også fået muligheden for dette i perioden med FDA. Heroverfor er der to ambulatorier, hvor der endnu ikke er mulighed for hjemmearbejde. Rekruttering og fastholdelse italesættes som væsentlige grunde til at tilbyde hjemmearbejdsdage, mens hjemmearbejde i ét ambulatorie også løser udfordringer med mangel på konsultationsrum.

Administrative opgaver, besvarelse af patienthenvendelser via 'InBasket' og kontakt til patienter via enten telefon eller video beskrives som nogle af de opgaver, der er velegnede til at løses hjemmefra. De relativt få klinikere, der har erfaringer med konsultationer hjemmefra, oplever også, at dette giver ro til koncentrerede patientkonsultationer.

Særligt blandt ledere (men også blandt en del klinikere) er der opmærksomhed på vigtigheden af at have klinikerne i ambulatorierne, sådan at de løbende kan give og modtage faglig sparring. Dette har særligt i ét ambulatorium medført en vis tilbageholdenhed mod faste hjemmearbejdsdage. Hjemmearbejde kan derfor godt opleves som et dilemma, og det er generelt uafklaret, hvor vidtrækkende muligheder der skal være for dette fremadrettet.

6.2 En velfungerende digital værktøjskasse

Nye digitale redskaber til at understøtte en mere fleksibel patientkontakt indgår som et centralt indholdselement, der skal understøtte omstillingen til en mere individualiseret patientbehandling. De nedenstående afsnit præsenterer erfaringer og læring vedrørende anvendelsen af forskellige digitale værktøjer i det patientrettede arbejde med afsæt i evalueringens spørgeskema og kvalitative dataindsamling.

6.2.1 Surveyen indikerer en stigende anvendelse af digitale værktøjer i det patientrettede arbejde

Boks 6.2 opsummerer respondenternes erfaringer med at anvende digitale redskaber i det patientrettede arbejde.

Boks 6.2 Survey-resultater vedr. anvendelsen af digitale værktøjer

Telefonisk kontakt dominerer fortsat i 2024: 87 % af respondenterne angiver, at de ofte eller meget ofte anvender telefonkonsultationer som en del af det patientrettede arbejde.

Anvendelse af videokonsultationer stiger:* 14 % angiver, at de ofte eller meget ofte anvender videokonsultationer, mens yderligere 60 % af og til eller sjældent gør dette. Der ses på dette spørgsmål en signifikant stigning i anvendelsen sammenlignet med 2023.

Patientuploadede data er et fast element i hverdagen: 73 % angiver, at de ofte eller meget ofte anvender patientuploadede data fra glukose- og blodtryksmålere, mens yderligere 16 % af og til eller sjældent gør dette.

Skriftlig kommunikation med patienter i Min SP er steget markant*: 68 % angiver, at de ofte eller meget ofte skriver med patienter i MinSP, mens yderligere 40 % af og til eller sjældent gør dette. Dette er en signifikant stigning sammenlignet med 2023.

Note: * Der ses en signifikant stigning i anvendelsen sammenlignet med svarfordelingerne i 2023.
Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Boks 6.2 viser, at der over projektperiodens første år sker en markant udvikling i kendskabet til og brugen af udvalgte digitale værktøjer.

Boks 6.3 viser respondenternes vurderinger af, hvordan anvendelsen af digitale redskaber påvirker driftssikkerhed og kvaliteten af patientbehandlingen.

Boks 6.3 Survey-resultater vedr. drifts- og patientsikkerhed i anvendelsen af digitale redskaber

Telefonkonsultationer opleves velfungerende og sikre: Kun 2 % af respondenterne angiver i 2024 at opleve tekniske udfordringer, mens 9 % angiver at være bekymrede for, hvordan telefonkonsultationer påvirker kvaliteten.

Videokonsultationer forbindes med tekniske udfordringer, men opleves sikkert: 35 % af respondenterne angiver i 2024 at opleve tekniske udfordringer, mens 9 % angiver at være bekymrede for, hvordan videokonsultationer påvirker kvaliteten.

Data, der uploades af patienterne selv, forbindes med tekniske udfordringer, men opleves sikkert: 48 % af respondenterne angiver i 2024 at opleve tekniske udfordringer, mens 12 % angiver at være bekymrede for, hvordan patienternes egne data påvirker kvaliteten.

Stor forbedring af chatfunktionen i Min SP, men stadig en vis usikkerhed om betydning for kvalitet: Ingen respondenter angiver i 2024 at have tekniske udfordringer med skriftlig kommunikation med patienterne i MinSP*, men 26 % angiver at være bekymrede for, hvordan chatfunktionen påvirker kvaliteten.

Klinikernes prioritering af tiltag, der kan styrke anvendelsen af digitale redskaber:

- En kalender, der understøtter fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet
- Mulighed for, at patienterne selv kan booke tider i ambulatoriet
- Mulighed for, at patienterne kan kommunikere direkte med ambulatoriet i MinSP.

Note: * Der ses en signifikant stigning i anvendelsen sammenlignet med svarfordelingerne i 2023.
Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i foråret 2023 og efteråret 2024. Fulde resultater kan ses i bilag 1.

Boks 6.3 viser, at der i 2024 er en del klinikere, der oplever tekniske udfordringer med videokonsultationer og upload af data fra patienterne, men det fremgår også, at de kun i begrænset grad forbinder redskaberne med bekymring for kvaliteten. Der ses også en signifikant positiv udvikling i respondenternes vurdering af

driftssikkerheden i MinSP, men her er der samtidig ca. en fjerdedel, der udtrykker bekymring for, hvordan kvaliteten påvirkes af de nye kontaktformer. De nedenstående afsnit uddyber disse forhold med afsæt i evalueringens kvalitative data.

6.3 Forskellige digitale indsatser er flere steder igangsat, men erfaringer er sparsomme

Der er sat en række forskellige digitale indsatser i gang som led i arbejdet med FDA. De er søsat på forskellige tidspunkter i projektfasen og på tværs af ambulatorierne med det formål at indhente læring og undgå eventuelle børnesygdomme i forbindelse med en bredere implementering. Her er de værktøjer, der er blevet arbejdet med i løbet af evalueringsperioden:

- **Videokonsultation:** De er et led i den behovsstyret behandling og et redskab til at muliggøre hjemmearbejde.
- **MinSP-Assistent:** Dette er et værktøj, der bygges oven på den eksisterende brugerflade i SP. Der kan stilles spørgsmål via platformen. Derudover kan patienter tildeles opgaver via platformen, og behandlerne får besked, når opgaverne er løst.
- **PRO:** Patientrapporterede oplysninger er data, der indhentes via et spørgeskema, som patienterne besvarer forud for en konsultation, typisk i forbindelse med en årskontrol eller ved SDS.
- **Selvbook:** Er en løsning, der skal give udvalgte patienter mulighed for at booke deres egne konsultationer via SP.

Status på implementering og erfaringer med at anvende de ovenstående redskaber uddybes nedenfor med afsæt i interviews og observationer.

6.3.1 Videokonsultationer

Muligheden for at tilbyde patienter videokonsultation er en central komponent i den digitale indsats i FDA. Kendskabet til det at arbejde med brugen af videokonsultation kom fra et andet projekt, der fokuserede på udviklingen af teleambulatoriet. Videokonsultation blev dog sidenhen en central byggesten i realiseringen af ambitionerne i FDA om at kunne indgå i virtuelle møder med patienter. Langt de fleste klinikere på tværs af ambulatorierne har kendskab til muligheden for at tilbyde deres patienter videokonsultation. Det er dog langt fra alle, der har benyttet sig af denne mulighed. For nogle handler det om, at det ikke er noget, de plejer at

gøre, hvorfor det vil kræve prioriteret tid at sætte sig ind i, hvordan teknologien fungerer, hvilket nogle oplever som en barriere for at komme i gang. For andre handler det om, at det er lettere, og dermed hurtigere, at benytte telefonen, hvilket den i vid udstrækning bliver, som også survey-resultaterne viser.

De klinikere, der har gjort sig erfaringer med videokonsultationer, fremhæver muligheden for at dele deres skærm med patienterne som en klar fordel. Datavisualiseringer over blodsukkerniveauer kan eksempelvis gennemgås sammen med patienten, hvilket skaber rum for, at patienterne kan indgå i dialog med klinikerne om, hvordan man skal forstå deres diabetes, herunder eksempelvis udviklingen i blodsukkerniveauer, og hvad de evt. betyder. Det at dele skærm skaber således et fælles rum, som ikke kan opnås telefonisk. En forudsætning for at gøre dette er dog, at patienterne ikke er koblet op via deres telefoner, men at de benytter en computer. Andre klinikere peger dog på, at videokonsultationer bedst understøttes, når der også er en sygeplejerske til stede hos patienten, eksempelvis i forbindelse med hjemmebesøg.

Klinikerne oplever, at mange patienter ikke ønsker at bruge video af forskellige årsager. For nogle handler det om, at teknologien er besværlig, for andre, at de ikke ønsker at vise frem, hvor de befinder sig, og for atter andre handler det om, at det er nemmere med en telefonsamtale. Hvor nogle oplever, at yngre patienter tager godt imod brugen af videokonsultation, er der imod forventningen mange, der også oplever, at de unge patienter afviser at deltage i videokonsultationer (se evt. afsnit 2.2.1 om patienternes erfaringer).

Flere klinikere påpeger desuden, at de oplever, at det er en væsentlig forudsætning for at benytte videokonsultation, at de har eksisterende og gode relationer til patienterne. Klinikerne fremhæver, at det er vigtigt ikke at se videokonsultationen som en erstatning for det fysiske fremmøde, fordi relationsdannelse sker bedst i det fysiske møde, hvilket flere patienter også beskriver. Erfaringen for flere klinikere er derfor også, at videokonsultation ikke er noget, der bliver benyttet eller taget imod ved et første møde.

Videokonsultationer understøtter muligheden for, at særligt sygeplejersker kan arbejde hjemmefra. I kombination med muligheden for at afvikle telefonopkald hjemmefra oplever de klinikere, der i praksis har mulighed for at gøre dette, at det bidrager til et fleksibelt arbejdsliv. Ambulatorierne arbejder dog forskelligt med denne option, og det er således ikke i alle ambulatorier, der tilbydes denne mulighed, mens det for andre allerede var det forud for arbejdet med FDA.

6.3.2 PRO-skemaer

PRO er en forkortelse for patientrapporterede oplysninger. Helt overordnet er PRO data om patienternes helbredstilstand, som de selv oplever den. PRO-data indsamles via et spørgeskema, som patienter udfylder i MinSP, inden de kommer til en konsultation i ambulatoriet. 3 ud af 4 ambulatorier har opstartet brug af PRO, typisk i forbindelse med afviklingen af SDS. Spørgeskemaet findes i en lang og en kort version, hvor sidstnævnte foretrækkes. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål, der handler om patientens generelle helbred, herunder vedkommendes trivsel, diabetesbekymringer, blodsukkerregulering og øvrige symptomer. Formålet med spørgeskemaet er helt overordnet at sætte patientens behov i centrum ved samtalerne. Ved at lade patienterne udfylde skemaet forud for en konsultation, gives patienterne principielt mulighed for at have indflydelse på, hvad der skal tales om til en konsultation. Patienten inviteres således til at selekttere, hvilke problemstillinger de finder væsentligst.

Sekretærene booker patienterne til deres konsultation, hvorefter de modtager et indkaldelsesbrev i e-Boks, og 14 dage inden konsultationen udsendes PRO-skemaet automatisk af systemet. Patienterne besvarer skemaet i MinSP. En uge inden konsultationen trækker sekretærene en rapport over ubesvarede spørgsmål og kan kontakte patienten med henblik på opfølgning. Markerede spørgsmål anvendes som dialogstøtte til selve konsultationen.

Klinikerne er i proces med at finde den rette form for brugen af skemaerne i relation til at sikre en individualiseret behandling. De første erfaringer viser, at sygeplejerskerne – som primært arbejder med skemaerne under konsultationer – oplever dem som for lange. Patienterne når ofte ikke at besvare alle spørgsmål, skemaet opfattes som for kompliceret, og i nogle tilfælde udebliver patienter helt på grund af det. Det gælder især de mest sårbare patienter. Samtidig finder sygeplejerskerne det urealistisk at gennemgå alle spørgsmålene inden for rammerne af en konsultation. De patienter, der er blevet fulgt som led i evalueringen, har også kun i meget begrænset omfang mødt PRO-skemaet (se evt. afsnit 2.3.2).

Enkelte læger har også gjort sig nogle indledende erfaringer og peger ligesom flere sygeplejersker på, at PRO potentielt skaber udfordringer, som når patienter rejser emner, som de enten ikke føler sig rustet til at håndtere – eksempelvis privatlivsproblemer – eller som falder uden for rammerne af deres fagområder. Sygeplejerskerne ser dog også fordele ved at anvende PRO-skemaerne. De giver patienterne mulighed for at fremhæve de problemstillinger, der er vigtige for dem, hvilket skaber en anderledes og mere fokuseret dialog med klinikerne. Derudover synes PRO-skemaerne nemme at indarbejde i eksisterende arbejds gange.

6.3.3 MinSP-Assistent

MinSP-Assistent er en samlet pakke af digitale opgaver bygget i Sundhedsplatformen, der gør det muligt at kommunikere med patienter mellem besøgene i ambulatoriet. Det er et værktøj, der afprøves i slutningen af 2023, og som især sygeplejerskerne forsøger at få patienterne til at bruge mere, da det vil give sygeplejerskerne mere information om, hvad patienterne ønsker fokus på. Det bygger oven på den patientbrugerflade, der i forvejen eksisterer i SP. Formålet med MinSP-Assistent er, at nyhenviste patienter blandt andet kan stille spørgsmål eller modtage vejledninger og opgaver forud for en konsultation. Det kunne eksempelvis være at huske at bestille blodprøve, uploade blodsukkertal eller specificere, hvad vedkommende ønsker at tale om til konsultationen. Det er et digitalt værktøj, der søger at involvere patienterne mere i deres eget forløb.

Fordi MinSP-Assistent gør det nemmere for patienter at henvende sig til klinikerne, rejser nogle læger den bekymring, at de pludselig forventes at forholde sig til henvendelser, som ikke nødvendigvis har noget med deres patienters diabetesbehandling at gøre.

6.3.4 Selvbook

Selvbook er et digitalt værktøj, der i 2024 er ved at blive testet i et ambulatorium. Grundtanken er, at Selvbook fremover give patienter, der er triageret til at være i selvstyrende forløb, mulighed for at vælge, hvornår de har brug for at tale med en sundhedsprofessionel om deres diabetes. Med adgang til Selvbook-løsningen kan patienterne således booke tid, når de har behov for det via appen MinSP eller på www.minsundhedsplatform.dk. De kan derudover selv vælge emne, dato og konsultationstype. Det er Center for IT og Medicoteknologi (CIMT), der i samarbejde med en arbejdsgruppe i diabetesambulatoriet på Holbæk Sygehus og SDCS har udviklet og bygget den nye Selvbook-løsning i Sundhedsplatformen.

Klinikerne kan tildele patienterne såkaldte billetter, som de kan bruge til at booke tid. Ved booking af tid kan patienterne via klik-muligheder vælge, hvilken problematik de henvender sig om, og hvilken type kliniker de vil se. De kan også vælge navngivne klinikere, så de er sikre på at komme hos en, de kender. Selvom løsningen har disse funktioner, er det ikke alle klinikerne, der er klar over, at man eksempelvis kan selekttere, hvilken kliniker man som patient ønsker at se.

Nogle klinikere benytter Selvbook-løsningen som en form for sikkerhedsline: Det giver tryghed for patienter såvel som professionelle, at de kan udstede en 'billet', hvis de selvstyrende patienter er utrygge ved ikke at få en ny tid om eksempelvis 6 måneder. Dette matcher patienternes fokus på vigtigheden af at have en livline til

ambulatoriet, men som det samtidig fremgår i afsnit 2.1.2, er det også vigtigt for patienterne at have en fast bagkant – fx i form af årskontrol – som sikrer dem mod at falde ud af systemet.

6.4 Opsamling: Arbejdet med den fleksible arbejdsplads og digitale redskaber er fortsat i eksisterende spor

Dataindsamlingen viser, at de deltagende klinikere generelt set er tilfredse med deres arbejde og rammerne omkring det. Undervejs i evalueringen er der ikke fundet eksempler på, at dette FDA-indsatsområde har givet anledning til særlige tiltag, der adskiller sig fra ambulatoriernes eksisterende tilgange. Det fremgår til gengæld også på tværs af survey og interviews, at klinikere generelt set er tilfredse med rammerne for deres arbejde.

Klinikere er delte i deres ønsker og erfaringer med hjemmearbejde, og der er flere, som ønsker bedre muligheder fremadrettet. Mulighederne for hjemmearbejde skal dog vejes op imod hensynet til det faglige miljø og sparring på ambulatorierne. Derfor er der stadig en del, der ikke har muligheden, ligesom det generelt er uafklaret, hvor vide rammer der fremadrettet skal være for dette.

Det fremgår også, at mulighed for hjemmearbejde samt deltagelse i udviklings- og forskningsarbejde på den ene side er attraktivt. På den anden side fremgår det, at disse typer af aktiviteter (særligt for læger) er en af årsagerne til, at det kan være svært at prioritere tid til arbejdet med FDA.

Digitale redskaber indgår som en central del af FDA i forhold til at indfri ambitionerne om hhv. en mere behovsstyret og individualiseret tilgang og en mere fleksibel arbejdsplads. I efteråret 2024 er det dog kun videokonsultationer, som alle ambulatorierne er kommet i gang med at afprøve. Videokonsultationer opleves som meningsfulde, for så vidt at klinikere kan dele deres skærm med patienterne og således tale om patientens konkrete data. Det virtuelle møde opleves som mindre anvendeligt, når det drejer sig om at tjekke op på patienter eller at etablere gode relationer til patienter, og fordi det kan være teknisk besværligt.

For at skabe mulighed for læring vedr. implementering har man valgt at teste udvalgte løsninger af på udvalgte ambulatorier, hvorfor disse ikke er blevet udbredt endnu. Det gælder eksempelvis brugen af Selvbook, som kun ét ambulatorium aktuelt benytter. Ligesom MinSP-Assistent kun så småt er begyndt at være et redskab, klinikere såvel som patienter benytter sig af.

PRO-skemaer har været relativt lette at implementere i eksisterende arbejdsgange og dermed i ambulatoriernes drift, men det er gjort forskelligt, og de faktiske erfaringer med anvendelse i patientkontakten er fortsat begrænsede. Det fremgår også, at klinikerne oplever, at der er for mange spørgsmål i det fulde PRO-skema, og at der i de enkelte konsultationer ikke er tid til at adressere alle spørgsmålene, hvorfor arbejdet med at udfylde skemaerne bliver overflødigt. Heroverfor er der enkelte klinikere, der har gode erfaringer med at anvende den korte udgave af PRO-skemaet.

7 Organisatoriske rammer for arbejdet med FDA

Analyserne i kapitel 2-6 viser, hvordan der på den ene side er opbakning til målsætningerne for FDA blandt både patienter, ledere og klinikere. På den anden side fremgår det også, at implementeringsarbejdet gribes forskelligt an, at det sker i forskellige tempi, og at der opstår en række udfordringer i mødet mellem FDA's indsatser og den eksisterende organisering.

Derfor ser vi i dette kapitel nærmere på de organisatoriske og ledelsesmæssige rammer for implementering af FDA. Først sætter vi fokus på spændingsfeltet mellem FDA's samtidige fokus på udvikling og implementering i mødet med ambulatoriernes klinikere og hverdag. Herefter følger et afsnit med fokus på ambulatoriernes ledelse, organisering og rammevilkår. Fokus er her særligt på centerchefernes rolle som implementeringsansvarlig og deres samspil med hhv. den medicinske afdelingsledelse og den regionale enhed.

7.1 FDA som udviklingsprogram og implementeringsprojekt

FDA er på den ene side beskrevet og italesat som et samlet projekt med fokus på implementering og med bl.a. en styregruppe, allokerede projektledere, lokale projekt-ejere, udviklingsspor og et fast chefforum med ansvar for opfølgning på fremdriften. Der indgår også målsætninger om, at FDA ved udgangen af 2024 så vidt muligt skal være implementeret i et omfang, hvor ambulatorierne selv kan varetage det fremadrettede arbejde med konsolidering (Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022), samt at læring og udviklede løsninger skal kunne skaleres til øvrige specialer.

På den anden side har der også været fokus på, at FDA indebærer en grundlæggende 'kulturforandring', samt at projektet griber længere ind i de kliniske arbejdsgange end tidligere indsatser i regi af SDCS. I den forbindelse er det væsentligt, at FDA's indsatser er afhængige af en række koncepter, redskaber og rutiner, som der har været fokus på at udvikle og tilpasse i samarbejde med klinikerne undervejs, så de kunne fungere i praksis.

Når disse to formål sameksisterer, vil der ofte opstå udfordringer i forhold til at etablere en fælles forståelse for, hvad forandringen indebærer, hvor snitfladerne mellem udvikling og implementering ligger, samt hvordan ejerskabet fordeles

blandt de berørte (Clotier et al., 2016; Kotter, 1996). Dette har også været tilfældet med FDA, hvilket vi udfolder i de nedenstående afsnit.

7.1.1 Vanskelige vilkår for forandringsledelse

Evalueringen finder samlet, at kompleksiteten i FDA's indhold, målsætninger og organisering har gjort det svært at etablere en fælles forståelse af, hvori FDA egentlig består, hvilket er et vanskeligt vilkår for forandringsledelse.

For både den regionale enhed og centercheferne har det været komplekst at kommunikere om FDA som én helhed. Mængden af gensidigt afhængige udviklingsopgaver har betydet, at det har været svært at prioritere rækkefølgen og skelne mellem, hvornår en indsats starter, og en anden slutter. FDA's forsinkede tidsplan kobles i flere interviews med disse forhold. Det fremhæves, at FDA for hurtigt kom til at handle om implementering og udrulning, og at "der skulle være investeret mere [tid, red.] i modning og i at skabe en fælles fortælling", som en interviewdeltager formulerer det.

Ambulatorierne har generelt haft svært ved at frigøre tid (særligt i forhold til at samle læger og sygeplejersker) til udvikling og dialog om FDA's tiltag. Oplevelsen af uklarhed omkring FDA (særligt relateret til triagering) har bidraget til en (eksisterende) forandringstræthed blandt en del af de interviewede klinikere. Dette har særligt været tydeligt for projektdeltagerne fra den regionale enhed, der har oplevet at skulle "sælge" dele af projektet igen og igen, samtidig med at det i perioder har været svært at se og understøtte fremdrift.

Interviewene viser, at både klinikere og afdelingsledelser generelt værdsætter de kompetencer, medarbejderne i den regionale enhed har i forhold til forandringsledelse og facilitering af udviklingsarbejde. Sammenlignet med tidligere – og mere afgrænsede – projekter har disse imidlertid været svære at bringe i spil i forbindelse med FDA.

7.1.2 FDA udfordrer SDCS' samarbejds- og projektmodel

SDCS' decentrale organisering og 2-årige projektmodel (jf. afsnit 1.2.1) har tidligere skabt gode betingelser for at arbejde med lokalt tilpassede forandringstiltag i forskellige tempi (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023). Tilgangen, der af SDCS omtales som "tidsforskudt igangsættelse," giver mulighed for at lære af både succeser og fejl fra ét sted og derefter tilpasse fremtidige implementeringer på baggrund af denne læring. Samtidig understøtter tilgangen, at løsninger kan tilpasses de enkelte ambulatorier.

Arbejdet med FDA er på den baggrund struktureret med en 2-årig tidsplan, hvor ambulatoriernes opstart har været forskudt hen over første halvdel af 2023. Undervejs har det dog vist sig, at opstart og fremdrift udfordres på en række områder på grund af FDA's omfang og implikationer for klinisk praksis.

Et element handler om, at det har taget lang tid for ambulatorierne at få en fælles forståelse for FDA og derved også at komme i gang med de indeholdte udviklings- og implementeringsopgaver. Dermed har det i lille grad været muligt at profitere af den tidsforskudte igangsættelse. De forskellige tilgange og initiale fokusområder på de enkelte ambulatorier betyder også, at løsninger, der fungerer i ét ambulatorie, i mindre grad end vanligt har været relevante og tilstrækkeligt færdigudviklede til at kunne overføres til andre. Eksempler som triagering (jf. afsnit 3.3), tilgangen til tværfagligt teamsamarbejde (afsnit 5.2) og brugen af digitale redskaber som PRO (jf. afsnit 6.2) viser tydelige forskelle i såvel tilgang som graden af anvendelse i praksis.

7.1.3 Fremadrettede overvejelser fra evalueringens interviews

Erfaringerne fra arbejdet med FDA har blandt informanterne givet anledning til en række overvejelser om, hvordan der kan sikres momentum i det videre arbejde med FDA, samt hvordan erfaringerne kan komme fremtidige indsatser til gode. Fælles for disse er et oplevet behov for at kunne få tid til at skabe større fælles forståelse og rutine vedr. FDA's indhold samt de konkrete redskaber og arbejdsgange.

Erfaringerne med projektmodellen giver hos informanterne anledning til overvejelser om behovet for at sikre et fortsat fokus på implementering og konsolidering af FDA i den kliniske hverdag. Dels er der en bekymring for, hvad der sker ved udløbet af projektperioden ved udgangen af 2024, hvis støtten fra SDCS forsvinder. Dels ses et fortsat behov for at kunne understøtte vidensdeling og større ensartethed i anvendelsen af FDA's redskaber – og arbejdet med individualiseret behandling generelt.

I både den løbende og afsluttende dataindsamling er vi stødt på forslag om at lave en kickstart, hvor de enkelte ambulatorier lukker helt ned for ikke-akut patientkontakt. Forventningen er, at beskyttet tid, hvor alle klinikere er samlet, kan danne afsæt for en fælles forståelse for indholdet i FDA og dermed opbakning og forankring. I den forbindelse nævnes også, at læger og sygeplejersker sammen vil have mulighed for at triagere alle patienter og derved en gang for alle få et nyt fælles fundament for de fremadrettede forløb.

Andre hælder – også i lyset af at triagering og de tilhørende redskaber stadig ikke er en fast størrelse – til at fortsætte en trinvis tilgang, hvor patienterne triageres løbende, i takt med at de bliver indkaldt til sammedagscreening eller årskontrol. Dette begrundes af flere også med, at der har været dobbeltarbejde og frustrationer

forbundet med først at arbejde med ét sæt triageringskategorier og manuelle lister og herefter overgå til nye kategorier og et elektronisk modul.

Især evalueringens klinikere og de regionale projektledere peger på, at man bør holde fokus "på gulvet". Bagudrettet, i forhold til at de i højere grad havde været involveret i beslutningerne om indhold og implementering af FDA, så man havde fået deres indsigter i de faktiske muligheder for at få FDA til at fungere i lokal praksis. Fremadrettet er der også et ønske om mulighed for at få deres input til, hvordan FDA kan komme til at fungere i daglig praksis. Herunder hører også, at der i højere grad sikres ressourcer og dagsprogrammer, der muliggør det tværfaglige samarbejde og de patientforløb, der lægges op til.

7.2 Ambulatoriernes ledelse, organisering og rammevilkår

Det følger af SDCS' decentrale organisering, at ambulatoriernes centerchefer er lokale projektere med ansvar for at implementere FDA i de enkelte ambulatorier. Dette matcher deres kliniske ledelsesansvar og herunder de gode erfaringer, der tidligere har været med at udvikle og tilpasse nye indsatser til ambulatoriets specifikke kontekst (Steno Diabetes Center Sjælland, 2023). Undervejs i arbejdet med FDA har der imidlertid vist sig at være en række dilemmaer forbundet med centerchefernes rolle, som udfoldes nedenfor.

7.2.1 Diabetesambulatorier som en del af de medicinske afdelinger

Diabetesambulatorierne indgår som et af flere specialer på de medicinske afdelinger, og centercheferne referer formelt set til afdelingens cheflæge, der sammen med chefsygeplejersken har det overordnede ansvar på tværs af indeholdte specialer, matrikler og funktioner.

Som tidligere illustreret i Figur 1.2 har afdelingsledelserne ingen direkte kobling og ansvar i forhold til SDCS og arbejdet med FDA. Det fremgår også af interviews, at afdelingsledelserne generelt ikke har haft tæt viden om og involvering i FDA. De interviewede cheflæger fortæller også i interviews, at de har oplevet at mangle viden om FDA. Det fremgår også, at arbejdet med FDA i nogle sammenhænge konflikter med hensynet til afdelingen som helhed. Dette gælder fx i forhold til ikke at prioritere et område over de andre, og i forhold til at det kan blive meget komplekst for klinikerne (der ofte har tværgående funktioner) at arbejde på forskellige måder, alt efter hvilken sygdom patienterne har.

Centercheferne befinder sig således i en situation, hvor de ressourcer, der anvendes på udviklingsarbejde, samt de arbejdsgange, der introduceres i regi af FDA, i et vist omfang er forbundet med de øvrige specialer og de arbejdsgange, der er i afdelingen som helhed. De ansvarlige cheflæger og chefsygeplejersker har i den forbindelse et ansvar for at afveje indsatserne i FDA med udviklingen af afdelingens øvrige specialer. Eksempler på forhold, der har været med til at rammesætte centerchefernes handlemuligheder, er, at:

- det ikke har været set som en mulighed at ændre organiseringen af vagtarbejde og klinikernes øvrige funktioner og dermed forudsætningerne for at lykkes med tværfaglig triagering og teamsamarbejde
- muligheden for hjemmearbejde i nogle tilfælde er begrænset på grund af hensynet til afdelingen som helhed og muligheden for faglig sparring i hverdagen
- der har været begrænsninger, i forhold til hvor meget tid de kan anvende på udviklingsopgaver i forhold til klinisk og patientrettet arbejde.

Det nævnes også, at ledelsesvejen fra de beslutninger, der træffes i regi af SDCS' bestyrelse (hvor der sidder repræsentanter fra hospitalsledelserne), til den kliniske praksis er lang, fordi afdelingsledelserne ikke indgår. Dette gælder både i forhold til prioriteringen af ressourcer og i forhold til de opgaver vedr. forandringsledelse, der er vigtige i mødet mellem FDA og de involverede klinikere.

7.2.2 Dobbeltloyalitetssudfordring: Centerchefens organisatoriske vilkår

Centercheferne er i en position, hvor de er ansvarlige for implementering af forandringer "nedadtil", dvs. i ambulatorierne, samtidig med at de løbende har behov for opbakning "oppefra", dvs. fra deres afdelingsledelser.

Interviewene viser, at der er forskel på de forskellige centercheferes ledelsesrum. Hvor nogle har meget frihed til at igangsætte, koordinere og afsætte ressourcer til FDA, har andre et smallere ledelsesrum og skal løbende finde ledelsesmæssig opbakning. Nogle afdelingsledelser skal i højere grad end andre overbevises om værdien af SDCS' projektarbejde, da dette arbejde ofte "udfordrer den daglige drift og kannibalerer gode medarbejderressourcer, som kunne være blevet brugt på noget andet", som en interviewdeltager formulerer det. Samtidig er der (jf. casebeskrivelserne i bilag 2) væsentlige forskelle på det organisatoriske setup og antallet af involverede klinikere på tværs af de fire ambulatorier.

Disse forhold har jf. evalueringens interviews været med til at indsnævre centerchefernes ledelsesrum samt kompliceret arbejdet med FDA i tre af de involverede ambulatorier. Heroverfor er der ét ambulatorium, som har færre og relativt faste med-

arbejdere tilknyttet diabetesbehandlingen, samtidig med at der har været stor ledelsesmæssig frihed til at rammesætte og prioritere arbejdet med FDA.

7.2.3 Fremadrettede overvejelser fra evalueringens interviews

Centerchefernes forskellige udgangspunkter og vilkår for at lykkes med fuld implementering af FDA's principper og arbejdsgange giver i interviews anledning til en række overvejelser om, hvordan de kan støttes i det fremadrettede arbejde. Der ses et behov for, at afdelingsledelser og hospitalsledelser får større ansvar og en mere aktiv rolle i forhold til at støtte centerchefernes implementeringsopgaver. I den forbindelse nævnes også et behov for at afklare mulighederne for at lave mere grundlæggende ændringer i ambulatoriernes organisering og bemanning. Færre og mere fast tilknyttede medarbejdere fremstår i den forbindelse som et væsentligt element, der kan gøre det nemmere at sikre tværfagligt teamsamarbejde omkring triagering og tilrettelæggelsen af de enkelte patienters forløb. Dette skal til gengæld vejes op imod en række hensyn til vagtarbejde, bemanning på tværs af matrikler og klinikernes ansvarsområder i øvrige specialer.

7.3 Opsamling

Det har været en kerneudfordring for FDA, at det både præsenteres som et implementerings- og et udviklingsprojekt. Trods opbakning til FDA's målsætninger beskriver de involverede aktører, at det har været vanskeligt at skabe en fælles forståelse af indholdet, og af hvordan indsatserne skal udfoldes på de enkelte ambulatorier. Evalueringen viser, at en central forudsætning for at lykkes er, at der fra start er et stort fokus på klinikernes hverdagspraksis og på at inddrage personale for at understøtte forståelse og ejerskab til forandringsprocessen.

Den samlede dataindsamling viser, at der på 3 af de 4 ambulatorier har været svære vilkår for at arbejde med forandringsledelse og herunder at frigøre tilstrækkelig med fælles udviklingstid til arbejdet med FDA. Den 2-årige tidsplan har også vist sig at være for ambitiøs i lyset af FDA's indhold og de opstillede forventninger til nye organiseringer og resultater i projektperioden. Dette er afspejlet i de gennemførte interviews, hvor der ses et fortsat behov for at støtte arbejdet med FDA med henblik på at opnå større grad af implementering såvel som vidensdeling og ensartethed på tværs af ambulatorierne.

Organiseringen, hvor SDCS fungerer som et udviklingscenter med fokus på diabetes, der arbejder på sidelinjen til de medicinske afdelinger, har i arbejdet med FDA givet anledning til særlige udfordringer. Dels fordi de igangsatte aktiviteter rækker

langt ind i den kliniske hverdag og centerchefernes kliniske ledelsesansvar, dels fordi FDA's indhold og ambitioner i nogle sammenhænge er blevet afvejet i forhold til hensynet til den medicinske afdeling som helhed. SDCS' regionale projektledere har i forhold til denne problematik haft svært ved at understøtte fremdrift og resultater på ambulatorierne, til trods for at deres kompetencer er kendte og værdsatte.

Centercheferne er som lokale projektejere stødt på udfordringer, hvor deres ansvar ikke fuldt matches af deres ressourcer og beslutningsret. Centerchefernes ledelsesrum varierer afhængigt af den lokale organisering og relationen til den medicinske afdelingsledelse, hvilket har medvirket til forskellige implementeringshastigheder og grader af succes. Interviewene vidner samlet set om, at det fremadrettet er centralt at arbejde målrettet med fordeling af ledelsesansvaret for udvikling og implementering af de tiltag, SDCS sætter i søen. Tilsvarende er det relevant at rette fokus mod, hvorvidt, hvordan og af hvilke aktører der kan sikres bedre sammenhæng mellem de organisatoriske rammer og vilkårene, så både det tværfaglige teamsamarbejde og kontinuiteten i patienternes forløb understøttes bedst muligt.

8 Konklusion

Med FDA har Steno Diabetes Center Sjælland igangsat en omfattende og langsigtet udvikling af Region Sjællands ambulante diabetestilbud. FDA's målsætninger og principper fremstår generelt relevante for de klinikere, ledere og patienter, der har indgået i evalueringen. De foreløbige erfaringer indikerer, at FDA's fokus på individualisering og differentiering har potentiale til at frigøre ressourcer til gavn for de patienter med størst behov for støtte og samtidig tilbyde en tilfredsstillende behandling fra både klinikere og patienters perspektiv.

I løbet af projektperioden er der sket positive udviklinger i klinikernes forståelse for FDA's indhold såvel som adgang til og oplevet anvendelighed af de understøttende redskaber. Evalueringen viser også, at de første 1,5 år, som evalueringen har fulgt, i højere grad har handlet om modning og udvikling og mindre om den implementering og udbredelse, der indledningsvist var lagt op til. For at understøtte rodfæstelsen af FDA i ambulatorierne er det derfor centralt, at SDCS og de øvrige parter i de kommende år bevarer en aktiv rolle.

De følgende afsnit uddyber evalueringens konklusioner og de anbefalinger, de giver anledning til.

8.1 Opbakning fra patienter, men tryghed er vigtigt

Overordnet oplever patienterne individualisering af deres forløb, men det er også væsentligt, at de ikke oplever dette som en ny udvikling i ambulatorierne. FDA fremstår således ikke som en tydelig markør af et før og efter.

Patienterne er generelt glade for og trygge ved den opfølgning og behandling, de får i ambulatorierne, og oplever sig i de fleste tilfælde inddraget i beslutninger omkring deres forløb og behandling. Derudover ser vi et ret stort sammenfald mellem indholdet af FDA og patienternes ønsker og prioriteringer i forhold til 1) individualiserede forløb, 2) kontakt- og konsultationsformer og 3) inddragelse og medbestemmelse.

Undersøgelsens patienter betragter individualiserede forløb som en hensigtsmæssig måde at organisere forløbene i diabetesambulatorierne på både i et tidsmæssigt, privatøkonomisk, samfundsøkonomisk og retfærdighedsmæssigt perspektiv. Et vigtigt opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med FDA er dog at sikre tryghed i overgangene til behovstyret kontakt eller til opfølgning i almen praksis. Undersøgelsen viser, at disse overgange kan skabe bekymringer for patienterne, der som regel

bunder i tidligere dårlige erfaringer med fx at blive "tabt" i forløbet eller udvikle indlæggelseskrævende komplikationer.

Set i lyset af tidligere undersøgelser af patienttryghed i diabetesbehandling (Wentzer & Ballegaard, 2022) er denne indsigt måske ikke så overraskende. 'Relationel kontinuitet' giver tryghed hos patienterne. Løbende kontakt til en kendt kliniker over tid kan ligeledes være med til at sikre den 'informationskontinuitet' og udveksling af information om patientens behandling (Topholm et al., 2021), som patienterne i denne undersøgelse også lægger vægt på.

Undersøgelsens patienter foretrækker fysisk fremmøde som konsultationsform, men telefonkonsultationer udpeges også som et fint og kendt alternativ, når der er tale om enkle problemstillinger, og kontakten går til en kendt kliniker. De fulgte patienter har som gruppe få erfaringer med digitale konsultationer og kontaktformer. Patienter med erfaringer befinder sig typisk i gruppen, der kan kategoriseres som 'selvstyrende'. For disse patienter fremstår de digitale løsninger som en værdsat kilde til øget fleksibilitet og et godt supplement til de kendte kontaktformer. En betydelig del af patienterne udtrykker imidlertid utryghed over for at skulle overgå til konsultations- og kontaktformer, der rækker ud over de velkendte fysiske fremmøder og telefonsamtaler. Det er derfor vigtigt, at der i det videre arbejde med FDA er fokus på, hvilke emner der passer til den enkelte patient i hvilket format, da det kan variere fra person til person og afhænge af en eksisterende relation/kendskab til den fagperson, der står for den digitale kontakt.

Når det gælder inddragelse og medbestemmelse viser undersøgelsen, at patienterne inddrages i dagsordensætning, behandlingsbeslutninger og beslutninger om konsultationsformat og -frekvens. Patienterne oplever særligt, at inddragelsen fungerer godt, når fagpersonerne formår at koble deres medicinske viden tæt til patienternes hverdagserfaringer. Det giver patienterne en større forståelse for de diabetesrelaterede problemer, de oplever. Det er derfor vigtigt at have fokus på at skabe rum for individualiseret inddragelsestilgang i det videre arbejde med FDA, hvor den enkeltes hverdagserfaringer sættes i centrum.

8.2 FDA – fra udviklingsfase til konsolideret hverdag

FDA har i sin fuldt udfoldede form vidtrækkende konsekvenser for den kliniske hverdag og centerchefernes faglige ledelsesansvar. Dette er indbygget i visionen for FDA, men betyder også, at vejen til en forandret hverdag er længere og mere kompleks, end hvad SDCS har været vant til. Der er tale om et udviklingsprogram, hvor såvel forståelsen for triagering og individualiseret behandling som de redskaber, der rent teknisk understøtter arbejdet, har skullet udvikles undervejs.

Dette har i begrænset omfang været afspejlet i den valgte projektilgang, hvor der har været en målsætning om udvikling og implementering inden for en periode på 2 år (Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter, 2022). Det har i den forbindelse været svært for den regionale enhed og de lokale ledelser at opnå synergi i udviklingsarbejdet, og fremdrift og resultater har haltet efter FDA's tidsplan.

I løbet af projektperioden er der imidlertid også sket udviklinger i klinikernes forståelse for FDA's indhold såvel som indhold og oplevet anvendelighed af de understøttende redskaber. Særligt relevant er, at der ved udgangen af projektperioden er:

- udviklet en tilgang til triagering – og tilhørende digital understøttelse – der generelt fremstår meningsfuld og anvendelig for de klinikere, der har stiftet bekendtskab med den
- etableret en værktøjskasse med samlet overblik og vejledninger til de generelle og lokale muligheder for at finde støtte til sårbare patienter samt vejledninger i brugen af de redskaber (fx PRO og MinSP-Assistent), der anvendes til at understøtte patientinvolvering¹⁹
- truffet beslutning om at udvide Fusionsklinikken til at omfatte hele regionen, hvormed alle ambulatorier har mulighed for at henvise patienter med svær psykisk sygdom og diabetes til et samlet behandlingstilbud.

Med det afsæt vurderer vi, at der er skabt et godt udgangspunkt for det videre arbejde med at implementere FDA's tilgang til triagering og individualiserede patientforløb.

Det er samtidig fortsat nødvendigt at støtte arbejdet aktivt. Det gælder fx behovet for at udvikle en større fælles forståelse for, hvordan triagering – og de tilhørende typer af patientforløb – praktiseres på en måde, der støtter og systematiserer klinikernes eksisterende fokus på individualiseret behandling.

I efteråret 2024 er det fortsat langt fra alle klinikere, der har indblik og rutine i FDA's arbejdsgange og redskaber. Derfor fremstår det vigtigt at fastholde og konsolidere opnåede resultater og arbejdsgange fremadrettet – bl.a. fordi disse fortsat vil være sårbare over for medarbejderudskiftning.

Mulighederne for at støtte særligt sårbare patienter og hermed indfri SDCS' ambitioner om at mindske social ulighed fremstår som en udfordring på tværs af evalu-

¹⁹ På tidspunktet for VIVEs dataindsamling var der endnu ikke konkrete erfaringer med at anvende værktøjskassen i et omfang, hvor de interviewede klinikere kunne vurdere anvendeligheden. Det er i januar 2025 oplyst af SDCS, at klinikerne har taget godt imod værktøjskassen og oplever den som en vigtig hjælp i arbejdet med at støtte patienterne. Tilsvarende er det oplyst, at der er taget godt imod triageringsmodulet, samt at alle patienter forventes at være triageret i løbet af første kvartal 2025.

ringens dataindsamling. Det fremstår i den forbindelse vigtigt at fortsætte udviklingen af tilbud til disse patienter samt at understøtte klinikernes kendskab og tillid til fx de kommunale tilbud, patienterne kan tilbydes. I den forbindelse er vedligeholdelse af 'værktøjskassen' helt central, så den fortsætter med at være aktuel i forhold til vejledning og vejvisning til de tilbud, der eksisterer uden for ambulatorierne.

FDA indeholder en ambition om at dataunderstøtte den individualiserede behandling med henblik på at følge behandlingskvalitet og resultater samt sikre ressourcer til de patienter, der har de største behov. Dette er også et vigtigt punkt for klinikere og ledere, men grundet forsinkelserne i implementeringen er der endnu ikke et grundlag for at arbejde med den ønskede dataunderstøttelse. Dette fremstår således som et fremadrettet opmærksomhedspunkt i forhold til at kunne vurdere konsekvenserne af FDA og herunder anvende data til at kvalitetssikre og justere den individualiserede behandling.

8.3 Individualiseret behandling er ikke helt nyt

Evalueringen finder overordnet en udbredt opbakning til FDA's målsætning om individualiseret behandling. Det fremgår dog også, at der undervejs har været usikkerhed omkring indholdet af FDA's forskellige elementer, herunder især forståelsen af triageringskategorierne. Det har derfor været nødvendigt at bruge længere tid end forventet på dialog om og justering af disse i samarbejde med ambulatorierne, hvilket har forsinket implementeringen. Undervejs i projektperioden er triagering i nogle sammenhænge også sket mere af hensyn til FDA end med fokus på at etablere en mere integreret og tværfaglig praksis, der understøtter individualiseringen af patientforløb i praksis.

Evalueringen bekræfter FDA's afsæt i, at der er variation på tværs af ambulatorier såvel som de enkelte klinikeres erfaringer og tilgange i forhold til, hvordan de arbejder med individualisering og differentiering. Dette fremstår imidlertid for en del klinikere ikke som et tydeligt problem, og en del (særligt læger) har oplevet, at deres hidtidige tilgange ikke i tilstrækkeligt omfang anerkendes i arbejdet med FDA. På den baggrund har en del klinikere undervejs i dataindsamlingen sat spørgsmålstejn ved, hvad der er nyt og værdiskabende i FDA's tilgang til individualiseret behandling sammenholdt med eksisterende praksis. Det fremgår også, at der i efteråret 2024 fortsat er klinikere, der forbinder triagering med unødvendigt bureaukrati og risiko for standardisering frem for individualisering af den tilbudte behandling.

Evalueringen finder dog også mange eksempler på opbakning til målet om at styrke og systematisere arbejdet med individualiseret behandling. Fx fordi nogle klinikere oplever det som svært ikke at se patienter så ofte, som de plejer, bl.a. fordi man

gerne vil give udeblevne patienter en ekstra chance eller undgå at bryde en veletableret relation og rutine. Dermed kan der opstå en tendens til at fortsætte med faste kontroller, uagtet om dette understøttes af en individualiseringslogik. Systematisk fokus på triagering fremstår i den forbindelse som en god anledning til at sætte fokus på, om der er behov for at justere igangværende forløb. Tilsvarende efterspørger nogle klinikere databaseret viden om konsekvenser og kvalitet i forbindelse med individualiseret behandling, sådan at de kan vurdere, hvad konsekvenserne på disse parametre er, og dermed om de kan stå inde for udviklingen.

Med afsæt i ovenstående konklusioner er det centralt, at ambulatorierne med støtte fra den regionale enhed fortsætter arbejdet med at etablere fælles forståelse og praksis for arbejdet med triagering og individualiserede forløb, sådan at disse fremadrettet kan understøtte en øget individualisering af patientforløbene.

8.4 Svært at realisere ambitionen om tværfagligt teamsamarbejde inden for eksisterende rammer

Det gælder for alle ambulatorierne, at der er grundlæggende opbakning til det at arbejde tværfagligt med diabetesbehandlingen. Tværfagligt teamsamarbejde opfattes som fagligt meningsfuldt, men ambitionen om tværfaglig triagering af patienterne møder betydelige organisatoriske barrierer. 3 af de 4 ambulatorier har ikke været i stand til at etablere faste teams på den måde, der lægges op til med FDA. Det skyldes primært eksisterende driftsforhold og strukturelle udfordringer såsom kalenderstyring, bemanning samt skiftende vagter og indmødesteder. På de tre ambulatorier fremstår det også fremadrettet vanskeligt at etablere faste tværfaglige teams og dialog om triagering, hvis ikke der sker mere grundlæggende ændringer af de organisatoriske rammer.

En forudsætning for at lykkes med implementeringen af faste tværfaglige teams er derfor, at man er villig til at kigge på ambulatoriernes eksisterende organisering. Det rejser en række dilemmaer, i forhold til i hvilket omfang FDA skal justeres, og i hvilket omfang det er muligt og hensigtsmæssigt at justere i de mere grundlæggende rammer:

- Er det fx ok, at triagering foregår individuelt og derved monofagligt af sygeplejerske eller læge, eller skal det fastholdes, at triagering foregår sammen og derved tværfagligt?
- Skal sygeplejerskerne gøres til patienternes faste anker og tovholder, mens læger i højere grad er skiftende – eller skal der holdes fast i ambitionen om kontinuitet på tværs af begge faggrupper?

- Skal de enkelte patienter tildeles flere ansvarlige kontaktpersoner med henblik på at understøtte stabilitet og robusthed over fravær og personaleudskiftninger?
- Er det relevant at gentænke vagtplanlægning og indmødesteder med henblik på at sikre en mere fast stab af læger og sygeplejersker på de enkelte ambulatorier, eller skal der arbejdes mere med fleksible digitale løsninger?

8.5 Mulighed for mere enkel og tydelig ledelse?

Evalueringen viser, at ambulatoriernes centerchefer befinder sig i en position, hvor deres ansvar for implementering af FDA for flertallets vedkommende ikke fuldt matcher deres ledelsesmandat og ressourcebeføjelser.

De medicinske afdelingsledelser har i den forbindelse en central position i hospitalernes ledeshierarkier i forhold til at kunne støtte centercheferne. I forhold til ønsket om at bruge erfaringerne fra FDA til at udbrede individualiseret behandling på øvrige medicinske områder er det vores vurdering, at der er behov for en større involvering af afdelingsledelsen, end der normalt sker i udviklingen af de enkelte ambulatoriers indsatser. Vi anbefaler med det afsæt at give de medicinske afdelingsledelser en klarere rolle i forhold til at sikre støtte til det fremadrettede arbejde med FDA såvel som lignende indsatser i andre specialer.

8.6 En fleksibel arbejdsplads med de nødvendige redskaber

Evalueringen finder, at klinikerne overordnet er tilfredse med deres arbejdsvilkår og samarbejdsklimaet på ambulatorierne, om end nogle ønsker øgede muligheder for hjemmearbejde. Klinikerne oplever ikke, at FDA i sig selv har haft en synlig påvirkning af ambulatoriernes arbejde med at sikre fleksible og attraktive arbejdspladser. Nogle steder er hjemmearbejde allerede en mulighed, mens det andre steder i stigende grad kommer i fokus, både i forhold til at sikre trivsel for eksisterende medarbejdere og for at tiltrække nye. Generelt er det stadig under overvejelse, hvilke funktioner og typer af opgaver der kan løses hjemmefra, samt i hvor stort omfang der generelt set skal være mulighed for dette. Både klinikere og ledere er i den forbindelse opmærksomme på, at de enkelte klinikers mulighed for hjemmearbejde skal balanceres med hensynet til arbejdsmiljø, sparring og patientrettet samarbejde på ambulatoriet.

Digitale redskaber indgår som en central del af FDA, men implementeringen er endnu på et tidligt stadie i forhold til konkrete erfaringer fra anvendelse i patientkontakt. Videokonsultationer har fået positiv modtagelse af de klinikere, der har prøvet det. Særligt i sammenhæng med forbedrede muligheder for upload af patientdata hjemmefra anses de som et nyttigt alternativ til fysisk fremmøde for de patienter, der er trykke ved at navigere på digitale platforme.

PRO-skemaer er et redskab, der er relativt nemt for klinikerne at anvende til at indsamle input fra patienterne. Tilgangen varierer imidlertid, i forhold til om det er det korte eller lange skema, der udsendes. De få erfaringer, vi er stødt på via interviewene, knytter sig til, at det lange skema udfordrer både patienternes evne til at fuldføre skemaet og klinikernes oplevelse af at kunne anvende resultaterne i samarbejdet med patienten. Heroverfor er der mere positive erfaringer med, at det korte skema hjælper patienterne med at sætte dagsordenen og bringe svære emner, som fx seksualitet, i spil. Det fremgår dog også som et opmærksomhedspunkt, at patienterne i nogle sammenhænge har ønsker, der ligger uden for de muligheder, ambulatoriet har for at hjælpe, og at personalet savner oplæring i forhold til at sortere i og bruge de informationer, der kommer ind via PRO-skemaerne.

8.7 Læring i forhold til skalering til andre specialer

Arbejdet med FDA har resulteret i en række værdifulde erfaringer, der kan anvendes til at understøtte udvikling af individualiseret behandling i andre sammenhænge.

Et vigtigt læringspunkt er, at klarhed omkring, hvad indsatsen er, og hvilke forandringer den indebærer, er central for at komme godt fra start med implementering. Det fremstår også vigtigt for fremtidige koncepter for individualiseret behandling, at der er afsat tid og ressourcer til udvikling og afprøvning i et konkret setup, inden udbredelse og implementering på fuld skala sættes i gang. Det vil sige, at der er udviklet redskaber og rutiner for triagering mv., som er testet og taget i brug i fx et ambulatorium, sådan at erfaringer herfra kan informere udrulningen i de næste ambulatorier.

I FDA er der udviklet en række løsninger vedr. patientinvolvering og alternative konsultationsformer, bl.a. et digitalt triageringsmodul, triageringskategorier, en omfattende værktøjskasse og arbejdsgange. Løsningerne er endnu ikke fuldt implementeret og konsolideret i ambulatoriernes hverdag, men de fremstår generelt set relevante og anvendelige for de klinikere, der har erfaringer med at anvende dem. Dermed er det vores vurdering, at de udviklede løsninger med fordel kan danne afsæt for arbejdet med individualiseret behandling på andre områder.

De ressourcer, det har krævet at introducere FDA på ambulatorierne, illustrerer også, at det, uagtet hvilke løsninger der udvikles, er nødvendigt med fokus på oversættelse og involvering af de berørte klinikere i forbindelse med udbredelse til andre specialer.

Uagtet hvilke løsninger der udvikles, illustrerer FDA's projektforsløb også, at arbejdet med forandring kræver understøttende forandringsledelse, og at dette typisk kræver mere tid og flere ressourcer end først antaget. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på at organisere forandringsarbejdet med et entydigt ledelsesmæssigt setup, hvor der er sammenhæng mellem det ansvar, der gives til decentral ledere, og de ressourcer og ledelsesrum, de har til rådighed.



Dokumentation

9 Metode

Dette kapitel gennemgår evalueringens metode og datagrundlag, herunder de justeringer, der er aftalt med SDCS undervejs. Analyserne i evalueringen er baseret på kvalitative interviews og observationsstudier med både ledere, klinikere og patienter samt en spørgeskemaundersøgelse, der er udsendt til alle klinikere i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

9.1 Patientundersøgelsen: Kvalitativ undersøgelse baseret på en kombination af observationer og interviews

For at få viden om, hvordan patienterne oplever deres forløb i diabetesambulatoriet – og herunder introduktionen af triagering og individualiseret behandling – har vi udformet en undersøgelse, der er baseret på en kombination af observationer af patienters kontakter i ambulatoriet og opfølgingsinterviews. Dataindsamlingen er forløbet over 1,5 år fra maj 2023 til november 2024. Valget af dette metodiske design gør, at det har været muligt at følge de enkelte patienter over tid og få indsigt i udviklingen i deres forløb og deres oplevelser heraf snarere end et mere statisk øjebliksbillede.

9.1.1 Planlægning af interviews og rekruttering af interviewdeltagere

Rekrutteringen af patienter til at deltage i undersøgelsen foregik i samarbejde med en sygeplejerske i hvert enkelt ambulatorium, som VIVE-medarbejderen havde fået kontaktoplysninger på fra Steno Diabetes Center Sjælland. Sygeplejersken koordinerede dataindsamlingens opstart, således at de første observationer lå på samme dag hvis muligt, da det skulle gå op med, at der var patienter i forskellige triageringskategorier, og at de gerne ville deltage i undersøgelsen. Sygeplejerskerne har således udvalgt patienterne under hensyntagen til fordeling på triageringskategorier i de ambulatorier, hvor triagering var gennemført ved projektopstart. Hvis triagering ikke var gennemført ved undersøgelsens opstart, blev patienterne udvalgt, så de var fordelt på forløbstyper (kontaktfrekvens, diabetestype). Dataindsamlingen i de enkelte ambulatorier er opstartet forskudt (hhv. maj, juni, september og oktober 2023), for at så mange ambulatorier som muligt skulle have nået at triagere patienterne.

Sygeplejersken kontaktede patienterne, og hvis hun fik positivt tilsagn fra patienten om deltagelse og deling af kontaktoplysninger, sendte sygeplejersken kontaktop-

lysninger til VIVE. VIVE-medarbejderen tog efterfølgende kontakt til patienten for at informere mundtligt om undersøgelsen, sikre sig, at de stadig gerne ville deltage, og aftale nærmere omkring mødested før observation og tidspunkt for opfølgende interview. De fleste patienter fik tilsendt VIVEs oplysnings- og informationsbrev om undersøgelsen på mail i umiddelbar forlængelse af telefonsamtalen, mens alle fik det udleveret på papir ved første observation/interview.

Til brug for de indledende interviews blev der udarbejdet en semistruktureret interviewguide. Følgende overordnede temaer var centrale i de indledende interviews:

- Baggrund
- Forløb og behandling indtil nu
- Oplevelsen af den observerede konsultation
- Fremtidigt forløb og behandling i diabetesambulatoriet.

Til brug for de efterfølgende opfølgingsinterviews blev der udformet en individualiseret spørgeguide til hvert enkelt interview baseret på historikken og udviklingen i patientens specifikke forløb. Spørgsmål vedrørende de ovenfor nævnte temaer gik igen i opfølgingsinterviewene i det omfang, det var meningsfuldt i det enkelte interview.

9.1.2 Gennemførelse af interviews

Dataindsamlingen forløb fra maj 2023 til november 2024. 14 patienter har deltaget, hvoraf 12 har deltaget i hele undersøgelsesperioden²⁰. Der er blevet gennemført 22 observationer og 46 interviews med patienter²¹. Interviewene blev gennemført som enkeltinterviews eller dobbeltinterviews (i de tilfælde, hvor pårørende deltog).

Interviewene fordeler sig på to slags: 1) 23 interviews relateret den observerede konsultation i ambulatoriet (14-39 minutter) og 2) 23 opfølgingsinterviews af kortere eller længere varighed (8-38 minutter). Antallet af opfølgingsinterviews er tilpasset den enkelte patient og varierer derfor i antal fra 0-6 pr. patient. I de tilfælde, hvor der ikke er blevet gennemført opfølgende interviews, skydes det, at patienten ikke har haft kontakt med ambulatoriet eller oplevet diabetesrelaterede problemer i perioden mellem de to observationer (der ligger med ca. 1 års mellemrum).

²⁰ De to frafald skyldes hhv. manglende overskud på grund af høj sygdomsbelastning og forvirring ved telefonformatet.

²¹ I enkelte interviews deltog også pårørende (seks interviews). I to tilfælde var pårørende med primært som passive deltagere – for en patient spillede den pårørende en aktiv rolle og deltog i samtlige interviews.

Langt hovedparten af de interviews, der knytter sig til en observeret konsultation, er foretaget i et lokale i ambulatoriet, hvor vi kunne tale uforstyrret sammen, umiddelbart efter konsultationen. Enkelte af disse interviews er efter patientens ønske foretaget dagen efter eller få dage efter konsultationen på telefon.

Opfølgningsinterviewene blev aftalt telefonisk mellem VIVE-medarbejder og patient enten telefonisk, på SMS eller mail afhængigt af patientens præference. Opfølgningsinterviewene blev alle gennemført på telefon (ingen valgte videoformat) på et på forhånd aftalt tidspunkt. Telefonformatet fungerede godt. Det var en klar fordel, at patient og interviewer havde mødt hinanden i ambulatoriet indledningsvist.

Enkelte interviews blev udskudt på grund af sygdom eller anden forhindring, men alle planlagte interviews blev gennemført. Alle interviews blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet. Under observationerne tog VIVE-medarbejderen feltnoter, som blev gennemskrevet på dagen – enkelte få dage efter observationen.

Observationer og interviews fordeler sig på følgende måde for de 14 deltagende patienter:

Tabel 9.1 Dataoversigt

Patient/ambulatorium	Antal observationer	Antal interviews
1 C Nykøbing Falster T2 med insulin	1	4
2 M Nykøbing Falster T1 med insulinpumpe	1	4
3 H Nykøbing Falster T2 med insulin	1	1
4 A Køge T1 med insulinpumpe	2	4
5 K Køge T2 med insulin	1	3
6 F Køge T2 uden insulin	2	2
7 H Køge T2 med insulin	2	5
8 G Køge T1	-	1
9 R Holbæk T2 uden insulin	2	3
10 J Holbæk T2 med insulin	2	4
11 B Holbæk	2	6

Patient/ambulatorium	Antal observationer	Antal interviews
T2 med insulin		
12 B Slagelse T2 med insulin	2	5
13 J Slagelse T1 med insulinpumpe	2	2
14 M Slagelse T2 med insulin	2	2
I alt 14 heraf 12 fuldførte	22	46

Kilde: VIVE.

Interviewpersonerne repræsenterer alle tre triageringskategorier. Nogle forblev i deres kategori, mens andre skiftede ind og ud af kategorier, og endelig blev én afsluttet fra ambulatoriet for at overgå til opfølgning i almen praksis – en anden var lige på vej til at blive det, da dataindsamlingen blev afsluttet.

For 3 af de 12 patienter, der har været med i undersøgelsen hele vejen igennem, er der ikke gennemført en anden observation af interaktion med ambulatoriet. Det skyldes for én patients vedkommende, at han i perioden blev afsluttet fra ambulatoriet og er overgået til opfølgning i almen praksis. For de to andre patienter gælder det, at de kun har haft telefonisk opfølgning i en lang periode, således at der ikke har været en anledning til at observere.

Patienterne dækker et aldersspænd på 37-87 år med en gennemsnitsalder på 60,4 år²². Af de 14 deltagende patienter er der 10 mænd og 4 kvinder. 4 patienter har type 1-diabetes, og 10 har type 2-diabetes²³.

I rapporten optræder interviewdeltagerne pseudonymiseret af anonymiseringshensyn.

9.1.3 Databehandling og analyse

Interviewtransskriptioner og feltnoter er læst og genlæst både på tværs af observationer og som række af enkeltcases. De analytiske temaer er baseret på temaer fra spørgeguiden, men også med åbenhed for induktivt opståede temaer (fx betydningen af anden samtidig sygdom, oplevelsen af sammedagsscreening og betydningen af at have forløb på tværs af sektorer).

²² En patient er i 30'erne, to i 40'erne, to i 50'erne, syv i 60'erne, en i 70'erne og en i 80'erne.

²³ En patient har en sjælden arvelig form for diabetes, men er kategoriseret i type 1-kategorien i optællingen. En anden patient skifter kategori fra type 2 til type 1 undervejs i dataindsamlingen, men er kategoriseret i type 2-kategorien, som var den initiale diagnose.

9.2 Organisationsanalyse

Projektets organisatoriske spor fokuserer på, hvordan FDA kommer i mål som organisationsændring, herunder hvordan de nye rammer og tilbud implementeres og opleves af medarbejdere og ledelse på de involverede ambulatorier. Organisationsanalysen fokuserer især på betydningen af nye arbejdsgange, herunder på etableringen af velfungerende tværfaglige teams i ambulatorierne; på introduktionen af triagering; på forankringen af det individualiserede ambulatorium; på de fagprofessionelles oplevede relevans af de nye behandlingstiltag samt deres arbejde med brugen af nye digitale løsninger.

9.2.1 Kvalitative data

Evalueringen har kombineret observation og kvalitative interviews med henblik på at opnå en detaljeret forståelse for, hvordan FDA udfoldes og forstås i den kliniske hverdag. Der var i udgangspunktet planlagt fire empiriske nedslag i løbet af den 2-årige projektperiode for at kunne følge forandringen over tid og give løbende tilbageløb af indsigter til understøttelse af FDA. Dette er undervejs ændret til tre nedslag ud fra et ønske om at give ambulatorierne tid til arbejdet med FDA.

Hvert af de tre løbende nedslag på ambulatorierne bestod som udgangspunkt af:

- For-interviews med centerledelsen for at skabe indsigt i og forståelse for det enkelte ambulatoriums aktuelle fokus og status i forhold til FDA. Disse interviews er desuden anvendt til at forberede observationer og interviews med klinikere.
- Deltagerobservation, hvor vi har fulgt udvalgte klinikers arbejdsdag – herunder også morgenmøder mv. – for at få indsigt i hverdagsudfordringer og de muligheder og udfordringer, der opleves i relation til FDA. Løbende dialog med klinikerne udgjorde en central del af det at følge dem i løbet af en arbejdsdag. Observationerne har også inkluderet patientkonsultationer og et fokus på at få indsigt i, hvordan de nye digitale løsninger og samarbejdsrutiner påvirker og opleves af den enkelte kliniker.
- Kvalitative interviews (individuelle og gruppe) med læger og sygeplejersker med fokus på at drøfte deres tilgang til, forståelse for og oplevelse af tiltagene i FDA.

Tabel 9.2 viser et samlet overblik over de ledere og klinikere, der på tværs af evalueringens nedslag har bidraget til den kvalitative dataindsamling.

Tabel 9.2 Fordeling af deltagere i interviews og observationer på tværs af evalueringens empiriske nedslag

	Interviews med klinisk ledelse	Observation af det kliniske arbejde	Interviews med personale
Første nedslag, foråret 2023 (Tre ambulatorier)	4 centerchefer og 1 afd.sygeplejerske.	Observation i 3 ambulatorier, hvor i alt 8 klinikere deltog i skyggeforløb.	6 læger og 15 sygeplejersker.
Andet nedslag, efteråret 2023-januar 2024 (Fire ambulatorier)	3 centerchefer og 1 afd.sygeplejerske.	Observation i 4 ambulatorier, hvor i alt 6 klinikere deltog i skyggeforløb.	6 læger og 8 sygeplejersker.
Tredje nedslag, efteråret 2024 (Fire ambulatorier)	4 centerchefer og 3 afd.sygeplejersker.	Observationer udgik til fordel for ekstra interviews.	8 læger, 15 sygeplejersker og 5 sekretærer.

Anm.: Ambulatoriet i Slagelse, Næstved og Ringsted indgik ikke i første nedslag på grund af stor personaleudskiftning.

Der har i alt deltaget 29 klinikere i interviews, og en del har medvirket i mere end et interview.

Kilde: VIVE.

Tilpasninger undervejs

De to empiriske nedslag, som vi foretog i hhv. 2023 og 2024, gav værdifulde indsigter i den kliniske hverdag samt i de muligheder og udfordringer, der var for at udfolde FDA i praksis. Nedslagene viste samtidig, at der var stor variation i forhold til, hvordan de enkelte kerneelementer fra FDA blev udmøntet i de forskellige ambulatorier, samt at udviklingsarbejdet ikke alle steder gik så hurtigt som ønsket.

Dette ledte i foråret 2023 til en aftale om ikke at gennemføre et empirisk nedslag på ambulatorierne med henblik på at sikre arbejdsro og mulighed for at komme længere i arbejdet med FDA. I sommeren 2024 blev det endvidere aftalt ikke at gennemføre de planlagte observationer i efteråret 2024.

Dette bundede i en vurdering af, at de opnåede forandringer stadig var for små til, at observationerne ville give nye indsigter sammenlignet med de tidligere runder. Samtidig var der et ønske om at udvide den afsluttende dataindsamling, så den inkluderede interviews med ledere og medarbejdere fra SDCS' regionale enhed, repræsentanter fra de medicinske afdelingsledelser og medlemmer af SDCS' bestyrelse. Med det afsæt gennemførte vi i efteråret 2024 syv interviews fordelt på nedenstående deltagere:

Tabel 9.3 Evalueringens afsluttende interviews med fokus på FDA's organisering og den fremadrettede understøttelse

	Den regionale enhed	Medicinske afdelingsledelser	SDCS' bestyrelse
Deltagere	De tre primære projektledere, der er involveret i FDA. SDCS' direktør og den regionale enheds stabschef.	2 cheflæger.	2 interviews med hhv. bestyrelsesformand og et bestyrelsesmedlem.

Kilde: VIVE.

Formålet med dette lettere justerede fokus fra hverdagens organisering til den overordnede organisatoriske kontekst var at styrke evalueringens evne til at forklare fremdrift og resultater. Vi ville gerne blive klogere, på hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige "hæmmere" og "fremmere" der er for arbejdet med FDA.

Interviewene blev gennemført efter afslutningen af evalueringens øvrige dataindsamling. Fokus var todelt i forhold til, at vi for det første søgte indsigt i deltagernes perspektiver på FDA, herunder deres vurdering af fremdrift, resultater og fortsatte indsatsområder. For det andet havde vi også fokus på at præsentere og drøfte evalueringens fund med interviewdeltagerne med henblik på refleksion på læring og fremadrettede muligheder for at understøtte arbejdet med FDA.

Behandling af evalueringens kvalitative data

Interviewene er så vidt muligt gennemført med deltagelse af to af rapportens forfattere, og vi har skiftedes til hhv. at være interviewer og referent. Alle interviews er optaget elektronisk, og der er udarbejdet detaljerede referater, som efterfølgende er tematiseret i henhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål og kernelementerne i FDA.

Referaterne har sammen med strukturerede feltnoter fungeret som grundlag for evalueringens analyser. Med afsæt i den samlede kvalitative dataindsamling er der udarbejdet en individuel casebeskrivelse (fremgår af bilag 2) for hvert af de deltagende ambulatorier. Disse beskrivelser fungerer sammen med de generelle perspektiver på FDA's organisering og opnåede resultater, der er afdækket i interviews og observationer, som afsæt for analyserne i rapportens kapitel 2-6.

9.2.2 Elektronisk spørgeskema med baseline og opfølgning

Som supplement til den kvalitative dataindsamling er der ved starten og afslutningen af VIVEs dataindsamling udsendt et elektronisk spørgeskema til alle klinikere og sekretærer på de deltagende ambulatorier.

Formålet med spørgeskemaet er at belyse, hvordan den brede gruppe af klinikere har oplevet relevans og resultater af arbejdet med FDA. Spørgeskemaet er udviklet med afsæt i de kernelementer, der indgår i FDA, og undersøger med det afsæt klinikkernes perspektiver på:

- Triagering og ønsket om at kunne frigøre ressourcer til de patienter, der har det største behov
- Målsætninger om at kunne give en mere individualiseret behandling og opfølgning, der er tilrettelagt med afsæt i den enkelte patients ønsker og behov
- Et styrket tværfagligt teamsamarbejde i ambulatorierne
- Oplevelsen af tværsektoriel kommunikation og samarbejde med almen praksis og kommuner
- Hvorvidt det opleves at have en velfungerende digital værktøjskasse, der understøtter omlægningen af det patientrettede arbejde.

Spørgeskemaets resultater vedr. ovenstående emner er gengivet og kommenteret i bilag 1. Resultaterne anvendes desuden løbende i rapportens kapitel 2-5 sammen med indsigter fra evalueringens kvalitative dataindsamling

Udvikling af spørgeskema og indsamling af data

Spørgeskemaet er udviklet i samarbejde med SDCS' projektgruppe vedr. FDA. Spørgeskemaet er pilottestet af tre udviklingskonsulenter, to ledere fra den regionale Steno-enhed og to klinikere fra de involverede ambulatorier. Pilottesten foregik i starten af april 2023 på baggrund af en udskrift af spørgeskemaet, som pilotrespondenterne udfyldte, hvorefter de gav skriftlig og mundtlig feedback på spørgsmålenes formuleringer som afsæt for revision og opsætning af den endelige udgave.

Første udsendelse var i foråret 2023 (24. april til 15. maj) og etablerede en baseline for den oplevede relevans, samt i hvor høj grad personalet oplevede at kunne levere en patientbehandling, der var i overensstemmelse med målsætningerne for FDA. Anden udsendelse var i efteråret 2024 (28. august til 10. september) og havde til formål at vurdere udviklingen i personalets svar, og dermed i hvilket omfang der ses en positiv udvikling som følge af arbejdet med FDA.

Spørgeskemaet er udsendt ved hjælp af personalelister (e-mailadresser) udleveret til VIVE af Steno Diabetes Center Sjælland. I 2023 var der 65 ansatte ud af 95 inviterede, der helt eller delvist besvarede spørgeskemaet = 68 % af alle inviterede. I 2024 var der 55 ansatte ud af 89 inviterede, der helt eller delvist besvarede spørgeskemaet = 62 % af alle inviterede.

Der er således opnået en tilfredsstillende svarprocent, men i med at det samlede antal besvarelser er lavt, er resultaterne følsomme over for hver enkelt svarpersons svar. Som det fremgår af Tabel 9.4 og Tabel 9.5, er der også forskel på sammensætningen af respondenter fordelt på fagligheder og ansættelsessteder på tværs af spørgeskemaets to runder. Særligt ses, at andelen af læger, der indgår, er ca. halveret i 2024 sammenlignet med 2023, samt at andelen af svar fra medarbejdere på Holbæk Sygehus er mindsket. Disse forbehold betyder samlet set, at ændringer i svarfordelingerne fra 2023-2024 skal tolkes med forsigtighed.

Tabel 9.4 Respondenternes faglige baggrund i hhv. 2023 og 2024

Hvad er din nuværende stilling?		
	2023	2024
Diætist	N = 4 (6,25 %)	N = 6 (11,32 %)
Læge	N = 21 (32,81 %)	N = 11 (20,75 %)
Lægeseekretær	N = 12 (18,75 %)	N = 10 (18,87 %)
Social- og sundhedsassistent	N = 0 (0 %)	N = 0 (0 %)
Sygeplejerske	N = 23 (35,94 %)	N = 22 (41,51 %)
Andet*	N = 4 (6,25 %)	N = 4 (7,55 %)
I alt	N = 64 (100 %)	N = 53 (100 %)

Note: * Respondenter, der satte kryds ud for 'Andet', fik mulighed for at uddybe i et åbent tekstfelt. Folk har her skrevet hhv. fodterapeut, forskningsmedarbejder, oversygeplejerske og leder.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Tabel 9.5 Respondenternes ansættelsessteder i hhv. 2023 og 2024

På hvilket diabetesambulatorium arbejder du? (Hvis du arbejder flere steder, bedes du sætte kryds ved det ambulatorium, hvor du har flest timer).		
	2023	2024
Ambulatoriet på Holbæk Sygehus	N = 22 (34,38 %)	N = 12 (23,08 %)
Ambulatoriet på Køge Sygehus	N = 15 (23,44 %)	N = 16 (30,77 %)

På hvilket diabetesambulatorium arbejder du? (Hvis du arbejder flere steder, bedes du sætte kryds ved det ambulatorium, hvor du har flest timer).

Ambulatoriet på Nykøbing F. Sygehus	N = 12 (18,75 %)	N = 15 (28,85 %)
Ambulatoriet på Næstved Sygehus	N = 4 (6,25 %)	N = 3 (5,77 %)
Ambulatoriet på Slagelse Sygehus	N = 11 (17,19 %)	N = 6 (11,54 %)
I alt	N = 64 (100 %)	N = 52 (100 %)

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Tabel 9.6 viser, hvor længe respondenterne i efteråret 2024 havde været i deres aktuelle ansættelse. Som det fremgår, har 69 % af respondenterne været ansat mere end de 2 år, der er arbejdet med FDA, mens yderligere 18 % har været ansat i 1-2 år. Heroverfor er der 14 %, der har været ansat i mindre end 1 år og derfor alt andet lige har begrænset mulighed for at kunne vurdere fremdrift og resultater relateret til FDA.

Tabel 9.6 Respondenternes anciennitet i ambulatoriet

Hvor længe har du arbejdet på ambulatoriet? (Spørgsmål kun stillet i 2024)

Mindre end 1 år	N = 7 (13,73 %)
1-2 år	N = 9 (17,65 %)
Mere end 2 år	N = 35 (68,63 %)
I alt	N = 51 (100 %)

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i efteråret 2024.

Databehandling og analyse

Analyserne af spørgeskemaet har primært skullet skabe overblik over den brede gruppe af klinikers oplevelser af FDA's relevans og konsekvenser. Til det formål er der i bilag 2 udarbejdet et antal deskriptive figurer (horisontale søjlediagrammer) til illustration af fordelingerne af svar på tværs af de to runder.

Som det kan ses i figurerne, varierer antallet af observationer (N) på tværs af de forskellige spørgsmål. Det varierende antal observationer skyldes, at svarpersoner ikke indgår i analyser af spørgsmål, som de ikke har besvaret (dette kan være spørgsmål, som svarpersonerne pga. frafald tidligere i spørgeskemaet ikke har nået at blive præsenteret for, eller spørgsmål, som de af forskellige årsager ikke har ønsket at besvare og derfor har sprunget over). Derudover er også 'Ved ikke'-svar blevet kodet som missing, idet sådanne svar ikke er udtryk for nogen meningsfuld oplevelse/meningstilkendegivelse vedrørende teamorganiseringens konsekvenser.

Grundet det lave antal respondenter har det ikke været muligt at lave analyser, der sammenligner svar på tværs af enkelte faggrupper eller på tværs af de fire ambulatorier, der indgår i FDA. Resultaterne analyseres derfor samlet, og det er løbende blevet testet, om de udviklinger, der ses i svarene, er signifikante på tværs af de to runder. Dette er sket med anvendelse af robuste standardfejl, og det konventionelle kriterium på $p < 0.05$ er anvendt til at afgøre, om forskelle mellem svarene er statistisk signifikante eller ej.

Litteratur

- Clotier, C., Denis, J., Langley, A., & Lamothe. (2016). Agency at the managerial interface: Public sector reform as institutional work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 259–276.
- Dahler-Larsen, P. (2005). Ti ofte stillede spørgsmål om virkningsevaluering. *Evalueringens nyt: Temanummer Om Virkningsevaluering*, (7), 21–26.
- Dahler-Larsen, P., & Krogstrup, K. H. (2003). *Nye veje i evaluering: Håndbog i tre evalueringsmodeller*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. (2023). *Robusthedskommissionens anbefalinger*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Brighton, MA: Harvard Business Review Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Steno Diabetes Center Sjælland. (2022). *Årsberetning 2022: En styrket diabetesindsats i Region Sjælland*. Holbæk: Steno Diabetes Center Sjælland.
- Steno Diabetes Center Sjælland. (2023). *Femårsevaluering af Steno Diabetes Center Sjælland: Status, resultater og perspektiver*. Holbæk: Steno Diabetes Center Sjælland.
- Styregruppe for Fremtidens Diabetescenter. (2022). *Fremtidens Diabetesambulatorium: Handleplan præsenteret til SDCS bestyrelsesmøde 25. november 2022*. Holbæk: Steno Diabetes Center Sjælland.
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Styrket indsats for mennesker med diabetes: Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Specialevejledning for Intern medicin: Endokrinologi*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Topholm, E. H., Martin, H. M., & Bech, M. (2021). *Sammenhængende patientforløb*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Wentzer, H. S., & Ballegaard, S. A. (2022). *Tryk omlægning af ambulante forløb med telemedicin: Erfaringer med 'miksede kontaktformer' fra covid-19*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag 1 Spørgeskemaundersøgelsens resultater

Dette bilag afrapporterer resultaterne fra det elektroniske spørgeskema, der to gange i projektperioden er udsendt til personalet fra de involverede ambulatorier.

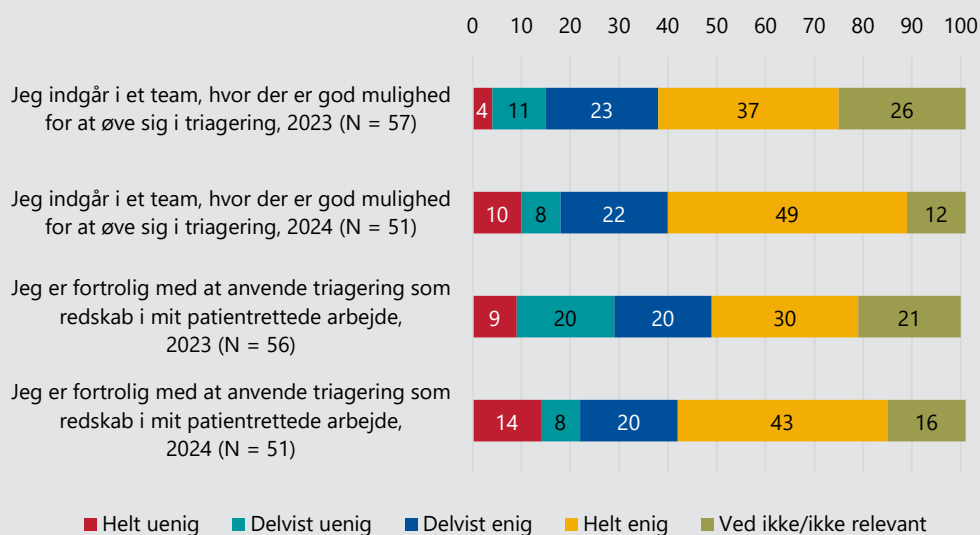
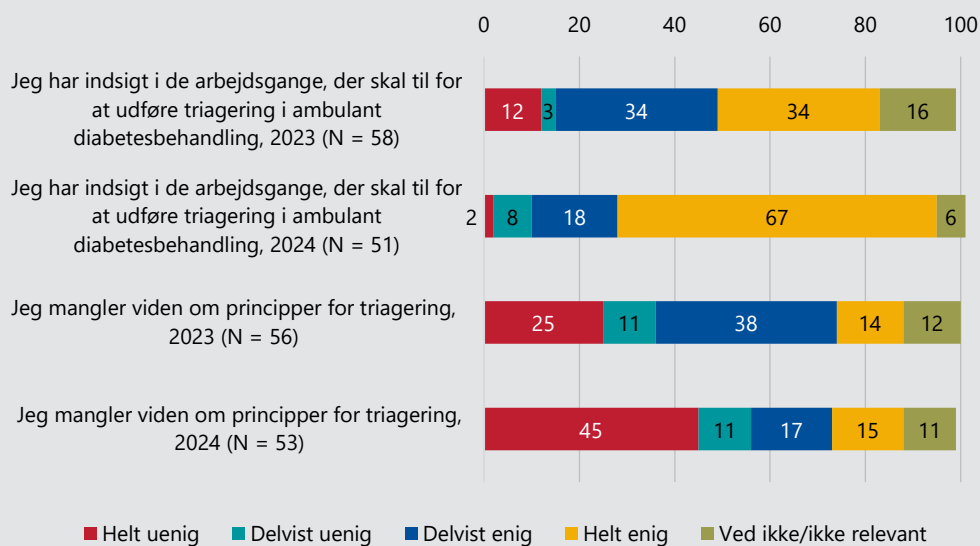
Spørgeskemaet og afrapporteringen falder i nedenstående syv temaer:

- Tema 1 omhandler personalets perspektiver og erfaringer med triagering.
- Tema 2 omhandler personalets oplevelse af at kunne tilbyde en individualiseret behandling.
- Tema 3 omhandler oplevelsen af at have en fleksibel arbejdsplads.
- Tema 4 omhandler tværfagligt samarbejde.
- Tema 5 omhandler tværsektoriel kommunikation og samarbejde.
- Tema 6 omhandler perspektiver på de digitale værktøjer, der anvendes til at understøtte patientbehandlingen.
- Tema 7 omhandler oplevede resultater af arbejdet med FDA.

Tema 1: Triagering

Bilagsfigur 1.1 undersøger respondenternes kendskab og erfaringer med triagering i det patientrettede arbejde.

Bilagsfigur 1.1 Hvor enig eller uenig er du i nedenstående udsagn vedr. kendskab og praktiske muligheder for at arbejde med triagering med henblik på at kunne tilbyde en individuelt tilpasset behandling?



Anm.: Det er først og fremmest lægesekretærer og respondenter fra kategorien 'Andet', der har svaret 'ved ikke/ikke relevant'.

Den øgede andel af respondenter, der i 2024 angiver at have indsigt i arbejdsgangen for triagering, er signifikant ($P < 0,01$).

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

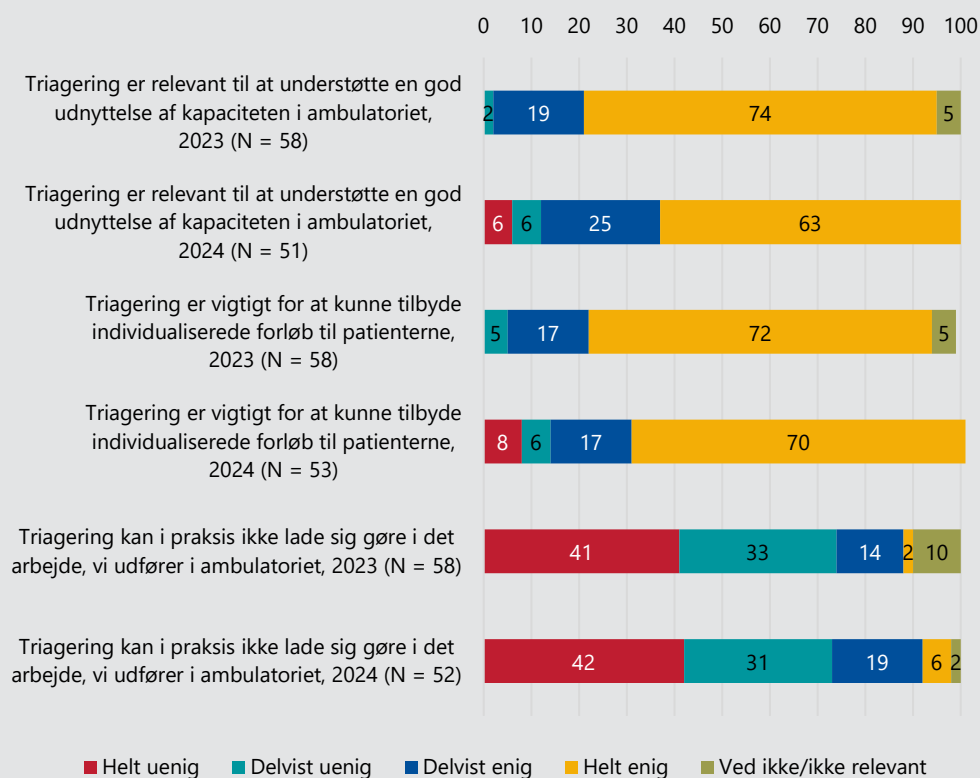
Bilagsfigur 1.1 viser, at andelen af respondenter, der oplever at have indsigt i de arbejdsgange, der skal understøtte triagering, er øget fra foråret 2023 til efteråret 2024. I efteråret 2024 er der således 85 % af respondenterne, der er delvist eller helt enige i, at de har indsigt i arbejdsgangene.

Det ses også, at andelen af respondenter, der oplever at mangle viden om principperne for triagering, er faldet fra 52 % i foråret 2023 til 32 % i efteråret 2024. Udviklingen indikerer, at respondenternes kendskab til principperne for triagering er øget, men den er ikke signifikant ($P = 0,056$).

Der ses også en stigning i oplevelsen af at indgå i et behandlerteam, hvor der er god mulighed for at øve sig i principperne for triagering på tværs af spørgeskemaets to runder. Andelen af respondenter, der delvist eller helt erklærer sig enige i dette, er således steget fra 60 % til 71 %. Udviklingen er dog ikke signifikant ($P = 0,93$), og der er fortsat 18 %, som oplever mangelfuld mulighed for at øve sig på triagering i et behandlerteam.

Endelig ses, at andelen af respondenter, der er delvist eller helt enige i at være fortrolig med at anvende triagering som værktøj i det patientrettede arbejde, er steget fra 50 % i første runde til 63 %. Udviklingen er ikke signifikant ($P = 0,43$), og 22 % af respondenterne vurderer fortsat ikke at være fortrolige med at anvende triagering.

Bilagsfigur 1.2 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om relevans og anvendelighed af triagering?



Anm.: Det er først og fremmest lægesekretærer og respondenter fra kategorien 'Andet', der har svaret 'ved ikke/ikke relevant'.

Udviklingen i svarfordeling på første spørgsmål er signifikant ($P < 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.2 viser, at et stort flertal af spørgeskemaets informanter på tværs af de to runder er delvist eller helt enige i, at triagering er relevant i forhold til at sikre en god udnyttelse af kapaciteten i ambulatoriet såvel som i forhold til at kunne tilbyde en individualiseret behandling. Der ses samtidig en forskydning i retning af, at flere er helt eller delvist uenige i, at triagering er vigtig for kapacitetsudnyttelsen og muligheden for at kunne tilbyde individualiserede forløb. Den samlede andel af kritiske svar på 12 % for begge udsagn er dog fortsat lav, samtidig med at ingen respondenter i 2024 har svaret 'ved ikke' på spørgsmålene.

Svarfordelingerne på spørgsmålet om, hvorvidt triagering i praksis kan lade sig gøre i det daglige arbejde, viser samme udvikling. På den ene side er andelen af positive svar i begge runder i klart overtal og stort set uændret. På den anden side er andelen af kritiske svar øget fra 16 % i første runde til 25 % i anden, mens andelen af 'ved ikke' tilsvarende er mindsket.

De vigtigste forudsætninger

Spørgeskemaet har undersøgt, hvilke forudsætninger klinikerne finder vigtigst for at lykkes med triagering i hhv. 2023 og 2024 med afsæt i de syv kategorier, der fremgår af Bilagstabel 1.1.

Bilagstabel 1.1 Respondenternes vurdering af de vigtigste forudsætninger for at lykkes med triagering

Hvilke forudsætninger er <u>vigtigst</u> , hvis man skal lykkes med at styrke dit ambulatoriums arbejde med triagering?		
	2023	2024
Større forståelse for triagering som koncept	Andel: 0,32	Andel: 0,28
Instrukser, der kan understøtte opgaven	Andel: 0,40	Andel: 0,19
Mere tid/flere ressourcer til opgaven	Andel: 0,56	Andel: 0,39
Bedre mulighed for at øve sig på opgaven	Andel: 0,14	Andel: 0,11
Bedre mulighed for at sparre med kolleger om opgaven	Andel: 0,32	Andel: 0,31
Ændrede rammer for konsultationer med patienter, så det bliver lettere at differentiere behandlingen	Andel: 0,25	Andel: 0,43
Bedre mulighed for dialog med samarbejdspartnere fra andre sektorer, når der opstår problemer i patientforløbet	Andel: 0,21	Andel: 0,35

Anm.: Hver respondent har haft mulighed for at markere op til tre udsagn.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagstabel 1.1 viser, at ændrede rammer for konsultationer, mere tid til opgaven og bedre mulighed for dialog med samarbejdspartnere i 2024 fremstår som de vigtigste forudsætninger for spørgeskemaets respondenter. Det fremgår endvidere, at andelen, der efterlyser instrukser, der kan understøtte triagering, er halveret sammenlignet med foråret 2023, så det nu er knap 20 %, der angiver dette.

Ovenstående prioritering er også afspejlet i svarene på den åbne svarkategori, hvor respondenterne havde mulighed for at beskrive de største barrierer for at gennemføre triagering i ambulatoriet. I 2024 var der 22 respondenter, der benyttede denne mulighed og angav i alt 27 beskrivelser af barrierer. De er sammenfattet nedenfor:

- 12 udsagn handler om, at travlhed og mangel på beskyttet tid står vejen for at kunne lykkes med triagering. Der efterlyses i den forbindelse bl.a. tid – fx at

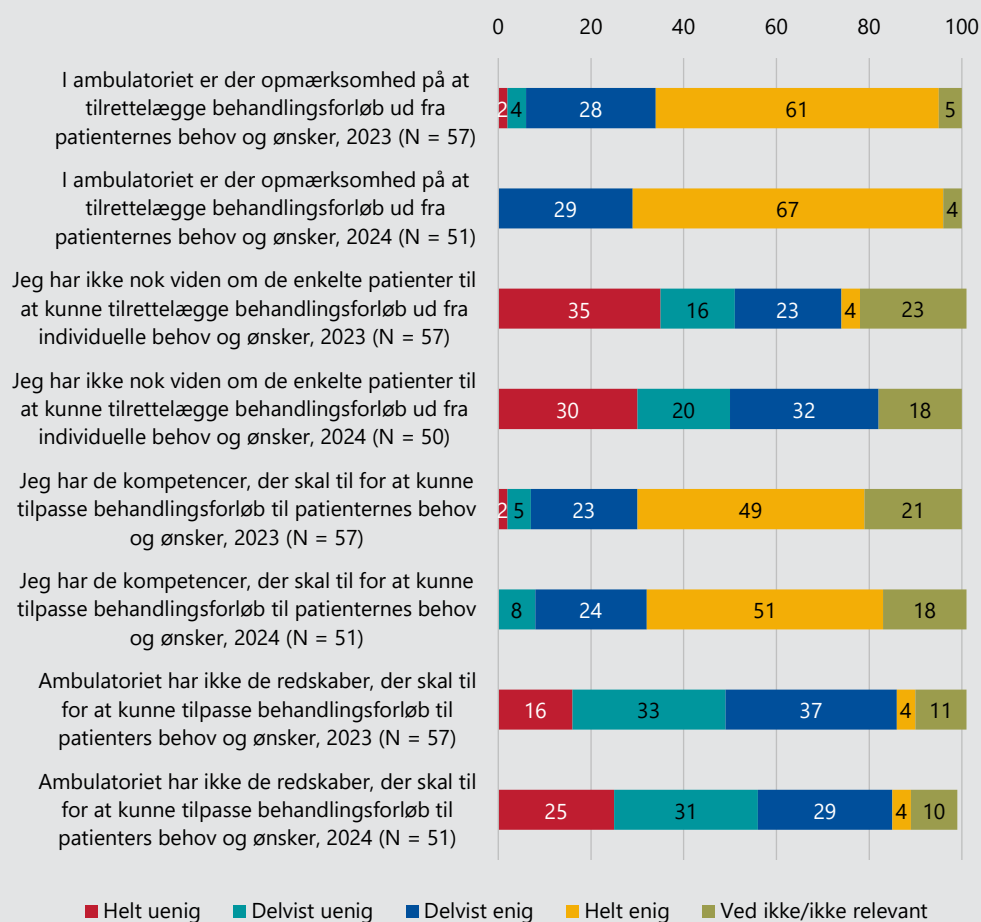
ambulatoriet lukker i et tidsrum, med henblik på at læger og sygeplejersker sammen kan triagere de tilknyttede patienter.

- 6 udsagn handler om, at ambulatoriets organisering står i vejen for i praksis at kunne sikre tværfagligt teamsamarbejde i forhold til såvel triagering som opfølgning med få behandlingsansvarlige. Det er særligt læger og sygeplejerskers arbejde, der veksler mellem matrikler, ambulatorium og sengeafdelinger, samt et kontinuerligt flow af uddannelseslæger, der angives som bagvedliggende årsager.
- 4 udsagn går på, at triagering ikke opleves at tilføre noget nyt i forhold til eksisterende praksis – og som følge heraf også opleves som unødigt arbejde med at sætte patienter i kategorier og kasser.
- 3 udsagn handler om, at triagering foregår usystematisk og fragmenteret, hvilket igen knytter an til en oplevelse af, at der mangler mulighed for at udvikle en fælles tilgang og systematik på tværs af involverede.
- 2 udsagn handler om, at triagering opleves som et fagligt svigt i forhold til, at man afslutter/opgiver patienter, der har behov for hjælp trods mangelfuld respons på behandling.

Tema 2: En individualiseret behandling og opfølgning

Bilagsfigur 1.3 undersøger, i hvilket omfang respondenterne oplever at kunne tilbyde en individualiseret behandling og opfølgning samt udviklingen i perioden 2023-2024.

Bilagsfigur 1.3 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om de nuværende muligheder for at tilrettelægge behandlingsforløbet for den enkelte patient?



Anm.: Det er først og fremmest lægesekretærer og respondenter fra kategorien 'Andet', der har svaret 'ved ikke/ikke relevant'.

Der ses ingen signifikante forskelle i svarfordelingerne på tværs af første og anden runde.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.3 viser for det første, at et stort flertal af respondenterne i både 2023 og 2024 er helt eller delvist enige i, at der i ambulatoriet er opmærksomhed på at tilrettelægge behandlingen med afsæt i patienternes behov og ønsker. Det fremgår samtidig, at ingen respondenter svarer negativt på udsagnet i 2024.

I 2023 angiver 27 % af respondenterne, at de helt eller delvist mangler viden om de enkelte patienter i forhold til at kunne tilrettelægge en individuel behandling, mens der i 2024 er 32 %, der angiver, at dette delvist er tilfældet. Andelen af

respondenter, der positivt angiver, at de delvist eller helt har den nødvendige viden, ligger uændret på ca. 50 %.

I forhold til kompetencerne til at kunne tilbyde en individuel behandling er der ved begge runder et stort flertal (hhv. 72 % og 75 %), der angiver, at de delvist eller helt har de nødvendige kompetencer. Heroverfor er der 8 % (svarende til fire respondenter), der oplever at mangle kompetencer.

De mest kritiske svar ses ved begge runder på spørgsmålet om, hvorvidt ambulatoriet har de rette forudsætninger for at kunne tilbyde et behandlingsforløb, der er tilpasset den enkelte patients behov og ønsker. I 2023 var der 41 %, som helt eller delvist var enige i, at dette ikke var tilfældet, mens den tilsvarende andel i 2024 var 33 %.

I forlængelse af ovenstående spørgsmål har respondenterne haft mulighed for at angive de største barrierer for at kunne tilbyde en individualiseret behandling, jf. Bilagstabel 1.2.

Bilagstabel 1.2 Respondenternes vurdering af de største barrierer for at kunne tilbyde en individualiseret behandling

	2023	2024
Hvilke af nedenstående forudsætninger vurderer du er <u>vigtigst</u>, hvis man skal blive bedre til at tilpasse ambulatoriets behandlingsforløb til de enkelte patienters behov og ønsker?		
Styrkede faglige kompetencer til at involvere patienter i beslutninger om egen behandling	Andel: 0,46	Andel: 0,51
Bedre mulighed for afstemning af patienters forventninger	Andel: 0,35	Andel: 0,43
Mere tid/flere ressourcer til opgaven	Andel: 0,53	Andel: 0,43
Et fagligt miljø, der i højere grad understøtter involveringen af patienter i beslutninger om egen behandling	Andel: 0,46	Andel: 0,39
Ledelsesmæssig prioritering af at involvere patienter i beslutninger om egen behandling	Andel: 0,21	Andel: 0,16

Anm.: Respondenterne har haft mulighed for at sætte op til tre krydser.

Der ses ingen signifikante forskelle på svarfordelingerne på tværs af de to spørgeskemarunder.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagstabel 1.2 viser, at ca. halvdelen af respondenterne angiver faglige kompetencer til at kunne involvere patienter i beslutninger om egen behandling som forudsætning for at kunne lykkes med individualiseret behandling. I efteråret 2024 er der

videre ca. 40 %, der angiver hhv. mulighed for afstemning af forventninger, tid og ressourcer til opgaven og et fagligt miljø, der understøtter patientinvolvering. Ledelsesmæssig prioritering er med hhv. 21 % og 16 % den mindst angivne forudsætning i både 2023 og 2024.

Spørgeskemaet indeholdt også et åbent tekstfelt, hvor respondenterne havde mulighed for at beskrive oplevede barrierer for at kunne tilrettelægge individuelle behandlingsforløb.

14 respondenter har benyttet lejligheden til at skrive om oplevede barrierer²⁴. De oplevede barrierer er beskrevet nedenfor:

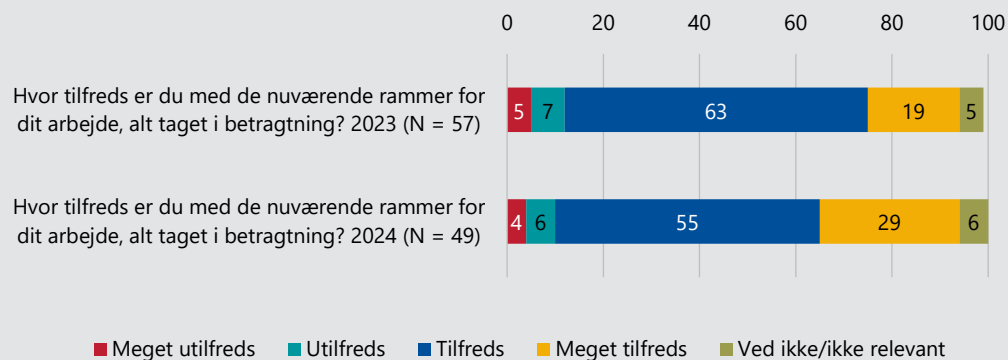
- Fem udsagn handler om, at manglende tider og fleksibilitet i kalenderbookningen udfordrer muligheden for at sikre opfølgning til patienter i fokuserede forløb, der skal følges tæt.
- Yderligere fem beslægtede udsagn handler om, at manglende mulighed for at sikre kontinuitet i relationen mellem patienter og personale (særligt sygeplejersker) i fokuseret forløb/patienter med komplekse behov står i vejen for at lykkes.
- I forhold til patienterne er der tre udsagn vedr. manglende motivation, udeblivelser og mangel på støttepersoner til at hjælpe patienten, der angives som barrierer for at lykkes med individualiseret/fokuseret behandling.
- Derudover knytter tre udsagn sig til manglende tid og overskud til at gennemføre forandringer i ambulatoriets travle hverdag. I den forbindelse nævnes manglende fokus på at mødes til tværfaglige drøftelser om triagering også som barriere.
- Endelig er der to udsagn om barrierer, der knytter sig til manglende viden om kommunale støttemuligheder og manglende adgang til psykolog og tolkebi-stand.

Tema 3: Den fleksible arbejdsplads

En fleksibel og attraktiv arbejdsplads med fx mulighed for hjemmearbejde samt forsknings- og projekttid indgår også som en af målsætningerne for FDA. Som indledning til dette tema er respondenterne blevet bedt om at vurdere tilfredsheden med de rammer, der samlet set er for deres arbejde, jf. Bilagsfigur 1.4:

²⁴ Flere respondenter har gengivet mere end en pointe og der er derfor sammenfattet mere end 14 udsagn.

Bilagsfigur 1.4 Respondenternes tilfredshed med de overordnede rammer for deres arbejde



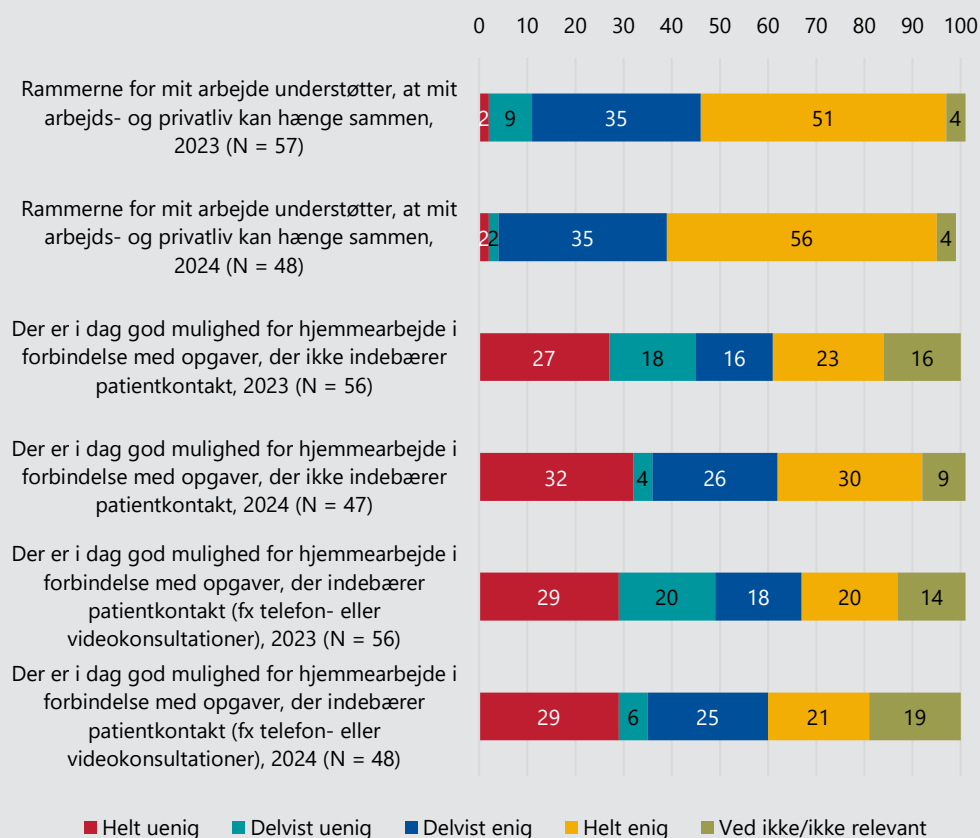
Anm.: Forskellene mellem 2023 og 2024 er ikke signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Som det fremgår af Bilagsfigur 1.4, er der et stort og sammenligneligt flertal af respondenterne ved begge runder, der angiver at være tilfredse eller meget tilfredse med rammerne for deres arbejde. Det fremgår samtidig, at andelen, der angiver at være meget tilfredse, er steget fra 19 % i 2023 til 29 % i 2024. Denne udvikling er dog ikke signifikant.

I Bilagsfigur 1.5 har respondenterne vurderet tre af de specifikke målsætninger, der er beskrevet i FDA i forhold til at understøtte oplevelsen af en fleksibel arbejdsplads.

Bilagsfigur 1.5 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om de nuværende rammer for dit arbejde?



Anm.: Forskellene mellem 2023 og 2024 er ikke signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

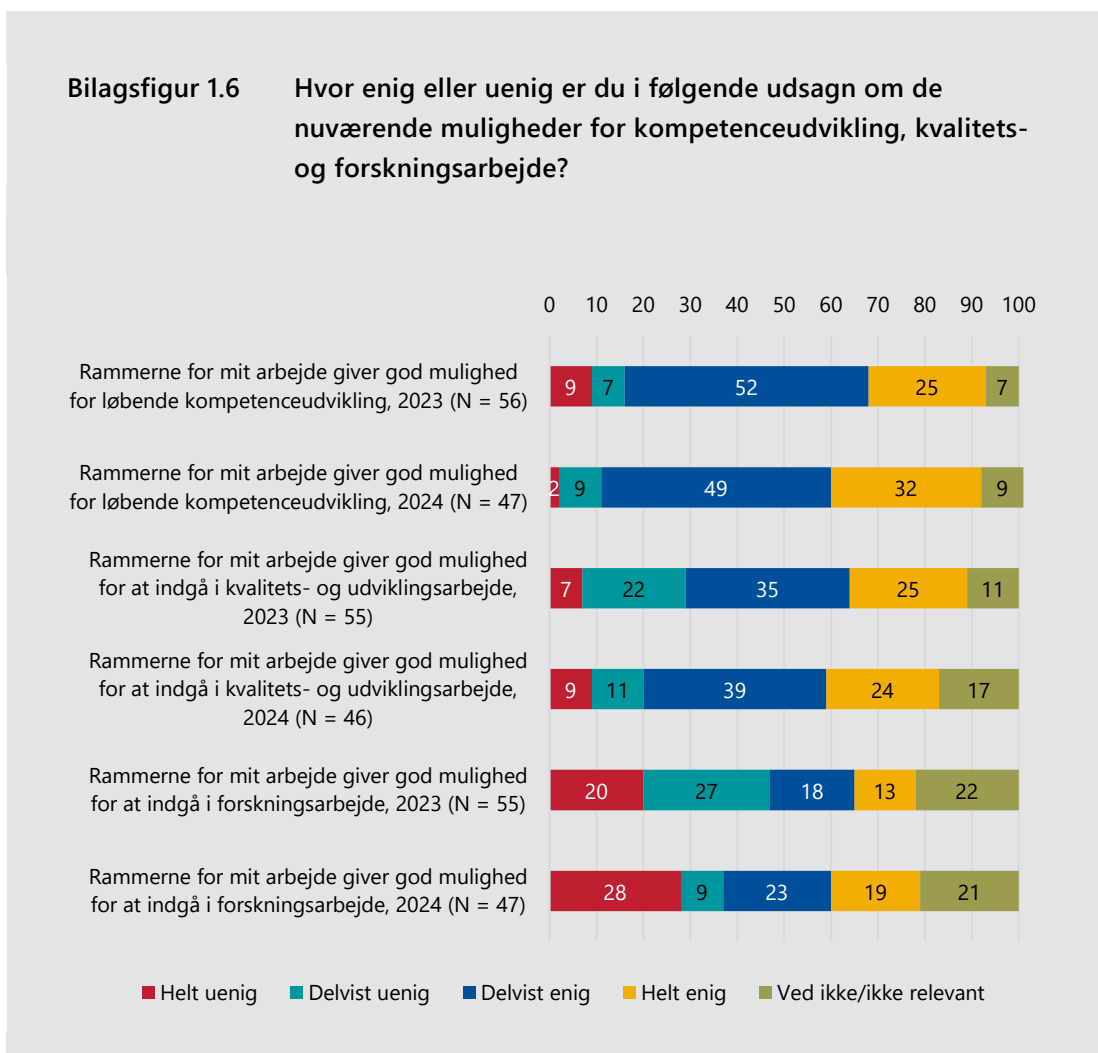
Bilagsfigur 1.5 viser i tråd med vurderingen af de overordnede rammer for arbejdet, at det store flertal i både 2023 og 2024 helt eller delvist vurderer, at rammerne for deres arbejde understøtter, at deres arbejds- og privatliv kan hænge sammen.

I forhold til muligheden for hjemmearbejde ses en tendens til, at flere oplever at have fået mulighed for dette i perioden mellem de to spørgeskemaundersøgelser. Udviklingen er dog ikke signifikant.

Der er 39 % i 2023 og 56 % i 2024, der erklærer sig helt eller delvist enige i, at der er gode muligheder i forhold til opgaver, der ikke indebærer patientkontakt. Heroverfor er der hhv. 45 % i 2023 og 36 % i 2024, der helt eller delvist vurderer at dette ikke er tilfældet.

I forhold til hjemmearbejde med opgaver, der indebærer patientkontakt, erklærer 38 % i 2023 og 46 % i 2024 sig helt eller delvist enige i, at der er god mulighed for dette. Heroverfor er der 49 % i 2023 og 35 % i 2024, der helt eller delvist vurderer, at dette ikke er tilfældet.

I Bilagsfigur 1.6 har respondenterne vurderet tre specifikke målsætninger i FDA, som knytter sig til kompetencer og mulighed for at indgå i kvalitets- og forskningsarbejde.



Anm.: Ingen af forskellene mellem 2023 og 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.6 viser, at et klart flertal af respondenterne i både 2023 og 2024 helt eller delvist erklærer sig enige i, at der er god mulighed for løbende kompetenceudvikling. I 2023 er der 77 %, der forholder sig positivt til spørgsmålet, mens det tilsvarende tal er 81 % i 2024.

Lidt færre – hhv. 60 % i 2023 og 63 % i 2024 – angiver også, at rammerne for deres arbejde giver god mulighed for at indgå i kvalitets- og udviklingsarbejde.

Endelig ses, at spørgsmålet om mulighed for at indgå i forskningsarbejde er det element, hvor respondenterne forholder sig mest kritisk, samtidig med at ca. en femtedel i begge runder har svaret 'ved ikke/ikke relevant'. Der ses en tendens til, at flere svarer positivt på mulighederne for at indgå i forskningsarbejde (31 % i 2023 vs. 42 % i 2024), men udviklingen er ikke signifikant.

I forlængelse af spørgsmålene i Bilagsfigur 1.5 og Bilagsfigur 1.6 har respondenterne haft mulighed for at angive, hvilke forudsætninger de savner mest i forhold til at skabe bedre rammer for deres arbejde. Respondenternes svar/prioriteringer er angivet i Bilagstabel 1.3.

Bilagstabel 1.3 Respondenternes vurdering af, hvilke forudsætninger de savner mest i forhold til at skabe bedre rammer for deres arbejde.

	2023	2024
Bedre mulighed for hjemmearbejde i forbindelse med opgaver, der <u>ikke</u> indebærer patientkontakt	Andel: 0,40	Andel: 0,52
Bedre mulighed for hjemmearbejde i forbindelse med opgaver, der <u>indebærer</u> patientkontakt	Andel: 0,25	Andel: 0,29
Bedre mulighed for løbende kompetenceudvikling	Andel: 0,46	Andel: 0,46
Bedre mulighed for at indgå i kvalitets- og udviklingsarbejde	Andel: 0,28	Andel: 0,25
Bedre mulighed for at indgå i forskningsarbejde	Andel: 0,21	Andel: 0,19

Anm.: Respondenterne har haft mulighed for at sætte op til tre krydser.

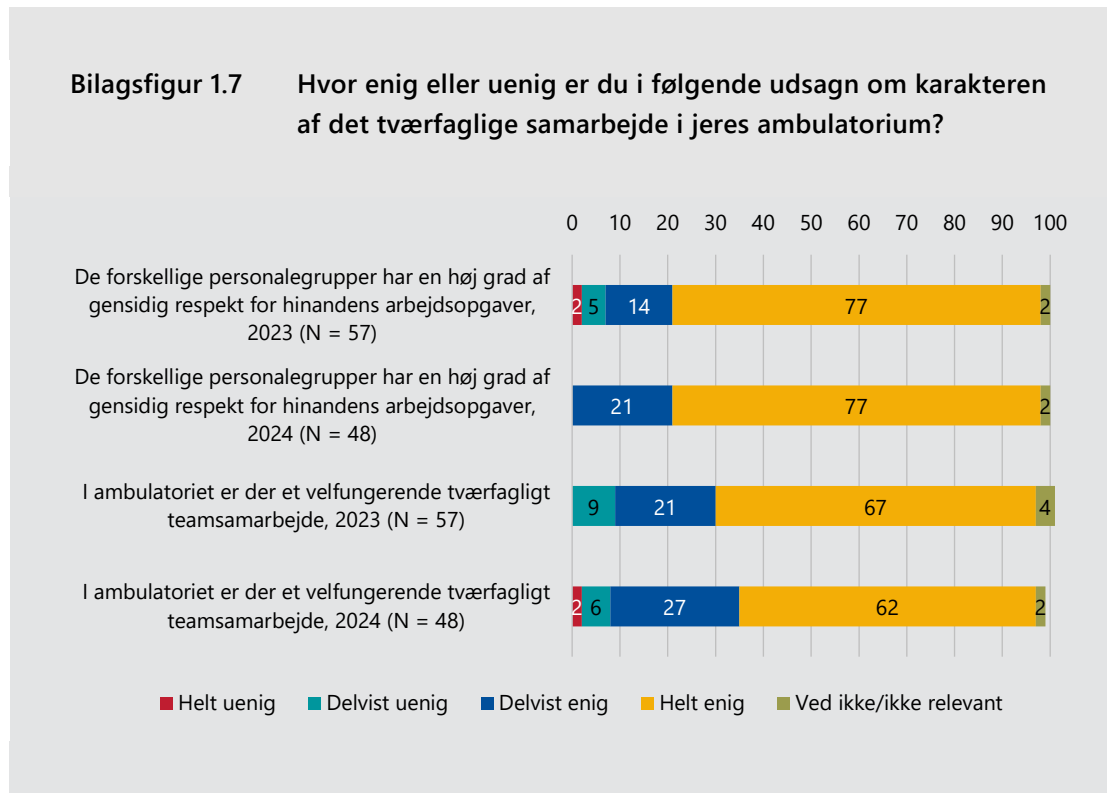
Ingen af forskellene mellem 2023 og 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagstabel 1.3 viser, at godt halvdelen af respondenterne angiver et behov for at skabe bedre rammer for hjemmearbejde i forbindelse med opgaver, der ikke indebærer patientkontakt. Bedre mulighed for løbende kompetenceudvikling kommer på andenpladsen og er prioriteret af knap halvdelen af respondenterne. Heroverfor ligger andelen, der efterlyser bedre mulighed for hjemmearbejde i forbindelse med opgaver, der indebærer patientkontakt i 2024, på knap 30 %, mens hhv. 25 % og knap 20 % efterlyser bedre forudsætninger for at indgå i kvalitets- og forskningsarbejde.

Tema 4: Tværfagligt teamsamarbejde

Gode faglige relationer og styrkede rammer for tværfagligt teamsamarbejde indgår som centrale elementer i FDA. Bilagsfigur 1.7 viser på tværs af 2023 og 2024 respondenternes vurdering af den gensidige respekt faggrupperne imellem, samt i hvilket omfang der opleves et velfungerende tværfagligt teamsamarbejde.



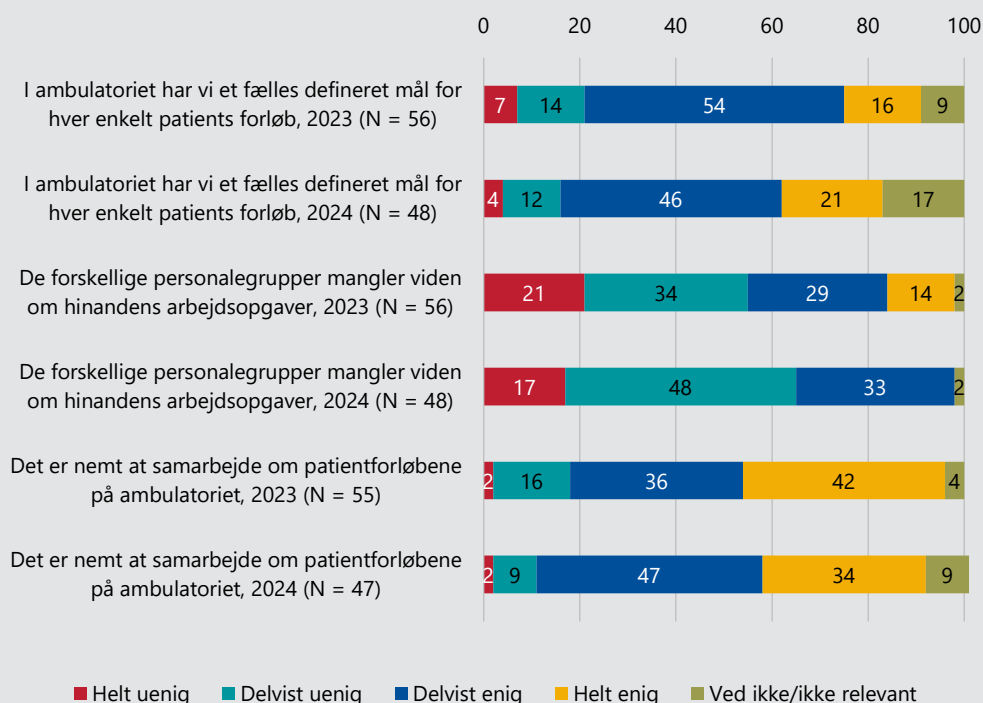
Anm.: Ingen af forskellene mellem 2023 og 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.7 viser på tværs af spørgsmål og de to svarrunder, at et stort flertal af respondenterne er helt eller delvist enige i, at der er gensidig respekt og et velfungerende tværfagligt teamsamarbejde i deres ambulatorium.

I forlængelse af ovenstående generelle forudsætninger for tværfagligt samarbejde er respondenterne også blevet bedt om at vurdere tre specifikke forudsætninger for at kunne lykkes med samarbejdet om patienternes forløb. Svarfordelingerne er angivet i Bilagsfigur 1.8.

Bilagsfigur 1.8 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om mulighederne for at have et fælles afsæt for de enkelte patienters forløb?



Anm.: Ingen af forskellene mellem 2023 og 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.8 viser, at flertallet af respondenterne i både 2023 og 2024 delvist eller helt erklærer sig enige i, at der i ambulatoriet er et fælles mål for hver enkelt patients forløb. Det fremgår dog også, at andelen, der erklærer sig helt enig i begge runder, er relativt lille (hhv. 16 % i 2023 og 21 % i 2024).

Det fremgår videre, at hhv. 43 % i 2023 og 33 % i 2024 af respondenterne er helt eller delvist enige i, at de forskellige personalegrupper mangler viden om hinandens arbejdsopgaver. I forhold til dette spørgsmål ses en ikke signifikant tendens til, at færre erklærer sig helt enige i, at der mangler viden i 2024 sammenlignet med 2023.

Endelig fremgår det, at et stort flertal af respondenterne i begge runder angiver, at de er helt eller delvist enige i, at det er nemt at samarbejde om patientforløbene i deres ambulatorium. Der ses samtidig en ikke signifikant tendens til, at andelen af positive svar er øget i perioden mellem udsendelsen af spørgeskemaerne.

Spørgeskemaet indeholdt også et åbent tekstfelt, hvor respondenterne havde mulighed for at beskrive oplevede barrierer for at opnå et velfungerende samarbejde i ambulatoriet.

16 respondenter har benyttet lejligheden til at skrive om oplevede barrierer²⁵. De oplevede barrierer er beskrevet nedenfor:

- Fem udsagn knytter sig til, at det er svært at samle relevant personale til tværfaglig drøftelse af principper for triagering. Seks udsagn knytter sig i forlængelse heraf til, at det er svært at samle relevant personale i forhold til triagering og samarbejde om konkrete patienters forløb. Det gælder for begge udsagn, at det særligt er de organisatoriske rammer, hvor læger og sygeplejersker arbejder på tværs af matrikler og afsnit, der fremhæves som barrierer i denne sammenhæng.
- Yderligere seks udsagn knytter sig til, at der mangler læger og sygeplejersker i ambulatoriet, hvilket igen sættes i relation til travlhed og mangel på tid, der gør det vanskeligt at prioritere tværfaglig dialog om triagering og teamsamarbejde.
- To udsagn knytter sig til, at der opleves for stor forskel i tilgangen til triagering og beskrivelsen af de planer, der aftales med den enkelte patient. Herunder benævnes manglende opbakning til FDA og triagering også som en faktor.
- Endelig er der en respondent, der efterlyser bedre kalender- og planlægningsredskaber, samt en respondent, der efterlyser mulighed for sociale arrangementer med henblik på at ryste personalet bedre sammen.

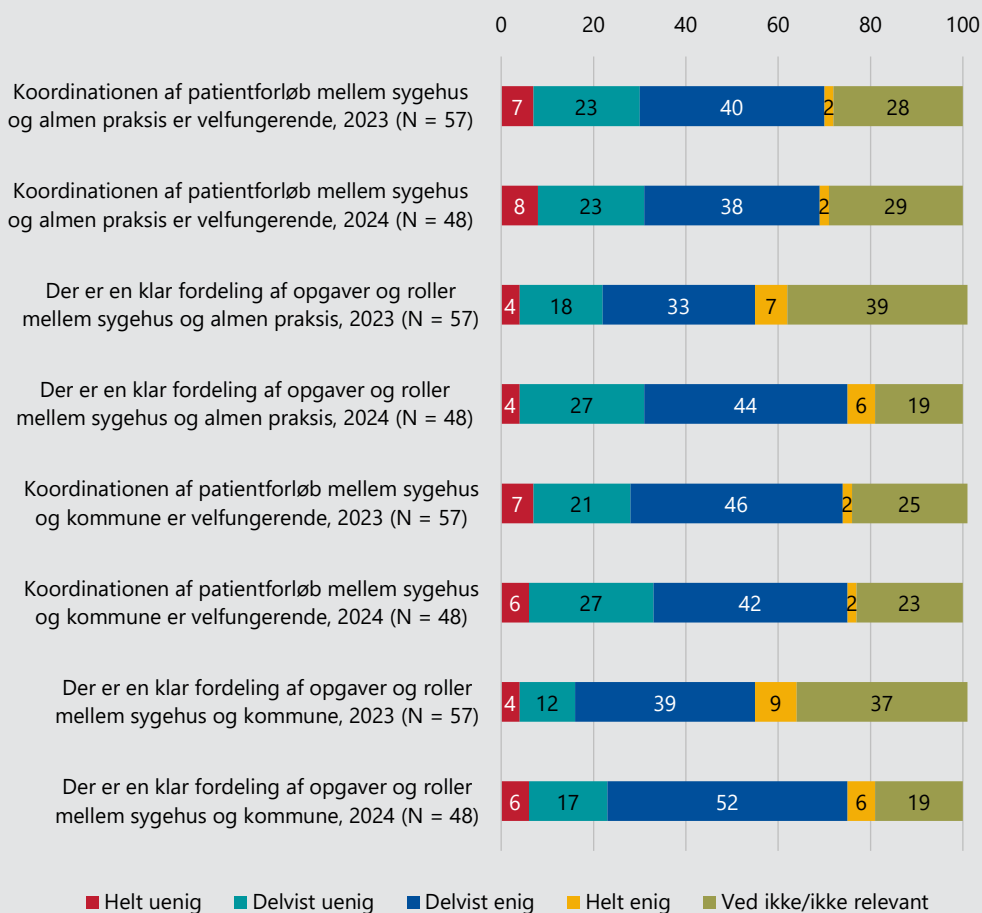
Tema 5: Tværsektoriel kommunikation og samarbejde

Styrket tværsektoriel kommunikation og samarbejde er også indeholdt som en målsætning i FDA, og det gælder ikke mindst i forhold til muligheden for at kunne række ud til primærsektor i forhold til patienter med særlige sociale og psykiske udfordringer.

Spørgeskemaet har i den forbindelse undersøgt respondenternes generelle vurdering af koordination og arbejdsdeling mellem sygehuset og hhv. almen praksis og kommuner. Svarene er gengivet i Bilagsfigur 1.9.

²⁵ Flere respondenter har gengivet mere end en pointe, og der er derfor sammenfattet mere end 16 udsagn.

Bilagsfigur 1.9 Hvor enig eller uenig er du i nedenstående udsagn om den nuværende koordination/ansvarsfordelingen mellem sektorer i forløb for patienter, der har behov for ekstra tilbud uden for ambulatoriet?



Anm.: Ingen af forskellene på svarfordelingerne blandt de respondenter, der har været i stand til at svare på spørgsmålene mellem 2023 og 2024, er signifikante.

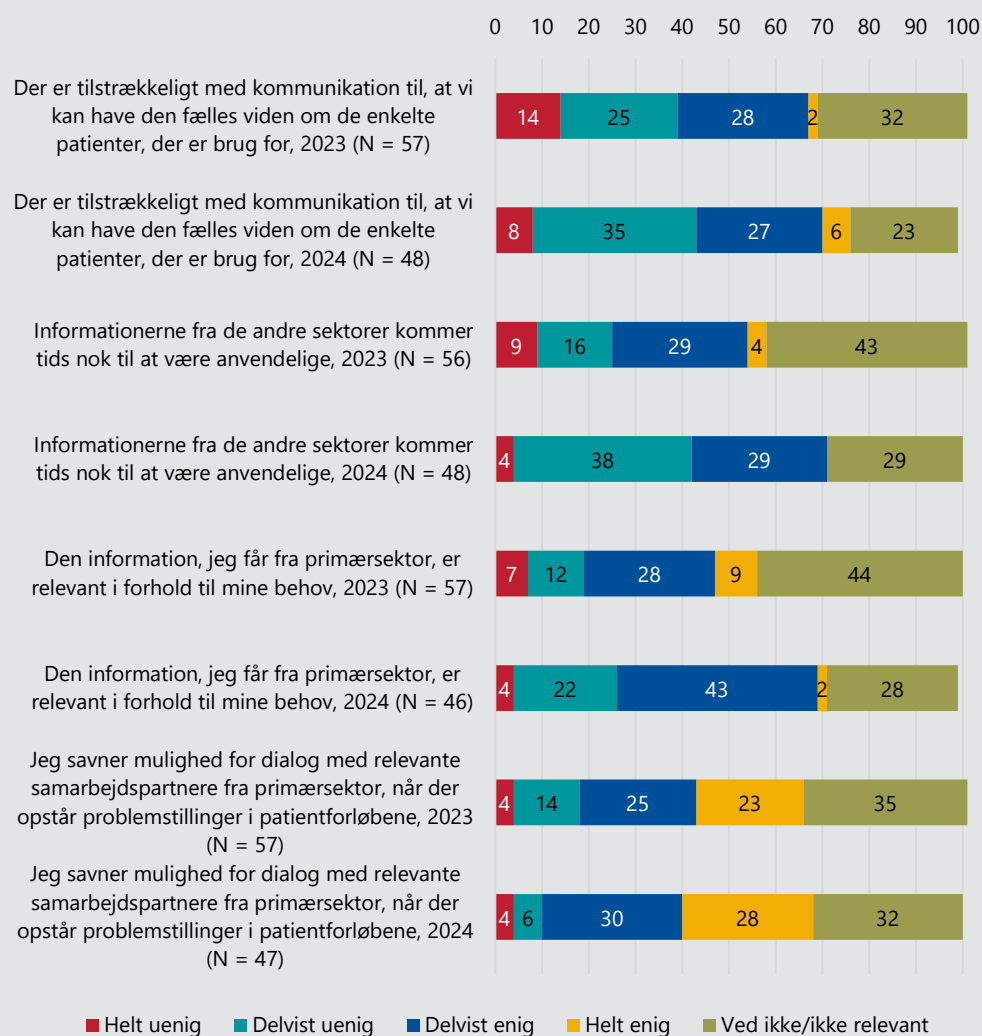
Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.9 viser overordnet, at relativt mange (fra 19- 39%) respondenter ikke har været i stand til at svare på spørgsmålene om det tværsektorielle samarbejde.

For de respondenter, der har valgt at svare, gælder generelt set – og på tværs af de to svarrunder – at ca. halvdelen erklærer sig helt eller delvist enige i, at koordination og arbejdsdeling på tværs af sektorer er velfungerende. Det fremgår, at arbejdsdelingen mellem kommune og sygehus er det forhold, der vurderes mest positivt,

mens de øvrige spørgsmål vurderes lidt mindre positivt – og sammenligneligt – på tværs af 2023 og 2024.

Bilagsfigur 1.10 Hvor enig eller uenig er du i nedenstående udsagn om din kommunikation med primærsektor (kommune og almen praksis) om patienter, der har behov for ekstra tilbud uden for ambulatoriet?



Anm.: Ingen af forskellene mellem 2023 og 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.10 viser, at respondenterne i begge runder forholder sig relativt kritisk til kommunikation og informationsudveksling med primærsektor. Der er således i

begge runder et flertal af de respondenter, der har svaret, som vurderer, at kommunikationen med primærsektor er utilstrækkelig i forhold til at sikre en fælles viden om patienterne. Det samme gælder for oplevelsen af, om informationerne udveksles tids nok til at være anvendelige.

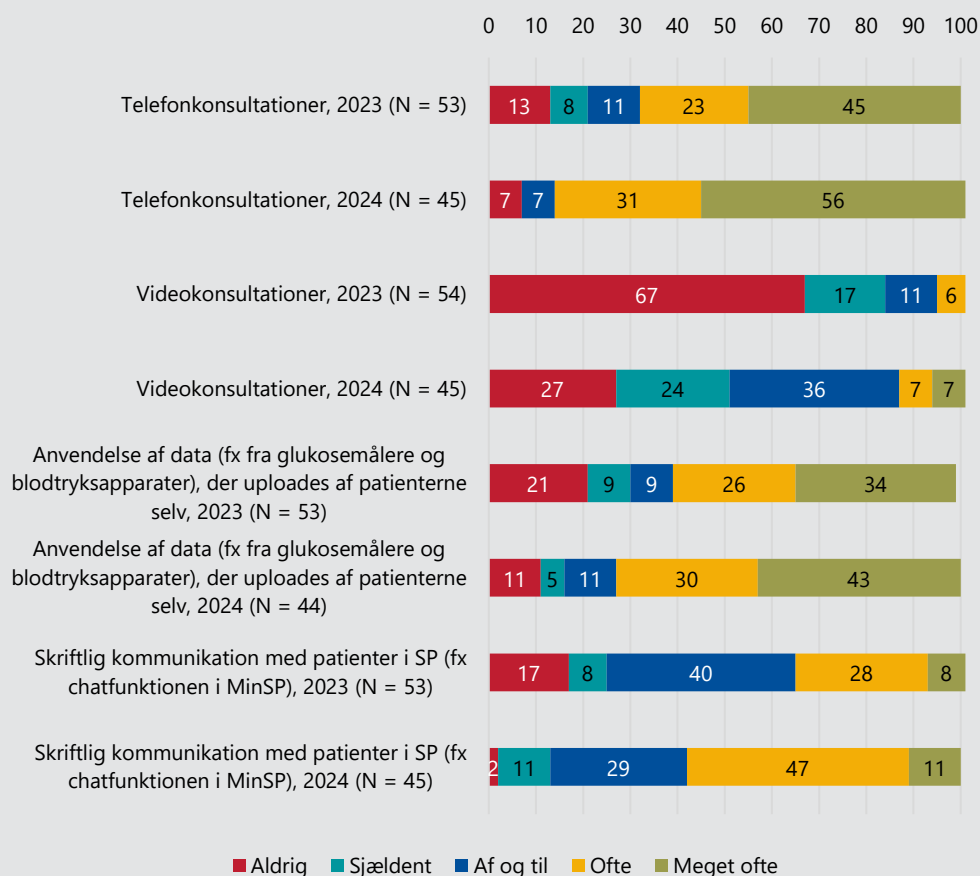
Når det kommer til relevansen af den information, der udveksles, ses til gengæld, at flertallet af respondenter, der har svaret på udsagnet, erklærer sig helt eller delvist enige i, at denne passer til deres behov.

Endelig ses, at et stort flertal af de respondenter, der har svaret på spørgsmålet, efterlyser bedre mulighed for dialog med relevante samarbejdspartnere fra primærsektor, når der opstår udfordringer i patientforløbet.

Tema 6: En velfungerende digital værktøjskasse

Nye digitale redskaber til at understøtte en mere fleksibel patientkontakt indgår som et centralt indholdselement, der skal understøtte omstillingen til en mere individualiseret patientbehandling.

Bilagsfigur 1.11 Hvor ofte gør du brug af følgende i forbindelse med dit patientrettede arbejde i ambulatoriet?



Anm.: Udviklingen i andelen af respondenter, der har erfaringer med at anvende videokonsultationer ($P < 0,001$) og chatfunktionen i MinSP ($P < 0,05$). Udviklingen i brugen af telefonkonsultationer er desuden grænsesignifikant ($P = 0,06$).

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

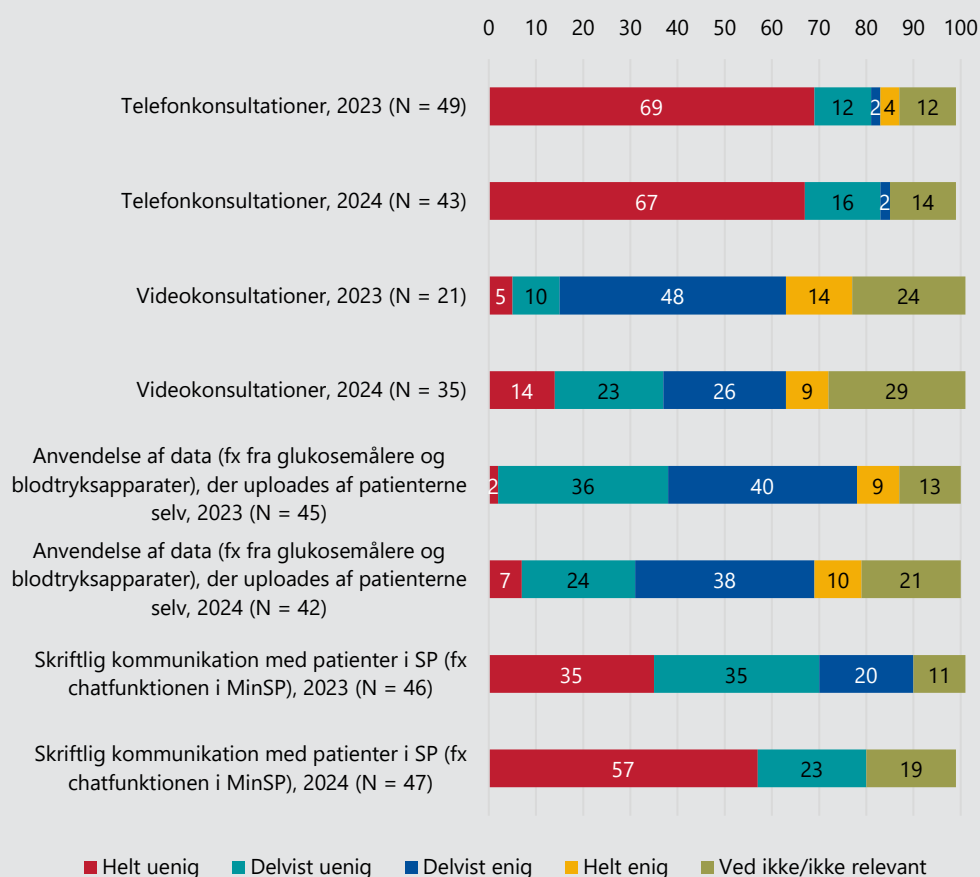
Bilagsfigur 1.11 viser, at et klart flertal af respondenterne anvender telefonkonsultationer som en del af det patientrettede arbejde i ambulatoriet. Der ses samtidig en øgning i anvendelse fra 68 % i 2023 til 87 % i 2024, hvilket er grænsesignifikant ($P = 0,06$).

Der er også et klart flertal af respondenterne i begge runder, som anvender data, der uploades af patienterne selv. I 2024 er der således 73 %, der angiver, at de ofte eller meget ofte gør brug af sådanne data, mens yderligere 11 % angiver, at de gør det af og til.

Det fremgår videre, at der er sket en signifikant øgning i brugen af videokonsultationer i perioden, om end det stadig kun er 14 %, der i 2024 ofte eller meget ofte anvender denne mulighed. Den store stigning ses i gruppen, der af og til anvender videokonsultationer, og denne er steget fra 11 % i 2023 til 36 % i 2024.

Brugen af chatfunktionen i MinSP viser tilsvarende en signifikant udvikling i retning af, at flere anvender den ved anden udsendelse af spørgeskemaet i 2024. Der er således 58 %, der i 2024 angiver, at de ofte eller meget ofte anvender chatfunktionen, mens yderligere 29 % angiver, at dette af og til er tilfældet.

Bilagsfigur 1.12 Angiv, i hvilket omfang du oplever tekniske udfordringer i brugen af nedenstående redskaber



Anm.: Spørgsmålene er kun stillet til de respondenter, der har angivet at have erfaringer med redskaberne.

Den mindskede andel af respondenter, der i 2024 oplever tekniske udfordringer med chatfunktionen i MinSP, er signifikant ($P < 0,001$).

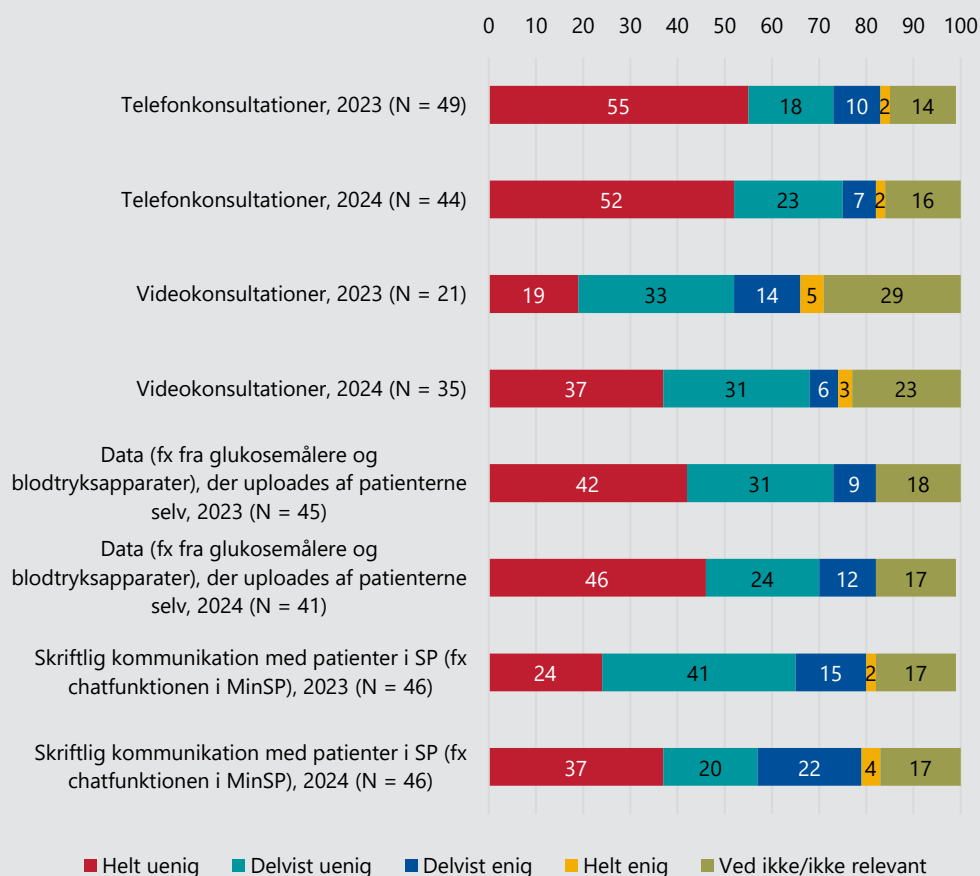
Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.12 viser, at et stort og uændret flertal af respondenterne ikke oplever udfordringer med at anvende telefonkonsultationer. Heroverfor ses, at respondenterne i 2024 fordeler sig ca. ligeligt, i forhold til om de oplever udfordringer med videokonsultationer eller ej.

I forhold til brugen af data, som patienterne uploader selv, er det i både 2023 og 2024 knap halvdelen af det samlede antal respondenter, som oplever udfordringer forbundet med dette, mens der i 2024 stadig kun er 7 %, som angiver, at de ikke oplever udfordringer.

Den største udvikling ses i anvendelsen af chatfunktionen i MinSP, hvor andelen af respondenter, der ikke oplever tekniske udfordringer, er steget fra 35 % i 2023 til 57 % i 2024, mens yderligere 23 % kun i mindre omfang oplever udfordringer. Denne udvikling er signifikant, og det fremgår samtidig, at der i 2024 ikke er nogen respondenter, som i væsentlig grad oplever udfordringer med MinSP.

Bilagsfigur 1.13 Angiv, i hvilket omfang du er utryg, i forhold til hvad nedenstående redskaber gør ved kvaliteten af patientbehandlingen



Anm.: Spørgsmålene er kun stillet til de respondenter, der har angivet at have erfaringer med redskaberne. Ingen forskelle på tværs af 2023 vs. 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.13 viser overordnet det samme billede som Bilagsfigur 1.12 i forhold til personalets vurderinger af, i hvilket omfang anvendelse af digitale redskaber påvirker kvaliteten i patientbehandlingen. Der er således på alle spørgsmål et klart flertal af respondenterne, der slet ikke eller kun delvist er bekymrede for kvaliteten i patientbehandlingen. Der ses ingen signifikante forskelle på 2023 og 2024, og det fremgår, at den skriftlige kommunikation i MinSP er det element, hvor flest (26 % af de respondenter, der har erfaringer med MinSP) angiver at være utrygge i forhold til hvordan den nye kommunikationsform påvirker kvaliteten i patientbehandlingen.

Bilagstabel 1.4 Respondenternes vurdering af de vigtigste forudsætninger for at sikre velfungerende digitale løsninger i det patientrettede arbejde

	2023	2024
Mulighed for, at patienterne selv kan booke tider i ambulatoriet	Andel: 0,25	Andel: 0,40
Mulighed for, at patienterne selv kan kommunikere direkte med ambulatoriet i SP	Andel: 0,37	Andel: 0,38
Bedre IT-support	Andel: 0,21	Andel: 0,11
En kalender, der understøtter en mere fleksibel tilrettelæggelse af mit arbejde	Andel: 0,47	Andel: 0,49
Bedre oplæring i anvendelse af SP	Andel: 0,33	Andel: 0,17
Bedre kompetencer i forhold til anvendelse af videokonsultationer	Andel: 0,21	Andel: 0,26
En mere stabil hjemmeopkobling	Andel: 0,02	Andel: 0,02
Nogle mere driftssikre IT-løsninger til den digitale patientkontakt	Andel: 0,14	Andel: 0,13

Anm.: Hver respondent har haft mulighed for at sætte tre krydser.

Ingen forskelle på tværs af 2023 vs. 2024 er signifikante.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i hhv. foråret 2023 og efteråret 2024.

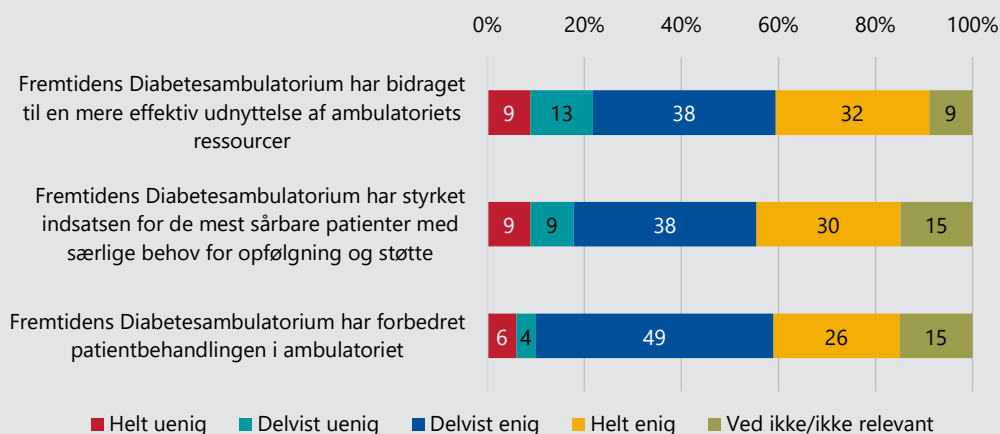
Bilagstabel 1.4 viser, at der ikke er nogle signifikante forskelle på respondenternes svar på tværs af de to spørgeskemarunder. I 2024 er der flest, som lægger vægt på at booke tider selv (40 %), at patienterne skal have mulighed for at kommunikere direkte med ambulatoriet (38 %), samt at det er vigtigt at have en kalender, der understøtter en fleksibel tilrettelæggelse af arbejdet (49 %).

Tema 7: Selvvurderede konsekvenser af Fremtidens Diabetesambulatorium

Som afslutning på spørgeskemaet er respondenterne i 2024 blevet bedt om at angive deres overordnede vurdering af, hvilken betydning arbejdet med FDA har haft for patienternes behandling og udnyttelsen af ambulatoriets ressourcer.

Svarfordelingerne er gengivet i Bilagsfigur 1.14.

Bilagsfigur 1.14 Baseret på dine samlede erfaringer med Fremtidens Diabetesambulatorium bedes du vurdere nedenstående udsagn om indsatsens konsekvenser for patienternes behandling og for udnyttelsen af ambulatoriets ressourcer



Anm.: N = 47.

Kilde: Fagperson-survey udført af VIVE i efteråret 2024.

Bilagsfigur 1.14 viser, at et klart flertal af respondenterne på tværs af spørgsmål vurderer, at introduktionen af FDA er forbundet med positive resultater. Der er således 75 %, der er helt eller delvist enige i, at FDA har forbedret patientbehandlingen, mens 68 % svarer positivt på spørgsmålet om, hvorvidt FDA har styrket indsatsen for de mest sårbare patienter. Endelig er der 70 %, der helt eller delvist vurderer, at FDA har bidraget til en mere effektiv udnyttelse af ambulatoriets ressourcer. Andelen af kritiske svar svinger fra 10-22 %, mens andelen, der ikke har svaret, varierer fra 15-9%.

Bilag 2 Fremtidens Diabetesambulatorium i Region Sjælland – casebeskrivelser

Dette bilag indeholder en casebeskrivelse for hvert af de fire diabetesambulatorier, der indgår i FDA. Beskrivelserne følger nedenstående struktur, der skal give indblik i ambulatoriernes forskellige organisering og vilkår samt tilgang og fremdrift i arbejdet med FDA's initiativer:

- Introduktion til ambulatoriernes organisatoriske rammer, patientgrundlag og medarbejdersammensætning
- Overordnede perspektiver på FDA samt fremadrettede forventninger
- Erfaringer og perspektiver på triagering og individualiseret behandling
- Erfaringer og perspektiver på tværfagligt teamsamarbejde
- Erfaringer og perspektiver på de fleksible og digitale arbejdsmetoder, der introduceres.

Casebeskrivelse: Nykøbing Falster

Sjællands Universitetshospital, Nykøbing Falster er Region Sjællands sydligste sygehusmatrikel. Diabetesambulatoriet ledes af en centerchef, der også har ansvar for Stofskifte- og Osteoporoseambulatoriet. Centeret er organisatorisk placeret under Medicinsk Afdeling. Medicinsk Afdeling har en afdelingsledelse, der består af en cheflæge og en chefsygeplejerske. Diabetes-, Stofskifte- og Osteoporoseambulatoriet har desuden tre ledende oversygeplejersker og to ledende lægesekretærer. I diabetesambulatoriet er der ud over den ledende overlæge og centerchef, der er i ambulatoriet fuldtid, ansat to speciallæger, hvoraf én arbejder 1 dag om ugen, og én arbejder 15 timer om ugen. Speciallægerne har i Nykøbing stort set ikke stuegang. Der er syv diabetessygeplejersker, tre sygeplejersker, der udelukkende beskæftiger sig med osteoporose, en øjensygeplejerske, en fodterapeut, en klinisk projektkoordinator og to diætister. Sygeplejerskegruppen består både af meget erfarne sygeplejersker og helt nyansatte sygeplejersker. Afdelingssygeplejersken har struktureret sygeplejerskernes arbejde på den måde, at nogle udelukkende har med diabetes at gøre, og nogle udelukkende har med osteoporose at gøre. Ambulatoriet har tilknyttet omkring 1.500 diabetespatienter, der kommer fra hele Sydsjælland. Ambulatoriet



Indgang til Diabetesambulatoriet på Sjællands Universitetshospital, Nykøbing Falster.

dækker derfor et stort geografisk område, hvilket gør, at personalet blandt andet er optaget af at få patienter til at benytte forskellige digitale løsninger, herunder MinSP og videokonsultation, sådan at patienterne har alternativer til et fysisk fremmøde i ambulatoriet. Patientpopulationen i ambulatoriet beskrives som kompleks på grund af multisygdom og en stor forekomst af psykiske og sociale udfordringer.

Arbejdet med FDA er for ledelsesteamet forankret i ugentlige møder, mens oversygeplejersken holder faste møder med diabetessygeplejerskerne en gang om måneden. Hertil kommer tværfaglige konferencer af 1 times varighed hver 14. dag med fokus på teamsamarbejde, sparring og vidensdeling. Disse formelt organiserede møder beskrives i interviews som det, der binder arbejdet med FDA sammen. Samtidig fremstår de vigtige for personalet i forhold til at sikre beskyttet tid til at diskutere svære patienter, sikre erfaringsudveksling og modtage undervisning med fagligt input.

Implementeringen af FDA er gået langsommere, end ledelsen forventede, men det fremgår på tværs af interviews, at der er stor opbakning og mange positive resultater, der flugter med FDA's målsætninger. Oplevelsen er samtidig, at der er et godt match mellem FDA's indhold og redskaber i forhold til ambulatoriets organisering og ledelse, som gør det muligt at komme helt i mål med arbejdet i løbet af 2025.

Triagering og individualiseret behandling

Det er bl.a. et pilotprojekt i Nykøbings ambulatorium, der har inspireret FDA's tilgang til triagering og individualiseret behandling. Arbejdet med at klassificere patienter i forskellige grupper har derfor pågået på ambulatoriet, før FDA blev en realitet. Der blev således arbejdet med kategorierne 'af'/'på'/'drøftes', som er kategorier fra F-ACT-modellen, et koncept for teamfunderet triagering fra psykiatrien, som ambulatoriet i Nykøbing pilottestede²⁶. Det har givet ambulatoriet et forspring i arbejdet med triagering og udviklingen af et behovsstyret ambulatorium. Det fremgår således af interviews, at ambulatoriet allerede i udgangspunktet havde et tilbud om Diabetes Status Besøg (DSB), som i de fleste sammenhænge erstatter faste årskonroller. I kombination med idéerne fra F-ACT om at arbejde teambaseret og med fokus på prioriterede indsatser har Nykøbing arbejdet aktivt med at forandre eksisterende behandlingstilgange før påbegyndelsen af FDA.

Kategorierne fra F-ACT er sidenhen blevet erstattet med de aktuelle triageringskategorier ('Fokuseret forløb'/'Selvstyrende'/'I bero'), som nu også foreligger i et digitalt

²⁶ F-ACT står for Flexible Assertive Community Treatment og er en ambulant behandlingsmodel for patienter med svær psykisk sygdom. I Danmark er F-ACT implementeret ved at sammenlægge den opsøgende psykiatri (OP) og traditionel distriktspsykiatrisk behandling. F-ACT er baseret på en tværfaglig, opsøgende og udkørende indsats, hvor kontakter med patienten ofte foregår i eget hjem eller nærmiljø. Formålet med FACT er at øge kontinuiteten i behandlingen ved at kunne tilbyde behandling inden for samme team i både stabile og ustabile perioder af patientens liv. Indsatsen kan intensiveres i de perioder, hvor patienten har det værst, og patienten får i disse perioder hjælp fra flere medarbejdere i FACT-teamet. Når patienten er i bedring, overgår behandlingsansvaret til den primære kontaktperson.

modul i Sundhedsplatformen (SP). Alle patienterne er blevet triageret i Nykøbing. Klinikerne oplever, at de i stigende grad har styr på de forskellige triageringskategorier og beretter, at det nu er en fordel, at disse også er bygget ind i SP. Triageringsmoduliet opleves som nemt at arbejde med, og der er bred enighed om, at kategorierne giver bedre mulighed for at få øje på de sårbare patienter. De bliver synlige, hvilket giver anledning til, at man pludselig kan arbejde med dem – "Vi kan se, hvem de er", som én siger.

Triageringskategorierne giver desuden anledning til at diskutere, om og hvorvidt nogle patienter, grundet manglende forandringspotentiale, kan/bør afsluttes. At patienter kan afsluttes, har især for sygeplejerskerne været en udfordring, herunder at nogle patienter i højere grad end tidligere skal ansvarliggøres for deres egne behandlingsforløb. Personalet finder grundlæggende, at det er godt, at der er fokus på ikke at indkalde rutinemæssigt, men kun efter behov. Det, at de tunge patienter bliver taget op på grund af deres triageringskategori, giver anledning til faglige diskussioner om, hvad der skal ske, herunder om ambulatoriet kan tilbyde dem det, de har behov for, eller om de eksempelvis skal afsluttes til egen læge. Det fremgår af interviews, at det er lykkedes at afslutte et stort antal patienter, hvilket har givet frihed til at prioritere andre patienter med behov for fokuseret forløb samt mulighed for at arbejde med kvalitets- og kompetenceudvikling.

Triageringen sker på baggrund af patienternes journal og med afsæt i klinikernes faglige viden om patienternes forløb i ambulatoriet. Der er fortsat usikkerhed omkring, hvad klinikerne skal tilbyde de patienter, der triageres til at være 'i bero'. De patienter, der typisk triageres til at være 'i bero', er patienter, der er psykisk syge og/eller har problemer med misbrug, samt unge mennesker, som kommer fra børneafdelingerne, og som ikke ønsker at komme på sygehuset. En patient kan være 'i bero', så længe det passer. Henvendelse til Fusionsklinikken²⁷ sker nogle gange i forbindelse med denne gruppe af patienter. Patienter, der triageres til at være i fokuserede forløb, skal drøftes ca. hver måned. Hvor længe en patient kan forblive i et fokuseret forløb, er uklart og derfor noget, der er op til faglig vurdering og diskussion.

Skal en patient om-triageres – det vil sige placeres i en ny kategori – ligger ansvaret for dette i det tværfaglige team. Om-triagering sker i princippet, hver gang personalet har kontakt med en patient, hvorved der foretages en vurdering af, hvorvidt triageringskategoriseringen skal fastholdes eller ændres. Man kan ikke ændre en kategori uden at tale med sin teammakker. Hvis en læge eller sygeplejerske således vurderer, at en patient skal om-triageres, men ikke kan få kontakt til sin teammakker, så angives det i SP, at patienten 'skal drøftes'. Det er ikke en triageringskategori, men en kategori, som gør, at den bliver synlig i SP, og så kan teamet tage sig af det

²⁷ Fusionsklinikken er et tidsbegrænset specialiseret behandlingstilbud målrettet patienter med samtidig svær psykisk sygdom og diabetes.

på næste møde. Denne kategori, som kom fra F-ACT-modellen, arbejdes der således fortsat med i ambulatoriet i Nykøbing.

I Nykøbing er det desuden sygeplejerskerne, der er ansvarlige for at planlægge og afvikle samedagscreeninger (SDS), hvilket er et udtryk for, at ambulatoriet mangler lægeressourcer. Det fremgår i den forbindelse, at sygeplejerskerne oplever dette som et stort ansvar, og at de derfor har et ønske om, at der bliver tilknyttet flere læger til ambulatoriet.

Tværfagligt teamsamarbejde

I ambulatoriet i Nykøbing arbejder læger og sygeplejersker sammen i tværfaglige teams, hvor hvert team består af én læge og én sygeplejerske. Teams etableres fleksibelt for den enkelte patient, og ambulatoriet har med det afsæt i alt (fire læger og syv sygeplejersker) 28 teamkonstellationer. Sygeplejerskerne har under opstartsfasen haft beskyttet tid afsat i deres kalendere til at begynde arbejdet med triagering, hvilket ses som et vigtigt element i at hjælpe arbejdet i gang.

I Nykøbing kan den initiale beslutning om triagering kun foretages af den tilknyttede sygeplejerske og læge i fællesskab. Det betyder, at læger og sygeplejersker koordinerer løbende og enten mødes fysisk eller har telefonisk kontakt for at gennemgå de aktuelle patienter.

I starten af projektfasen var det vanskeligt at finde fælles 'triageringstider' mellem sygeplejersker og læger. Dette problem blev løst ved at lade hvert team selv koordinere mødetider, og ved hvert møde aftaler de nu næste mødetidspunkt. Teamet planlægger selv, hvornår og hvordan de mødes, og de afslutter hvert triageringsmøde med at aftale næste møde, typisk omkring 1 måned senere.

Skulle et team støde på udfordringer med en patient, er der mulighed for at drøfte behandlingen på et fælles tavlemøde. I den forbindelse er der også mulighed for at lade et andet team overtage forløbet, hvis dette vurderes hensigtsmæssigt.

Ambulatoriet ligger fysisk samlet i ét fælles område, samtidig med at det er bemandet af faste speciallæger og sygeplejersker. Det fremgår af interviews, at disse elementer gør det let for personalet at henvende sig til hinanden ved behov for sparring og koordinering, samt at det understøtter faglig kontinuitet i patientforløbene såvel som det tværfaglige teamsamarbejde.

Det fremgår dog også, at oplevelsen af samarbejdet mellem læger og sygeplejersker varierer, samt at sygeplejerskerne har forskellige grader af erfaring med ambulantly diabetesbehandling. Derfor har der i 2024 været fokus på at ensrette og styrke teamsamarbejdet som et led i arbejdet med FDA. Med det afsæt er der bl.a. udviklet

ti retningslinjer samt en samarbejdsmodel med fokus på tillid, konflikthåndtering og resultater.

Fleksible og digitale arbejdsmetoder

FDA har ikke ledt til et fokus på rammerne for **hjemmearbejde**, da dette allerede var etableret som mulighed for alle medarbejdere i udgangspunktet. Interviewene har heller ikke afdækket ønsker om videre rammer end dem, der allerede er på plads.

Som udfoldet nedenfor har der i Nykøbing Falster været efterspørgsel på **den nødvendige værktøjskasse** i hele projektperioden, herunder særligt i forhold til at kunne tilbyde borgere assisterede forløb uden for ambulatoriet:

MinSP-Assistent er et værktøj, som især sygeplejerskerne i 2024 har arbejdet med at få patienterne til at bruge mere med henblik på at give sygeplejerskerne mere information om, hvad patienterne ønsker fokus på. Ønsket er, at patienter bl.a. kan stille spørgsmål eller modtage vejledninger og opgaver forud for en konsultation. De faktiske erfaringer er gode, men ikke så mange som ønsket. Det fremgår derfor af interviews, at der vil være fortsat fokus på anvendelsen i 2025.

I ambulatoriet arbejdes med at sende **PRO-skemaer** til patienter, der skal til sam-medagsscreening og for-besøg, hvor patienter bliver bedt om at besvare et spørgeskema med spørgsmål defineret af afdelingen, inden de skal møde op til konsultation. Erfaringen er, at det fulde PRO-skema er for langt. Det forbindes dels med, at mange patienter ikke får svaret, dels med at besvarelsenerne er vanskelige at overskue og anvende i praksis. Derfor arbejdes med en forkortet udgave med få spørgsmål. Denne fremgangsmåde opleves generelt velfungerende i forhold til at involvere patienterne aktivt i konsultationerne, men der gives også eksempler på patienter, der ønsker at tage emner op, som klinikerne ikke har mulighed for at hjælpe med.

Videokonsultationer tilbydes til patienter, og de fleste af klinikerne har prøvet at bruge det. Det fremgår, at der har været en del opstartsvanskeligheder med at benytte teknologien, men at der over tid er skabt gode erfaringer med, at nogle patienter tager imod tilbuddet, samt at det fungerer godt. Det fremgår samtidig, at flertallet af patienter ikke ønsker at bruge video. Som årsager fremhæves, at mange patienter stadig er usikre på anvendelsen af teknologien, mens andre har det svært med skærmmformatet. Generelt oplever personalet også, at patienterne foretrækker telefonsamtaler frem for videokonsultationer.

Selvbook-muligheden eksisterer i ambulatoriet, og Selvbook-billetter kan udskrives til patienter, men er kun noget, der bruges i meget begrænset omfang. Sygeplejerskerne fortæller, at de få patienter, der har forsøgt sig med Selvbook, har fundet det besværligt og forvirrende. Ifølge lægesekretærene er Selvbook-funktionen i Nykøbing Falster sat op til, at patienter kan vælge en kontroltid på 20 minutter. For

lægesekretærerne, der har arbejdet med Selvbook-funktionen, har det primært handlet om at finde ud af, hvordan der kunne skabes plads i klinikernes kalendere.

Casebeskrivelse: Holbæk

Holbæk Sygehus er det nordligste af sygehuse i region Sjælland. Holbæk Sygehus tilbyder både akut og specialiseret behandling og består af 13 afdelinger. Diabetesbehandlingen er placeret i afdelingen Medicin 1, der ledes af en cheflæge og en chefsygeplejerske. Medicin 1 indeholder tre medicinske specialer: endokrinologi (hormonsygdomme), nefrologi (nyresygdomme) og kardiologi (hjertesygdomme). I september 2024 blev det nye Steno Diabetes Center på Holbæk Sygehus taget i brug (se billede). Ud over diabetesambulatoriet huser det nye center også ambulatorierne for nyre- og hjertesygdomme. Steno Sjællands regionale enhed har også til huse i bygningen. Tanken med placeringen er at gøre det muligt at have tæt kontakt til den kliniske hverdag.



Diabetesambulatoriet ledes af en centerchef, som er overlæge og specialeansvarlig for det endokrinologiske område. Centerchefen orienterer løbende og efter behov cheflægen om udviklingerne i arbejdet med FDA. Ambulatoriet bemannes desuden af otte læger, hvoraf seks er speciallæger. Lægerne har flere funktioner, mens sygeplejerskerne primært er i ambulatoriet. En af de aktuelle uddannelseslæger varetager SDS og har de fleste lægekonsultationer med patienter. Det fremgår af interviews, at en stor andel af de sygeplejersker, der arbejder i ambulatoriet, har været ansat i mange år og spiller en vigtig rolle i forhold til at skabe kontinuitet for patienterne. Ambulatoriet har også ansat en fodterapeut og en sygeplejerske, der varetager øjenscreeninger. I foråret 2024 er der udfordringer med personaledekning, hvilket ifølge centerchefen har påvirket fremdriften i arbejdet med FDA.

Der er omkring 1.550 patienter med diabetes tilknyttet ambulatoriet. Klinikerne beskriver, at patientgruppen er præget af en relativt høj grad af social udsathed. Desuden bor mange patienter langt væk fra ambulatoriet, hvilket kan være en barriere for at møde op på ambulatoriet.

Der er omkring 1.550 patienter med diabetes tilknyttet ambulatoriet. Klinikerne beskriver, at patientgruppen er præget af en relativt høj grad af social udsathed. Desuden bor mange patienter langt væk fra ambulatoriet, hvilket kan være en barriere for at møde op på ambulatoriet.

Triagering og individualiseret behandling

I Holbæk er triagering grebet an på den måde, at alle patienter af ledelsen er delt ud i teams bestående af en læge og en sygeplejerske. Hvert team har fået som opgave at triagere de tildelte patienter. I 2023 gjaldt det for sygeplejerskerne, at der var en grundlæggende begejstring vedr. udsigten til at triagere i tværfaglige teams.

Der var især en forhåbning om, at der vil kunne etableres en fælles forståelse mellem sygeplejerskerne og lægerne omkring arbejdet med de forskellige patienter, og at denne forståelse ville komme såvel patienter som professionelle til gode.

Indledningsvist var triagering en teamopgave, men det er i løbet af 2024 blevet besluttet, at man nu kan triagere alene. Team-triageringen blev oplevet som vanskelig at finde tid til, men omvendt forsvinder det tværfaglige samarbejde om patienten, når man "bare kan sidde alene og klikke dem af", som en læge formulerer det. I 2024 foregår triageringen, når der er tid i løbet af dagen, og den gennemføres uafhængigt af, om patienten er til stede.

Ambulatoriet følger systematisk op på, hvor stor en procentdel af deres tildelte patienter hvert team har triageret, og det fremgår, at næsten alle patienter ved VIVEs afsluttende dataindsamling var blevet triageret. I ventetiden på et fungerende triageringsmodul har klinikerne triageret med afsæt i manuelle lister, der er udtrukket af SP. Derfor forestår et arbejde med at indplacere patienterne i det digitale modul, og det forventes, at der ansættes en ekstra person til at foretage dette arbejde.

Det fremgår af interviews, at triageringen kun i ganske begrænset omfang har praktisk betydning i forhold til patienternes opfølgning og behandling. Dette arbejde mangler fortsat, og det fremgår, at særligt ambulatoriets sygeplejersker undervejs har været bekymrede for den valgte tilgang til triagering, som sker uden at involvere patienterne. Heroverfor har ambulatoriets læger igennem hele projektperioden også været i tvivl om, hvorvidt FDA's fokus på triagering samlet set vil frigøre tid til patientbehandling. Lægerne har samtidig en oplevelse af, at der med FDA ikke tages hensyn til den daglige drift i ambulatoriet. Både læger og sygeplejersker efterspørger i den forbindelse bedre tid afsat til at lave det "forarbejde", der anses som en forudsætning, inden der arbejdes med at implementere forandringerne.

Lægerne og sygeplejerskerne fortæller, at de er vant til at tilbyde patienter individualiserede forløb, og de oplever derfor, at FDA's tilgang til triagering på nogle områder er en ressourcekrævende formalisering af en allerede anvendt tilgang til patienterne. Sygeplejerskerne synes grundlæggende, at triageringen af patienterne giver god mening, men fortæller samtidig, at det i 2023 og 2024 opleves som en skrivebordsøvelse. Deres behov for at yde omsorg over for patienter italesættes også som noget, arbejdet med at triagere patienterne udfordrer, på grund af den tid, det tager.

Tværfagligt teamsamarbejde

Angående det tværfaglige samarbejde i ambulatoriet er hver patient tilknyttet et tværfagligt team bestående af en læge og en sygeplejerske. Teamet er valgt efter hvem, der kender patienten bedst.

Praksis i 2023 er, at patienterne har en behandlingsansvarlig læge, som sygeplejerskerne kan henvende sig til, hvis de skulle have spørgsmål i forbindelse med behandlingen. Lægerne står for årskontrollerne, men de har organiseret sig sådan i Holbæk, at patienterne kommer ind til en sygeplejerske, inden de kommer ind til en læge i forbindelse med årskontrollerne. Patienterne ses derudover primært af sygeplejerskerne. Hvis der er noget, lægerne skal orienteres om, skriver sygeplejerskerne enten i SP, eller også retter de direkte henvendelse.

Hvordan det faste tværfaglige samarbejde, som især sygeplejerskerne mener kan være værdifuldt, skal realiseres i praksis, er uklart. Sygeplejersker og læger tilser således ikke patienter sammen, og sygeplejerskerne efterspørger bedre mulighed for tværfaglig sparring. Det gælder særligt i forhold til triagering, og hvilken betydning dette skal have for patienternes opfølgning fremadrettet.

Med hensyn til tværgående samarbejde ud af huset er klinikerne i Holbæk glade for muligheden for at kontakte Fusionsklinikken i Slagelse (se evt. boks 5 i kapitel 4). Klinikken kan hjælpe ved forløb med patienter, som på grund af psykiske udfordringer har brug for støtte til at følge deres diabetesbehandling.

Fleksible og digitale arbejdsmetoder

Diabetesambulatoriet anvender forskellige digitale redskaber til at understøtte patientforløbene. I forbindelse med SDS udsendes **PRO-skemaer**, som giver patienterne mulighed for at sætte fokus på, hvilke problematikker der fylder. Det er besluttet at anvende det fulde PRO-skema, og det er i den forbindelse en erfaring, at det kræver nogle specifikke kompetencer at arbejde med PRO-skemaer. Det beskrives også som en vanskelig opgave at håndtere store følelsesmæssige problemer, hvis man ikke som sygeplejerske er klædt på til det. Desuden producerer PRO-skemaerne en kvantitativ score, som ambulatoriet indledningsvist overvejede at anvende, men nu har besluttet ikke at bruge. Sygeplejerskerne oplever, at PRO-skemaerne i den fulde udgave indeholder mange spørgsmål, der både sætter fokus på problemer, som hører til andre steder, fx egen læge, men også på problemer, der kan være svære at tale om, som fx seksuelle problemer.

Klinikerne har mulighed for at lave **fjernkonsultationer** på video eller over telefon. Flere oplever, at videokonsultationer kan være teknisk bøvlede, samt at det fortsat er et mindretal af patienterne, der for alvor er i stand til at profitere heraf. For de patienter, der kan og ønsker at anvende video, fremstår det til gengæld positivt, at man kan dele skærbillede og vise relevante diabetesdata, eksempelvis som visualiseringer af blodsukkerniveauer.

Ved brug af **Selvbook** har patienterne mulighed for selv at booke tider til konsultation. I Holbæk begyndte de at pilotteste Selvbook i februar 2024. Det blev tilbudt til de patienter, som er triageret til at være 'selvstyrende'. Det er de patienter, der "fri-

sættes”, som centerchefen forklarer det, men som ønsker vished om, at de efter behov kan booke en ny tid. Hvornår patienten skal ses igen aftales med klinikerne. Klinikerne tildeler således patienterne såkaldte billetter, som de kan bruge til at booke tid. Ved booking af tid kan patienterne via klik-muligheder vælge, hvilken problematik de henvender sig om, og hvilken type kliniker de vil se. De kan også vælge navngivne klinikere, så de er sikre på at komme hos en, de kender. Selvom løsningen har disse funktioner, er det ikke alle klinikerne, der er klar over, at man eksempelvis kan selekttere, hvilken kliniker man som patient ønsker at se, hvorfor nogle har haft den opfattelse, at patienterne mister muligheden for at have en fast kontaktperson. Enkelte klinikere har benyttet Selvbook-funktionen som en form for livline til patienter, der har været utrygge ved først at skulle tilses om 6 måneder.

For at skabe yderligere fleksibilitet for personalet i afdelingen har man overvejet muligheden for **hjemmearbejde**. Det er dog ledelsens vurdering, at hjemmearbejde kan stå i kontrast til muligheden for kollegial og faglige sparring. Derfor er der aktuelt ikke mulighed for at have faste hjemmearbejdsdage, men der eksperimenteres i det små med løsninger, som er fleksible – under hensyntagen til ønsket om at sikre et miljø med adgang til faglig sparring og kollegialt fællesskab.

Casebeskrivelse: Køge

På Sjællands Universitetshospital, Køge er diabetesambulatoriet organiseret under Medicinsk Afdeling. Medicinsk Afdeling indeholder tre sengeafsnit og tre ambulatorier med speciale i mave-, lever- og tarmsygdomme, hormon- og stofskiftesygdomme samt ældresygdomme. Den endokrinologiske sektion er en del af Steno Diabetes Center Region Sjælland. Der er omkring 1.700 patienter med diabetes tilknyttet diabetesambulatoriet. Omkring 1.200 har type 1-diabetes, og omkring 500 har type 2-diabetes. Ambulatoriet har arbejdet målrettet med at afslutte patienter med type 2 for at skabe tid til type 1-patienterne. Derfor har de nu en ”lille og kompliceret” type 2-population.



Sjællands Universitetshospital, Køge, bliver i disse år udvidet, så det bliver ca. tre gange så stort som i dag.

Diabetesambulatoriet ledes af en centerchef, der også er specialeansvarlig overlæge. Der er 11 speciallæger i sektionen for endokrinologi, hvoraf 7 arbejder med diabetes. Derudover er der tilknyttet læger under uddannelse. Der arbejder 10 sygeplejersker i ambulatoriet, og der er tilknyttet 2 sekretærer, som bl.a. varetager opgaver relateret til SDCS. Ambulatoriet har 2 fodterapeuter og 1 øjenssygeplejerske tilknyttet, ligesom der er mulighed for at trække på en diætist tilknyttet den medicinske afdeling. Klinikerne i Køge har alle flere funktioner. Eksempelvis er sygeplejerskerne både tilknyttet andre sygdomsområder og sengeafsnit, som fysisk er placeret

væk fra ambulatoriet. Lægerne har også en bred portefølje og arbejder med flere andre områder end diabetes.

Der er i forbindelse med FDA etableret faste ugentlige møder, hvor hele diabetes-teamet, herunder sygeplejersker, læger og sekretærer, mødes. I praksis har det dog været vanskeligt for lægerne at deltage, da hjemmearbejdsdage, forskning og/eller stuegang falder sammen med muligheden for at deltage. Formålet med møderne er at dele udfordringer, sikre faglige sparring og ikke mindst skabe en fælles forståelse for de centrale delelementer i FDA. Eksempelvis har der været afviklet undervisning i triageringsmodulet, og centerchefen har haft fokus på løbende at udvikle og ensarte klinikernes tilgang til triagering.

Der gives bredt udtryk for, at FDA, og især triagering, giver rigtig god mening, da det skaber fokus på patienternes forbedringspotentiale. I starten af 2024 gives der også udtryk for, at det at triagere også har indfundet sig i den daglige praksis. Til gengæld er der en oplevelse af, at forandringsarbejdet generelt går langsommere end forventet, hvilket ifølge ledelsen både handler om de organisatoriske omstændigheder i ambulatoriet og om, at forandringsarbejdet vedrører en stor kulturændring.

Triagering og individualiseret behandling

I Køge har de arbejdet med at triagere siden efteråret 2023. I foråret 2023 blev der identificeret en slags "frontløbere" på forandringsprocessen, hvor der blandt andet blev nedsat tværfaglige grupper bestående af læger og sygeplejersker, der i fællesskab skulle øve sig på at triagere. I praksis gjorde de dette ved at gennemgå en række patientlister og på baggrund af beskrivelser af triageringskategorierne diskutere, hvordan en patient skulle triageres.

Den umiddelbare indstilling var, at triagering var noget, man i forvejen gjorde, men at der med FDA kom et fokus på at skabe og tilrettelægge gode behandlingsforløb for patienterne. Med inspiration i 'Plan-Do-Study-Act', en model, der beskriver fire faser i en afprøvning, var der i Køge i begyndelsen af projektfasen i foråret 2023 fokus på at teste delelementerne af FDA, herunder især triagering, for derefter at tage bestik af læringen og derefter udbrede det til det øvrige ambulatorium.

Triageringsopgaven blev efterfølgende placeret i forbindelse med sammedagsscreening (SDS). Det betyder, at det i 2024 fortsat kun var en mindre gruppe af patienterne, der var triageret. Derfor har ambulatoriet nu udvidet til at triagere alle patienter i forbindelse med deres årskontroller. Ved evalueringens interviews i efteråret 2024 var det nye triageringsmodul i Sundhedsplatformen lige taget i brug, og klinikerne fortæller i den forbindelse, at triageringen er blevet mere smidig.

Triagering foregår med afsæt i mødet med patienten. Ud over den første triagering ved SDS eller årskontrol bliver patienterne løbende re-triageret, når deres behov

ændrer sig, fx hvis de afslutter et fokuseret forløb. I Køge er det besluttet, at både læger og sygeplejersker kan re-triagere. I forbindelse med triagering har det i Køge været en udfordring, at triageringskategorierne er blevet ændret i løbet af projektperioden.

De har i begyndelsen af FDA-perioden arbejdet systematisk med kategorier, der hed 'gruppe 1', de selvstyrende, 'gruppe 2', fokuserede forløb, og 'gruppe 3', dem med behov for udvidet støtte, som ikke kan gives i ambulatoriet. Derfor har det ført til "vild forvirring", med hensyn til hvordan disse kategorier stemmer overens med de nye kategorier fra efteråret 2024. De fremhæver særligt uoverensstemmelsen mellem kategorien 'behov for udvidet støtte' og 'i bero', idet kriterierne for at indgå i de to kategorier er forskellige. Patienter med behov for udvidede tilbud kan eksempelvis være motiverede for at arbejde på forbedring af deres diabetes, men have behov for særlig støtte hertil, hvor kategorien 'i bero' i højere grad er egnet til patienter, som ikke aktuelt er motiverede for at arbejde med at forbedre deres diabetes.

En konsekvens af triageringen i Køge er, at der er flere patienter, som ringer ind. Her fremhæver klinikerne, at det er vigtigt, at disse patienter bliver ledt hen til de tider, der er reserveret, sådan at de ikke bare lander hos 'stjernesygeplejersken' (er en funktion, som sygeplejerskerne har på skift i forhold til at modtage og koordinere henvendelser fra patienter).

I Køge fremhæver flere, at de mangler tilbud – eller viden om tilbud – som gør det muligt at individualisere tilgangen til patienter med behov for støtte, ud over de muligheder der er i ambulatoriet. Det kan for eksempel være støtte til patienter, som har svært ved at styre deres økonomi og få købt sund mad, eller det kan være patienter med psykiske vanskeligheder, der gør det vanskeligt at passe sin diabetes.

Tværfagligt teamsamarbejde

Ambulatoriets organisering skaber både praktiske og prioriteringsmæssige udfordringer i forhold til FDA. Den endokrinologiske sektion varetager alle regionsfunktioner inden for endokrinologien (se evt. specialeplanen (Sundhedsstyrelsen, 2023)), hvilket dels gør det vanskeligt rent lavpraktisk at mødes i teams om patienterne og at kommunikere FDA-tiltag ud til alle, fordi alle sjældent er til stede samtidig, dels kan det skabe udfordringer i forhold til at balancere FDA-indsatser målrettet diabetes med de andre sygdomsområder. Læger og sygeplejersker mødes ikke for at triagere patienter.

I henhold til interviews bliver det også lidt tilfældigt, hvem der samarbejder om patienterne til SDS. Sekretærerne i ambulatoriet har undersøgt mulighederne for at planlægge teammøder i kalenderne, men dette viste sig at være mere eller mindre umuligt, hvorfor samarbejdet primært finder sted som "korridorsnak". En anden udfordring i forbindelse med at sikre kontinuitet i behandlingen til patienterne er, hvis

patienterne aflyser deres tider til SDS. Patienterne "forsvinder" dermed fra lægernes lister, og sekretærene er overladt til at finde ud af, hvilken kliniker der har tid til at se patienten næste gang. Når patienter udebliver, opstår der desuden tid i klinikernes kalendere. Tid, som ledelsen kunne ønske sig blev brugt på at triagere patienterne.

Lægerne giver generelt udtryk for, at det tværfaglige samarbejde fungerer godt – "det er vi jo vant til", som en læge udtrykker det. Der forekommer dog ikke nye former for samarbejde animeret af FDA, hvilket de også ledelsesmæssigt har opgivet, fordi de ikke kan se, hvordan det skal realiseres i praksis. Til trods for en tro på relevansen i at samarbejde, blandt andet grundet mulighederne for tværfaglig sparring og etableringen af fælles ansvar for patienternes behandlingsforløb, har udfordringerne med at mødes i klinisk praksis betydet, at de i ambulatoriet har måttet opgive dette.

Fleksible og digitale arbejdsmetoder

I ambulatoriet anvendes en række værktøjer og tiltag til at understøtte individualiseringen af patientforløbene. De interviewede klinikere fremhæver, at de fleste værktøjer skal bruges med påpasselighed og omtanke. Der har været efterspørgsel i hele projektperioden på **den nødvendige værktøjskasse**, som SDCS skulle udvikle. Efterspørgslen hænger tæt sammen med spørgsmålet om, hvad man kan og skal tilbyde de patienter, som man ikke mener at kunne gøre mere for i ambulatoriet. Flere af de digitale værktøjer, som der udvikles i FDA-regi, er ikke for alvor begyndt at komme til Køge endnu. Det være sig Selvbook og MinSP-Assistent. Dog arbejder Køge på at undersøge, hvilken rolle lægesekretærene kan og skal spille i forhold til at stå til rådighed for de patienter, der i stedet for at få en tid i ambulatoriet ringer ind med forespørgsler. Her er der i gang med at blive udviklet en række responser, som sekretærene kan benytte.

Som noget relativt nyt er ambulatoriet gået i gang med at sende **PRO-skemaer** ud til patienter forud for deres sammedagsscreening. Klinikkerne er stadig i gang med at finde den rette form for brugen af disse skemaer. Særligt fortælles om udfordringer med, at skemaerne er for lange (det er den fulde version, der udsendes) og kan være uoverskuelige for nogle patienter, og i forhold til hvad det er realistisk at komme omkring i en konsultation.

Klinikkerne fortæller, at især unge patienter har været interesseret i at bruge **video-konsultationer**. Erfaringen er, at det fungerer godt. De fremhæver dog, at det er vigtigt ikke at se videokonsultationen som en erstatning for det fysiske møde, fordi relationsdannelse sker bedst i det fysiske møde. Det er klinikernes oplevelse, at en god relation er afgørende for de fleste patienter, og at de også selv foretrækker at have siddet sammen med patienten, inden de eksempelvis sætter et fokuseret forløb i gang.

I Køge har patienterne mulighed for at måle og/eller uploade data hjemmefra, hvilket kan være en fordel for både patienter og professionelle. Det drejer sig fx om glukose- og blodtryksmålinger.

Selvbook og **MinSP-Assistent** er funktioner, der i evalueringsperioden ikke er nået til ambulatoriet i Køge.

Klinikerne i Køges diabetesambulatorium har mulighed for at have **hjemmearbejdsdage**, hvilket anses som vigtigt i forhold til rekruttering og fastholdelse. Sygeplejerskerne beskriver også, at de fokuseret kan afvikle især telefonopkald fra hjemmet.

Casebeskrivelse: Næstved, Slagelse og Ringsted

Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse har 14 afdelinger, hvoraf 13 er kliniske afdelinger. Diabetesambulatoriet er organiseret på tværs af to matrikler i hhv. Slagelse og Næstved og er placeret under Medicinsk Afdeling M2, der ledes af en chefsygeplejerske og en cheflæge. Ambulatoriets organisatoriske placering på tværs af matrikler betyder blandt andet, at nogle arbejdsgange er lidt forskellige, og at noget af personalet er ansat i delte stillinger.



Diabetesambulatoriet på Slagelse Sygehus

Personalesituationen har været en central udfordring for ambulatoriet, der i projektperioden har ansat en række nye medarbejdere, herunder en ny oversygeplejerske. Det har blandt andet betydet, at der mangler personale med stærke og langvarige relationer til patienterne, ligesom det har betydet, at ambulatoriet ikke er nået så langt med at implementere de forskellige dele af FDA. Sygeplejerskerne erkender vigtigheden af de centrale forandringstiltag, der ligger i FDA, men beretter samtidig, at det i en travl hverdag udfordrer deres behov for at yde omsorg for patienterne. Der er omkring 1.900 patienter på tværs af ambulatorierne, og det fremgår af interviews, at patientgruppen overvejende består af svært komplicerede patienter med mange senkomplikationer og hyppig forekomst af multisygdom.

På ambulatoriet er der ansat seks diabetessygeplejersker i Slagelse og to i Næstved. Én sygeplejerske arbejder på tværs af matriklerne i Slagelse og Næstved, én sygeplejerske varetager behandlingen af osteoporosepatienter, to af sygeplejerskerne i Slagelse varetager øjenprogram til sammedagscreening, og én sygeplejerske er dagligt udgående diabetessygeplejerske i forbindelse med et andet igangværende Steno-projekt. Derudover er der en sygeplejerske ansat som sygeplejespecialist, og hun bidrager også særskilt til implementering af Steno-initiativer i sygeplejerske-

gruppen. Der er tre speciallæger på ambulatoriet, som dog også er på sengeafdelingerne, seks diætister, to fodterapeuter og en ledende lægesekretær.

Der afvikles forskellige faste møder i ambulatoriet med relevans for arbejdet med FDA. Centerchefen og oversygeplejersken har eksempelvis faste ledelsesmøder én gang om ugen. Oversygeplejersken holder desuden Teams-møder med sygeplejersker og diætister hver anden uge. Her kan sygeplejerskerne drøfte og præsentere patientcases, hvis de eksempelvis er i tvivl om, hvordan de skal triageres. Oversygeplejersken har især arbejdet med at etablere forskellige ledeshåndtag i forhold til at forstå og arbejde med fremdrift i FDA. Som en måde at arbejde med at få overblik over den eksisterende behandlingspraksis, herunder at opnå forståelse for, hvor ofte patienter tilses, har oversygeplejersken eksempelvis samarbejdet med en datakonsulent i 2024. Han har kigget på de patienter, der har otte eller flere kontakter i ambulatoriet i løbet af et år, og brugt denne indsigt som løftestang til at udfordre især sygeplejerskerne på, hvor ofte en patient skal tilses. Ambulatoriet havde 109 patienter, der havde mere end 10 besøg i 2023, et tal der gav klinikerne anledning til for alvor at reflektere over, hvornår og hvor ofte en patient skal tilses.

Triagering og individualiseret behandling

I forhold til de forskellige indsatser i FDA er triagering det, der har været mest i fokus, og forventningen er, at alle patienter er triageret i første halvdel af 2025. Der er en oplevelse blandt sygeplejerskerne af, at triageringen gør dialogen om den individualiserede tilgang mere eksplicit, men samtidig at det er en tilgang, som de i forvejen praktiserer. Sygeplejerskerne mener derfor også grundlæggende, at triagering er en god ide. Det er især de patienter, der bliver ved med at være dysregulerede, som bliver synlige i arbejdet med triagering, hvilket fremhæves som en positiv ting. De siger dog også, at triageringen udfordrer deres faglige behov for at yde omsorg for patienterne, og at de oplever, at lægerne har et andet blik og en anden tilgang til triagering, end de har. Af den grund efterspørger sygeplejerskerne i efteråret 2023 mere information om, hvordan kategorierne skal forstås, og mere oplæring i, hvornår en patient "kan slippes".

I efteråret 2023 var det primært en lægeopgave at triagere. Centerchefen havde på dette tidspunkt påbegyndt et arbejde med at triagere patienter på baggrund af patientjournaler, om end ambitionen også var, at sygeplejerskerne skulle involveres. Triagering foregik således ikke i et konkret samarbejde mellem sygeplejersker og læger, men det var meningen, at patienter løbende skulle triageres i mødet med klinikerne i forbindelse med allerede planlagte besøg og kontroller. Når patienter blev triageret, blev dette registreret i SP i form af tekst. Klinikerne angav således, om en patient var 'fokuseret', 'udvidet' eller 'selvstyrende'. På samme tidspunkt blev der også sat tid af til at øve-triagere med afsæt i konkrete patientcases og med fokus på de patienttyper, som SDCS havde udviklet. Her oplevede især sygeplejerskerne, at de ikke var enige med lægerne om, hvilken triageringskategori en patient skulle

placeres i, hvilket skabte usikkerhed omkring såvel kategorierne som de behandlingsmuligheder, der måtte følge.

Til trods for at klinikerne har øvet sig på at triagere siden efteråret 2023 i regi af FDA, har der ikke på noget tidspunkt fundet triagering sted i et konkret samarbejde mellem læger og sygeplejersker i den kliniske hverdag, og formaliseringen af arbejds gange forbundet med triagering er således ikke blevet etableret. Det har i Slagelse været en ledelsesmæssig beslutning at udskyde opstarten af den formelt organiserede triagering med henvisning til, at triageringsmodulet i SP ikke fandtes endnu. Der er heller ikke blevet arbejdet specifikt med at triagere patienter på baggrund af delte patientlister. Til gengæld benyttes den fælles morgenkonference til at diskutere triagering. Det diskuteres således også (efteråret 2024), om det i højere grad skal være sygeplejerskerne, der triagerer med mulighed for at involvere lægerne ved behov, fordi sygeplejerskerne ofte kender patienterne bedre.

Der er en rubrik i SP, der hedder 'skal drøftes', som sygeplejerskerne ligesom i Nykøbing Falster benytter, hvis de er i tvivl om, hvordan en patient skal triageres. Er der tvivlsspørgsmål, kan disse også tages op på den daglige morgenkonference.

Tværfagligt teamsamarbejde

På grund af rekrutteringsudfordringer og stor personaleudskiftning har ambulatoriet ikke arbejdet med at etablere faste tværfaglige teams. Det fremgår også, at ambulatoriets organisering med to matrikler, skiftende bemanning og personale, der arbejder på tværs af funktioner, matrikler og vagtlag, gør det vanskeligt at etablere tværfaglige behandlerteams, der i praksis har mulighed for at mødes. Der har i stedet været fokus på at ansætte og oplære nye sygeplejersker. For at sikre faglig sparring afholdes derfor hver morgen 30 minutters hybrid konference på tværs af matriklerne, hvor triagering blandt andet diskuteres. Disse møder har også et fokus på at kultivere det gode teamsamarbejde og etablere læringsrum, hvor der kan spares om faglige udfordringer. De nye sygeplejersker beskriver, at der er et godt samarbejde med lægerne, og at disse står til rådighed ved behov.

Ambulatoriet har et fast samarbejde med Fusionsklinikken i forhold til patienter, der også har psykiske udfordringer, hvilket giver mulighed for at hjælpe patienter uden for ambulatoriet. De laver blandt andet bekymringshenvendelser til egen læge og kommune via Fusionsklinikken. Ambulatoriet dækker mange kommuner og et stort geografisk område, hvilket gør det udfordrende at have et solidt overblik over, hvilke tilbud der eksisterer i de forskellige kommuner. Eksempelvis bor flere patienter på botilbud, hvilket gør det væsentligt at kende til mulige samarbejdspartnere i den primære sektor, men også at være i stand til at samarbejde med personalet på bostedet, hvis de skal trække og indsende blodværdier. Centerchefen har derfor også set frem til udviklingen af **den nødvendige værktøjskasse**, som også personalet ser frem til at få adgang til. I det hele taget har klinikerne i Slagelse efterspurgt

løsningsmodeller til de patienter, der har behov, som ambulatoriet ikke kan imødekomme. Dette var især en problematik, som blev synlig, da de arbejdede med triageringskategorien 'udvidet behov'.

Fleksible og digitale arbejdsmetoder

Der er endnu ikke blevet arbejdet med FDA's målsætninger om at etablere fleksible arbejdspladser og fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Det fremgår samtidig af interviews, at disse elementer er efterspurgt af nogle klinikere.

Videokonsultationer er ikke noget, sygeplejerskerne på ambulatoriet for alvor er kommet i gang med at bruge. Sygeplejerskerne fortæller dog, at det kan være meget svært at få patienterne med på at benytte digitale løsninger, især videokonsultationer. Til gengæld bruges **telefonkonsultationer** meget, især med de patienter, der bærer en Libre. Sygeplejerskerne beskriver, hvordan det er en kæmpe fordel med de patienter, der bruger diabetesteknologier som fx. pumper og Libre, da disse producerer data, som sygeplejersker har adgang til, hvilket muliggør kontakt med patienter fra distancen.

Der arbejdes ikke aktivt med **PRO-skemaer**.

Ambulatoriet arbejder aktivt med at invitere relevante samarbejdspartnere på besøg og har blandt andet haft besøg af eHospitalet, der har fokus på aktiv patientstøtte.

Hjemmearbejde efterspørges af nogle af de interviewede klinikere, men er en mulighed, der endnu ikke er formel afklaring omkring,

Selvbook er ikke en mulighed i ambulatoriet i Slagelse og Næstved endnu, men er noget, såvel ledelsen som lægesekretærene har været interesserede i og opsøgende over for. Der er høje forhåbninger til, at Selvbook-funktionen vil frigive tid og skabe bedre overblik over patienterne og deres individuelle behov.

MinSP-Assistent er ligesom Selvbook endnu ikke taget i anvendelse i Slagelse og Næstved, hvor der har været prioriteret fokus på arbejdet med triagering.

VIVE