



# **En mobil diabetessygeplejerske til almen praksis**

## **- Evaluering af et forsøg**

**Oktober 2007**

**Sanne Ipsen og Rikke Dalsted**



# **En mobil diabetessygeplejerske til almen praksis - Evaluering af et forsøg**

**Oktober 2007**

**Sanne Ipsen og Rikke Dalsted**

**En mobil diabetessygeplejerske til almen praksis  
- Evaluering af et forsøg**

© CASA, Oktober 2007

ISBN 978-87-91795-69-5

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-91795-70-1



# Forord

Den foreliggende rapport indeholder en evaluering af projektet "En mobil diabetessygeplejerske til almen praksis".

Kvalitetsudviklingsudvalget for Almen Praksis i Københavns Kommune modtog i 2005 midler fra Sundhedsstyrelsen til projektets gennemførelse. Center for Kvalitetsudvikling i Almen Praksis (CeKAP) var ansvarlig for projektet, som blev gennemført fra januar til juli 2007.

Til projektet var der nedsat en styregruppe, som bestod af:

Bente Nielsen, praktiserende læge, leder af CeKAP og projektansvarlig

Heidi Mortensen, cand.scient.soc. og specialkonsulent ved CeKAP

Flemming Skovsgaard, praktiserende læge og lægefaglig konsulent i projektet

Gitte Gunnarsen, praktiserende læge og lægefaglig konsulent i projektet

Lise Dyhr, praktiserende læge og ansat ved Forskningsenheden i København

Dorit Røjen, diabetessygeplejerske ved Bispebjerg Hospital

Sten Frobenius, praktiserende læge og praksiskonsulent på diabetesområdet, deltog i de første møder i styregruppen.

Ulla Loft Rasmussen, sygeplejerske og diætist, var projektmedarbejder og tilrettelagde og gennemførte besøgene i de deltagende praksis.

Sara Andersen, stud.med., var ansat som studentermedarbejder i starten af projektet.

Evalueringen har fulgt projektet løbende og har efter projektets afslutning interviewet de almene praksis, som har deltaget i projektet. Evalueringen er gennemført af lic.scient.soc. (ph.d.) Sanne Ipsen og cand.scient.soc. Rikke Dalsted, begge konsulenter ved CASA.

Vi vil gerne takke alle læger og sygeplejersker, som i en travl hverdag har taget sig tid til interview i forbindelse med evalueringen.

CASA

Oktober 2007



# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning, sammenfatning, konklusion og anbefalinger.....</b>	<b>5</b>
1.1	Sammenfatning .....	5
1.2	Konklusioner .....	9
1.3	Anbefalinger til en model for en mobil diabetessygeplejerske .....	11
<b>2</b>	<b>Beskrivelse af forsøget med mobil diabetessygeplejerske.....</b>	<b>13</b>
2.1	Beskrivelse af forsøget .....	13
2.1.1	Formål med forsøget .....	13
2.1.2	Metoden i forsøget .....	14
2.2	Gennemførelse af forsøget .....	15
2.2.1	Kontakt til praksis .....	15
2.2.2	Møderne med praksis .....	15
2.3	Evalueringen .....	15
2.3.1	Fremgangsmåden i evalueringen .....	16
<b>3</b>	<b>Præsentation af de involverede praksis .....</b>	<b>19</b>
3.1	Deltagelse i møderne .....	19
3.2	Formål og forventninger til deltagelse i forsøget .....	19
3.2.1	Fokus på diabetesbehandlingen .....	20
3.2.2	Fokus på indvandrere og kulturmøde .....	20
3.2.3	Forventninger .....	21
3.3	Organisering af diabetesbehandlingen .....	21
3.3.1	Systematisk diabetesbehandling .....	22
3.3.2	Rådgivning og vejledning om livsstilsændringer .....	23
3.3.3	Henvi sning til ambulatorium .....	24
3.3.4	Sammenfatning om organisering af type 2 diabetes- behandling .....	25
3.4	Forløbsydelse .....	25
3.4.1	Hvad er forløbsydelsen? .....	26
3.4.2	Hvad er holdningen i praksis til forløbsydelsen?.....	26
<b>4</b>	<b>Særlige forhold vedrørende indvandrere med type 2 diabetes .....</b>	<b>29</b>
4.1	Erfaring med indvandrere .....	29
4.2	Særlige forhold vedrørende indvandrerpatienter med diabetes 2.....	29
4.3	Sprogproblemer .....	30
4.4	Kommunikationsproblemer .....	31
4.5	Problemer med compliance .....	32
<b>5</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>35</b>
5.1	Beskrivelse af forløb .....	35
5.2	Hvad har været brugbart?.....	36
5.3	Virkning af forsøg .....	37
5.3.1	Formål og forventninger .....	38
5.3.2	Eksisterende organisering og erfaring .....	39
5.3.3	Generel og specifik virkning.....	41

5.4	Vurdering af forsøget.....	41
5.4.1	Lægers og sygeplejerskers vurdering .....	41
5.4.2	Organisering og forankring .....	42
5.4.3	Forståelse af projektets formål og indhold .....	43
5.5	Manglende rammer og tilbud .....	44
<b>6</b>	<b>Konklusion og anbefalinger .....</b>	<b>45</b>
6.1	Resultater og virkning af forsøg .....	45
6.2	Forskellige behov i praksis .....	46
6.3	Anbefalinger til en model .....	46
6.3.1	Uddannelse af praksispersonale .....	47
6.3.2	Forankring af ny viden og erfaring.....	48



# 1 Indledning, sammenfatning, konklusion og anbefalinger

Kvalitetsudviklingsudvalget for Almen Praksis i Københavns Kommune modtog i 2005 midler fra Sundhedsstyrelsen til et projekt, som skulle omhandle "En mobil diabetes sygeplejerske til almen praksis". Den foreliggende rapport indeholder en evaluering af projektet, som efter en revision af tilrettelæggelse og gennemførelse blev gennemført i første halvår af 2007.

Formålet med projektet var:

*"Optimering af diabetesbehandlingen i almen praksis som har ikke-dansktalende indvandrere med henholdsvis en pakistansk, tyrkisk eller arabisk baggrund med type 2 diabetes."*

Der var således tale om to tilgange til kvalitetsudvikling i almen praksis: diabetesbehandling i almen praksis og særlige forhold vedrørende etniske minoriteter.

Projektet gik ud på, at en diabetes sygeplejerske<sup>1</sup> skulle besøge et antal almene praksis 3-4 gange for derigennem at støtte praksis i en hensigtsmæssig organisering af diabetesbehandlingen for etniske minoriteter samt hjælpe klinikkerne til at bruge de it-midler, der ligger i lægesystemerne.

Evalueringen er hovedsageligt baseret på *kvalitative data* fra interview med læger og praksispersonale, som har deltaget i projektet. Praksis blev interviewet 1-2 måneder efter sidste møde med projektmedarbejderen.

## 1.1 Sammenfatning

### Deltagende praksis

Der deltog 15 almene praksis i projektet, hvoraf de 12 er interviewet til evalueringen. Praksis er lokaliseret på Nørrebro, Vesterbro, Valby, Vanløse og Brønshøj. Der var både praksis med flere læger og med en læge blandt deltagerne.

De almene praksis havde i hovedtræk to formål med at deltage:

- Mere opmærksomhed på organiseringen af diabetesbehandlingen.
- Mere opmærksomhed på etniske minoriteter med diabetes og bedre håndtering af kulturmødet.

---

<sup>1</sup> Den sygeplejerske, der blev ansat til at gennemføre møderne med almen praksis, bliver herefter benævnt *projektmedarbejderen*.

Forventningerne til deltagelsen var gennemgående, at praksis fik nogle redskaber, som de kunne bruge i deres behandling eller vejledning af patienterne med anden etnisk baggrund. Det handler både om redskaber til at styre diabetesbehandlingen mest hensigtsmæssigt og redskaber til behandling og vejledning af indvandrere med type 2 diabetes. Nogle praksis havde dog relativt upræcise forventninger til, hvad deltagelsen indebar.

De deltagende praksis kan ud fra deres egen beskrivelse af tilrettelæggelse af diabetesbehandlingen, og om praksis efter deres egen vurdering har overblik over og struktur på behandlingen, deles i to grupper:

*De velorganiserede* har eller arbejder hen imod en systematik i behandlingen med klar arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske. Disse praksis har egentlige vejledningssamtaler i livsstilsændringer mv. Det er typisk sygeplejersken, som holder samtalerne, hvis der er en sygeplejerske. Disse praksis oplever selv, at de har et godt overblik over og kontakt til langt de fleste patienter i deres praksis, som har type 2 diabetes, eller som er i risikogruppen. De har en oplevelse af, at patienterne generelt overholder kontrollerne, og hvis nogle ikke følges tæt nok gennem kontrollerne, har de overblik over, hvem det er, og de forsøger at gennemføre et opsøgende/opfølgende arbejde for at få dem til kontrol og eventuel behandling.

*De mere sporadisk organiserede* følger som udgangspunkt DSAMs kliniske vejledning for prøver, men har ikke en egentlig systematik i behandlingen. De lægger vægt på, at patienterne er forskellige, og at der ikke kan bruges en skematisk systematik. De gennemfører ikke egentlige vejledningssamtaler, men de kan dog, især lægen, give råd om kost og motion, hvis de skønner, at patienten er motiveret. De mener til dels, at det er patientens eget ansvar at følge kontrollerne, og de har ikke overblik over og gør ikke et systematisk forsøg på at få overblik over, hvem der ikke går regelmæssigt til kontrol. De har derfor heller ikke noget opfølgende/opsøgende arbejde over for patienter, som ikke kommer til kontrollerne.

### **Erfaring med etniske minoriteter**

I fem af de 12 deltagende praksis udgjorde patienter med anden etnisk baggrund 40-60 % af patienterne. Fem andre praksis havde en andel på 20-30 %, mens 2 praksis havde en andel under 15 %.

Overordnet er der i interviewene to forskellige tilgange til problemstillinger vedrørende indvandrerpatienter med diabetes 2. Den ene tilgang er, at “*det er svært*” fulgt op med beskrivelsen af en række forskellige problemer, og at indvandrere er en helt anden type patienter, som praksis ikke kan bruge de sædvanlige behandlingstilgange overfor. Den anden tilgang er, at “*det er en udfordring*” fulgt op med en beskrivelse af, hvordan det er muligt at tackle kulturmødet på en positiv måde, og hvordan problemer kan anskues som, at “*de grundlæggende ikke er anderledes end danske patienter*”, men man

skal dels se dem som individuelle personer, dels sætte sig ind i deres kulturelle regler og baggrund.

De oftest nævnte problemer for begge typer af praksis er, at:

- Der kan være sprogproblemer.
- Der kan være kommunikationsproblemer: at gøre sig forståelig og at forstå, når der er forskellig kulturbaggrund.
- Der kan være complianceproblemer.

Det er i høj grad problemer med manglende compliance, som kan føre til en følelse af magtesløshed og frustration i praksis. Med hensyn til sprogproblemet ser det ud til, at dette problem kan løses med brug af tolk og ved at sikre, at der er afsat tid nok til konsultationerne. Især praksis, som bruger tolke, de kender og har tillid til, og som har lært sig at bruge tolkene korrekt, anser ikke sprogproblemer for at være en stor hindring for en god behandling.

### **Forløb af projekt**

Projektmedarbejderen besøgte hver af de deltagende praksis i alt tre gange med ca. 1 måneds mellemrum. Møderne varede hver ca. en time.

Ved det første besøg blev der udleveret et særligt udarbejdet materiale med informationer af forskellig art vedrørende etniske minoriteter. Materialet blev gennemgået, og eventuelle aktuelle problemstillinger blev klarlagt og diskuteret, fx ønske om bedre systematisering omkring vejledning og brug af vejledende materiale, brug af edb-værktøjer, manglende fremmøde fra patienterne, motivation eller organisering af opfølgende kontroller.

De senere besøg forløb forskelligt afhængig af problemstillingerne på første møde og af, i hvor høj grad praksis mellem møderne havde arbejdet med materialet. Nogle praksis havde stort set ikke forberedt sig fra det ene møde til det andet, enten på grund af manglende tid eller fordi de ikke havde haft diabetespatienter med indvandrerbaggrund i den aktuelle periode.

Som en del af projektet har det været muligt at få støtte og vejledning af en it-konsulent, der kunne være behjælpelig med at finde frem til diabetespatienter via edb-systemet i den enkelte lægepraksis eller installere fraseordbog til brug i diabetesbehandlingen.

### **Resultater fra projektet**

Gennemgående har de deltagende praksis oplevet forløbet i projektet som brugbart og relevant for deres aktuelle situation. Følgende elementer blev nævnt som brugbart for alle eller nogle praksis:

- Informationsmaterialet.
- Viden om kost og ernæring.
- Rådgivning om kostvejledning og livsstilsændringer.

- Organisering og systematisering.
- Viden om kulturforskelle.
- It-konsulentens deltagelse.

Nogle praksis har oplevet, at indholdet af projektet har været for fokuseret på kost og ernæring, og de havde forventet et bredere fokus på både kost, motion og organisering af diabetesbehandling.

Virksomheden af projektet ses i de ændrede handlingsstrategier, der er foretaget i de deltagende praksis, og hvorvidt læger og sygeplejersker oplever, at de er blevet bedre rustet til behandling og rådgivning af diabetespatienter med anden etnisk baggrund.

Set i forhold til de almene praksis' egne formål og forventninger til deltagelse i projektet viser evalueringen, at:

- i forhold til organisering og systematisering af diabetesbehandling har forløbet skabt øget fokus på diabetes
- i forhold til vejledning af etniske minoriteter med type 2 diabetes og håndtering af kulturmødet har projektet givet øget opmærksomhed på praksis' egen rolle i vejledningen, og det har givet dem konkrete redskaber til at kunne håndtere vejledningen bedre.

Overordnet peger evalueringen dog på, at de praksis, som allerede før projektet havde eller arbejdede hen imod en systematik i diabetesbehandlingen, oplevede det største udbytte af projektet. Mens de praksis, som arbejdede mere sporadisk og mindre systematisk med diabetesvejledning, ikke oplevede et tilsvarende udbytte.

### **Vurdering og forankring af projektet**

Læger og sygeplejersker vurderer gennemgående projektet forskelligt, idet sygeplejerskerne gennemgående er mere positive over for resultaterne end lægerne er. Evalueringen viser dog, at vurderingen afhænger mere af arbejdsdeling og funktion i praksis end af profession og uddannelse.

Forankringen af den nye viden afhænger i høj grad af, hvem der har deltaget på møderne, og hvorvidt praksis i forvejen var velorganiseret i deres diabetesbehandling og opfølgning. I de praksis, hvor både læger og sygeplejersker har deltaget, har der været tale om større grad af dialog, i modsætning til de praksis, hvor kun en af parterne deltog.

### **Forståelse af projektets formål og indhold**

Der har for de deltagende praksis været nogen uklarhed om projektets formål og organisering. Nogle af de deltagende praksis nævnte, at det var uklart, hvad der skulle ske på møderne med projektmedarbejderen. Nogle praksis havde forventet et decideret kursusforløb om indvandrerpatienter

med type 2 diabetes, mens andre praksis havde forventet, at projektmedarbejderen kom for at udføre kostvejledning for deres diabetespatienter.

Denne uklarhed har påvirket, hvordan nogle praksis har deltaget i møderne, og hvilken vægt de har lagt på at arbejde med materialet mellem møderne.

Noget af uklarheden kan have sin oprindelse i den form, rekrutteringen af praksis til projektet havde, hvor introduktionen til forløbet undertiden foregik meget hurtigt således, at praksis kun havde lidt tid til at afklare deres forventninger, og hvordan de fik mest ud af møderne og materialet.

### **Behov for anden støtte til almen praksis i forbindelse med behandlingen af type 2 diabetespatienter med anden etnisk baggrund**

I forbindelse med evalueringsinterviewene fremførtes i flere praksis ret enslydende ønsker om yderligere støtte eller tilbud som led i deres behandling af patienter med anden etnisk baggrund. De hyppigst fremførte ønsker er:

*Faglig sparring:* en forbedring af muligheden for faglig sparring i en aktuel situation. Mange læger oplever, at de er nødsaget til at henvise patienterne til ambulatorium, hvor de ved en faglig sparring reelt kunne have beholdt patienten i almen praksis.

*Samarbejde mellem primær og sekundær sektor:* en forbedring af almen praksis' muligheder for at bevare overblikket over deres patients sygdoms- og behandlingsforløb, selvom de er knyttet til den sekundære sektor.

*Tilbud til type 2 diabetespatienter med anden etnisk baggrund:* praksis har behov for at kunne anvise patienterne forskellige tilbud. Der var derfor ønsker om en udvikling eller udvidelse af forskellige tilbud om motion eller socialt betonede grupper/netværk, hvor indvandrere kan få motion eller kan deltage i grupper, som både kan være et socialt netværk og give dem mere viden om, hvordan de lever med deres sygdom bedst muligt.

*Henvielse til diætist:* en forbedring af mulighederne for at kunne henvise indvandrerpatienter, både med diabetes og i risikogruppen, til diætistisk vejledning, som har indsigt i etniske minoritetskulturer.

## **1.2 Konklusioner**

Projektets resultater skal vurderes i forhold til formålet med projektet, som var "*Optimering af diabetesbehandlingen i almen praksis, som har ikke-dansktalende indvandrere med henholdsvis en pakistansk, tyrkisk eller arabisk baggrund med type 2 diabetes*".

Formålet var operationaliseret i to delmål: støtte til hensigtsmæssig organisering af diabetesbehandlingen og støtte til brug af it-muligheder i lægesystemerne.

⇒ Med hensyn til støtte til hensigtsmæssig organisering af diabetesbehandlingen må det konkluderes, at formålet kun delvist er opfyldt.

Analysen viser, at de praksis, som i forvejen var velorganiserede eller arbejdede systematisk med at udvikle deres organisering, fik størst udbytte af projektet. Disse praksis havde en organisation, som kunne indoptage den viden, der blev formidlet gennem projektet, og det har bidraget til at skærpe deres organisering af behandlingen med fokus på indvandrere og har givet dem viden om og redskaber til bedre vejledning af indvandrere. Derimod har de praksis, som ikke havde en organisation til at leje den præsenterede viden i, fået mindre udbytte af projektet. Projektet har kun i en enkelt af disse praksis givet direkte anledning til, at organiseringen blev klarere.

⇒ Det må således konkluderes, at praksis, som ikke er tilstrækkeligt velorganiserede, skal have støtte på anden måde, end den er fremkommet gennem projektet, eventuelt som en mere direkte hjælp til organisering.

⇒ Med hensyn til hjælp til at bruge it-mulighederne i lægesystemerne må det konkluderes, at der har været mindre fokus på dette formål i projektet, og at det kun er delvist opfyldt.

Projektmedarbejderen havde ikke it-rådgivning som en del af sit kompetenceområde, og it-konsulenten, som blev knyttet til projektet undervejs, har kun været på besøg i halvdelen af de deltagende praksis. It-rådgivning har derfor ikke haft en fremtrædende funktion i projektet. Evalueringen viste, at de praksis, som har viden om edb, bruger den hensigtsmæssigt. Nogle af disse praksis fik dog tilføjet en viden til den, de allerede havde. De praksis, som ikke havde viden eller et tilstrækkeligt it-system, oplevede tekniske problemer, som it-konsulenten kun delvis kunne afhjælpe.

De deltagende praksis havde selv nogle mål med og forventninger til deltagelsen: mere opmærksomhed på organisering af diabetesbehandlingen for indvandrere og mere opmærksomhed på etniske minoriteter med type 2 diabetes og bedre håndtering af kulturmødet.

⇒ Som middel til at skabe fokus på etniske minoriteter som patienter har projektet været velegnet.

⇒ Med hensyn til mere opmærksomhed på organiseringen af diabetesbehandlingen kan det konkluderes, at praksis generelt har fået mere fokus på indvandrere med type 2 diabetes.

En egentlig effekt af denne opmærksomhed indgår i konklusionen af projektets overordnede formål.

⇒ Med hensyn til mere opmærksomhed på etniske minoriteter og bedre håndtering af kulturmødet kan det konkluderes, at projektet har opfyldt formålet, især hvad angår kostvejledning.

Projektet har haft særlig fokus på kostvejledning for tre etniske minoritetsgrupper. Støtten til praksis indeholdt både direkte rådgivning fra projektmedarbejderen og udlevering og gennemgang af et materiale, som har været særdeles brugbart for mange praksis. Derimod har der været lagt mindre vægt på motionsvejledning og bredere perspektiver på kulturmødet.

### **1.3    **Anbefalinger til en model for en mobil diabetes-sygeplejerske****

På grundlag af evalueringens konklusioner kan der gives følgende anbefalinger:

Et mere permanent tilbud til almen praksis om støtte fra en mobil diabetes-sygeplejerske bør have en faglig og organisatorisk forankring i et fagligt miljø, som beskæftiger sig med etniske minoriteter.

I forbindelse med udviklingen af tilbuddet er det vigtigt at sikre, at den eller de personer, som skal udføre tilbuddet, kan rådgive og vejlede både om organisering af diabetesbehandlingen og om vejledning af etniske minoriteter og kulturmødet.

Tilbuddet skal kunne rette sig mod både velorganiserede og mindre velorganiserede praksis. Der skal tages udgangspunkt i det niveau for organisering, der er i den givne praksis således, at også de almene praksis, som har behov for at få styrket deres organisering, kan drage fordel af tilbuddet.

Samtidig skal tilbuddet være fleksibelt i den konkrete tilrettelæggelse i forhold til, hvilke behov der er i almen praksis således, at der tilbydes forløb, som tilrettelægges specifikt både i varighed og emnefokus.

Det bør aftales konkret med den praksis, som modtager tilbuddet, hvad der skal foregå i forløbet, og hvad praksis selv skal gennemføre for at få mest muligt ud af forløbet.

Et permanent tilbud om en mobil diabetes-sygeplejerske kan eventuelt suppleres med egentlige kurser rettet mod praksispersonale og læger, som varetager vejledningen af diabetespatienter. På kurset kan materialet udleveres, gennemgås og derefter afprøves i praksis med efterfølgende opfølgning på kursus.





## 2 Beskrivelse af forsøget med mobil diabetessygeplejerske

Sundhedsstyrelsen gav i 2005 en projektgruppe forankret i CEKAP midler til gennemførelse af et forsøg med en mobil diabetessygeplejerske til almen praksis i Københavns Kommune.

Der var først planlagt et forsøg, hvor der var to målgrupper: 1. alment praktiserende læger og deres praksispersonale, og 2. indvandrere med tyrkisk, pakistansk eller arabisk baggrund. I dette projekt var det hensigten, at projektmedarbejderen skulle gennemføre vejledningssamtaler med grupper af patienter i de enkelte praksis, og samtidig skulle der gennemføres møder med læger og praksispersonale om organisering af diabetesbehandlingen og problemer i praksis med denne patientgruppe.

Efter en indledende kontakt til nogle praksis, blev det konkluderet, at forsøget ikke lod sig gennemføre i den form, det var planlagt i.

*“Konklusionen er desværre, at dette projekt, hvor relevant det end måtte synes at være, har været for ambitiøst slået op, og at der på nuværende tidspunkt ikke er tid og overskud til at deltage for de praktiserende læger.”<sup>2</sup>*

Der blev derfor i stedet ansøgt om, at midlerne kunne bruges til et revideret projekt, som i højere grad var rettet mod læger og praksispersonale, og hvor den anden målgruppe, indvandrerne med type 2 diabetes, blev en sekundær målgruppe.

### 2.1 Beskrivelse af forsøget

#### 2.1.1 Formål med forsøget

Det overordnede formål var, at forsøget skulle medvirke til en:

*“Optimering af diabetesbehandlingen i almen praksis som har ikke-dansktalende indvandrere med henholdsvis en pakistansk, tyrkisk eller arabisk baggrund med type 2 diabetes<sup>3</sup>.”*

Formålet skulle opfyldes ved, at en mobil diabetessygeplejerske skulle besøge et antal almene praksis for derigennem:

---

<sup>2</sup> Fra den reviderede projektbeskrivelse, som indeholder en redegørelse for det oprindelige forsøg.

<sup>3</sup> Dette afsnit bygger på projektbeskrivelsen for forsøget.

1. At støtte lægepraksis i en for den enkelte klinik hensigtsmæssig organisering i relation til type 2 diabetikeren med anden etnisk baggrund end dansk.
2. At hjælpe klinikkerne til at bruge de it-muligheder, der ligger i lægesystemerne med henblik på registrering, follow up, overblik samt diabetesomsorg.

Den omtalte patientgruppe udgør en særlig behandlingsudfordring, hvorfor formålet var at opdatere praksis til at håndtere den særlige udfordring, som patientgruppen af indvandrere med type 2 diabetes udgør, herunder en model for, hvordan almen praksis kan løfte området.

Baggrunden for projektet var, at diabetesforskningen har vist, at regelmæssig og struktureret kontrol og opfølgning resulterer i bedre regulerede diabetespatienter. Diabetespatienten har brug for en organisation i almen praksis, som på struktureret vis kan håndtere kontrol, vejledning og behandling, sådan som disse opgaver er beskrevet i DSAMs vejledning.

Opgaverne i almen praksis skal over for den diagnosticerede diabetespatient følge kontrol og behandling i henhold til DSAMs vejledning, herunder screening for senkomplikationer. Derudover skal den enkelte praksis registrere klinikkens diabetespatienter og sikre fremmøde til de kvartalsvise og årlige kontroller.

I forhold til den ikke dansktalende diabetespatient med anden etnisk baggrund er der desuden følgende særlige opgaver og udfordringer:

1. Brug af tolk: Der skal rekvireres en kvalificeret tolk, og der kan være problemer med udeblivelser.
2. Overvindelse af kommunikationsvanskeligheder af andet end sproglig art, fx kulturelle.
3. Livsstilsrådgivning, som tager udgangspunkt i en kultur, som er fremmed for den praktiserende læge og dennes personale.

### **2.1.2 Metoden i forsøget**

Praksis, som skulle indgå i projektet, skulle have tilknyttet indvandrerpatienter med en pakistansk, tyrkisk eller arabisk baggrund samt type 2 diabetes.

Det var planlagt, at de involverede praksis ville få 3-4 praksisbesøg af projektmedarbejderen.

- *Første besøg* skulle afdække, hvilke opgaver klinikken havde brug for at få løst.
- *Andet og tredje besøg*. Indholdet skulle afhænge af de identificerede problemer.

- *Fjerde besøg* bestod af opsamling af løse ender, hvis besøget var med projektmedarbejderen. Ellers bestod det af en evaluering af forløbet tilrettelagt som interview med evaluator.

## **2.2 Gennemførelse af forsøget**

Der blev ansat en projektmedarbejder, som var uddannet sygeplejerske og diætist, og som havde erfaring med vejledning af diabetespatienter. Projektmedarbejderen skulle forestå møderne med og rådgivningen af praksis.

### **2.2.1 Kontakt til praksis**

For at få tilstrækkeligt mange almene praksis til at deltage i forsøget blev der gennemført et stort opsøgende arbejde af projektledere og projektmedarbejderen:

- For det første blev der sendt indbydelse om deltagelse ud til alle almene praksis i Københavns Kommune.
- For det andet blev der af en studentermedarbejder taget telefonisk kontakt til et antal praksis for at opfordre dem til deltagelse. Disse praksis blev udvalgt efter en liste over, hvilke praksis der havde et højt tolkebudget.
- For det tredje tog projektmedarbejderen selv kontakt til et antal praksis for at opfordre til deltagelse.

Målet var at rekruttere 16 praksis, og dette antal praksis var der lavet aftaler med ved opstarten af projektet. Der har undervejs i projektet været aftaler med 20 praksis, men en del af disse ønskede alligevel af forskellige grunde ikke at deltage.

### **2.2.2 Møderne med praksis**

Projektmedarbejderens møder med praksis startede i januar 2007, og det sidste møde blev afholdt i slutningen af maj 2007. Der har typisk været tre møder i hver praksis. Møderne er holdt med ca. 1 måneds mellemrum i hver praksis. Om gennemførelsen af møderne se kapitel 5.

Efter hvert møde skrev projektmedarbejderen en kort rapport om mødet, om hvad der var aftalt, og hvem der havde deltaget. Design af rapporten var aftalt med evaluator, som modtog rapporterne løbende i projektperioden.

## **2.3 Evalueringen**

Evalueringen skulle følge forløbet og opsamle erfaringer, der kan videreformidles i en afsluttende rapport, som skulle indeholde analyser af data samt opstille anbefalinger til en fremtidig indsats på området.

### 2.3.1 Fremgangsmåden i evalueringen

Evalueringen er hovedsageligt baseret på *kvalitative data* fra interview med læger og praksispersonale, som har deltaget i projektet. Derudover indgik der i grundlaget for evalueringen diverse *dokumentationsmateriale*, fx rapporter fra projektmedarbejderens besøg i praksis.

*Interview:* Der blev gennemført 12 interview med *læger/praksispersonale*. Interviewene var placeret tidsmæssigt 1-2 måneder efter det sidste møde mellem praksis og projektmedarbejderen. Interviewene indeholdt følgende temaer:

- Organisering af diabetesbehandlingen i praksis.
- Særlige forhold og problemer med behandling af type 2 diabetes hos indvandrere.
- Det konkrete forløb: Hvilke emner har været taget op? Begrundelse for valg af emner? Hvordan er emnerne blevet bearbejdet?
- Vurdering af hvilken indflydelse møderne med projektmedarbejderen har haft og vil få for diabeteshåndteringen i den pågældende praksis, herunder fremtidig organisering af diabetesbehandlingen.
- Vurdering af behov for støtte i praksis i fremtiden til behandlingen af indvandrere med type 2 diabetes.

Alle interview foregik i praksis' egne lokaler og varede mellem  $\frac{3}{4}$ -1½ time. Ikke alle personer, som har deltaget i møder med projektmedarbejderen, deltog også i interviewene. Men det er evaluators vurdering, at de centrale soner i forhold til møderne er interviewet. Se også kapitel 3.

Derudover blev det forsøgt interviewet 4-5 læger, *som ikke har ønsket at deltage i projektet* efter, at de har fået tilbuddet. Disse interview skulle bidrage til at afdække eventuelle barrierer mod udvikling af en mere hensigtsmæssig diabetesbehandling. Interviewene skulle gennemføres som telefoninterview, men det viste sig ikke muligt, selv med en ihærdig indsats, at få læger til at deltage i interview.

Efter afslutningen af besøgsrunder hos praksis interviewedes *projektmedarbejderen* om sine erfaringer fra projektet. Selvom der var løbende kontakt i hele projektperioden mellem projektmedarbejderen og evaluator, var det nødvendigt at afsætte tid til et mere struktureret interview, som uddybede de forskellige elementer i projektet, og hvor der indgik en vurdering fra projektmedarbejderen af forsøget generelt. Interviewet blev gennemført af Rikke Dalsted, som ikke havde haft kontakt med projektmedarbejderen tidligere i forløbet.

*Bearbejdning og analyse af interviewene:* Alle interview blev optaget på bånd og derefter transskriberet i en tilnærmelsesvis ordret form. Visse dele af interviewet, som ansås for mindre relevante for evalueringen, er dog gen-

givet i en kortere referatform således, at de kunne genfindes på båndene, hvis det skulle vise sig nødvendigt under analysen.

Hvert af de ovenstående temaer er først analyseret hver for sig på tværs af praksis, så der blev skabt et overblik over, hvilke mønstre der kunne genfindes inden for det pågældende tema. Derefter har analysen fokuseret på en sammenkædning af temaerne for at finde, hvilke forskelle der tegnede sig mellem forskellige typer af praksis samt for at tydeliggøre sammenhænge mellem temaerne inden for både den enkelte praksis og praksistyper.

Kapitel 3 indeholder en præsentation af de deltagende praksis, både med hensyn til forventninger til deltagelse og med hensyn til den måde, praksis har organiseret diabetesbehandlingen. Kapitel 4 fokuserer på, hvilke særlige forhold og problemer der opleves i praksis vedrørende indvandrerpatienter med type 2 diabetes.

Kapitel 5 indeholder en analyse af de involverede praksis' vurdering af, hvilket udbytte de har fået af deltagelsen i forsøget. I denne analyse er de forskelle mellem praksis, som er fremkommet i kapitel 3 og 4, inddraget til en nuancering af vurderingerne.

I kapitel 6 konkluderes på grundlag af analysen, og der oplistes anbefalinger til en fremtidig model for støtte til praksis i deres behandling af type 2 diabetes hos etniske minoriteter.



### 3 Præsentation af de involverede praksis

15 praksis har deltaget i møderne med projektmedarbejderen. Af forskellige årsager er der ikke gennemført evalueringsinterview med tre praksis. Evalueringen omfatter således 12 praksis.

Kort kan de 12 praksis beskrives som:

- *Geografisk*: 5 praksis var lokaliseret på Nørrebro, 3 på Vesterbro og 4 i Valby, Vanløse og Brønshøj.
- *En eller flere læger i praksis*: 7 praksis havde flere faste læger tilknyttet, derudover var der tilknyttet vikarer eller uddannelseslæger. 5 praksis bestod af en enkelt læge.
- *Praksispersonale*: 10 praksis havde ansat sygeplejersker eller sosu-assistenten samt sekretærer. 2 enkeltlægepraksis havde udelukkende sekretærer ansat.

#### 3.1 Deltagelse i møderne

Gennemgående har møderne med projektmedarbejderen haft deltagelse af både læger og andet praksispersonale. I praksis med flere læger tilknyttet har der dog været en vis variation i fremmødet:

- I 5 praksis deltog 1-3 læger i alle møder sammen med sygeplejersker og i visse tilfælde uddannelseslæger og sekretærer.
- I en praksis deltog en læge i første møde, derefter deltog en sygeplejerske i andet møde, og i tredje møde en uddannelseslæge.
- I en praksis deltog en uddannelseslæge i første møde sammen med to sygeplejersker, i de to øvrige møder deltog de to sygeplejersker.

Begrundelserne for, at de faste læger ikke har deltaget i to praksis, var i den ene praksis et dødsfald, mens lægerne i den anden praksis vurderede, at de ikke havde tid til at deltage, samt at formålet med møderne især var rettet mod praksispersonalet.

I de 5 praksis med en læge, deltog lægen i alle møderne. I 3 af disse praksis var der ansat en sygeplejerske/sosu-assistent, som også deltog i møderne.

#### 3.2 Formål og forventninger til deltagelse i forsøget

De deltagende praksis har haft en række forskellige formål og forventninger til at deltage i forsøget. Disse formål og forventninger skal i høj grad ses i sammenhæng med både, hvordan praksis overordnet har struktureret diabetesbehandlingen, og hvilke erfaringer praksis har med diabetespatienter med anden etnisk baggrund. Generelt har begrundelserne for at deltage været, at

det lød spændende, og at det kunne give dem mulighed for at fokusere på nogle bestemte problemstillinger i deres praksis.

I hovedtrækkene er der to forskellige typer af formål, som i forskellig grad betones af de interviewede:

- Mere opmærksomhed på organiseringen af diabetesbehandlingen.
- Mere opmærksomhed på etniske minoriteter med diabetes og bedre håndtering af kulturmødet.

### **3.2.1 Fokus på diabetesbehandlingen**

En væsentlig begrundelse for at deltage i projektet var fra praksis' side, at det kunne give anledning til at fokusere på deres egen diabetesbehandling. Flere praksis arbejdede allerede før henvendelsen om deltagelse med at systematisere eller udvikle den struktur, de havde i forhold til diabetesbehandlingen, fx spørgsmålet om, hvorvidt de var opmærksomme nok på, om patienterne kom systematisk til kontrol.

*“Vi har haft et tema, hvor vi skulle intensivere og blive opmærksomme på vores diabetespatienter. Så hver gang en diabetespatient ringede, blev de spurgt om, hvornår der var kontrol sidst, og hvis det var lang tid siden, blev de indkaldt til kontrol. Da så brevet om forsøget kom, tænkte vi, at her kunne vi lære noget om diabetes og etnisk baggrund. Det blev et springbræt til at få fokus på den gruppe – koblingen mellem diabetes og etniske minoriteter – netop fordi diabetes er et stort område, som vi skal være meget sporet ind på nu. Det var en god måde at sætte fokus på det og prøve at se på, hvad der kunne være af forskelle og gøre det lettere.”*

Andre praksis havde et ønske om at “få mere styr på” diabetesbehandlingen, at få et bedre overblik over, hvilke patienter der havde sygdommen, og hvordan behandlingen forløb, eller at få systematiseret arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske. I en praksis, som blev overtaget for 3 år siden, erfarede de, at da henvendelsen om deltagelse kom:

*“.. blev man alligevel mere opmærksom på, at vi skriver en masse medicin ud: Hvem følger og har styr på det? Hvem har egentlig hold i hanke med dem, som kommer og henter en fornyelse på et eller andet? Og hvornår har de sidst fået taget deres blodsukker og lavet tjek? Og vi finder faktisk stadig nogen, som bare går ude for sig selv og får fornyet deres recept en gang om året.”*

Deltagelse i forsøget har således for nogle praksis været en anledning til at fokusere mere på både diabetesbehandlingen generelt og på kombinationen af diabetesbehandling og etniske minoriteter.

### **3.2.2 Fokus på indvandrere og kulturmøde**

For nogle praksis har den egentlige begrundelse for deltagelse været at få mere viden om indvandrere med diabetes. Nogle af disse praksis oplever, at



der er mange problemer og frustrationer forbundet med denne gruppe, og de synes grundlæggende, at *“det er svært”*.

*“Vi har så mange diabetespatienter. ... Så vi syntes det lød spændende, fordi vi har mange indvandrere med type 2 diabetes, og fordi det er rigtig svært.”*

De har en oplevelse af at bruge meget tid på gruppen uden, at det giver særligt vellykkede resultater. Og de vil gerne blive bedre til at forstå og vejlede gruppen til en bedre livssituation.

Nogle praksis vurderede, at de allerede før forsøget havde en del viden om og erfaringer med patientgruppen, men at deltagelse i forsøget kunne udvikle deres behandling og vejledning af patienterne til at blive bedre:

*“Fordi det er en gruppe, vi har rigtig mange af, og vi oplever problemer. De er svære at møde, fordi vi sidder med vores viden om hensigtsmæssig kost og livsstil, men det er et spørgsmål om at møde dem, hvor de er. Og så fik vi det tilbud om nogle værktøjer, og derfor var det oplagt at tage imod for i højere grad at få mulighed for at møde dem.”*

### **3.2.3 Forventninger**

Forventningerne til deltagelsen var gennemgående, at praksis fik nogle redskaber, som de kunne bruge i deres behandling eller vejledning af patienterne med anden etnisk baggrund. Det handler både om redskaber til at styre diabetesbehandlingen mest hensigtsmæssigt og redskaber til behandling og vejledning af indvandrere med type 2 diabetes.

I en praksis udtrykker de forventningerne således:

*“At tilegne os nogle redskaber til, hvordan vi håndterer det her i praksis, så vi får det systemiseret, så der ikke er nogen, der falder igennem nettet.”*

*“At vi kunne lære noget: Behandling i forhold til en gruppe, hvor der er sproglige problemer og kulturelle problemer. Kulturforståelse, helt klart. Hvor vi skal huske at tænke, at der er markante forskelle på, hvad vi tænker, og hvad borgere med anden etnisk baggrund tænker, når vi taler diabetes.”*

## **3.3 Organisering af diabetesbehandlingen**

Som baggrund for analysen af, hvordan de deltagende praksis har kunnet bruge møderne med projektmedarbejderen, er der i evalueringssamtalerne spurgt til, hvordan praksis har tilrettelagt og organiseret diabetesbehandlingen. De er fx blevet spurgt om: hvordan kontrollen tilrettelægges; om der gennemføres egentlige kost- og livsstilsrådgivning; om praksis har et overblik over, hvor mange patienter med type 2 diabetes de har tilknyttet, og om der er overblik over, om de faste kontroller overholdes. Der er desuden ble-

vet spurgt ind til, hvem der deltager i behandlingen og dermed har kontakt til patienterne, og hvordan arbejdsdelingen mellem lægerne og det øvrige praksispersonale er tilrettelagt i forhold til diabetesbehandlingen.

### 3.3.1 Systematisk diabetesbehandling

En gruppe af praksis giver udtryk for, at de har faste systemer for, hvordan diabetesbehandlingen foregår. De har faste procedurer for, hvordan forløbet for den enkelte patient foregår, både for nyopdagede tilfælde af sygdommen og for de faste kontroller og vejledningssamtaler. I procedurerne indgår hvem i praksis, der taler med patienten om hvad samt eventuelt, hvilke materialer der skal udleveres hvornår til patienten. Det indgår ligeledes i procedurerne i flere af disse praksis, hvordan praksispersonalet skal forholde sig, hvis patienterne udebliver fra kontrollerne:

*“Dem, der har diabetes – Når de ringer, spørger vi dem om, hvornår de sidst har fået taget prøver. Vi fornyer ikke medicinen bevidstløst, vi skal jo tjekke deres værdier. Når de ringer for at få medicin, er alle bevidste om, at man lige skal sikre sig, at de har en tid, ellers får de en. Alle dem, som ligesom er faldet ud af programmet, bliver sluset ind på den måde. Og der er ikke en diabetespatient, som går herfra uden en ny tid, og hvis de udebliver, får de et brev. Tanken er, at ingen skal tabes.”*

Denne gruppe praksis er karakteriseret ved, at de selv udtrykker at “have styr på” patienterne og kontrollerne. Samtidig udtrykker de med en vis sikkerhed, at de har opsporet/opdaget de tilfælde af diabetes, det er muligt. Der kan være enkelte uopdagede tilfælde, men det er hovedsageligt patienter, som aldrig kommer i praksis. I denne gruppe praksis bruges diagnosekodning mere eller mindre systematisk. Koderne bruges af nogle til at få overblik over antallet af diabetespatienter eller til at se, om behandlingen generelt fungerer, dvs. til kvalitetskontrol. Andre praksis bruger den især til at søge på, om nogle patienter udebliver fra kontrol for dermed at kunne foretage en opfølgning.

En anden gruppe af praksis udtrykker selv, at de ikke er særligt velstrukturerede i deres tilgang til at opspore nye tilfælde af diabetes.

*“Vi ser dem jo tit i andre anledninger. Jeg ved heller ikke, om jeg snapper dem op, det ved jeg faktisk ikke... Jeg er ikke begyndt at indkalde dem, så det har været i forbindelse med, at de kommer med børnene, og så synes de selv, de er blevet for tykke. Så tager vi måske et blodsukker og vejer dem, så det er ustruktureret, det er det altså i virkeligheden.”*

Denne gruppe er karakteriseret ved, at de ikke selv mener at have et overblik over, hvor mange type 2 diabetespatienter, der er tilknyttet praksis. De arbejder heller ikke systematisk med at følge op på patienter, som eventuelt udebliver fra kontrol, selvom de mener, at der er en del, specielt indvandrere, som ikke overholder deres kontrolaftaler. Enkelte nævner, at de har

den holdning, at det er patientens eget ansvar at overholde kontrollen. Der er ingen faste procedurer for, hvordan patienter, der ikke overholder kontrollerne, kontaktes.

*“Så ringer de til os, og det er også et rigtig godt øjeblik at fange dem på, men det er jo meget forskelligt, hvem af os der sidder ved telefonen. Så ringer de til en læge, så til en anden, så til sekretæren. Så det duer jo ikke at bruge som kontrol. Nogle gange er det også pårørende, som ringer og bestiller ny medicin, og så skal man sige til dem, at de skal huske at sige det.”*

Der bruges ingen eller meget usystematisk diagnosekodning i disse praksis, og det er gennemgående, at de har oplevet mange tekniske problemer med systemerne, når de har forsøgt at bruge edb til kodning og registrering. Eller de har erfaret, at deres egen viden om edb er for lille til, at de kan bruge faciliteterne i systemerne.

### **3.3.2 Rådgivning og vejledning om livsstilsændringer**

Alle praksis har som en del af diabetesbehandlingen, at patienterne rådgives om kost, motion og livsstilsændringer generelt. Men hvordan denne vejledning gennemføres varierer i to hovedgrupper, som i høj grad er sammenfaldende med de to grupper, der er beskrevet under organisering af diabetesbehandlingen.

Den første gruppe af praksis gennemfører egentlige vejledningssamtaler med patienterne, specielt patienter med nyopdaget type 2 diabetes. Det er typisk sygeplejerskerne, som har denne funktion. Der afsættes tid til samtalerne særskilt, selvom det oftest er i forbindelse med kontrollerne, og der indkaldes tolk i de tilfælde, der er behov for det.

*“[Samtalerne handler] om kost og motion og tobak og alkohol ... Det er som regel de nyopdagede diabetespatienter, der kommer til mig eller (den anden sygeplejerske). Vi tager det også op hen ad vejen, når de kommer til kontrol og prøver, som vi også tager. Så spørger vi, om der er noget, de trænger til at snakke om.”*

Den anden gruppe af praksis gennemfører ikke selvstændige vejledningssamtaler om kost- og livsstilsændringer. Her bliver emnet især taget op under samtaler med lægen om behandlingen og resultater af prøver. Flere af lægerne bemærker, at de vurderer, i hvor høj grad patienterne er motiverede for at ændre deres vaner, og at vejledningen tilrettelægges i forhold til dette. Især i denne gruppe praksis bliver det nævnt, at læger ikke nødvendigvis har særlig megen viden om ernæring fra deres studie, og at det kan være vanskeligt og med stort forbrug af tid at vejlede patienter tilstrækkeligt om kost. En læge i denne gruppe mente da heller ikke, at det er lægers opgave at give diætvejledning.

En læge i en mindre praksis, som ikke har en sygeplejerske ansat, mener, at det kunne være en fordel, hvis der var mulighed for at ansætte en sygeplejerske til samtaler med patienterne:

*“Det vil være en god ting, hvis jeg får mulighed for at ansætte en sygeplejerske, som kan tale med dem. Men typisk har de brug for at få fortalt om det – hos mig eller på sygehuset. Men de laver ikke om på deres kostvaner.”*

### **3.3.3 Henvisning til ambulatorium**

Praksis beskriver i interviewene, at de især henviser til diabetesambulatorium i to situationer. Der henvises generelt, når sygdommen vurderes til at kræve særlig behandling, fx hvis der er dobbeltdiagnose, eller hvis der er særlige komplikationer, som lægerne ikke mener at kunne behandle i tilstrækkelig grad.

I nogle praksis henvises desuden i de tilfælde, hvor lægerne vurderer, at deres behandlingstilbud er utilstrækkeligt, dvs. hvis patienterne vedbliver at være dysregulerede, og praksis ikke mener at have mulighed for at ændre på dette. Hvornår denne grænse nås, ser ud til at variere fra praksis til praksis og hænger tilsyneladende tæt sammen med, at lægerne føler en vis magtesløshed over for behandlingen af den specifikke patient.

I nogle praksis udtrykkes ønske om at beholde patienten så længe som muligt, mens andre praksis henviser, når patienten har brug for diætistvejledning, eller fordi der vedbliver at mangle compliance. Enkelte nævner, at der henvises, når patienten skal overgå til insulinbehandling med sprøjte, for at sikre, at instruktionen bliver forstået og kan håndteres af patienten.

I nogle af de interviewede praksis er der en oplevelse af at miste overblikket over og kontrollen med patienternes behandling, når de henviser til ambulatoriet. For det første er det en langstrakt procedure med henvisning og indkaldelse, og de synes, at patienterne bliver udsat for lange ventetider, før de bliver indkaldt. For det andet får praksis for få informationer om, hvordan det går med patienten og for sene tilbagemeldinger om, hvornår og hvordan behandlingen eventuelt er afsluttet. Begge dele opleves som, at det giver en usikkerhed i kontakten til patienten og til, hvordan behandlingen skal fortsættes i praksis.

*“Det er et problem, at vi ikke hører noget fra ambulatorierne. Pludselig ringer patienterne og skal have noget medicin, og vi har ikke hørt noget i årevis. De vil have noget andet insulin, som vi aldrig har givet dem, så kommunikationen er ikke så god. Vi hører intet i årevis, medmindre vi beder om det, og så får vi faktisk heller ikke noget at vide. De sender kun, når de bliver afsluttet. Men diabetespatienter bliver jo ikke afsluttet.”*

Nogle læger mener, at det gør deres funktion som tovholdere på behandlingen vanskeligere, at de ikke får informationer om patienten, mens denne er tilknyttet den sekundære sektor.

*“Det ville være rart at høre, at de diabetikere, der bliver fulgt ude i byen – hvad deres medicinstatus er, og hvordan det ser ud med deres sukkersyge. Vi er jo sådan tovholdere, når det gælder alle deres andre sygdomme, og så ville det være rart at kunne følge med i, hvad der skete på deres DB-område.”*

### **3.3.4 Sammenfatning om organisering af type 2 diabetesbehandlingen**

Der er i hovedtræk to grupper af praksis set ud fra deres egen beskrivelse af tilrettelæggelse af diabetesbehandlingen, og om praksis efter deres egen vurdering har overblik over og struktur på behandlingen:

*De velorganiserede:* har eller arbejder hen imod en systematik i behandlingen med klar arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske (hvem siger/gør hvad i hvilken rækkefølge). Disse praksis har egentlige vejledningssamtaler i livsstilsændringer: kost, motion, hvordan sygdommen indvirker på kroppen, hvad patienten selv kan gøre for at begrænse sygdommen osv. Det er typisk sygeplejersken, som holder samtalerne, hvis der er en sygeplejerske. Disse praksis oplever selv, at de har et godt overblik over og kontakt til langt de fleste patienter i deres praksis, som har type 2 diabetes, eller som er i risikogruppen. De har også en oplevelse af, at patienterne generelt overholder kontrollerne (mindst på samme niveau som danskere). Hvis nogle ikke følges tæt nok gennem kontrollerne, har de overblik over, hvem det er, og de forsøger at gennemføre et opsøgende/opfølgende arbejde for at få dem til kontrol og eventuel behandling.

*De mere sporadisk organiserede:* følger som udgangspunkt DSAMs kliniske vejledning for prøver, men har ikke en egentlig systematik i behandlingen. De lægger vægt på, at patienterne er forskellige, og at der ikke kan bruges en skematisk systematik. De gennemfører ikke egentlige vejledningssamtaler, men de kan dog, især lægen, give råd om kost og motion, hvis de skønner, at patienten er motiveret. De mener til dels, at det er patientens eget ansvar at følge kontrollerne, og de har ikke overblik over og gør ikke et systematisk forsøg på at få overblik over, hvem der ikke går regelmæssigt til kontrol. De har derfor heller ikke noget opfølgende/opsøgende arbejde over for patienter, som ikke kommer til kontrollerne.

## **3.4 Forløbsydelse**

I evalueringsinterviewene blev der spurgt om holdningerne i praksis til at deltage i forløbsydelsen som et led i diabetesbehandlingen. Desuden er der spurgt til samarbejdet og eventuelle problemer i samarbejdet mellem praksis og sygehussektoren/diabetesambulatorier med den hensigt at få en vur-

dering af praksislægerne mulighed for at påtage sig en tovholderfunktion for diabetespatienter.

### 3.4.1 Hvad er forløbsydelsen?

Forløbsydelsen for diabetespatienter er en ny form for ydelseshonorering, som almen praksis kan tilmelde sig<sup>4</sup>. Formålet med forløbsydelsen er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og give den praktiserende læge et instrument til planlægning, risikostratificering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af diabetespatienter i praksis.

Hvis den praktiserende læge tilmelder sig ydelsen, omfatter denne alle type 2 diabetespatienter, som kontrolleres i praksis. Patienterne skal registreres med ICPC kode T90. Forløbsydelsen honoreres en gang årligt efter hver gennemført årskontrol med et fast honorar og gennemførte tillægssydelser. For at deltage skal praksis installere et bestemt datafangsmodul og opkobles til sundhedsdatanettet, dvs. at det stiller nogle krav til edb-systemerne i praksis.

### 3.4.2 Hvad er holdningen i praksis til forløbsydelsen?

De interviewede praksis er gennemgående ikke helt afklarede om, hvorvidt de vil tilmelde sig forløbsydelsen. I nogle praksis er holdningen dog mere positiv end i andre, selvom der i stort set alle interview nævnes både fordele og ulemper, som har været inde i overvejelserne.

*Fordelene* ved forløbsydelsen er set fra praksis især, at det giver en bedre mulighed for at få styr på data og på kontrollerne, dvs. det bliver et supplement til og en styrkelse af organiseringen af diabetesbehandlingen i praksis:

*“Der er en masse gode ideer i det – at få samlet data sammen og sendt ind og en god måde at være forpligtet på. Det kunne være en måde at blive bedre på. Jeg tror, at vi i alle henseender bliver mere fokuserede. Ydelsen i sig selv er ikke det stimulerende, men det stiller nogle krav om, at du skal have gjort dig nogle tanker om forløbet, og du skal have nogle data, som skal indberettes. Det gør, at du sætter fokus på lige den patient og den lidelse.”*

*“Ydelsen er god, også fordi man kan dele data med andre – også i uddannelsessammenhænge er det interessant at se, hvor godt vi gør det, og hvor vi har brug for at sætte ind.”*

*Ulemperne* ved at være tilmeldt forløbsydelsen er især baseret på økonomiske overvejelser, dvs. om ydelsen overhovedet dækker det arbejde, der er nødvendigt i forhold til diabetespatienter. Især ydelser for patienter med

---

<sup>4</sup> Dette afsnit bygger på Thorsen og Dyhr: *Forløbsydelsen – et feasibility study med særligt fokus på praksis med mange sårbare patienter*. Forskningsenheden for Almen Praksis. København, marts 2007.

indvandrerbaggrund forventes ikke at kunne dækkes af forløbsydelsens honorar:

*“Jeg har været med til et møde engang, hvor nogen havde regnet på det, og hvis man laver sit arbejde grundigt og effektivt, så ville man tabe penge på forløbsydelsen.”*

*“Nej, da jeg læste den, tænkte jeg: “Det bliver da en underskudsforretning”. Så det vil vi ikke være med til. Du mosler med dem. Det er spændende, men et stort arbejde. Det er næsten på niveau med at lave terapi med en diabetespatient. Sort arbejde – dårligt betalt.”*

Ofte anses fordelene ved forløbsydelsen dog at opveje, at honoraret måske ikke dækker helt.

Et andet element, der for nogle opleves som en ulempe, er kravene til edb-systemet, som både kan være en omkostning og en belastning i det daglige arbejde.

*“Jeg mener ikke, ydelsen er så økonomisk dårlig, men det kommer også an på, hvor meget det vil koste med vores computere. ... Det afhænger af, om det skal lægges ind på hver computer, og vi har rigtig mange pc'er i spil, og hvis vi skal betale 7.000 kr. for hver eneste, bliver det dyrt. Men det er noget, vi gerne vil, og det kommer på et tidspunkt.”*

*“Jeg tror, jeg lægger mig i baghjulet og afventer de andres interesse. Også fordi jeg er single-praksis og ikke sidder sammen med en nørd til computere.”*





## 4 Særlige forhold vedrørende indvandrere med type 2 diabetes

I dette kapitel ses på de involverede praksis' erfaringer med type 2 diabetespatienter med anden etnisk baggrund. Først ses på erfaringer ud fra, hvor mange patienter af denne type der er tilknyttet praksis, og derefter ses på hvilke særlige forhold vedrørende indvandrere praksis oplever.

### 4.1 Erfaring med indvandrere

Målgruppen for projektet var almene praksis med en stor andel af indvandrere blandt patienterne.

Af de 12 praksis, som har deltaget i evalueringen, udgør indvandrere 40-60 % af patienterne i 5 praksis, mens de i 5 praksis udgør 20-30 %. 2 praksis havde under 15 % indvandrere blandt deres patienter<sup>5</sup>.

I de 5 praksis, hvor der er en enkelt læge, har 4 en høj andel (40-60 %) af indvandrere, mens en praksis har ca. 15 %. I praksis med flere læger er andelen hyppigere under 30 %, idet 5 ud af 7 har denne andel.

Der er således i de deltagende praksis en ret omfattende erfaring med at have indvandrere som patienter. Antallet af indvandrere med type 2 diabetes varierer mellem praksis fra få personer til at udgøre 90 % af alle patienter med diabetes.

Der er dog en del usikkerhed i de fleste praksis om, hvor mange type 2 diabetespatienter med indvandrerbaggrund, der er tilknyttet praksis. I nogle tilfælde har praksis trukket oplysninger om deres type 2 diabetespatienter ud, men flere af disse har ikke opdelt på etnicitet, og andelen bliver også her et skøn. I andre praksis eksisterer muligheden for at trække oplysningerne fra systemet tilsyneladende ikke.

### 4.2 Særlige forhold vedrørende indvandrerpatienter med diabetes 2

Overordnet er der i interviewene to forskellige tilgange til problemstillinger vedrørende indvandrerpatienter med diabetes 2. Den ene tilgang er, at "*det er svært*" fulgt op med beskrivelsen af en række forskellige problemer, og

---

<sup>5</sup> Andelen af indvandrerpatienter er skønnet af praksis, og der er i nogle praksis en variation mellem oplysninger til diabetessygeplejersken og oplysninger til evaluator.

at indvandrere er en helt anden type patienter, som praksis ikke kan bruge de sædvanlige behandlingstilgange overfor:

*“Når vi har med de her patienter at gøre, som bl.a. er indvandrerkvinder, som ikke er så sprogligt gode, har andre vaner og familie, andre kulturer, så er det ikke sådan, at man kan sige: “ingen colaer eller hvidt brød”. Så er det meget mere komplekst. Det er meget sværere at ændre deres livsstil på grund af de andre barrierer, der også er med dem, såsom deres økonomi, deres spisemønster og sociale livsmønster. Det er nogle tungere problematikker.”*

Den anden tilgang er, at “det er en udfordring” fulgt op med en beskrivelse af, hvordan det er muligt at takle kulturmødet på en positiv måde, og hvordan problemer kan anskues som, at “de er grundlæggende ikke anderledes end danske patienter”, men man skal dels se dem som individuelle personer, dels sætte sig ind i deres kulturelle regler og baggrund.

*“Så er det måske i virkeligheden en fordel, hvis det er en fra et andet land, for så ved jeg, at jeg er nødt til at undersøge, hvordan hun tænker, fordi der måske er stor forskel. Og hvis jeg ikke gør det samme med en dansker, så laver jeg en kæmpe brøler, for vi vil jo også tænke forskelligt. Men så går jeg bare ud fra, at når jeg har stukket en brochure i hånden, at det er nok. Ellers også er det bare de danske patienter, jeg har – det er i hvert fald de samme problemer eller besværligheder, der er.”*

De oftest nævnte problemer for begge typer af praksis er, at:

- der kan være sprogproblemer
- der kan være kommunikationsproblemer: at gøre sig forståelig og at forstå, når der er forskellig kulturbaggrund
- der kan være complianceproblemer.

### **4.3 Sprogproblemer**

De fleste praksis oplever, at der er sprogproblemer i mødet med indvandrere, men den gennemgående holdning er, at dette problem kan løses med brug af tolk og ved at sikre, at der er afsat tid nok til konsultationerne. Det er således ofte ikke sproget i sig selv, der er det væsentligste problem, men mere den vanskelighed der ligger i at skulle kommunikere noget relativt svært forståeligt til en gruppe med en begrænset baggrund for at forstå det.

*Brug af tolke.* Nogle praksis har erfaring for, at det fungerer godt med tolke. De har typisk faste tolke, som de har tillid til vil tolke korrekt, og som de ved kender terminologien. Og samtidig har de selv lært at bruge tolkene rigtigt, fx at tale til patienten og ikke til tolken, samt ikke at bruge så meget fagsprog, men mere almindeligt sprog.

Andre praksis har mere blandede erfaringer med brug af tolk. Det er især praksis, som bruger tolkebureauer, hvor de ikke kender tolkene i forvejen. For nogle af dem handler det om, at de ikke har tillid til tolkenes oversættelser, mens det i andre situationer i højere grad handler om, at det kan være vanskeligt at koordinere mødet, enten fordi der ikke er en relevant tolk til rådighed, når de skal bruge en, eller fordi tolk eller patient ikke kommer til det fastsatte tidspunkt.

*“Så kommer det problem nogle gange, at jeg er lidt usikker på, om det jeg siger, er det, der bliver sagt. Fordi jeg synes, jeg har sagt alt for meget i forhold til det, der bliver oversat. Man kan ikke vide det, for når man ikke kan forstå det, der bliver sagt, kan man kun håbe, at det er det. Og det er ikke altid, det går, for nogle gange kommer patienten for sent, og nogle gange kommer tolken for sent. Så den tid, der er afsat, bliver ikke brugt. Det kan være svært at få det til at passe sammen. Men jeg bruger tolke i det omfang, det kan lade sig gøre.”*

*Når der ikke bruges tolk.* I nogle situationer vurderes det, at patienten kan tilstrækkeligt dansk, men dette kan give problemer i forhold til at sikre sig, at patienten har forstået budskabet.

*“Man tror, de forstår, og så har de ikke helt forstået det. ... At de siger noget, men måske gør noget andet. At de gerne vil være flinke og vil svare ja. ... At de gerne vil være venlige, og også gerne vil gøre det, som jeg siger, i stedet for ligesom at forstå, at det er for deres egen skyld.”*

*Familiemedlemmer som tolke.* I nogle tilfælde bruges familiemedlemmer som tolke, og erfaringerne er, at det både kan være en fordel og en ulempe. Fordelen kan være, at familiemedlemmet har en indsigt i, hvad patienten ikke kan forstå og kan være med til at støtte op om behandlingen, mens ulempen fx kan være, at patienten ikke ønsker at berøre bestemte emner, når der er en søn eller datter til stede.

#### **4.4 Kommunikationsproblemer**

Problemer med kommunikation går langt videre end sprogproblemerne. Det handler om, hvordan kulturmødet forløber mellem læge, praksispersonale og patient. For nogle praksis er erfaringen, at det først og fremmest er nødvendigt at vide noget om patientens kulturelle baggrund, regler og normer således, at de ud fra dette har mulighed for at give relevante råd og anvisninger til, hvordan patienten kan leve med sygdommen, og mulighed for at forklare sygdommen, så patienten forstår alvoren af den. For andre praksis handler det især om at forstå de enkelte patienter; hvordan de lever i dagligdagen, og hvordan de er motiverede for selv at tage ansvaret for at ændre deres liv. Der er elementer af begge tilgange i de fleste interview, men vægten lægges forskelligt.

*At forstå alvoren af sygdommen.* Et af de gennemgående problemer, der nævnes i forbindelse med kommunikationsproblemerne er, at det er vanskeligt at få indvandrerpatienterne til at forstå alvoren af sygdommen. Det er ikke en sygdom, de kan mærke på kroppen, og de kan have svært ved at begribe de medicinske forklaringer på sygdommen og de konsekvenser, den kan have. I nogle af de interviewede praksis ses dette som et kulturelt problem med udgangspunkt i, at etniske minoriteter har en anden sygdomsopfattelse:

*“At kunne formidle og blive forstået og hørt. Det kan stadig være svært at forklare, hvor alvorlig en sygdom det er, når de ikke decideret har nogen symptomer, som de selv føler. Jeg har flere gange snakket om den sygdomsopfattelse: “Jeg er syg, hvis jeg har ondt nogle steder. Du siger jeg er syg, men jeg har det godt.” Med sukkersygen kan man ikke placere det et sted. Det er ikke hjerte eller lunger. Det er svært at forstå for dem, hvad sygdommen handler om.”*

I andre praksis opfattes det i højere grad som et socialt eller uddannelsesmæssigt problem:

*“Det kan være svært både med etniske danskere og indvandrere at forklare sygdommen; hvordan sygdommen virker, og hvorfor får man diabetes, og hvorfor skal man gøre nogle bestemte ting, hvis man gerne vil have det bedre. Det er svært at forklare alle, og nogle er veluddannede, og nogle er analfabeter. Så man skal kunne komme helt ned, og man skal kunne servere tingene på alle niveauer.”*

*En socialt tung gruppe.* I flere praksis er der således erfaringer for, at de indvandrerpatienter, der er tilknyttet praksis, er en socialt tung gruppe, som har mange andre både helbredsmæssige og sociale problemer, og at dette kan gøre det særligt vanskeligt for patienterne både at forstå og at holde fokus på alvoren af sygdommen. Patienter med anden etnisk baggrund, som har en uddannelse og en skolegang svarende til en gennemsnitlig dansk, har ikke vanskeligere ved at forstå sygdommen end almindelige danskere har.

*Kommunikation tager tid.* Det er gennemgående i praksis' erfaringer med indvandrerpatienter, at kulturmødet og en god kommunikation tager lang tid. Der skal afsættes meget mere tid til konsultationerne end til danske patienter, fordi det tager tid at indgå i en kontakt og en fyldestgørende dialog med patienterne.

## **4.5 Problemer med compliance**

Complianceproblemer er det udtryk, der bruges mest i interviewene med praksis, når det skal beskrives, hvilke særlige forhold der er knyttet til indvandrerpatienter med type 2 diabetes. Erfaringerne i de fleste praksis er, at det er vanskeligere at fastholde indvandrerpatienterne i et godt behandlings-

forløb, hvor de dels er motiverede for at følge råd og vejledning om livsstilsændringer, dels vedbliver med at følge den medicinske behandling.

Det er i høj grad problemer med manglende compliance, som kan føre til en følelse af magtesløshed og frustration i praksis. I flere interview er det et gennemgående tema, at hvis de (læger og praksispersonale) bare vidste, hvad de skulle gøre i forhold til dette, ville mange problemer være løst.

*“Man bliver totalt desillusioneret, man kan jo ikke få dem til det. ... En nyopdaget diabetes, som kommer op og har et højt blodsukker og ellers ikke fejler noget. Han bliver jo bange, og så ændrer han sin kost. Så kommer hans sukker helt ned, hvor det skal være. Og så snakker vi meget om kosten, og det han har gjort, er jo godt nok. Og nu har han det fint og skal ikke have noget medicin. Så går der nogle måneder, så falder det tilbage igen, og så griner han bare. Han ved godt, hvad han gør forkert. Sådan oplever jeg, at det er.”*

Den manglende compliance forklares hovedsageligt ud fra patienternes manglende forståelse af sygdommens alvor, som både ses udspringe fra patienternes kulturelle og sociale baggrund og fra, at praksis mangler redskaber og viden til at forklare sygdommen på en relevant og forståelig måde:

*“Kultur kommer også ind i billedet. Det er svært. Du snakker med en, og de siger, de har forstået det, og så kommer de hjem, og så ved du, det går galt. De har ikke gjort det alligevel.”*

Årsagerne, som knyttes til den kulturelle baggrund, kan være de konkrete madvaner, dvs. hvad maden består i, og den vægt, der lægges på måltidet og maden i forskellige kulturer og i en immigrationssituation. Men det kan også, som nævnt under afsnittet om kommunikationsproblemer, være de forskellige kulturelle sygdomsopfattelser og forståelse af, hvornår man er syg eller rask.

De kulturelle faktorer, som kan begrænse både motivation og muligheder for ændringer, kan også være normer og regler for, hvordan specielt kvinder kan udfolde sig i det offentlige rum. Fx efterspørges viden i praksis om konkrete tilbud til indvandrerkvinder både med hensyn til motion og sociale netværk, hvor de kan få mere viden om og forståelse for deres sygdom, og hvad den kræver af dem.

*“Det er compliance, som ikke er... det er til dels kulturelt bestemt, for vi kommer med vores normer og forventninger: “Gå bare i motionscenter”, og så kigger de på en, som om... Det er nogle andre tilbud, man skal have til den gruppe end dem, vi giver til vores danske patienter, for at få dem til at være med.”*

Den manglende forståelse af sygdommen kan efter nogle praksis' erfaring føre til, at patienterne ophører med at tage deres medicin, når de “får det

bedre”, og det ses samtidig som en forklaring på, at en del af patienterne bliver fra kontroller, der er aftalt.

*“Nogle af dem har kolossalt højt blodsukker, og vi prøver så at få dem i insulinbehandling, men det vil de ikke. Så vil de hellere bare spise pillerne. Og når de så ikke har flere tabletter, så lader de være med at få nogle nye. ... men de har det jo fint, siger de, og så er det ikke nødvendigt.”*

I nogle praksis er der mere fokus på, at det faktisk lykkes for nogle af patienterne at ændre livsstil, og at de er motiverede for at fastholde både ændringerne og behandlingen. Men det kræver en forståelse af og en dyb indlevelse i patienten. En sygeplejerske fortæller om kvindelige patienter:

*“De har ikke den samme frihed – mange af dem. Jeg har siddet med flere, som har brændende lyst til at komme mere ud, men de føler ikke, de har friheden til at gøre det pga., at der skal være mad klar til børnene og manden, og de føler ikke, at de kan tillade sig det alene. Og hvor er det lige, de skal gå hen. Det lykkes nogle gange, og det er fantastisk. ... (Jeg) prøver at finde eksempler på, hvad der sker, når det lykkes. For den familiære situation er jo ikke ændret, og alligevel har de formået at smide de kilo.”*

## 5 Resultater

Det følgende afsnit indeholder lægernes og praksispersonalets vurderinger af deltagelse i forsøget. Vurderingerne er fremkommet under interviewene i forbindelse med evalueringen.

Resultaterne af forsøget og lægernes/praksispersonalets vurdering skal ses i relation til, hvilket formål og forventninger lægerne havde til forsøget. Resultaterne skal desuden ses i forhold til de karakteristika ved praksis, som er fremkommet i analysen af praksis, både med hensyn til organisering af diabetesbehandlingen og med hensyn til vurderingen af de udfordringer, det giver praksis at have diabetespatienter med indvandrerbaggrund.

### 5.1 Beskrivelse af forløb

Projektmedarbejderen besøgte hver af de deltagende praksis i alt tre gange med ca. 1 måneds mellemrum. Møderne varede hver ca. en time.

Ved det første besøg blev der udleveret et særligt udarbejdet materiale, som bestod af en mappe med pjecer, informationer om tilbud til diabetespatienter med anden etnisk baggrund, oversigt over øjenlæger, fodterapeuter osv. samt en video om diabetes på forskellige sprog. Mappens indhold blev gennemgået i store træk, og projektmedarbejderen informerede generelt om ernæring og kostvejledning. Som en del af besøget blev eventuelle aktuelle problemstillinger klarlagt og diskuteret, fx ønske om bedre systematisering af vejledning og brug af vejledende materiale, brug af edb-værktøjer, manglende fremmøde fra patienterne, motivation eller organisering af opfølgende kontroller.

Mellem første og andet møde skulle de deltagende læger og sygeplejersker arbejde med de aktuelle problemstillinger og afprøve det udleverede materiale.

Andet og tredje møde forløb forskelligt afhængig af, i hvor høj grad de deltagende praksis havde arbejdet med på de aftalte punkter fra de foregående møder. Der blev fulgt op på, hvilke erfaringer de havde gjort sig, og hvad der manglede at blive gennemført, og der blev lagt planer for det videre forløb.

Nogle læger og sygeplejersker havde stort set ikke forberedt sig fra det ene møde til det andet enten på grund af manglende tid, eller fordi de ikke havde haft diabetespatienter med indvandrerbaggrund i den aktuelle periode.

Som en del af projektet har det været muligt at få støtte og vejledning af en it-konsulent, der kunne være behjælpelig med at finde frem til diabetespa-

tienter via edb-systemet i den enkelte lægepraksis eller installere fraseordbog til brug i diabetesbehandlingen. Cirka halvdelen af de deltagende praksis har benyttet sig af tilbuddet, hvoraf nogle har fundet frem til deres diabetespatienter enten via søgning på diagnosekoder eller medicinordination.

## 5.2 Hvad har været brugbart?

Gennemgående har de deltagende praksis oplevet forløbet som brugbart og relevant for deres aktuelle situation. Som en del af interviewene i evalueringen blev læger og sygeplejersker spurgt om, hvad de havde fået ud af at være med i projektet. Nedenstående punkter er de emner, der blev fremhævet af de fleste, nævnt med det første punkt som det mest omtalte.

- **Informationsmateriale.** Der har gennemgående været stort fokus på det udleverede materiale i forløbet, og både læger og sygeplejersker fremhæver, at informationerne er et godt arbejdsredskab i deres vejledning af patienterne. De har fået mulighed for at tilbyde patienter, der ikke taler dansk, en mere konkret rådgivning og information på deres eget modersmål, og de har fået større indblik i, hvilke tilbud der findes til denne patientgruppe. Materialet giver dem ligeledes mulighed for selv at finde informationer om tilbud til etniske minoriteter i fremtiden.
- **Viden om kost og ernæring.** Nogle praksis har opnået større viden om kost og ernæring, og de udtrykker, at de stort set ikke vidste noget i forvejen. Det har været særlig brugbart for både læger og sygeplejersker at opnå kendskab til kostvaner i andre kulturer, og hvilke fødevarer der benyttes i deres madlavning. Nogle læger oplever, at de ikke har lært noget nyt på området, end hvad de vidste i forvejen.
- **Rådgivning i kostvejledning og livsstilsændring.** De fleste praksis har benyttet sig af rådgivning i, hvordan de vejleder og motiverer diabetespatienter i kostændring. Rådgivningen blev givet generelt og i relation til konkrete patientforløb. På grund af manglende tid mellem møderne eller fordi der ikke var mange diabetespatienter med anden etnisk baggrund i praksis, har det ikke været muligt for alle, der ønskede det, at opnå sparring om et konkret patientforløb. I de tilfælde, hvor det kunne lade sig gøre, har både læger og sygeplejersker fået stort udbytte af at kunne forholde sig til rådgivning i relation til noget konkret og aktuelt.
- **Organisering og systematisering.** En del af de deltagende praksis arbejdede allerede før projektet med at udvikle deres interne arbejdsdeling og organisering af diabetesbehandling. Denne gruppe læger og sygeplejerske fik under projektet yderligere mulighed for at forbedre deres arbejde og havde gavn af den sparring, de fik undervejs. En praksis, der arbejdede mere sporadisk med diabetesbehandling og opfølgning, fik startet en systematisering ved bl.a. at få overblik over, hvor mange diabetespatienter de havde, og hvornår de havde været i praksis sidst.



- **Viden om kulturforskelle.** Projektets særlige fokus på diabetespatienter med anden etnisk baggrund har givet læger og sygeplejersker en større forståelse for andre mad- og livsstilsvaner, og hvilken betydning kultur har for patienternes sygdomsopfattelse. En læge fremhæver bl.a., at det var en overraskelse og vigtig information for ham, at det i nogle kulturer er “lavstatus” at have en ikke-synlig sygdom som diabetes, og at han derfor blev nødt til at påpege de konkrete fysiske mulige konsekvenser af sygdommen for patienterne.
- **It-konsulent.** Ca. halvdelen af de deltagende praksis har benyttet sig af hjælp fra it-konsulenten, som var med i sidste halvdel af projektforsøget. De har fået hjælp til at finde deres diabetespatienter og få installeret fraseordbog, der er en form for elektronisk interaktiv huskeliste, hvor udvalgte ord kommer frem på edb-skærmen i forbindelse med konsultationen. Det fremgår af interviewene, at it-konsulenten ikke har haft en så fremtrædende rolle direkte i projektet.

Projektet har haft sit primære fokus på kost- og ernæringsvejledning, og mange praksis efterspurgte mere sparring og rådgivning omkring systematisering og bedre organisering af diabetesbehandling generelt. Nogle praksis har oplevet, at indholdet af projektet har været for fokuseret på kost og ernæring og havde forventet et bredere fokus på både kost, motion og organisering af diabetesbehandling. Enkelte praksis mener ikke, at specifik kost- og ernæringsvejledning er en decideret lægelig opgave, og at det er tidsmæssigt umuligt som læge at gennemføre dybtgående kostvejledning i den afsatte konsultationstid.

Motion er prioriteret højt i forebyggelsesøjemed, og flere læger og sygeplejersker udtrykker, at de ikke har opnået yderligere viden på dette område.

### 5.3 Virkning af forsøg

Projektets formål var at gennemføre et forsøg, som skulle vise, om en direkte støtte til den almene praktiserende læge og praksispersonale kunne medvirke til en forbedring af behandlingen af indvandrere med diabetes 2. Hensigten var at støtte lægers indsats over for indvandrergruppen, både organisatorisk og fagligt.

Virkingen af projektet ses i de ændrede handlingsstrategier, der er foretaget i de deltagende praksis, og hvorvidt læger og sygeplejersker oplever, at de er blevet bedre rustet til behandling og rådgivning af diabetespatienter med anden etnisk baggrund. For nogle praksis er rådgivning af denne gruppe vanskelig og forbundet med frustrationer, mens det for andre er en positiv udfordring i deres arbejde.

Lidt over halvdelen af de deltagende praksis har konkret ændret handlemåde, mens lidt under halvdelen ikke mener, at det har bragt dem ny viden, eller de har haft svært ved at implementere yderligere kost- og livsstilsvejledning i deres nuværende måde at organisere deres diabetesbehandling på. Nogle af disse læger mener ligeledes, at der er tale om en tung patientgruppe, som det vil tage lang tid og ikke mindst erfaring at ændre.

Projektet er gennemført sideløbende med det daglige arbejde i praksis, og virkningen er derfor påvirket af mange faktorer såsom manglende ressourcer og tid til at arbejde og implementere den nye viden. En praksis overgik i løbet af projektperioden til et andet edb-system og havde derfor svært ved at overskue også at skulle have fokus på kostvejledning. En anden praksis ventede på at få opstartet forløbsydelsen og mente derfor, at det var svært at gå i gang med ændringer i organiseringen, før det aspekt var på plads.

### **5.3.1 Formål og forventninger**

Virkningen af forsøget skal ses i relation til, hvilke formål og forventninger praksis havde for at deltage i projektet, og hvorvidt dette blev indfriet.

Overordnet havde lægerne to formål med at deltage:

1. Ønske om bedre organisering og systematisering af diabetesbehandlingen, såsom mere systematisk fordeling af arbejdsopgaver og vejledning af patienterne mellem læge og praksispersonale, opfølgning og screening.
2. Blive bedre til at kunne motivere indvandrergruppen af diabetespatienter til livsstilsændring. De oplever en frustration over manglende compliance hos patienterne. Nogle læger i denne gruppe ønskede mere konkret viden om forskellige indvandrergruppers kost og levevis.

I forhold til organisering og systematisering af diabetesbehandling har forløbet skabt øget fokus på diabetes. De fleste læger og sygeplejersker siger, at projektet har gjort dem mere opmærksomme på diabetesbehandling generelt for såvel danske som patienter med anden etnisk baggrund. Det har for nogle praksis konkret udmøntet sig i systematisering af vejledning og opfølgning af de allerede registrerede diabetespatienter og en generelt øget opmærksomhed på diabetes. En læge siger:

*“Vi er blevet mere opmærksomme på, at vi skal følge op på dem, der er registreret fx for to år siden, og som der ikke er blevet fulgt op på. Så vi i fremtiden kan gå ind og søge, og vi kan lave en status over, hvor mange vi har, og om der er nogen, vi har glemt.”*

Den forbedrede organisering og systematisering har ligeledes medført, at flere praksis via søgning i deres edb-system eller ved hjælp af gennemgang af receptudskrivninger har opnået klarhed og overblik over, hvor mange diabetespatienter de reelt har. En læge siger bl.a.:

*“Vi brugte besøgene til at gennemgå vores diabetespatienter for at se, hvem vi har, og hvornår vi har set dem sidst. For selvom man kan trække en liste ud fra journalerne, er det ikke altid i hverdagen, at man gør det. Der skal en særlig anledning til at få det gjort, og vi har fået lavet status og fået snakket om, hvad vi kan gøre.”*

Med hensyn til bedre at kunne vejlede etniske minoriteter med diabetes og kunne håndtere kulturmødet fortæller flere læger, at forsøget har gjort dem mere opmærksomme på deres egen rolle i vejledningen, og forsøget har givet dem konkrete redskaber til at kunne håndtere vejledningen af denne patientgruppe. Læger og praksispersonale har opnået større viden om kulturelle forskelles betydning for sygdomsopfattelse og livsstil. I en praksis siger de:

*“For danskerne kan det være svært at ændre (livsstil), det ved vi alle. Men det har åbnet øjnene for, at hvis man er presset andre steder i livet, er kosten en stor del af ens selvbestemmelse. Der er meget kulturhistorie i maden, og det er det, man har med hjemmefra, og jeg kan se, at jeg skal tænke mere over, hvad den del af deres hverdag også betyder.”*

En væsentlig begrundelse for at deltage i projektet var fra praksis' side, at de oplevede manglende compliance fra patienterne, og mange oplevede arbejdet med indvandrere med diabetes som frustrerende og problematisk. Projektet har ikke forløbet tilstrækkelig lang tid til, at man kan sige, hvorvidt det har haft indflydelse på patienternes compliance, men flere af de deltagende læger og sygeplejersker har udtrykt, at de nu føler sig bedre rustet i arbejdet, både på grund af det udleverede materiale på patienternes eget sprog og på grund af deres større kulturforståelse.

### **5.3.2 Eksisterende organisering og erfaring**

Virkingen af forsøget afhænger af, hvordan de deltagende praksis har organiseret deres diabetesbehandling, og hvor meget erfaring og viden de har om livsstilsvejledning. Overordnet peger evalueringen på, at de praksis, som allerede før projektet havde eller arbejdede hen imod en systematik i diabetesbehandlingen, oplevede det største udbytte af projektet. Mens de praksis, som arbejdede mere sporadisk og mindre systematisk med diabetesvejledning, ikke oplevede et tilsvarende udbytte.

*“Det handler meget om overskud og et spørgsmål om at systematisere tingene. Presset i de forskellige praksis er enormt højt. Der er ingen tvivl om, at vi render hurtigt... Det er dem, som i forvejen har styr på tingene, som gerne vil have endnu mere styr på det, og der er også praksis, hvor der ikke er så meget styr på tingene, hvor de langsomt arbejder sig frem.”*

De velorganiserede praksis, som oplever størst udbytte af forsøget, arbejdede før projektet hen imod en systematisk behandling af diabetes med klar arbejdsdeling mellem læge og sygeplejersker. På grund af deres allerede ek-

sisterende systematisering og egne erfaringer kunne de lettere implementere de informationer, som projektmedarbejderen kom med. Tilsvarende var de i stand til at anvende det udleverede materiale fra starten af projektet.

I gruppen af velorganiserede praksis har det været muligt at benytte allerede eksisterende diagnosekodning eller registrering af receptudskrivninger til at finde frem til de diabetespatienter, der er i praksis. Der kan være tale om patienter, der får udskrevet medicin, men som ikke har kontakt til praksis i en længerevarende periode, eller diagnosticerede diabetespatienter, der ikke har været til kontrol over længere tid.

I praksis uden eksisterende diagnosekodning eller registrering af diabetespatienter har en sådan opsporing af patienterne ikke været mulig. I nogle af disse tilfælde har der været gjort brug af indsendte prøver til KPLL<sup>6</sup>, for at opnå kendskab til, hvor mange potentielle diabetespatienter praksis havde.

De velorganiserede praksis oplever selv, at de har et godt overblik over og kontakt til deres diabetespatienter eller patienter i risikogruppen, mens de mere sporadiske oplever området uoverskueligt at få styr på.

Som eksempel på de to kategorier siger en sygeplejerske fra en velorganiseret praksis:

*“Vi synes ikke, at vores patienter med anden etnisk baggrund har været noget problem, og vi føler ikke, at vi har været kørt af sporet. Så vi har kunnet bruge det som arbejdsredskab, og det har ikke været svært at begynde at bruge det. Det har været meget anvendeligt lige fra starten.”*

En læge fra en mere sporadisk arbejdende praksis blev spurgt, om hun mener forløbet vil betyde noget for hendes fremtidige diabetesbehandling. Hun siger:

*“Hvis jeg skal være helt ærlig, nej det tror jeg ikke... Jeg ved heller ikke, om jeg snapper dem op, det ved jeg faktisk ikke. Jeg ved ikke, hvordan man skulle gøre det anderledes, men vi har da fået fokus på diabetesbehandling.”*

Ud over den eksisterende organisering og erfaringsbetydning viser evalueringen, at lægernes interesse og fokus på forbedring har stor betydning for, hvorvidt projektet har ført til forandringer. Enkelte praksis, som forud for forsøget ikke havde overblik over deres diabetespatienter og ikke havde systematik i deres organisering af diabetesbehandlingen, har i projektforløbet fået etableret en systematik og arbejdsdeling i deres arbejde samt fået begyndende overblik over deres gruppe af diabetespatienter.

---

<sup>6</sup> Københavns Kommunes Praktiserende Lægers Laboratorium.

### 5.3.3 Generel og specifik virkning

Interviewene med læger og sygeplejersker viser, at erfaringerne fra forsøget har haft både en specifik virkning på diabetesbehandling og en generel virkning på den måde, praksis vælger at organisere og vejlede deres patienter på inden for andre behandlingsområder.

Den viden og de erfaringer, som lægerne og sygeplejerskerne har opnået i projektforsøget, er blevet anvendt konkret til at organisere deres indbyrdes arbejdsdeling i forbindelse med vejledning af patienter generelt i praksis. Desuden nævner en af de deltagende læger, at de i hendes praksis havde brugt den nye viden om kostvejledning fra projektet til også at vejlede overvægtige patienter generelt. Hun siger:

*“Vi har kun få kostsamtaler med diabetespatienter, men vi har i samme forløb taget de overvægtige med – udvidet sfæren lidt.”*

## 5.4 Vurdering af forsøget

De deltagende praksis vurderer forsøget meget forskelligt, og deres vurdering skal ses i forhold til, hvilke formål og forventninger de havde med at deltage, hvilken erfaring og viden de havde på forhånd, og hvem der har deltaget i møderne med projektmedarbejderen.

### 5.4.1 Lægers og sygeplejerskers vurdering

Læger og sygeplejersker vurderer gennemgående projektet forskelligt på baggrund af den funktion, de varetager i praksis og den interne arbejdsdeling.

I de praksis, hvor der både er læger og sygeplejersker, er arbejdsdelingen oftest, at lægen primært tager sig af selve behandlingen af diabetes og har kontakt til patienten i forbindelse med prøvesvar og medicinordination. Sygeplejerskerne varetager kost- og livsstilsvejledningen af patienterne og ser diabetespatienterne oftere i forbindelse med kontrol af blodsukker mv. Denne arbejdsdeling har betydet, at sygeplejerskerne i højere grad end lægerne har oplevet projektet og det udleverede materiale som brugbart. De har kunnet anvende det udleverede materiale konkret i deres arbejde og har oplevet rådene og den nye viden om indvandrere og kostvejledning som relevant for deres arbejde.

I en praksis, hvor både læge og sygeplejerske har deltaget i forsøget, vurderede lægen forsøget som mindre brugbart, mens sygeplejersken i høj grad har kunnet anvende såvel materiale som rådgivning. Lægen siger bl.a.:

*“Der var gode intentioner i det, men hun er jo sygeplejerske, og jeg synes hendes erfaringer med den problematik, som jeg sad med, var problematisk.”*

Selvom lægerne gennemgående har vurderet projektet mindre brugbart end de deltagende sygeplejersker, kan det ikke konkluderes, at vurderingen af forsøget bunder i uddannelse og profession. Derimod peger evalueringen på, at vurderingen afhænger mere af arbejdsdeling og funktion. I de deltagende enkeltmandspraksis uden ansat personale skal lægen reelt varetage både behandling, receptudskrivning samt kost- og livsstilsvejledning. Lægerne i disse praksis vælger at organisere deres diabetesbehandling og rådgivning forskelligt, idet nogle bevidst har fravalgt at vejlede patienterne i kost, da der ikke er tid til det, mens andre læger har valgt at varetage alle områderne selv. Sidstnævnte oplever også at have fået stort udbytte af forsøget.

I de praksis, hvor både læger og sygeplejersker har deltaget sammen i møderne, har det givet en mulighed for sparring og dialog, der ikke var mulig, når kun en af parterne deltog. Når begge parter deltog, gav det en mere helhedsorienteret patientbehandling, hvor læger og sygeplejersker har kendskab til hinandens arbejdsområde, og det skabte mere klarhed over den interne arbejdsfordeling. En læge siger bl.a.:

*“Fordelen er, at hvis man ikke kan huske det, så kan den anden måske. Man kommer også til at berøre nogle områder, som ikke er lægeligt eller vejledningsmæssigt ens, men hvor man får mulighed for at høre det også.”*

#### **5.4.2 Organisering og forankring**

Møderne tog ofte udgangspunkt i det udarbejdede materiale, hvor indholdet blev gennemgået og diskuteret. Som en del af de gennemførte evalueringssamtaler blev læger og praksispersonale spurgt om, hvordan de mente organiseringen af projektet havde været, og flere efterlyste mere dialog og mulighed for at arbejde med aktuelle problemstillinger i den enkelte praksis.

Nogle læger fortalte under interviewene, at de gerne ville have modtaget mere detaljeret besked om selve indholdet af hvert af de tre møder. De var i tvivl om, hvad der konkret skulle foregå, og nogle havde forventet decideret undervisning, mens andre læger havde forventet, at møderne var strukturerede som konsulentbistand og dialog om deres aktuelle problemstillinger. De mente, at en nærmere beskrivelse af møderne ville medvirke til, at de bedre kunne forberede sig og afgøre, hvem fra praksis der skulle deltage.

Andre praksis sagde, at deres manglende forberedelse udelukkende skyldtes manglende tid, og at de under alle omstændigheder ikke havde kunnet afsætte yderligere tid til forberedelse.

Hvad angår den tidsmæssige placering af møderne, mener nogle praksis, at der skulle være længere tid mellem møderne. Andre mener, at det var passende, og enkelte havde ikke tænkt over det. De praksis, som mente, at der

skulle være længere tid mellem møderne, ville gerne have haft mere tid til at gøre sig erfaringer i forhold til de udfordringer, der er forbundet med diabetesbehandling og vejledning i livsstilsændring.

Enkelte læger betegnede projektet som “for skematisk” anlagt, og sagde, at det ikke passede ind i almen praksis og til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Som almene praktiserende læger oplever de at skulle forholde sig til mange forskellige aspekter i mødet med patienterne, og mener ikke, at det er realistisk at fokusere så meget på kostvejledning og livsstilsændring, som projektet lægger op til. En læge siger bl.a.:

*“I forhold til ambulatoriearbejde har vi det lod, at vi også tager os af de mange andre ting, som er et problem for diabetikeren i det daglige. Det kan være alt fra, at de ikke kan komme i kontakt med deres familie i deres hjemland og meget andet. Forståelsen af det danske system bruger vi også meget tid på.”*

Evalueringen af projektet har fundet sted 1-2 måneder efter det sidste møde med projektmedarbejderen, og det har i nogle praksis været muligt at få indblik i, hvordan de har forankret den nye viden og erfaring i deres diabetesbehandling.

Forankringen af den nye viden afhænger i høj grad af, hvem der har deltaget på møderne, og hvorvidt praksis i forvejen var velorganiseret i deres diabetesbehandling og opfølgning. I de praksis, hvor både læger og sygeplejersker har deltaget, har der været tale om større grad af dialog i modsætning til de praksis, hvor kun en af parterne deltog.

I en praksis har de fx taget den nye viden fra projektet op på deres ugentlige fællesmøder, hvor de opdaterer eller afholder undervisning. På disse møder, kunne den person, som havde deltaget i projektet, fortælle, hvad der var kommet ud af det, og det kunne diskuteres i fællesskab. Denne praksis har i fællesskab bl.a. arbejdet med deres egne guidelines i forhold til diabetespatienter og har kunnet implementere den nye viden direkte i deres skriftlige guidelines.

I de praksis, hvor særligt uddannelseslæger har deltaget, har der i visse tilfælde været tale om, at den nye viden “forsvandt”, når vedkommende forlod praksis efter endt uddannelse.

### **5.4.3 Forståelse af projektets formål og indhold**

På baggrund af de gennemførte interview med læger, praksispersonale og projektmedarbejderen er der aspekter i projekttilrettelæggelsen, der har været særligt fremtrædende, og som har haft en vis betydning for de deltagende praksis’ forståelse af formål og indhold.

Der har ved projektets begyndelse været uklarhed om projektets formål og organisering for nogle af de deltagende praksis. Eksempelvis oplevede nog-

le praksis, at det var uklart, hvad der skulle ske på møderne. Nogle praksis havde forventet et decideret kursusforløb om indvandrerpatienter med type 2 diabetes, mens andre praksis havde forventet, at projektmedarbejderen kom for at udføre kostvejledning for deres diabetespatienter.

Nogle læger var ikke bekendt med selve formålet for projektet, og hvad det indebar. En læge havde eksempelvis fået kendskab til projektet, fordi en fax med information om projektet ved en fejl blev sendt til hendes faxnummer, og en anden læge deltog, fordi en anden lægepraksis i samme opgang sprang fra projektet, og vedkommende syntes, det lød spændende.

## **5.5 Manglende rammer og tilbud**

Læger og sygeplejersker udtrykker gennemgående, at de mangler tilbud til diabetespatienter med anden etnisk baggrund og muligheden for at kunne kontakte andre for faglig sparring i en aktuel situation. Mange læger oplever, at de er nødsaget til at henvise patienterne til ambulatorium, hvor de ved en faglig sparring reelt kunne have beholdt patienten i almen praksis.

På nuværende tidspunkt er det ikke muligt for almen praksis i Københavns Kommune at henvise udelukkende til diætist. Der kan kun henvises til diætist i forbindelse med henvisning til ambulatorium eller ved "Motion på recept". Ved "Motion på recept" er der tale om patientbetaling, hvilket har vist sig at være en barriere for deltagelse. Ved henvisning til ambulatorium udtrykker lægerne et stort ønske om at kunne bibeholde selve diabetesbehandlingen i deres praksis og at kunne henvise patienterne til diætist med henblik på kostvejledning eller eventuelt til fysioterapeut for vejledning af patienterne i motion.

Tilsvarende efterlyser læger og sygeplejersker motionstilbud til deres diabetespatienter med anden etnisk baggrund. I de eksisterende tilbud er kravet ofte, at patienten skal kunne tale dansk, og de efterlyser tilbud og viden om motion til kvinder med anden etnisk baggrund, som ofte er overvægtige med problemer i bevægelsesapparatet, og som primært opholder sig i hjemmet.



## 6 Konklusion og anbefalinger

I dette kapitel sammenfattes evalueringens konklusioner, og på baggrund af de gennemførte interview og dokumentationsmateriale fremhæves en række opmærksomhedspunkter for en fremtidig indsats på området.

De deltagende praksis har overordnet haft to formål med at deltage i projektet:

- Mere opmærksomhed på organiseringen af diabetesbehandlingen.
- Mere opmærksomhed på etniske minoriteter med diabetes og bedre håndtering af kulturmødet.

Forventningerne til deltagelsen var gennemgående, at praksis fik nogle redskaber, som de kunne bruge i deres behandling eller vejledning af patienter med anden etnisk baggrund.

### 6.1 Resultater og virkning af forsøg

På baggrund af forskning, som viser, at diabetespatienten har brug for en organisation i almen praksis, som på struktureret vis kan håndtere kontrol, vejledning og behandling, var formålet med projektet:

- at støtte lægepraksis i en for den enkelte praksis hensigtsmæssig organisering i relation til type 2 diabetikere med anden etnisk baggrund
- at hjælpe klinikkerne til at bruge de it-muligheder, der ligger i lægesystemerne med henblik på registrering, follow up, overblik samt diabetesomsorg.

De to formål med projektet er blevet opfyldt, dog i begrænset omfang.

Fokus i projektet har primært været på kost- og ernæringsvejledning og har i mindre omfang lagt vægt på sparring og vejledning i organisering af diabetesbehandlingen. En del af de deltagende praksis arbejdede allerede før projektet med at udvikle deres interne arbejdsdeling og organisering af diabetesbehandling. Og denne gruppe fik yderligere mulighed for at forbedre deres arbejde og havde gavn af den sparring, de fik undervejs.

Med hensyn til hjælp til at bruge it-mulighederne i lægesystemerne har der været mindre fokus på dette formål i projektet. Projektmedarbejderen havde ikke it-rådgivning som en del af sit kompetenceområde, og it-konsulenten, som blev knyttet til projektet undervejs, har kun været på besøg i halvdelen af de deltagende praksis. It-rådgivning har derfor ikke haft en fremtrædende funktion i projektet. Evalueringen viste, at de praksis, som har viden om edb, bruger den hensigtsmæssigt. Nogle af disse praksis fik dog tilføjet en viden til den, de allerede havde. De praksis, som ikke havde viden eller et

tilstrækkeligt it-system, oplevede tekniske problemer, som it-konsulenten kun delvist kunne afhjælpe.

Med hensyn til bedre at kunne vejlede etniske minoriteter med diabetes og kunne håndtere kulturmødet har forsøget gjort læger og sygeplejersker mere opmærksomme på deres egen rolle i vejledningen. Samtidig har projektet gjort dem mere opmærksomme på diabetesbehandling generelt for såvel danske som patienter med anden etnisk baggrund. Lidt over halvdelen af de deltagende praksis har konkret ændret handlemåde, mens lidt under halvdelen ikke mener, at det har bragt dem ny viden i form af:

- **Informationsmateriale.** Der har gennemgående været stort fokus på det udleverede materiale i forløbet, og både læger og sygeplejersker fremhæver, at materialet er et godt arbejdsredskab i deres vejledning af patienter med anden etnisk baggrund.
- **Viden om kost og ernæring.** Det har været særligt brugbart for både læger og sygeplejersker at opnå kendskab til kostvaner i andre kulturer, og hvilke fødevarer der benyttes i deres madlavning.
- **Rådgivning i kostvejledning og livsstilsændring.** Hvordan læger og sygeplejersker vejleder og motiverer diabetespatienter i kostændring. Rådgivningen blev givet både generelt og i relation til konkrete patientforløb.
- **Viden om kulturforskelle.** Projektets særlige fokus på diabetespatienter med anden etnisk baggrund har givet læger og sygeplejersker en større forståelse for andre mad- og livsstilsvaner, og for hvilken betydning kultur har for patienternes sygdomsopfattelse.

## 6.2 Forskellige behov i praksis

Evalueringen viser, at der er forskellige behov for indsatser til at optimere diabetesbehandlingen for indvandrerpatienter i almen praksis, blandt andet afhængig af det eksisterende organiseringsniveau. De praksis, som allerede før projektet havde eller arbejdede hen imod en systematik i diabetesbehandlingen, oplevede det største udbytte af projektet. Mens de praksis, som arbejdede mere sporadisk og mindre systematisk med diabetesvejledning, ikke oplevede et tilsvarende udbytte.

Evalueringen viser således, at praksis, hvis diabetesbehandling er mindre velorganiseret, skal have støtte på anden måde, end den er fremkommet gennem projektet, eventuelt som en mere direkte hjælp til organisering.

## 6.3 anbefalinger til en model

Evalueringen af projektet peger på, at der i en fremtidig indsats er behov for faglig forankring af den mobile diabetessygeplejerske således, at vedkom-

mende løbende har mulighed for faglig sparring og aktivt kan indgå med andre i et samarbejde om organisering og tilrettelæggelse af arbejdet.

Et mere permanent tilbud til almen praksis om støtte fra en mobil diabetes-sygeplejerske bør derfor have en faglig og organisatorisk forankring i et fagligt miljø, som beskæftiger sig med etniske minoriteter.

Evalueringen peger på, at fokus i projektet har været bredt, og projektmedarbejderen har både skullet vejlede og rådgive i kost og ernæring, undervise i kulturelle faktorer og deres indflydelse på mødet mellem læge og patient samt tilbyde sparring i organisering og systematisering af diabetesbehandling.

I forbindelse med udviklingen af tilbuddet er det vigtigt at sikre, at den eller de personer, som skal udføre tilbuddet, kan rådgive og vejlede både om organisering af diabetesbehandlingen og om vejledning af etniske minoriteter og kulturmødet.

Tilbuddet skal kunne rette sig mod både velorganiserede og mindre velorganiserede praksis. Der skal tages udgangspunkt i det niveau for organisering, der er i den givne praksis således, at også de almene praksis, som har behov for at få styrket deres organisering, kan drage fordel af tilbuddet.

Samtidig skal tilbuddet være fleksibelt i den konkrete tilrettelæggelse i forhold til, hvilke behov der er i almen praksis således, at der tilbydes forløb, som tilrettelægges specifikt både i varighed og emnefokus.

Det bør aftales konkret med den praksis, som modtager tilbuddet, hvad der skal foregå i forløbet, og hvad praksis selv skal gennemføre for at få mest muligt ud af forløbet.

### **6.3.1 Uddannelse af praksispersonale**

I de praksis, hvor der både er læger og sygeplejersker, er arbejdsdelingen oftest, at lægen primært tager sig af selve behandlingen af diabetes og har kontakt til patienten i forbindelse med prøvesvar og medicinordination. Sygeplejerskerne varetager selve kost- og livsstilsvejledningen af patienterne og ser diabetespatienterne oftere i forbindelse med kontrol af blodsukker mv. Denne arbejdsdeling betyder, at sygeplejerskerne i højere grad end lægerne har oplevet projektet som brugbart.

Organiseringen og rollefordelingen mellem læge og praksispersonale afhænger i høj grad af, hvilket praksispersonale der er tale om, og hvor meget erfaring og viden vedkommende i givet fald har om diabetes og rådgivning. Hvis et ønske med en fremtidig indsats på området er at øge praksispersonalets andel i vejledningen af diabetespatienter, kan det overvejes, hvorvidt ordningen skal rettes specifikt mod disse professionsgrupper. Der kan i en fremtidig indsats tilbydes uddannelse specifikt rettet mod praksispersonale.

Som led i et kursus kan det materiale, som er udviklet i forbindelse med forsøget, udleveres og gennemgås. Derefter kan det afprøves i praksis med en opfølgning på kursus.

### **6.3.2 Forankring af ny viden og erfaring**

Forankringen af den nye viden afhænger i høj grad af, hvem i praksis der har deltaget på møderne med projektmedarbejderen, hvordan den interne arbejdsdeling er, og hvorvidt praksis i forvejen var velorganiseret i deres diabetesbehandling og opfølgning.

Det gennemførte projekt bestod af i alt tre møder i hver praksis. Imellem møderne var det hensigten, at praksis skulle implementere og gøre sig egne erfaringer med deres arbejde med behandling og opfølgning af indvandrerpatienter med type 2 diabetes. Det viste sig, at perioderne mellem møderne af nogle praksis aktivt blev benyttet til at arbejde videre. Men det var langt fra alle, der havde mulighed for det enten på grund af manglende tid, eller fordi de ikke havde nok patienter med indvandrerbaggrund.

Skal ny viden forankres i praksis, kræver det dels, at læger og praksispersonale er aktivt engageret i projektet, og at indsatsen tilrettelægges, så det passer til den aktuelle situation i praksis. I en kommende indsats på området vil det være hensigtsmæssigt at inkludere handlinger for, hvordan den nye viden og erfaring implementeres og forankres i praksis på længere sigt.



