

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2008.06

Hvordan skabes forandringer i praksis?

Forandringer i diabetesbehandlingen

Vibe Hjelholt Pedersen





Hvordan skabes forandringer i praksis?

Forandringer i diabetesbehandlingen

Vibe Hjelholt Pedersen

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2008.06

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 987-87-7488-564-1 (trykt version)

ISBN 987-87-7488-565-8 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2008.06

Omslag: Korsager Grafisk Design

Design: DSI

Tryk: Rosendahls Bogtrykkeri

Forord

I 2003 deltog Dansk Sundhedsinstitut i Sundhedsstyrelsens MTV om type 2-diabetes i Danmark. En af konklusionerne var, at der ikke forelå tilstrækkelig evidens bag anbefalingerne for organisering af behandlingsindsatsen. Siden har Dansk Sundhedsinstitut sammen med Sundhedsstyrelsen udgivet en rapport om organisering med specielt fokus på den polyfarmakologiske diabetesbehandling. Med denne rapport følger vi op med fokus på, hvordan anbefalinger på diabetesområdet realiseres i praksis.

Med udgangspunkt i diabetesbehandling stiller rapporten spørgsmålet: Hvad skal der til for at skabe forandringer i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme, hvor behandlingen ofte omfatter både praktiserende læger og speciallægerne på sygehuse-
ne? Som sådan henvender rapporten sig ikke kun til den del af sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med diabetesbehandling, men til alle politikere, læger og andre klinike-
re, embedsmænd og forskere, der beskæftiger sig med kronikeromsorg.

Projektet er udarbejdet og gennemført af antropolog og projektmedarbejder Vibe Hjel-
holt Pedersen med senior projektleder, ph.d. Sidsel Vinge ind over i de forberedende og
afsluttende stadier. Senior projektleder, ph.d. Christina Holm-Petersen og undertegnede
har tillige drøftet rapporten med forfatteren i de afsluttende stadier.

Tak til referencegruppen, som også har bidraget med kommentarer til projektet under-
vejs: praktiserende læge Douglas Henderson, praktiserende læge og diabetes-praksis-
konsulent Peter Schultz-Larsen, klinikchef ved Steno Diabetescenter, dr. med. Thomas
Gjørup, kontorchef i Region Midt, Birgitte Holm Andersen, konsulent i Kommunernes
Landsforening Kari Vieth og konsulent i Sundhedsstyrelsens Enhed for Medicinsk Tekno-
logivurdering Camilla Palmhøj-Nielsen. En tak skal også lyde til alle de personer, som
velvilligt har stillet op til interviews.

Rapporten er eksternt reviewed af lektor og ph.d. Anelli Sandbæk, speciallæge i almen
medicin ved Institut for Folkesundhed, Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet,
og kultursociolog, fil.dr. Thorkil Thorsen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Køben-
havns Universitet, som hermed også modtager en tak for grundige og konstruktive
kommentarer og kritikpunkter.

Sidst men ikke mindst skal rettes en tak til Det kommunale Momsfond, som økonomisk
har støttet denne undersøgelse og rapportudgivelse.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

4 | Hvordan skabes forandringer i praksis?

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé.....	7
From recommendations to reality – English Summary	13
1. Indledning	19
1.1 Projektets relevans.....	20
1.2 Læsevejledning.....	23
2. Metode	25
2.1 Fra compliance til concordance – en forudsætning for forandring	25
2.2 Analyseramme	26
2.2.1 Forandringer i sociale grænseflader	26
2.2.2 Forandringer og identitet.....	27
2.3 Design af den empiriske undersøgelse.....	28
2.3.1 Udvælgelse af amter.....	29
2.3.2 Udvælgelse af informanter	29
2.3.3 Datamateriale.....	31
2.3.4 Bearbejdning af data og identifikation af analysekategorier	33
3. Forandringer på diabetesområdet	35
3.1 Diabetesbehandlingen i Vejle	35
3.2 Diabetesbehandlingen i Frederiksborg	36
3.3 Opsummering	38
4. Den kliniske praksis	41
4.1 Systematik i behandlingen	42
4.1.1 Systematik – middel og mål.....	43
4.1.2 Arbejdsdeling i klinikken.....	44
4.1.3 Forskning og vejledninger – at vide hvilken vej man skal gå	47
4.1.4 Forandringer – et spørgsmål om ære?.....	51
4.2 Patienten som samarbejdspartner	52
4.2.1 Diabetes – en alvorlig sygdom.....	52
4.2.2 Livsstil og ligeværd	53
4.2.3 "Hvis jeg skræmmer dem fra vid og sans, er det jo en dårlig forretning" – Peters case.....	57
4.3 Opsummering og diskussion	60
5. Samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorier	63
5.1 Samarbejde er vejen frem!	63
5.1.1 Shared care – den reelle verden	64
5.1.2 Økonomi og moral	66
5.2 Kendskab og tillid.....	70

5.2.1	Delekontrolaftalen i Vejle Amt – en case	71
5.2.2	At få sat ansigt på hinanden.....	72
5.2.3	Praksiskonsulenter som forandringsagenter	76
5.3	Opsummering og diskussion	78
6.	Organisatoriske rammer	81
6.1	Dialog og aftaler	81
6.1.1	Diabetesudvalget – et forum for dialog.....	82
6.1.2	Medejerskab eller ledelse?.....	86
6.2	Den økonomiske velvilje	90
6.2.1	Hænder, udstyr og implementering	90
6.2.2	Spillet om bevillinger.....	94
6.3	Opsummering	96
7.	Fra anbefalinger til virkelighed?	97
7.1	Konklusion	97
7.2	Forandringer i praksis.....	101
Litteratur	103
Bilag	Oversigt over vejledninger, anbefalinger og statusopgørelser	107

Resumé

Projektets formål og relevans

Diabetes er en kronisk sygdom, der på grund af sin udbredelse og alvorlige komplikationer medfører omfattende tab af livskvalitet og levetid for patienterne samt store sundhedsøkonomiske omkostninger for samfundet. Hvis sygdommen ikke diagnosticeres tidligt og behandles intensivt, kan diabetikere udvikle invaliderende komplikationer som blindhed, hjertekarsygdomme, nyresvigt og nervesygdom, der kan føre til amputation af fødder eller ben.

Sundhedsmyndighederne har gennem de seneste årtier udsendt en lang række anbefalinger til de amtslige sundhedsforvaltninger med det formål at optimere behandlingen mest muligt og reducere omkostningerne. Anbefalingerne beskriver kliniske og organisatoriske tiltag, der kan forbedre behandlingsindsatsen, som fx oprettelse af patient-skoler, lokale samarbejdsaftaler mellem almen praksis og sygehusenes diabetesambulatorier og praksiskonsulentordninger. Statusopgørelser viser imidlertid, at anbefalingerne langt fra er blevet realiseret i alle de tidligere amter. Diabetes er således et område, hvor der er et presserende behov for forandring, og hvor der også er tilgængelig viden om, hvilke forandringer der bør igangsættes. Men der er tilsyneladende ikke tilstrækkelig viden om, hvordan man reelt kan få anbefalingerne til at blive til virkelighed.

Man kan anskue forandringer som noget, der udtænkes ovenfra af de relevante nationale og regionale sundhedsmyndigheder, og dernæst skal udføres af klinikkerne. Derved bliver forklaringen på manglende forandringer nemt reduceret til forsømmelse eller manglende vilje hos embedsmænd og sundhedsprofessionelle. For at undgå en sådan forsimpning anlægger dette projekt en helt anden vinkel på studiet af forandring: I stedet for at tage udgangspunkt i manglen på forandringer, fokuserer dette projekt på, hvad der får forandringer til at ske. Formålet er at få en mere grundlæggende forståelse for, hvad der karakteriserer de forandringer, som trods alt finder sted – enten på grund af, på trods af eller helt uafhængigt af sundhedsmyndighedernes anbefalinger. En sådan tilgang giver mere nuanceret viden om, hvordan forandringer opfattes og udføres af de mennesker, der skaber dem ude i praksis. Dette projekt anskuer således de faktiske forandringer i diabetesbehandlingen som en 'black box', der gøres til genstand for nærmere undersøgelse. Projektet undersøger derfor et antal faktiske forandringer i to tidligere amter, med det formål at afdække hvordan de involverede aktører opfatter og skaber forandringer af diabetesomsorgen i virkeligheden.

Metode

Analysen anskuer forandringer som processer, der udspringer af individers forhandling af interesser og identiteter. De forandringer på diabetesområdet, som aktørerne tillægger mest betydning, analyseres som resultater af sammenstød mellem aktørerne i sociale grænseflader, hvor aktørerne forhandler forskellige faglige og økonomiske interesser og sociale normer. Aktørernes interesser tager udgangspunkt i konkrete forhold i deres respektive arbejdsliv (økonomi, organisation, arbejdsopgaver), men påvirkes også af

deres professionelle identitet og forståelse af, hvad der er meningsfuldt i forhold til deres arbejde.

Analysen søger derfor at afdække, hvordan forskellige elementer i praksislægers og sygehuslægers professionelle identitet har betydning for forandringer i den kliniske praksis, og hvordan de kommer i spil i samarbejdet mellem de to sektorer. Desuden undersøges forandringer i de overordnede rammer for diabetesbehandlingen, med fokus på hvordan embedsmændenes arbejdsmæssige selvforståelse kommer i spil i forhandlingerne med de sundhedsprofessionelle om handleplaner og økonomiske bevillinger og således er med til at forklare den samlede diabetesomsorg, som eksisterer i praksis.

Den empiriske undersøgelse er designet til at udforske klinikeres og embedsmænds opfattelse af, hvilke forandringer der er sket i diabetesomsorgen, hvordan og hvorfor netop disse forandringer er sket, samt hvad forandring af diabetesomsorgen i det hele taget kræver. Den empiriske undersøgelse er derfor designet ud fra dette 'bottom-up' perspektiv, som er omsat til følgende forskningsspørgsmål:

- ◆ Hvordan opfatter klinikere og embedsmænd *deres egen og andre aktørers rolle* på diabetesområdet? Hvordan ser de deres respektive ansvar og handleområder?
- ◆ Hvordan opfatter klinikere og embedsmænd *de konkrete forandringer*, der har fundet sted på diabetesområdet? Hvordan opfattes de officielle tiltag til at skabe forandring (diverse handleplaner og anbefalinger)? Hvad ses som igangsættende, og hvad ses som bremsende for forandring – generelt og på de forskellige niveauer i særdeleshed?

Dataindsamlingen er foretaget ved hjælp af kvalitative metoder (interviews og observationer) i to tidligere amter, Frederiksborg og Vejle. I begge er der foretaget interviews med praktiserende læger fra optageområdet til hvert diabetesambulatorium samt med læger og diabetessygeplejersker fra hvert diabetesambulatorium. Desuden er gennemført interviews med embedsmænd, som på forskellig vis har beskæftiget sig med diabetesområdet i amternes sundhedsforvaltninger.

Forandringer i de to amter

En gennemgang af amtslige dokumenter viser en række forandringer i organiseringen af diabetesbehandlingen i de to amter. Der er oprettet diabetesskoler, lavet honoreringsaftaler med almen praksis, etableret samarbejdsaftaler mellem almen praksis og diabetesambulatorierne, ansat praksiskonsulenter og oprettet ekstra speciallægestillinger på ambulatorierne. Men denne dokumentgennemgang giver ikke noget særligt detaljeret indblik i processerne omkring at vedtage og gennemføre disse. I interviewene er der derfor spurgt til de forandringer, der fremgår af dokumenterne, samt til forhold som generelt anbefales i diabetesbehandlingen. Denne metodiske tilgang afslører, at disse ændringer ikke altid er blevet betragtet som de mest væsentlige, men at de i nogle tilfælde har affødt andre initiativer, som informanterne tillagde langt større betydning. Dette illustrerer, at en detaljeret forståelse af forandring kræver en dybdegående analyse af, hvordan både formelle og uformelle forandringer opfattes af de interviewede klinikere og embedsmænd.

Forandringer i den kliniske praksis

Forandringerne i klinikernes måde at organisere og udføre diabetesbehandlingen på i deres daglige praksis blev først og fremmest fremhævet af praksislægerne, mens sygehuslægerne i højere grad lagde vægt på forandringer i samarbejdet mellem sektorer og i de organisatoriske rammer. Analysen af denne type forandringer afspejler således hovedsagelig praksislægernes perspektiv. I det omfang det er relevant, er der dog redegjort for sygehuslægenes perspektiv på de forandringer, der behandles.

Praksislægerne peger på en række forandringer i deres egen behandlingspraksis på diabetesområdet, som de mener, har været særligt betydningsfulde og har højnet kvaliteten af behandlingen. De peger på organisatoriske og praktiske forhold som mere systematik i behandlingen, øget arbejdsdeling med hjælpepersonale (sygeplejersker) og mere tilgængelig videnskabelig dokumentation for behandlingen. Det har givet mere sikkerhed for effekt, bedre overblik over behandlingen, lettet lægens arbejdspress og øget mulighederne for sparring og gensidig støtte i dagligdagen. Samtidig har sygeplejerskerne i stor stil overtaget opgaven med livsstilsrådgivning, som mange af lægerne er ambivalente over for at tage på sig. De peger også på en ændret sygdomsopfattelse, især af type 2-diabetes, der har medført en mere intensiv behandling og større fokus på livsstil og inddragelse af patienten.

Praksislægernes opfattelse af, hvad der har været de mest betydningsfulde forandringer på diabetesområdet, er tæt sammenvævet med deres forståelse af egen rolle og arbejdsopgaver. De er meget optaget af at 'gøre det godt', men måler deres egen indsats ud fra flere forskellige værdisæt. Disse værdisæt definerer forskellige lægeroller, som de forsøger at leve op til. Praksislægerne ser forandringer som positive, i det omfang de har øget deres muligheder for at leve op til de forpligtelser, der ligger i et eller flere af de værdisæt, de orienterer sig imod. Forandringer, der derimod gør det sværere at leve op til disse forpligtelser, eksempelvis livsstilsrådgivning, udtrykker lægerne mere ambivalens over for. Løsningen på ambivalensen kan for nogen være at udlicitere denne opgave til andre faggrupper, eksempelvis sygeplejersker. Dette er formodentlig en del af forklaringen på de praktiserende lægers meget positive vurdering af arbejdsdelingen med sygeplejersken som en central forandring i diabetesbehandlingen: Den har bevirket, at de ikke længere behøver at gå på kompromis med deres egne idealer.

Forandringer i samarbejdet mellem sektorerne

Både sygehuslæger og praksislæger ønsker et bedre samarbejde, men de er skeptiske over for kravet om shared care-aftaler. De ser det som en unødvendig dobbeltkontrol, der underkender deres faglige evne til at vurdere patientens behandlingsbehov. Samtidig er de bange for ikke at få patienterne tilbage igen efter kontrol i den anden sektor. Frygten bunder dels i en opfattelse af "de andre" som fagligt mindre kompetente og mere motiverede af økonomiske interesser end af patientens ve og vel, dels i konkrete erfaringer med patienter der er blevet henvist for sent (fra almen praksis) eller ikke henvist tilbage (fra sygehusene). Problemerne omkring samarbejdet ses af mange læger og embedsmænd som forårsaget af kulturelle forskelle mellem de to lægegrupperes behandlingstilgang og arbejdsform.

I Vejle er der indført en delekontrolaftale, som har medført, at en del patienter går til årskontrol på diabetesambulatoriet og til tre kvartalskontroller i almen praksis. I forbindelse med aftalen er der blevet afholdt undervisning for alle amtets praksislæger på

diabetesambulatorierne, hvilket de sundhedsprofessionelle selv mener, har været en meget væsentlig faktor i forbedringen af samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorierne. Ikke så meget på grund af den vidensdeling, som undervisningen medførte, men simpelthen fordi lægerne gennem undervisningen har lært hinanden at kende. Kendskabet har øget tilliden mellem aktørerne og gjort det nemmere for begge lægegrupper at henvise deres patienter til den anden sektor og have telefonisk kontakt. Praksiskonsulenterne har i begge amter spillet en vigtig rolle i at få etableret kendskabet og forbedret samarbejdet mellem de to sektorer.

Etableringen af personligt kendskab mellem klinikere i almen praksis og sygehuse kan tilsidesætte modsatrettede faglige og økonomiske interesser og bane vej for tillidsfulde relationer mellem aktørerne. Det lader derfor til at være af afgørende betydning for et godt samarbejde mellem praktiserende læger og sygehuslæger – og dermed også for implementeringen af shared care, at der etableres rammer, hvor aktørerne kan opbygge meningsfulde relationer til hinanden. Disse rammer må være af en art, så det giver mening for aktørerne at deltage, fx undervisningsarrangementer eller konferencer med fagligt relevant indhold. I begge amter har praksiskonsulenterne fungeret som betydningsfulde forandringsagenter, der konkret har været arrangører af sådanne sociale rammer.

Forandringer i de organisatoriske rammer

I de to amter har diabetesudvalgene fungeret som dialogfora, hvor repræsentanter for alle aktører på diabetesområdet har kunnet mødes, lære hinanden at kende og indgå aftaler om en samlet indsats på diabetesområdet. Analysen viser, at diabetesudvalgene kan være drivkraft bag at skabe forandringer, i det omfang en arbejdskonsensus kan nås, og alle parter kan få noget værdifuldt ud af forhandlingen om ressourcer. Derved kan der skabes tillid mellem parterne og en følelse af personligt ansvar for at føre aftalerne ud i livet. Inddragelse af fagfolk øger tilslutningen til beslutningerne og legitimerer aftalerne over for politikerne. En mere klar ledelsesmæssig komponent kan gøre anbefalingerne mere troværdige og legitime overfor både sygehusledelse og forvaltninger. I diabetesudvalgene mødes imidlertid kun enkelte overlæger og de mest dedikerede praksislæger (i form af praksiskonsulenter). Det er derfor stadig vigtigt at gennemføre arrangementer, hvor også almindelige praksislæger og sygehuslæger kan deltage samtidig, så de kan få kendskab og tillid til hinanden og skabe en bredere arbejdskonsensus, som kan nedtone kampen om økonomiske ressourcer.

Praksiskonsulenterne har også spillet en vigtig rolle, idet de har legitimitet i såvel almen praksis som på sygehuse og i sundhedsforvaltninger. De har derfor formået at formidle information på tværs af grænserne mellem sektorer og forvaltninger og få tilslutning fra alle sektorer til de praktiske arrangementer, de har gennemført.

Økonomiske bevillinger er ikke overraskende en forudsætning for, at forandringer kan gennemføres. Der skal være hænder nok til at løfte opgaverne, midler til at indkøbe og indkøbe ny teknologi og penge til selve implementeringsprocessen. Det koster penge at sætte folk sammen i et rum, og det tager tid at lære at bruge nye procedurer. Tildelingen af økonomiske ressourcer spiller dog også en mere overordnet rolle for, hvordan de sundhedsprofessionelle opfatter deres arbejde. Gives der ikke penge til forskning, uddannelse og undervisning, opleves det af de sundhedsprofessionelle som manglende

anerkendelse og demotiverende, simpelthen fordi en spændende del af jobbet forsvinder.

Konklusion

Undersøgelsen fokuserer på tre typer forandringer: Forandringer i den kliniske praksis, i samarbejdet mellem praktislæger og sygehuslæger og i de organisatoriske rammer for diabetesbehandlingen. På tværs af disse forskellige forandringer tegner der sig imidlertid nogle generelle temaer, som har vist sig betydningsfulde i skabelsen af de forandringer, der er sket i de to amter.

For de klinikere, der i hverdagens diabetesbehandling skal realisere sundhedsmyndighedernes anbefalinger, er det væsentligt, at disse er praktisk anvendelige og giver mening i forhold til lægernes forståelse af, hvad der er kernen i deres professionelle identitet. Forandringer, der fremmer dette, gribes og indarbejdes i vidt omfang af lægerne selv uden udefra kommende påbud. Forandringer, som derimod gør det vanskeligere at leve op til de forpligtelser, der er centrale i lægernes professionelle identitet, som fx livsstilsrådgivning, udtrykker lægerne mere ambivalens over for. Hvis forandringer skal kunne gennemføres med succes, skal de give mening i forhold til en praktisk virkelighed og i forhold til lægernes egen opfattelse af, hvad der er meningen med deres arbejde.

Samarbejdsproblemer mellem klinikere i almen praksis og på sygehuse skyldes ikke kulturelle forskelle, men hænger sammen med modsatrettede faglige og økonomiske interesser mellem de to sektorer. Etableringen af personligt kendskab mellem de enkelte aktører i sektorerne kan tilsidesætte disse modsætninger og bane vej for mere tillidsfulde relationer mellem aktørerne. Det personlige kendskab gør det nemmere for begge parter at henvise patienter til hinanden, og det gør det nemmere for praktislægerne at henvende sig telefonisk til sygehuslæger for at få rådgivning ved tvivlsspørgsmål omkring diabetesbehandling – et vigtigt forhold, hvis unødvendige henvisninger til sekundærsektoren skal undgås.

I begge amter har praksiskonsulenterne fungeret som betydningsfulde 'forandringsagenter', der konkret har været arrangører af sociale rammer og formidlere af information på tværs af grænserne mellem institutionerne. Diabetesudvalgene kan ligeledes være medvirkende til at skabe forandringer, i det omfang aktørerne kan nå frem til en arbejdskonsensus, og alle parter kan få noget værdifuldt ud af forhandlingen om ressourcer. Inddragelse af fagfolk øger tilslutningen til beslutningerne og legitimerer aftalerne overfor politikerne. Samtidig kan en mere hierarkisk ledelseskomponent, som fx er til stede i Programledelsen, være motiverende for både sygehusledelse og sundhedsforvaltning til at arbejde mod opfyldelse af anbefalingerne, idet denne ledelsesform i højere grad stemmer overens med de hierarkiske ledelsessystemer i disse institutioner.

Økonomien er en forudsætning for, at der er hænder nok til at løfte opgaverne, at den rette teknologi kan tages i brug, og for at en egentlig implementering af forandringer – både tekniske og samarbejdsræssige – kan finde sted. Det koster penge at afholde undervisningsarrangementer, hvor alle praktislæger i en region skal købes fri til en dags undervisning, og det tager tid at lære at bruge nye computerprogrammer. Prioritering af sådanne indsatser i embedsværket, samt politisk velvilje til økonomisk finansiering af disse, er derfor af stor betydning for udførelsen af forandringer i praksis.

Denne undersøgelse af forandringer af diabetesomsorgen peger på nytteværdien af at anlægge et mere bottom-up orienteret perspektiv på forandring. Det indebærer at have en mere åben og undersøgende holdning til, hvad der er meningsfuldt for aktørerne i deres daglige arbejde, samt at man anerkender det meningsbærende og tillidsskabende potentiale i personlige relationer. Hvis man ønsker at anvende et sådant concordance-perspektiv til mere fremadrettet at skabe forandringer, kan det således være nyttigt at undersøge, hvad der på det aktuelle område opfattes som meningsfuldt af de forskellige aktører, der skal føre forandringerne ud i praksis – både i forhold til deres arbejde og til samarbejdet med andre aktører – og samtidig afsætte økonomiske midler til at understøtte de forhold, aktørerne peger på.

Forandringer i praksis

Med udgangspunkt i ovenstående konklusion kan nogle forhold fremhæves, der kan tjene som eksempler til inspiration for beslutningstagere og klinikere, som ønsker at arbejde fremadrettet med forandringer ud fra dette bottom-up perspektiv:

- ◆ Skab rum for dialog og socialt samvær mellem de aktører, der skal realisere anbefalingerne, frem for ensidigt at satse på skriftlig kommunikation og praktiske forhold som fx oprettelse af databaser, telefonhotlines og forløbsbeskrivelser.
- ◆ Inddrag alle aktører i dialogen og undersøg, hvad der er væsentligt for dem i arbejdet med diabetes.
- ◆ Anerkend reelle interessemodsætninger og konflikter som sådanne frem for at forklare dem som abstrakte kulturforskelle.
- ◆ Kommuniker tilsagn og afslag på forespørgsler om økonomi direkte og til alle involverede aktører på en klar og forståelig måde (gerne via personlige møder), så aktørerne føler sig hørt og anerkendt.

De undersøgte forandringer rummer desuden konkrete eksempler på mulige tiltag:

- ◆ Seminarer for praksislæger, hvor de kan dele praktiske erfaringer med at gennemføre forandringer i almen praksis, fx arbejdsdeling med praksissygeplejerske eller organisering af diabeteskontroller.
- ◆ Samarbejde med faglige selskaber om udarbejdelse af lokalt tilpassede kliniske vejledninger, der er praktisk anvendelige, evidensbaserede og fri for økonomiske interesser, evt. gennem konsulentbistand.
- ◆ Ansættelse af praksiskonsulenter eller styrkelse af den eksisterende funktion. Praksiskonsulenterne skal have mandat og tilstrækkelige ressourcer til at arrangere faglige møder eller undervisningsarrangementer og til at kunne tilbyde personlig rådgivning ude hos praktiserende læger, evt. i samarbejde med lægemiddelenheden i regionen.
- ◆ Etablering af meningsfulde rammer for dialog mellem de forskellige aktører, fx undervisning af almen praksis på diabetesambulatorier eller i bylægelæg, konferencer for alle involverede aktører eller dialogmøder mellem klinikere og regionale embedsmænd.

From recommendations to reality – English Summary

Purpose and relevance of the project

Due to its prevalence and serious complications, diabetes is a chronic condition which on an overall level leads to serious loss of quality of life and life time expectancy for the patients, as well as large-scale health care expenditures for the Danish society. If the disease is not diagnosed at an early stage and treated intensively, the diabetic may develop disabling complications such as blindness, cardiac diseases, kidney failure and neurological damages, which may ultimately lead to amputation of feet or legs.

For the past few decades, Danish health care authorities have sent out a number of recommendations to the county health care authorities, describing how to improve diabetes treatment and thus ultimately reduce costs. The recommendations describe clinical and organizational measures, such as patient schools, local shared care agreements, and employment of general practice consultants at the diabetes out-patient clinics. However, various reports show that the recommendations are far from being implemented in all areas of the country. Thus, in spite of the obvious need for change and the existing knowledge about useful initiatives, there is an apparent lack of knowledge about how to actually implement the recommendations.

Changes are often considered as something to be planned by national and regional health care authorities and then carried out by clinicians. However, such a top-down perspective easily reduces lack of change to disobedience or neglect on behalf of local public servants and health care professionals. To avoid such simplification, this study applies a completely different perspective to the study of change, and takes as a point of departure the question of what makes actual changes happen? The purpose is to obtain a more fundamental understanding of what characterizes the changes that does happen all the time – in spite of, because of or independently from recommendations of the health care authorities. This perspective gives a more balanced insight into how changes are perceived and carried out by the people who are putting them into actual practice. Changes in diabetes treatment are therefore considered a 'black box' that must be examined more closely. Consequently, the project examines a number of actual changes in to previous counties, with the purpose of uncovering how the involved actors perceive and create changes in diabetes treatment.

Methods

In the analysis, changes are considered as processes stemming from the negotiations of different interests and identities between individuals. The most valued changes in the diabetes treatment - according to the actors - are analysed as results of conflicts between the actors in social interfaces where they negotiate different professional and economic interests and social norms. The actors' interests depart partly in their work life (economy, organisation, work tasks), but are also affected by their professional sense of identity.

Hence the analysis seeks to uncover how different elements in the professional identities of specialists and general practitioners influence changes in clinical practice, and how these elements are applied in their mutual negotiations. In addition to this, changes in the overall framework for the diabetes treatment are examined, focussing on how public servants negotiate with health care professionals about action plans and economic funding, and how this affects overall changes in the diabetes treatment.

The empirical study explores the perceptions of clinicians and public servants on which changes have occurred within diabetes treatment, how and why exactly these changes have occurred, and what they believe to be essential to changes in diabetes treatment on the whole. As a consequence, the empirical study has been designed from this bottom-up perspective, which leads to the following research questions:

- ◆ How do clinicians and public servants perceive their own and other actors' roles within diabetes treatment – how do they perceive their respective responsibilities and areas of action?
- ◆ How do clinicians and public servants perceive concrete changes which have occurred within diabetes treatment in their regional area? How do they perceive initiatives from national and regional health care authorities (different action plans and recommendations)? What is seen as respectively barriers and carriers of change in general and by different actors specifically?

Data collection has been done by means of qualitative methods (interviews and observations) in two former counties, Frederiksborg and Vejle County. In both counties interviews were carried out with general practitioners from the precincts of each diabetes out-patient clinic, and with specialists and nurses from each out-patient clinic. In addition, public servants working with diabetes treatment in regional health care administrations have been interviewed.

Changes in the two counties

According to documents from the two county administrations, a number of changes in the organisation of diabetes treatment have taken place during the last 10 years. Patient schools have been established, remuneration agreements with general practice, shared care agreements, general practice consultants has been employed and extra specialist positions have been created. However, this type of document analysis does not provide an insight into the processes of change. The interviews focus on the changes found in the documents as well as more overall recommendations for diabetes treatment. This method revealed that the changes described in the documents were not always considered the most valuable and central changes, but in turn they paved the way for other initiatives, which were much more valued by the informants. This illustrates that a detailed understanding of change requires an in depth-analysis of how formal and informal changes are perceived by the interviewed clinicians and public servants.

Changes in clinical practice

Changes in clinical practice were mostly emphasized by general practitioners, while specialists at the out-patient clinics place more weight on changes in the cooperation

between the two sectors and in the organizational frames of the treatment. This part of the analysis thus primarily focuses on the general practitioners. Where it is relevant the specialists' perspective on the same issues is accounted for.

The general practitioners point to a number of changes in their own clinical practice around diabetes treatment which they believe has been of specific importance to a rise in the quality of the treatment. These changes are first of all a more systematic approach to treatment, an increase in the delegation of tasks to clinic nurses and more readily accessible scientific documentation for treatment. These initiatives have ensured effective treatment, made it possible to better survey treatment, have reduced the work load of the practitioner and increased the possibilities for feedback and mutual support. At the same time nurses have to a large extent taken over the task of life counselling, which many practitioners are reluctant to perform. Furthermore, the practitioners also point to a changed perception of the disease itself, particularly with regards to type 2 patients, which has led to a more intensive treatment and to more focus on life style and patient involvement.

The perception of general practitioners of the most important changes in diabetes treatment is closely linked to their understanding of their own role and tasks. They are very eager to 'do well', but they measure their performance from different value sets. These value sets define different roles that they as doctors must try to live up to. They see changes as positive as long as they increase their possibilities to live up to the obligations inherent in the different doctor roles. On the other hand, changes which make it harder for them to live up to these obligations, like for instance life style counselling, are perceived as less positive changes. For some, the solution to their ambivalence toward such changes is to delegate this task to other personnel, i.e. nurses. This possibly feeds into the evaluation of the increased division of labour with nurses as one of the most central changes, because it prevents them from unacceptable or difficult compromises concerning their own ideals for their work.

Changes in the cooperation between sectors

Both specialists and GP's wish for a better cooperation between the two sectors, but they remain sceptical to the demand for written shared care agreements. They see it as an unnecessary control measure, which undermine their professional skills in deciding the treatment needs of their patients. At the same time they oppose cooperation because they fear not to have their patients returned if they are controlled periodically in the other sector. This fear is partly linked to the almost mythical perception of 'the others' as professionally less competent and more motivated by economic motives than by the welfare of their patients. But it is also linked to tangible experiences with patients, who were referred too late to specialist or not referred back to general practice after intensive treatment at out-patient clinics. Very often the problems of cooperation between sectors are also considered to be the results of cultural differences between the two groups of clinicians.

In Vejle, a shared care agreement has been established. This means that a large proportion of the diabetes patients are controlled annually at the out-patient clinic, and then controlled every three months by their general practitioner. In connection with this agreement, all the general practitioners of the county were invited to a one-day seminar at the out-patient clinic. This was considered a very important factor, which led to an

improvement of the cooperation between the two sectors. Not so much because of the specific medical knowledge gained by the general practitioners, but simply because the physicians got to know each other. This familiarity with each other has increased the trust between the actors and made it easier for both groups of physicians to refer patients to each other and contact each other by telephone. General practice consultants have played an important part in establishing this familiarity and improving the cooperation between clinicians in the two sectors.

The report shows that problems with cooperation are connected to opposing professional and economical interests – not cultural differences – and that the establishment of personal contact between clinicians in both sectors can override these differences, and paves the way for more trusting relations between the actors. Thus it seems important for cooperation between general practitioners and specialists - and for the implementation of shared care – that settings are established where the actors can build up meaningful relations to each other. In both counties, general practice consultants have played an important part in establishing such settings.

Changes in overall organisational setting

It is important to create space for dialogue where all actors can meet and build up trust, and where agreements between the parties can be made. The diabetes committees in the two counties have served this end. The analysis shows that the diabetes committees can be the driving force in creating changes so that a working consensus can be reached and all parties can obtain something valuable from the negotiation of resources. In this way, trust between the parties and a sense of personal responsibility for acting according to agreements can be established. The involvement of health care professionals increases the loyalty towards the decisions made and at the same time gives legitimacy to the agreements in face of politicians. A more unambiguous managerial element in the diabetes committees increases the susceptibility of hospital managers and administrations towards agreements made by the committees. However, only a few specialists and the most dedicated general practitioners (mostly general practitioner consultants) are members of the diabetes committees. It is therefore still crucial to establish settings where less dedicated GP's and specialists can participate jointly, so that they can become acquainted and build trusting relations with one another and create a more extensive work consensus, which in turn can tone down the 'battle' for economic resources.

The general practitioner consultants have also played an important role in that they hold legitimacy in general practice as well as in out-patient clinics and in the regional health care administrations. They have therefore managed to communicate information across the boundaries between sectors and administrations, and to obtain approval of the practical arrangements from all sectors.

Not surprisingly, economic funding is an important precondition to implement changes in real life. It takes hands to do the job, it takes funding to buy and learn how to use new technology, and to implement it in daily use. It is costly to compensate all GP's in a county so that they can get together for a whole day with specialists, and it takes time to learn new procedures. But the allocation of economic resources also plays a more overall part in how the health care professionals perceive their work. If no funding is

given to research, training and education, it is perceived as lack of acknowledgement and as something that makes their work less meaningful – simply because an exiting part of their job then disappears.

Conclusion

The study focuses on three types of change: changes in clinical practice, changes in cooperation between GP's and specialists and changes in the overall organizational settings for diabetes treatment. From these different changes can be outlined some general topics, which have turned out to be important in the creation of changes in the two counties.

For the clinicians who must implement recommendations from health care authorities in their daily work, it is essential that these are practically applicable and make sense with regards to the clinicians own understanding of their professional roles. Scientific documentation and clinical guidelines reduce the doctor's personal responsibility for the treatment by ensuring that his effort is effective and therefore also rational. On the other hand, changes which make it harder to live up to the obligations central to their professional identity, are considered problematic by the clinicians. Thus, in order to implement changes successfully; these must make sense with regards to a practical reality as well as the clinicians' subjective ideas of the meaning of their work.

Problems with cooperation are not caused by cultural differences, but are closely linked to opposing professional and economical interests. The establishment of personal contact between clinicians in both sectors can override these differences, and pave the way for more trusting relations between the actors. Personal relations makes it easier for both parties to refer patients to each other, and it makes it easier for GP's to call specialists for advice, which is important to avoid unnecessary referrals to specialists.

In both counties the general practice consultants have had the roles as important change agents, who have arranged social events and have communicated information across institutional borders. Diabetes committees can also play a part in creating change insofar as the actors can reach a working consensus, and all parties can achieve something valuable from the resource negotiations. Involving professionals increase the legitimacy of the decisions made with regards to the politicians, and the backing of agreements among other professionals. At the same time a more hierarchical form of leadership, like for instance Program Management (a committee with members of hospital management and members of the diabetes committee) can make both hospital management and health care administrations work more intensively towards fulfilling recommendations – not least because this form of leadership correlates more closely with the hierarchical management systems in these institutions.

Economic funding is a premise for having enough hands to carry out the tasks, for being able to employ new technology and for an actual implementation of changes – technical as well as interpersonal – to take place. Funding is required to arrange training sessions, where all GP's in an area receive compensation for lost income so that they can participate, and it takes time to learn how to use new computer programmes. A positive disposition and prioritization from politicians and public servants towards such initiatives thus hold great importance to the implementation of changes into practice.

This study of changes in the Danish diabetes treatment points to the usefulness of applying a more bottom-up oriented perspective to change. This implies employing a more open attitude, and to question what is meaningful to the actors in their daily work, and that the potential of personal relations to imbue meaning and trust for the actors, is acknowledged. If one wants to employ this bottom-up perspective to attempt actual creation of change, it is useful to start by examining what is considered meaningful by the different actors – in relation to their work and their cooperation – and at the same time to earmark economic funding to support the initiatives suggested by the actors.

Changes in practice - recommendations for future work

On the basis of the conclusion above, the following general objectives can serve as inspiration to decision makers and clinicians, who wish to employ this bottom-up perspective in their work towards creating changes:

- ◆ Creating dialogue and social relations between the actors who should be carrying out the recommendations, and not just focussing on practical devices for cooperation (data bases, telephone hotlines, care management programmes)
- ◆ Involving all actors in the dialogue and examine what is important for them in relation to their work around diabetes
- ◆ Addressing inconsistencies and conflicts rather than explaining them as 'cultural differences' that cannot be changed
- ◆ Communicating assurances and refusals concerning economic funding directly to all involved parties in a clear and unambiguous manner (if possible through meetings with people in person), so that all actors feel themselves to be heard and recognized.

The examined changes furthermore hold some examples for concrete initiatives:

- ◆ Seminars for GP's where they can share experiences with making changes in their practice, for instance on how to delegate tasks to nurses or how to organize diabetes controls.
- ◆ Cooperation with medical societies concerning the composition of locally applicable clinical guidelines that are practical, evidence based and free of economic interests, perhaps through consulting
- ◆ Establishment of a general practice advice organisation, or strengthening of existing organisations. Practice consultants should be authorized and have enough resources to arrange meetings for professional or educational arrangements, and to offer personal consulting for individual GP's, possibly in cooperation with the pharmaceutical administration of each region.
- ◆ Establishment of settings where dialogue between the different actors should take place, for instance training of GP's in diabetes out-patient clinics or through their own medical societies, conferences for all involved actors or dialogue meetings between clinicians and public servants.

1. Indledning

Igennem de seneste 10 år er der i den danske offentlighed kommet stigende fokus på problemstillingerne omkring forebyggelse og behandling af kronisk sygdom, som både er ressourcekrævende og kræver koordination og samarbejde på tværs af fagområder, institutioner og sektorer.

En af de sygdomme, der i den forbindelse længe har været genstand for sundhedsmyndighedernes interesse, er diabetes. Det skyldes både sygdommens omfang – 220.000 danskere havde i 2005 diagnosen diabetes¹ – og de konsekvenser, sygdommen har. En effektiv forebyggelse og behandling af diabetes involverer omfattende medicinsk behandling², regelmæssige kontroller hos praktiserende læge eller specialist, øjenlæge og fodterapeut samt en massiv rådgivende indsats i forhold til omlægning af livsstil og uddannelse i egenomsorg. Uden den rette behandling kan diabetes medføre alvorlige komplikationer som blindhed, amputation af fødder eller ben, nyresvigt, hjerte-karsygdomme og heraf følgende helbredsproblemer (se Faktaboks 1 s. 21).

De danske sundhedsmyndigheder har gennem de seneste årtier udsendt en række anbefalinger³ til de amtslige sundhedsforvaltninger, der beskriver kliniske og organisatoriske tiltag til at forbedre behandlingsindsatsen, som fx patientskoler, lokale samarbejdsaftaler mellem almen praksis og sygehusenes diabetesambulatorier og overenskomstaftaler med de praktiserende læger.

På trods af sundhedsmyndighedernes fokus på området og konkrete forslag til understøttende tiltag viste Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse fra 2005, at tiltag som ovennævnte langt fra var sat i værk i alle amter, og at der var stor variation i deres udformning og efterlevelse i praksis, de steder hvor anbefalingerne faktisk var fulgt (3). Umiddelbart kunne man derfor drage den konklusion, at anbefalinger fra sundhedsmyndighederne ikke bliver efterlevet og derfor ikke skaber forandringer i diabetesbehandlingen. Denne tilgang tager udgangspunkt i en mangel på forandring og stiller spørgsmålet: Hvorfor gør regionale og lokale embedsmænd og praktikerne ikke, som det anbefales ovenfra? En sådan tilgang fører nemt til cementering af gængse forklaringsmodeller som mangel på tid, penge og/eller vilje. Den væsentligste anke er imidlertid, at det ikke lærer os noget om, hvad der kan få forandringer til at ske i praksis.

¹ Sundhedsstyrelsen anslår pr. 31. december 2005, at 220.000 danskere har diagnosen, samt at omkring 20.000 nye diabetikere diagnosticeres hvert år (1).

² Diabetikere har udover problemer med reguleringen af deres blodsukker ofte andre medfølgende helbredsproblemer. Ideelt set skal diabetikere derfor tage medicin, der behandler alle disse forhold. Se DSI rapport 2007.05 om intensiv polyfarmakologisk behandling af type 2-diabetes for yderligere information om dette emne (2).

³ Se liste over de mest centrale anbefalinger i bilaget.

Denne undersøgelse anlægger derfor en helt anden vinkel på studiet af forandring: I stedet for at tage udgangspunkt i manglen på forandringer, fokuserer dette projekt på, hvad der får forandringer til at ske. Formålet er at få en mere grundlæggende forståelse for faktiske forandringer i sundhedspraksis: Hvad sætter dem i gang? Hvad opleves som hæmmende og fremmede for forandring af aktørerne på området? Kort sagt: Hvad karakteriserer de forandringer, som trods alt finder sted – enten på grund af, på trods af eller helt uafhængigt af sundhedsmyndighedernes anbefalinger. En sådan tilgang kan give en mere nuanceret viden om, hvordan forandringer opfattes og udføres af de mennesker, der skaber dem ude i praksis. Dette projekt anskuer således de faktiske forandringer i diabetesbehandlingen som en 'black box', der gøres til genstand for nærmere undersøgelse. Projektet undersøger derfor et antal faktiske forandringer med det formål at afdække, hvordan de involverede aktører opfatter og skaber forandringer af diabetesomsorgen i virkeligheden.

1.1 Projektets relevans

Implementering af nye metoder og teknologier i sundhedsvæsenet kan anskues fra mange forskellige vinkler. Overordnet set kan man skelne mellem implementering af på den ene side konkrete forandringer i selve den medicinske behandling, som fx brug af en ny slags insulin (tiltag, hvis effekt ofte er videnskabeligt dokumenteret), og på den anden side forandringer i de mere overordnede rammer for god behandling, som fx ansættelse af en praksiskonsulent eller implementering af samarbejdsaftaler (tiltag, hvis effekt ofte ikke er undersøgt, idet den kan være svær at måle isoleret) (4).

Nærværende undersøgelse fokuserer udelukkende på sådanne mere overordnede rammer for diabetesbehandling. Dette valg skyldes primært, at der findes mange undersøgelser af, hvordan nye kliniske behandlingsmetoder kan implementeres og oprettholdes gennem kliniske guidelines, efteruddannelse, auditing⁴, økonomiske incitamenter, kvalitetssikringsprogrammer osv., mens der i Danmark findes meget få undersøgelser af, hvordan mere overordnede rammer for den kliniske indsats etableres og forandres i praksis. Samtidig kræver det en effektiv og koordineret (ambulant) behandlingsindsats at forebygge de voldsomme og ressourcekrævende senkomplikationer ved diabetes. Omlægning fra en reaktiv til en mere proaktiv behandlingsindsats, fordelt mellem aktører i primærsektoren og diabetesambulatorierne, er da også et centralt omdrejningspunkt i sundhedsmyndighedernes anbefalinger (5; 6; 7). Det er derfor særlig relevant at undersøge organisatoriske forandringer i diabetesbehandlingen.

⁴ Auditing er en evalueringsmetode, hvor klinikerne udvælger et antal patientforløb inden for en given sygdom og analyserer disse fx ud fra journalmateriale. De involverede behandlere diskuterer derpå, hvordan behandlingen kan forbedres. Herefter kan eksempelvis igangsættes brug af en ny medicin eller behandlingsmetode, og efter et stykke tid gentages proceduren, hvor en række journaler udvælges, og resultaterne af den nye metode diskuteres af behandlerne. Denne metode benyttes først og fremmest på kliniske problemstillinger (8).

Faktaboks 1: Hvad er diabetes, og hvordan behandles det?

Diabetes findes i forskellige former, men er generelt kendetegnet ved, at kroppen ikke kan producere eller optage insulin. Insulin hjælper med til at forbrænde den glukose (kulhydrater), der er i blodet efter indtag af mad. De to mest almindelige former for diabetes kaldes type 1- og 2-diabetes.

Type 1-diabetes udvikles ofte allerede i barndommen eller i teenagealderen og er karakteriseret ved ingen eller utilstrækkelig insulinproduktion. Patienten skal derfor regelmæssigt have tilført insulin og vil dø uden denne behandling. Type 2-diabetes udvikler sig derimod langsomt som en stigende resistens mod kroppens egen insulin i alle celler. Denne tilstand kan give anledning til symptomer i sig selv i form af tørst, træthed og øget vandladning. Det er imidlertid komplikationerne til både type 1- og 2-diabetes, der er den fremtrædende årsag til patienternes større sygelighed og dødelighed. Komplikationerne rammer specielt øjne, nyrer, nervebaner og de store blodkar (åreforkalkning), og en diabetes, som ikke reguleres korrekt (eller diagnosticeres for sent), kan derfor føre til udviklingen af en række senkomplikationer i form af nedsat syn eller blindhed, nyresvigt, blodpropper og fodsår, der ikke vil hele og derfor i sidste ende kan medføre amputation af fødder eller ben. Foruden menneskelige lidelser medfører diabetes således store samfundsøkonomiske omkostninger (se Faktaboks 2, s. 22).

Begge former for diabetes ledsages hyppigt af overvægt, forhøjet blodtryk og kolesterolindhold i blodet. Type 2-diabetes udløses eller forværres af for kalorierholdig kost og et for lavt fysisk aktivitetsniveau (9). Behandling og forebyggelse af komplikationer omfatter derfor både medicinsk behandling af disse følgetilstande foruden instruktion til patienten i livsstilsomlægning og egenomsorg i form af vejledning om kost, motion, rygestop, hjemmemonitorering af blodsukker mv.

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2005 en spørgeskemaundersøgelse (3) blandt de dengang 14 amter for at afdække indsatsen på diabetesområdet. Af undersøgelsen fremgår det, at alle amter har oprettet de anbefalede diabetesteams på diabetesambulatorierne. De fleste har etableret screeningsprogrammer for senkomplikationer (årlige øjen- og fodundersøgelser) og udarbejdet forløbsbeskrivelser. Halvdelen af amterne har intensiveret opsporingen af type 2-diabetikere, etableret samarbejdsaftaler mellem sygehusafdelinger og almen praksis og mulighed for direkte henvisning fra almen praksis til diætist og specialiseret sårbehandling. De fleste har ansat praksiskonsulenter på diabetesområdet, mens kun nogle få har indgået særlige aftaler med almen praksis om ekstra honorering for diabeteskontroller. Undersøgelsen viser med andre ord, at der på trods af 25 års bevågenhed på området fra sundhedsmyndighedernes side stadig er meget stor variation i organiseringen af diabetesbehandlingen i amterne.

Faktaboks 2: Sygdomsbyrde ved diabetes

Ifølge nyere epidemiologiske undersøgelser lider knap 17.000 danskere af type 1-diabetes og 136.000 danskere af type 2-diabetes⁵ (10; 11; 12). Omkring halvdelen (55 %) af type 1-patienterne har sygdommen uden komplikationer, mens 45 % har lettere komplikationer som øjenforandringer, øget proteinudskillelse i urinen og nerveproblemer, specielt i ben og fødder, eller svære komplikationer som nervesygdom, kronisk nyresygdom, blindhed, hjertekarsygdom og/eller amputationer af lemme. For type 2-diabetes ser billedet identisk ud, blot 10 gange større. De 136.000 patienter fordeler sig med 52 % uden komplikationer og 48 % med ovennævnte komplikationer.

De diabetesrelaterede omkostninger til behandling, pleje og hjælpemidler⁶ beløber sig, jf. Tabel 1, til 13,1 mia. kr. årligt. Til behandling af diabetespatienter går 2,7 mia. kr. årligt til kontroller på sygehus og i praksissektor, øvrige hospitalsbehandlinger og fysioterapi og lignende samt udgifter til insulin og anden medicin. Næsten 10 mia. kr. bruges til pleje (plejehjem, pleje og assistance i eget hjem) og diverse hjælpemidler (kørestol, proteser, sko og krykker). Sygefravær og arbejdsophør grundet sygdomskomplikationer giver produktionstab svarende til 6,4 mia. kr. årligt. Patienterne bærer herudover et tab af livskvalitet svarende til næsten 29.482 QALY (kvalitetsjusterede leveår)⁷, se Tabel 1 næste side.

Diabetes type-1 og type-2 er en alvorlig og tung sygdom for patient, pårørende og samfund. Samlet set kan man tale om sygdomsomkostninger i en størrelsesordenen 20 mia. kr. årligt, hvoraf en tredjedel skyldes produktionstab og resten er omkostninger til behandling, pleje og kompenserende hjælpemidler. Under 5 % af sygdomsomkostningerne skyldes kroppens manglende evne til at producere eller optage insulin som sådan⁸. Langt størsteparten af omkostningerne og de refererede tab af levetid og livskvalitet skyldes komplikationer, dvs. følger af de manglende evne. Det er nærmest selvindlysende, at der bør flyttes ressourcer fra reaktiv behandling af komplikationer til optimal og rettidig forebyggende behandlingsindsats.

⁵ Dette er opgjøret for Danmark i 2001 og opgjøret i såkaldte patientår, dvs. svarende til en slags patientårsværk justeret for starttidspunkt og dødsfald i løbet af året.

⁶ Her er kun er medtaget de meromkostninger, der skyldes diabetes. Omkostninger vedrørende andre sygdomsforhold, som rammer diabetikere på lige fod med ikke-diabetikere, er fratrukket (11).

⁷ Det svarer til, at type 1-patienter med komplikationer mister næsten halvdelen af deres livskvalitetsjusterede levetid, og at en type 2-patient med komplikationer i gennemsnit mister over halvdelen af sin kvalitetsjusterede levetid. En større del af dette skyldes dog reduceret levetid grundet sygdomskomplikationerne.

⁸ Diabetespatienter i insulinbehandling kan dog ved akut mangel på insulin få en syreforgiftning, (ketoacidose), som er en potentielt livstruende tilstand, der kræver omgående hospitalsbehandling (6). Selve insulinbehandlingen kan derfor også medføre store akutte omkostninger, hvis der ikke anvendes ressourcer på regelmæssige kontroller og grundig oplæring af patienten i korrekt administration af insulin.

Tabel 1. Sygdomsbyrde ved diabetes type-1 og type-2, Danmark 2001.

	Type 1	Type 2	Samlet
Prævalens (patientår)	16.744	136.047	152.791 år
Omk. til behandling, pleje og hjælpemidler	1.211,9	11.898,2	13.110 mio. kr.
Heraf sundhedsydelse	425,8	2.240,5	2.666 mio. kr.
Heraf kompenserende pleje og hjælpemidler	687,9	9.152,0	9.840 mio. kr.
Heraf patienters og pårørendes tidsforbrug	98,2	505,7	604 mio. kr.
Hertil produktionsstab ved komplikationer*	795,0	5.571,7	6.367 mio. kr.
Tab af levetid ved komplikationer*	2.948	26.534,4	29.482 leveår
Tab af kvalitetsjusteret levetid v. komplikationer*	3.482	38.471,4	41.953 QALY

* Beregnet ved difference mellem 'Current og Ideal' i kildematerialet og derefter nedjusteret proportionalt med flere patientår i 'Ideal'scenariet, som beskriver en sygdoms- og behandlingssituation uden komplikationer og overlevelsesreduktion for alle diabetespatienter (10;11).

Diabetesbehandlingen er valgt som fokus for undersøgelsen, fordi det er et område, der længe har været genstand for sundhedsmyndighedernes forsøg at påvirke og styre sundhedsprofessionelles adfærd – gennem vejledninger, anbefalinger og retningslinjer – med det formål at opnå bestemte forandringer. Man kan derfor ikke umiddelbart tilskrive den varierende effekt mangel på opmærksomhed eller information fra sundhedsmyndighedernes side. Der mangler således ikke tilgængelig viden om, hvilke forandringer der er ønskværdige, men der mangler viden om, hvad der skaber varige forandringer i praksis.

Som konsekvens af strukturreformen har de strukturelle og organisatoriske rammer for undersøgelsens empiriske nedslag i to tidligere amter ændret sig væsentligt, siden undersøgelsen blev påbegyndt i oktober 2006. Men selvom ansvarsområder og relationer mellem institutionerne har ændret sig, og nogle aktører (amterne) er forsvundet, så er de grundlæggende strukturer der imidlertid stadig – almen praksis, sygehuse og et forvaltningsniveau i form af regionerne. Samtidig har strukturreformen betydet, at der er opstået et behov for harmonisering af strategi såvel som praksis på diabetesområdet i de nye regioner, også fordi den samtidig placerer kommunerne langt mere centralt på kronikerområdet. Dermed er den også en anledning til at revidere tidligere tiders lokale arbejdsdeling, organisering og samarbejdsstrukturer. Strukturreformen rejser således mange spørgsmål på kronikerområdet, som kræver svar – ikke mindst hvad angår diabetesomsorgen. Denne dybtgående analyse kan give en mere nuanceret indsigt i, hvad der får forandringer til at ske på dette område, og dermed indgå som et værdifuldt bidrag i beslutningsprocesserne, når nye strukturer og organiseringsformer for diabetesomsorgen skal finde deres endelige form i de nydannede regioner.

1.2 Læsevejledning

Denne rapport er en analyse af empiri indsamlet ved hjælp af kvalitative metoder. Den store mængde empiri i rapporten benyttes til at dokumentere udsagnene og illustrere pointer. Samtidig giver empirien adgang til at se, hvorledes materialet er blevet analyseret, og hvordan tolkningerne er fremkommet. Læsere med primær interesse i analysens resultater kan nøjes med at læse sammenfatningen og rapportens anbefalinger i kapitel 7. Læsere, som vil have lidt dybere indblik, kan have glæde af en grundigere læsning af empirien. Den er angivet i citationstegn og er indrykket i forhold til den øvrige tekst.

Rapporten indledes med en kort opridsning af analysens problemstilling og relevans i kapitel 1.

I kapitel 2 præsenteres studiets metoder, datamaterialet og den teoretiske ramme for analysen. Dette kapitel kan springes over, hvis man gerne vil gå direkte til analysen.

I kapitel 3 introduceres de væsentligste forandringer, der er sket inden for diabetesbehandlingen i de to amter.

I kapitel 4-6 analyseres disse forandringer mere indgående. Kapitlerne er struktureret, således at hvert kapitel fokuserer på forandringer på forskellige niveauer. Kapitel 4 omhandler således forandringer i klinikernes egen behandlingsmæssige praksis, mens kapitel 5 omhandler forandringer i samarbejdet mellem almen praksis og diabetesambulatorierne på sygehusene. Kapitel 6 gennemgår forandringer i de mere overordnede organisatoriske rammer for diabetesbehandlingen.

I kapitel 7 opsummeres resultaterne af de 3 analyser, og der gives en samlet konklusion for undersøgelsen med anbefalinger til det fremtidige arbejde med at skabe forandringer i organiseringen af den kroniske behandlingsindsats.

2. Metode

I dette kapitel beskrives i afsnit 2.1 det teoretiske perspektiv, der danner baggrund for analyserne. I afsnit 2.2 gøres rede for de centrale teoretiske begreber, der er anvendt i analyserne, og det beskrives, hvordan de forskellige begreber har belyst forskellige aspekter af forandring i analysen. Endelig beskrives i afsnit 2.3, hvordan den empiriske undersøgelse er designet og gennemført, herunder hvordan amter og informanter er udvalgt.

2.1 Fra compliance til concordance – en forudsætning for forandring

I den medicinske verden har der længe været fokus på patienters 'compliance' forstået som deres efterlevelse af lægernes anvisninger for behandlingen⁹. Diskussionen om compliance har først og fremmest været fokuseret på praktiske og økonomiske forhold, fx medicinens pris og tilgængelighed, patientens sproglige og kognitive evner og lægens pædagogiske evner, som kan påvirke patientens overholdelse af lægens forskrifter.

Imidlertid har det længe været anerkendt, at graden af compliance i høj grad også påvirkes af patientens sociale normer, værdier og kulturspecifikke forståelser af sygdom og behandling (specifikt i relation til diabetes, se fx 13), og at disse i høj grad kommer til udtryk i samtalen og interaktionen mellem behandler og patient. Compliance-begrebets ensidige fokus på resultatet – om patienten tager sin medicin som foreskrevet eller ej – har derfor vist sig at være for snævert. Desuden er compliance-tankegangens paternalistiske syn på forholdet mellem læge og patient, hvor patienten forventes passivt at adlyde lægens ordrer, ofte ikke hensigtsmæssigt i forhold til at ændre patienters adfærd (14).

Man er derfor i stedet begyndt at anvende begrebet 'concordance'¹⁰, hvor konsultationen ses som en forhandling mellem ligeværdige parter, der begge skal have mulighed for at udtrykke deres syn på sygdom og behandling. Målet er at skabe åbenhed, forståelse og tillid mellem lægen og patienten og derved opbygge en terapeutisk alliance mellem de to parter (15). Concordance indebærer, at patienternes holdning til deres sygdom og behandling inddrages og tages alvorligt, hvilket har en positiv indflydelse på deres tilfredshed med og forståelse af behandlingen og dermed også på deres vilje til at følge lægens råd og vejledning om behandlingen (14).

Overfører man disse begreber fra klinisk til organisatorisk praksis, bærer sundhedsmyndighedernes produktion af anbefalinger og statusopgørelse på diabetesområdet præg af en compliance-tankegang. Sundhedsstyrelsens statusopgørelse (3) måler, hvorvidt praktikerne har handlet i overensstemmelse med myndighedernes anbefalinger og konstaterer gentagne gange, at det har de ikke i tilstrækkeligt omfang. Men den tager ikke højde for praktikernes egne opfattelser af, hvad der er vigtigt, og hvad der gør det meningsfuldt for dem at ændre deres praksis. I lighed med patient-compliance giver en

⁹ Compliance betegner "graden af overensstemmelse mellem lægens anbefalinger og patientens adfærd, dvs. overholder patienten lægens råd og ordinationer" (16).

sådan resultatmåling ikke nogen indsigt i, hvorfor og hvordan praktikerne egentlig handler – og dermed heller ikke nogen muligheder for at forandre tingenes tilstand. Statusopgørelser over graden af implementering og andre målinger af organisatorisk compliance er således lidet anvendelige i et fremadrettet forandringsperspektiv: De udsiger kun noget om, hvad der ikke er sket.

I stedet for at fokusere ensidigt på implementeringsvinklen i et organisatorisk compliance-perspektiv kunne man derfor med fordel anvende et concordance-perspektiv på de udførende lokale aktører på diabetesområdet. Udgangspunktet for analysen er således, at kulturelle og sociale normer også indvirker på, hvordan klinikere og embedsmænd interagerer og prioriterer i deres måde at arbejde med sundhedsmyndighedernes anbefalinger om diabetesbehandling på. Realiseringen af sundhedsmyndighedernes anbefalinger er derfor en proces, der kræver concordance internt mellem klinikere i forskellige sektorer og mellem klinikere og embedsmænd i regionale sundhedsforvaltninger.

2.2 Analyseramme

Det teoretiske perspektiv i en analyse afgør, hvad man fokuserer på i en analyse. Det valgte fokus på forandringer set i et concordance-perspektiv mellem aktørerne i et felt tager sit afsæt i et adfærdsteoretisk perspektiv. I modsætning til det rationalistiske perspektiv, som compliance-tankegangen har sine rødder i, gør valget af et adfærdsteoretisk perspektiv det muligt at undersøge, hvilke andre forhold end rationel beslutningstagning der spiller ind i forandringsprocesser.

En mere adfærdsorienteret tilgang til forandring gør det nødvendigt at konstruere en samlet analyseramme, som kan belyse forskellige elementer i analysen. Analyserammen skal først og fremmest afgrænse og definere begrebet forandring. Dernæst skal den forklare, hvordan interaktion mellem aktører kan føre til forandring, og for det tredje hvordan forandringer opfattes og tillægges betydning af individer.

2.2.1 Forandringer i sociale grænseflader

Den sociologiske nyinstitutionelle teori gør op med forestillingen om organisatorisk forandring som lineære processer, der er drevet af rationelle, nytteoptimerende individer. I et rationelt perspektiv er forandringer resultater af handlingsforløb, hvor aktørerne først afsøger mulige alternativer og deres konsekvenser og herefter foretager bevidste valg mellem disse alternativer. Empiriske studier af forandringsprocesser i organisationer har imidlertid vist, at organisationer hele tiden tilpasser sig deres situation og omgivelsernes krav ved at indarbejde nye fremgangsmåder, mål, holdninger og personale (17).

Frem for at se organisationer som hierarkier, hvor højere niveauer kontrollerer de lavere niveauer, og hvor implementeringen af nye tiltag er styret af politikker, foreslår sociologen James March derfor, at man i stedet ser organisationer som netværker af relationer, hvor forandringer sker som resultater af interaktioner i disse relationer (17; s. 63). Beslutningsprocesser drejer sig ikke kun om det, der skal besluttes, men fungerer samtidig som en slags arenaer, hvor aktørerne kan indøve sociale værdier og fremvise deres autoritet og position (17; s. 43).

¹⁰ Direkte oversat betyder concordance overensstemmelse eller samdrægtighed.

Nærværende undersøgelse fokuserer på forandringer på diabetesområdet, der udgør et organisatorisk felt, hvor flere forskellige organisationer, institutioner og enkeltaktører interagerer: almen praksis, privatpraktiserende speciallæger, sygehusvæsenet, hjemme-sygeplejen samt kommunale og regionale sundhedsforvaltninger. Det adfærdsmæssige perspektiv på forandring danner rammen om nærværende analyse, fordi jeg med dette perspektiv kan undersøge, hvordan beslutningsprocesserne på diabetesområdet fungerer som 'arenaer' for de involverede aktører, hvor de indgår i forhandlinger om positioner, ressourcer og social identitet.

På linje med det adfærdsmæssige perspektiv påpeger antropologen Norman Long, at der i implementeringen af nye tiltag altid sker en omformning af formål og midler undervejs, fordi alle aktører handler ud fra deres egne strategier og har adgang til forskellige økonomiske og sociale ressourcer. Forandring sker således i sociale grænseflader, hvor aktører med forskellige normer og sociale interesser støder sammen. Long foreslår derfor at benytte 'grænseflade-analyse' til at stille skarpt på de uoverensstemmelser og forhandlinger, der opstår, når forskellige livsverdener eller sociale domæner mødes (18; s. 55).

Grænseflade-analyse tager udgangspunkt i, at aktører fra forskellige sociale områder har forskellige typer viden, som de bruger til at forhandle modsatrettede interesser. I denne proces konstruerer aktørerne samtidig en forståelse af sig selv og de andre. Det er aktørernes måde at forholde sig til sådanne kritiske grænseflader mellem forskellige typer viden og den tilpasning af betydning, de derved foretager, der skaber lokale forandringer og tilpasninger af interventioner (18; s. 57). Diabetesområdet er som nævnt et felt med mange aktører, der skal samarbejde og kommunikere på tværs af institutionelle grænser. I analysen anvendes grænseflade-perspektivet til at undersøge, hvordan forskellige interesser kommer i spil mellem aktørerne, og hvordan aktørerne indbyrdes forsøger at tilkæmpe sig sociale positioner og flere ressourcer..

Aktørernes interesser tager udgangspunkt i konkrete forhold i deres respektive arbejdsliv (økonomi, organisation, arbejdsopgaver), men påvirkes også af deres professionelle eller arbejdsmæssige identitet, dvs. hvad de opfatter som det overordnede formål med deres arbejde og deres egne forpligtelser i den sammenhæng. Det er derfor også væsentligt at undersøge, hvordan klinikere og embedsmænd ser sig selv og hinanden.

2.2.2 Forandringer og identitet

Struktureringen af klinikers arbejdsmåder, herunder deres interaktion med andre faggrupper, er i høj grad præget af klinikernes professionelle identitet, dvs. deres forståelse af egne roller og de værdier, der ligger i disse roller (19; s. 126). Ifølge et sådant 'professionsperspektiv' kan forandringer ikke inkorporeres i sundhedsprofessionel praksis, hvis de er i strid med professionsidentitetens centrale værdier. Overensstemmelser mellem sådanne værdisæt kan således være afgørende for, om forandringer bliver gennemført.

I modsætning til klinikerne har embedsmændene i de amtslige sundhedsforvaltninger ikke nødvendigvis samme uddannelsesmæssige baggrund og arbejdserfaring, og de er derfor ikke socialiseret ind i en profession på samme måde, som sundhedsprofessionelle er. Men de er stadig del af en institution i form af en amtslig sundhedsforvaltning, hvor bestemte værdier og normer for adfærd gør sig gældende. De har derfor også en forståelse af deres egen rolle, som er knyttet til de gældende normer og værdier i sund-

hedsforvaltningen, og som kan have indflydelse på, hvordan de forholder sig til deres administrative arbejde med diabetesområdet. Hvis man vil forstå, hvorfor nogle forandringer gennemføres og andre ikke, må man derfor undersøge, hvordan de involverede klinikere og embedsmænd forstår deres egne roller og opgaver, og på hvilken måde forandringerne stemmer overens med disse selvforståelser.

Både kollektiv og individuel identitet er imidlertid noget, der skabes i interaktionen med andre, dvs. i mødet mellem medlemmer af for forskellige grupperinger (20; s. 23). Barth formulerer identitetsperspektivet således: *"Det er ved grænserne, at vi opdager, hvad vi er, og hvad vi ikke er"* (20; s. 80). Ved at definere kriterierne for medlemskab i en bestemt social gruppe trækker man samtidig en grænse, hvor de, der ikke opfylder disse kriterier, placeres udenfor. Skabelsen af gruppeidentiteter og grænsedragning hænger således tæt sammen.

Men identitet er ikke blot et spørgsmål om at signalere til andre, hvem man er – beskeden skal accepteres af andre for at have gyldighed. Identitetsskabelse indebærer derfor forhandling som et centralt element, hvor man dømmes, modsætter sig eller accepterer andres identitetsbudskaber. Social accept af en identitet kræver derfor, at man kan fremstille sig selv på en måde, som er gyldig og forståelig for andre mennesker – en proces, som sociologen Goffman kalder 'impression management' (20; s. 72). Impression management indebærer en stærk moralsk dimension: Mennesker ønsker at blive opfattet som moralsk anstændige – eller at give et godt indtryk (impression). Derfor er gensidig tillid, takt, forståelse og evnen til at begrænse konflikter i interaktionen vigtige for skabelsen af både kollektiv og individuel identitet. Selvpræsentation og moralske bedømmelser er med andre ord vigtige elementer i forhandlingen af social identitet.

Projektets analyseramme udgøres således af et adfærdsorienteret perspektiv, hvor de centrale begreber er sociale grænseflader, professionsidentitet og impression management. Denne analyseramme gør det muligt at analysere forskellige vinkler af organisatorisk forandring: Analysen tager udgangspunkt i at se forandringer som resultater af menneskers indbyrdes forhandlinger om ressourcer og social status. Analysen søger derfor at afdække, på hvilken måde aktørernes impression management og identitetsskabelse har betydning for forandringer i klinikernes behandlingsmæssige praksis. Dernæst fokuseres på, hvordan identitetsskabelsen indgår i aktørernes forhandlinger om forskellige økonomiske og faglige interesser i diabetesområdets sociale grænseflader, dvs. i samarbejdet mellem almen praksis og sygehuse samt mellem klinikere og embedsmænd i de regionale forvaltninger.

2.3 Design af den empiriske undersøgelse

Udgangspunktet for den empiriske undersøgelse er således, at organisatoriske rammer defineres ovenfra, men i høj grad formes og forandres nedefra, dvs. gennem forskellige aktørers handlinger og interaktion. Forandringerne er undersøgt empirisk ud fra dette bottom-up perspektiv ved at spørge til klinikeres og embedsmænds opfattelse af, hvilke konkrete forandringer er sket, hvordan, og hvad der skaber forandring af deres egen praksis. Følgende forskningsspørgsmål har ligget til grund for den empiriske undersøgelse:

- ◆ Hvordan opfatter klinikere og embedsmænd *deres egen og andre aktørers rolle* på diabetesområdet? Hvordan ser de deres respektive ansvar og handleområder, og hvordan forvalter de det hver især?
- ◆ Hvordan opfatter klinikere og embedsmænd *de konkrete forandringer*, der har fundet sted på diabetesområdet på forskellige niveauer? Hvordan opfattes de officielle tiltag til at skabe forandring (diverse handleplaner og anbefalinger)? Hvad ses som igangsættende, og hvad ses som bremsende for forandring – generelt og på de forskellige niveauer i særdeleshed?

Disse spørgsmål er undersøgt via interviews, dokumentindsamling samt observationer af diabeteskontroller i almen praksis og på diabetesambulatorierne i to udvalgte amter.

2.3.1 Udvalgelse af amter

Dansk Sundhedsinstitut udsendte i 2003 en forespørgsel til alle amter, om hvilke forandringer de havde gennemført på diabetesområdet. Amterne blev samtidig bedt om at tilkendegive, hvorvidt de ville deltage i et udviklingsprojekt med fokus på diabetesbehandlingen. I den forbindelse meldte Vejle og Frederiksborg Amt sig til at deltage. Imidlertid fik det nævnte udviklingsprojekt ikke tilstrækkelig økonomisk finansiering, og det kunne derfor ikke gennemføres. Dansk Sundhedsinstitut besluttede i stedet at gennemføre en mere grundlæggende undersøgelse af forandring i diabetesbehandlingen på basis af et empirisk studie af forandringer, hvilket førte til udformningen af dette projekt.

Da dette projekt skulle designes, viste en gennemlæsning af Sundhedsstyrelsens statusopgørelse over forandringer på diabetesområdet i amterne (3), at Vejle og Frederiksborg havde gennemført en del forandringer. Kontakten med de to amter blev derfor genoptaget, og de indvilligede i at deltage i undersøgelsen. Det skal understreges, at udvælgelsen af Frederiksborg og Vejle ikke bygger på en normativ vurdering af, at disse amter har foretaget de "rigtige" forandringer, eller at de gør det meget bedre på diabetesområdet end andre amter. Med afsæt i projektets intention om at studere faktiske forandringer blev de to amter valgt for at sikre, at der rent faktisk var sket konkrete forandringer, som kunne analyseres.

2.3.2 Udvalgelse af informanter

Behandlingen af diabetes involverer mange aktører. Udover praktiserende læger, sygehuslæger (endokrinologer) og sygeplejersker på diabetesambulatorierne er også øjenlæger, hjemmesygeplejersker, fodterapeuter, diætister, karkirurger, nyrespecialister og diverse andre speciallæger vigtige aktører i løbet af et diabetisk patientforløb. Udover disse sundhedsprofessionelle er der også en række aktører, som beskæftiger sig med planlægning og koordinering af behandlingsindsatsen, både på regionalt (amtsligt) og nationalt plan¹¹. For overskuelighedens skyld kan disse aktører overordnet inddeles i 4 grupper:

¹¹ Selve indholdet i behandlingen gennemgås i kapitel 4 som optakt til at undersøge forandringer i informanternes behandlingsmæssige praksis. De enkelte aktørers opgaver og detaljerne i samarbejdet mellem dem gennemgås i kapitel 5 og 6 som optakt til at forstå forandringer i samarbejdet og i de overordnede rammer for diabetesbehandlingen.

1. Nationale sundhedsmyndigheder og foreninger, der lovgiver og regulerer de overordnede rammer for diabetesindsatsen, fx Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Diabetesforeningen.
2. Amtslige sundhedspolitikere, der regulerer rammerne for diabetesindsatsen på regionalt niveau.
3. Embedsmænd i sundhedsforvaltninger, diabetesudvalg, praksisudvalg m.fl., der planlægger og forvalter de regionale visioner for diabetesindsatsen.
4. Klinikere, som varetager behandlingen af diabetes, dvs. læger og sygeplejersker i almen praksis og på sygehuse, øjenlæger, hjemmesygeplejersker, fodterapeuter m.fl.

Undersøgelsens teoretiske analyseramme anskuer forandringer i diabetesbehandlingen som et resultat af sociale og identitetsmæssige processer hos de klinikere og embedsmænd, der udmønter og udfører diabetesbehandlingen i praksis. Undersøgelsen tager derfor udgangspunkt i aktørerne i gruppe 3 og 4, men gennem deres udsagn om de konkrete forandringer belyses også de øvrige aktørers rolle i forandringerne – set nedefra.

Informanterne fra gruppe 4 er i denne undersøgelse begrænset til praktiserende læger samt læger og sygeplejersker ansat på endokrinologiske sygehusafdelinger. Dette er gjort, fordi disse aktører er de mest centrale i diabetesbehandlingen, idet de koordinerer indsatsen til de andre klinikere. Deltagerne fra gruppe 3 er embedsmænd, der har beskæftiget sig med diabetesområdet i de amtslige sundhedsforvaltninger. Deres bidrag til undersøgelsen består især i at belyse relationerne og samarbejdet mellem klinikere, embedsmandsværket og det politiske system.

Da undersøgelsen fokuserer på, hvordan de forskellige informanter opfatter forandringer på diabetesområdet, er det valgt at interviewe folk, der – i kraft af deres position eller personlige interesse – har særligt indblik i forandring på diabetesområdet. Derfor er der kun inkluderet sygehuslæger, som har siddet i de (tidligere) amtslige diabetesudvalg, samt amtslige embedsmænd, som har beskæftiget sig specifikt med diabetesområdet. Interviewene i almen praksis var selvselekterede, idet de praktiserende læger selv skulle svare på en skriftlig invitation til at deltage i undersøgelsen og kun fik dækket deres umiddelbare udgifter til deltagelsen (650 kr. for 45 minutters interview). Der blev udsendt skriftlig invitation til samtlige 483 læger i de to amter. I alt meldte 15 læger sig til at deltage i undersøgelsen; i første omgang meldte 10 praksislæger fra Frederiksborg Amt sig, men kun 1 fra Vejle Amt. For at få en smule mere balance mellem de to amter blev yderligere 10 praksislæger i Vejle Amt efterfølgende kontaktet telefonisk. Heraf meldte 3 sig til at deltage, mens de resterende 7 afslog deltagelse på grund af mangel på tid¹².

¹² Der er således ikke tale om et repræsentativt udsnit af gruppen af praktiserende læger, hverken antalmæssigt eller med hensyn til indsigt eller interesse for diabetesområdet. I læsningen af rapportens analyser er det derfor vigtigt at holde sig for øje, at formålet netop ikke er at vise et repræsentativt billede, men derimod at undersøge konkrete forandringer og rammebetingelserne for disse, og det er baggrunden for, at der er udvalgt informanter, som enten har siddet tæt på forandringsprocesser eller udviser en særlig interesse for forandringer på diabetesområdet.

De 10 tilmeldinger fra Frederiksborg Amt kom alle i løbet af 2-3 dage, og der kom desuden 2 afmeldinger. I betragtning af Dansk Sundhedsinstituts erfaring med, hvor svært det kan være at rekruttere praksislæger til at deltage i tidskrævende interviewundersøgelser, blev dette tolket som et klart udtryk for stor interesse for diabetes og for projektet hos de praksislæger, der meldte sig. Den store forskel i interessen i de to amter kan dog meget vel skyldes, at invitationen til projektet i Frederiksborg Amt blev sendt ud med laboratorievoغن, som kører rundt til de praktiserende læger med resultater af laboratorieanalyser. Denne metode har måske bevirket, at invitationen ikke er blevet sorteret fra som reklame, men er blevet læst og måske taget mere alvorligt af praksislægerne, end det var tilfældet i Vejle Amt, hvor denne metode ikke kunne anvendes og invitationen derfor blev sendt med almindelig post¹³.

På grund af denne forskel i rekrutteringsmetode og tilslutning til projektet må man formode, at især de deltagende praktiserende læger fra Frederiksborg Amt har haft en særlig interesse i diabetes. Mange af dem havde da også andre kasketter (fx medlem af den Nationale Styregruppe for Diabetes, kvalitetsudviklingskonsulent, underviser på diabeteskole eller lignende) eller havde gennemført forskning på diabetesområdet. De deltagende praktiserende læger fra Vejle Amt havde ikke i samme grad andre kasketter, men den læge, der selv meldte sig til skriftligt, havde tidligere deltaget i (medicinske) forskningsprojekter. Formålet med denne vægtning har været at få de personer i tale, som dels må formodes at være mest opmærksomme på, hvilke forandringer der er sket, dels har mere indsigt i, hvordan forandringerne er fremkommet, fordi de selv har været medvirkende til at skabe dem.

2.3.3 Datamateriale

I begge amter er der foretaget interviews med praktiserende læger fra optageområdet til hvert diabetesambulatorium samt med læger og diabetessygeplejersker fra hvert diabetesambulatorium. Desuden er der gennemført interviews med formændene for de tidligere amtslige diabetesudvalg, sygesikringschefer og praksischefer i de to amter. Undersøgelsens deltagere blev i semi-strukturerede interviews bedt om at gøre rede for, hvilke forandringer på diabetesområdet de mente havde haft størst betydning for dem selv og for diabetesbehandlingen generelt, samt hvad de mente havde været medvirkende til at skabe disse forandringer.

Der blev i alt foretaget følgende interviews:

- ◆ 15 praktiserende læger (4 fra Vejle, 11 fra Frederiksborg)
- ◆ 7 overlæger (1 fra hvert diabetesambulatorium i begge amter)
- ◆ 3 diabetessygeplejersker (2 fra Frederiksborg, 1 fra Vejle)
- ◆ 3 kommunalt ansatte i Frederiksborg Amt¹⁴
- ◆ 2 tidligere formænd for de amtslige diabetesudvalg

¹³ Praksisforvaltningen i Vejle Amt havde ikke mulighed for at sende invitationen ud med amtets laboratorievoغن.

¹⁴ Disse er medtaget i undersøgelsen, fordi de har modtaget undervisning på Diabetesskolen i Frederiksborg Amt for efterfølgende at igangsætte lokale initiativer på diabetesområdet i deres hjemkommuner. Tilsvarende kurser for kommunalt ansatte har ikke været udbudt i Vejle Amt.

- ◆ 1 tidligere leder af Programledelsen for diabetes i Vejle Amt
- ◆ 4 embedsmænd fra de tidligere amter (2 fra hvert amt).

Foruden interviews er der gennemført observationer af diabeteskontroller hos 10 af de praktiserende læger (1 af disse var hos konsultationssygeplejersken) samt på alle diabetesambulatorierne (2-4 timers observationer på hvert ambulatorium). Disse observationer er ikke omfattende nok til, at man kan konkludere noget generelt om de sundhedsprofessionelles praksis på dette område, men de har givet et indblik i de sundhedsprofessionelles hverdag og enkeltelementerne i behandlingen af diabetes og har som sådan først og fremmest tjent som baggrundsviden for interviewene¹⁵.

Alle interviews (på nær et) blev optaget og efterfølgende transskriberet. Der blev udarbejdet separate interviewguides for praktiserende læger, ambulatoriepersonale og embedsmænd, og interviewguiderne blev løbende tilrettet efterhånden, som jeg fik mere viden omkring forholdene på ambulatorier og i almen praksis. Interviewene blev for hovedpartens vedkommende foretaget på informantens arbejdssted, bortset fra et enkelt, som blev foretaget i en informants hjem.

Af anonymitetshensyn refereres i rapporten til de sundhedsprofessionelle under samlebetegnelserne praksislæger, sygehuslæger¹⁶, sygeplejerske og hjemmesygeplejerske i de kortere empiriske beskrivelser eller citater. I længere beskrivelser har jeg givet de sundhedsprofessionelle et fiktivt navn. Dette gør det nemmere senere i analysen at referere til den specifikke beskrivelse. Ligeledes er udeladt alle udsagn, der kan afsløre, hvilket hospital eller hvilken lægepraksis der er tale om. For embedsmændenes vedkommende har det ikke været muligt at skjule stedsangivelser, da dette er relevant for at forstå sammenhængen mellem de forandringer, der undersøges. Embedsmændenes nuværende eller tidligere stillingsbetegnelser er derfor udeladt. Enkelte informanter refererer dog til formelle stillingsbetegnelser som forklaring på embedsmændenes handlinger. Hvor det er vigtigt for forståelsen, er stillingsbetegnelsen derfor bibeholdt.

I rapporten er citater markeret med indrykning og citationstegn. Citaterne er gengivet loyalt, dvs. at talesprog er omformuleret til hele sætninger, og pauser, eder, øh'er og andre fyldord er udeladt for at højne læsevenligheden. Hvor der er udeladt hele sætninger eller afsnit, er dette angivet med [...]. Specifikke medicinske udtryk er oversat til dansk og markeret med [ord], fx er statiner oversat til [kolesterol-sænkende medicin]. Sociologiske og antropologiske begreber er forklaret i teksten, men ikke alle er oversat til dansk; fx er begrebet 'impression management' bevaret gennem analysen, da der ikke findes et dansk begreb der kan formidle dette begrebs betydning.

¹⁵ Der er kun foretaget observationer af de sundhedsprofessionelles praksis og ikke af de amtslige embedsmænds arbejde, da den administrative beslutningsproces i praksis er vanskelig at observere, fordi den er tidskrævende og for en stor del foregår gennem skriftlig kommunikation mellem aktørerne. Desuden ville det ikke være praktisk muligt at deltage i møder i de politiske udvalg.

¹⁶ Alle de interviewede sygehuslæger er overlæger og uddannede speciallæger i endokrinologi. Øvrige speciallæger, som er involverede i kontrol og behandling af diabetespatienter, refereres til under samlebetegnelsen 'specialister', da disse ikke altid er ansat på sygehusene.

2.3.4 Bearbejdning af data og identifikation af analysekategorier

Samtlige interviews og udskrifter af noter fra observationer er analyseret ved hjælp af Nvivo 2.0, som er et computerprogram til håndtering af kvalitative data. Ved hjælp af programmet har jeg kodet datamateriale, dvs. markeret afsnit i teksten, hvor der tales om bestemte ting. Der er anvendt to typer koder: En kodeliste med de konkrete *forandringer*, der er spurgt til i interviewene (fx Diabetesskole, Delekontrol, Samarbejde med praksislæger), og en kodeliste med relevante *temaer* (fx Systematisering, Forskning og dokumentation, Sygdomsforståelse). Disse temaer er betegnelser for emner, som i den første gennemlæsning af interviewene viste sig at være centrale. Tema-koderne blev oprettet løbende under kodningen af interviewene for forandringer, da det ikke var hensigtsmæssigt på forhånd at definere, hvilke temaer der var relevante for hvilke aktører. Tema-koderne betegner således forhold, der fremstår som vigtige for informanterne, fx hvis en læge taler om, at det er rart at have en liste over, hvad der skal ske til årskon-trollen for at sikre, at den bliver ens for alle patienter, og at han kan nå alt det, han skal, så bruges temaet "systematik" til at beskrive, hvad lægens udsagn (at han oplever denne fremgangsmåde som bedre end andre) konkret handler om, nemlig at der er orden og ensartethed i kontrollerne.

I analyseprocessen har jeg ved hjælp af computerprogrammet gennemført en række søgninger på forskellige kombinationer af tema-koder og forandrings-koder. Derved fik jeg overblik over, hvilken betydning de forskellige informantgrupper tillagde de forskellige forandringer. Kodningen af datamaterialet viste, at de forandringer informanterne tilskrev størst betydning, falder i tre overordnede kategorier:

- ◆ Forandringer i de sundhedsprofessionelles egen behandlingspraksis
- ◆ Forandringer i samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle i primær og sekundær sektor
- ◆ Forandringer i de overordnede økonomiske og organisatoriske rammer.

Forventeligt nok tillagde de forskellige informantgrupper ikke disse tre typer forandring samme vægt. De praktiserende læger lagde mest vægt på de forandringer, der var sket i deres egen måde at behandle diabetes på. Forandringer i samarbejdet mellem sekto-
rerne fyldte mest i interviewene med sygehuslægerne, der dog også lagde vægt på praktiske interne forhold på sygehuset som ressourcefordeling, ledelse og administrati-on. Embedsmændene lagde mest vægt på forandringer i samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle og i den overordnede organisering og administration af diabetesbe-handlingen. Analysen i de følgende kapitler er derfor delt op i tre delanalyser, som bely-ser de tre typer af forandring. De tre informantgrupper kommer derfor ikke lige meget til orde i hvert kapitel, men det nævnes, hvis der er forskel internt i en informantgrup-pe, fx mellem de to lægegrupper opfattelse af bestemte forhold.

3. Forandringer på diabetesområdet

For at give et overblik over projektets samlede felt opridses i dette kapitel de forandringer, der over de sidste 10-12 år er sket i organiseringen af diabetesbehandlingen i Vejle og Frederiksborg Amt. Disse baggrundsbilleder "sætter scenen" for den senere analyse af informanternes syn på de forandringer, der er sket. Beskrivelserne er baseret på amtslige diabeteshandleplaner, mødereferater fra sundhedsforvaltningerne, tidligere DSI-rapporter m.fl.

3.1 Diabetesbehandlingen i Vejle

I Vejle Amt blev der nedsat et amtsligt diabetesudvalg i 1997. Dette udvalg bestod af 6 overlæger, 4 diabetesgygeplejersker og 4 praktiserende læger. I 1999 udarbejdede udvalget rapporten "Diabetesbehandlingen i Vejle Amt – nutid og fremtid" (21).

Rapporten foreslår følgende tiltag:

- ◆ Indførelse af en delekontrolaftale¹⁷
- ◆ Efteruddannelse af de praktiserende læger
- ◆ Oprettelse af diabetesskoler på diabetesambulatorierne
- ◆ Optimering af screening for senkomplikationer, herunder oprettelse af et diabetisk fodcenter
- ◆ Indførelse af kvalitetssikringsprogrammet DADIVOX på ambulatorierne
- ◆ Optimering af behandlingen af børn og unge med diabetes.

Efterfølgende bevilligede amtet penge til oprettelse af diabetesskoler i tilknytning til diabetesambulatorierne på sygehusene og til efteruddannelse af de praktiserende læger. Efteruddannelsen blev gennemført som en række undervisningsdage, hvor de praktiserende læger 2 ad gangen fulgte en speciallæge på arbejde i et diabetesambulatorium.

I forbindelse med regeringens aftaler med amterne om at indføre funktionsbærende enheder (se fx 22) vedtog Vejle Amt i 1999 at indføre begrebet "Ledelse på tværs". I den forbindelse blev der udnævnt en række amtsspecialeansvarlige overlæger, programledelser og teamfunktioner på en række af de større kliniske områder, inklusive diabetes¹⁸. Programledelserne fik til opgave at sikre faglig koordinering på tværs af afdelinger og sygehuse, have fokus på forebyggelse og sikre sammenhæng med kommuner og

¹⁷ Delekontrol betegner, at de diabetikere, som ikke har udviklet senkomplikationer (både type-1 og type-2), går til kontrol på et diabetesambulatorium 2 gange årligt og til kontrol hos deres praktiserende læge 2 gange, så hver kontrol foretages med 3 måneders mellemrum. De komplicerede patienter går udelukkende til kontrol på ambulatoriet.

¹⁸ Der har i alt været 5 programledelser i Vejle Amt – henholdsvis for apopleksi, hoftenære frakturer, diabetes, ernæring og KOL. Alle programledelser blev nedlagt 1. januar 2007 i forbindelse med strukturreformen.

primærsektor inden for hver deres område. Chefen for hver programledelse var en repræsentant fra sygehusledelsen.

Programledelsen for diabetes bestod fra starten af 3 overlæger, 3 diabetespraksis-konsulenter, den amtsspecialeansvarlige overlæge og en chefsygeplejerske, som var programleder. Nu var der således både et diabetesudvalg og en programledelse. Tanken med denne dobbeltkonstruktion var, at det amtslige diabetesudvalg skulle komme med forslag til konkrete, faglige udviklingsområder, mens Programledelsen skulle sørge for, at disse forslag blev vedtaget og gennemført i det administrative og ledelsesmæssige system. Programledelsen udarbejdede i 2006 en rapport om behandling af diabetikere i Vejle Amt: "Diabetesbehandling – anbefalinger, aftaler og perspektiver" (21). Rapporten var for en stor del gentagelser af anbefalingerne i diabetesudvalgets rapport fra 1999, men med præciseringer af visse dele, fx kriterierne for hvilke patienter der kunne gå i delekontrol, og hvilke der udelukkende skulle gå på ambulatorierne.

I rapporten foreslår Programledelsen, at følgende aftaler og anbefalinger gennemføres:

- ◆ Aftale om delekontrol i behandlingen af diabetes
- ◆ Aftale om opsporing og diagnosticering af diabetes
- ◆ Aftale om screening for diabetisk øjensygdom
- ◆ Anbefaling om diabetesteams
- ◆ Anbefaling om screening, forebyggelse og behandling af den diabetiske fod
- ◆ Anbefaling om diabeteskole.

De 3 førstnævnte aftaler blev allerede i 2004 godkendt i den amtslige sygehusledelses-kreds, og aftalerne om delekontrol og opsporing/diagnosticering blev herefter offentliggjort på www.sundhed.dk og sendt ud til de praktiserende læger og diabetesambulatorierne i amtet. I forbindelse med aftalen om screening for diabetisk øjensygdom bevilligede amtet oprettelse af et ekstra ydernummer til en øjenlæge.

Status på diabetesområdet i Vejle Amt var således i 2006, at de tre nævnte aftaler – delekontrol, opsporing og øjenscreening – var vedtaget. Der gennemføres årligt 10 hold på hvert af de 4 diabetesambulatorier, dvs. der i alt undervises 40 hold diabetespatienter årligt i hele amtet. På baggrund af Programledelsens rapport blev det i slutningen af 2006 desuden vedtaget at ansætte ekstra diabetessygeplejersker og sekretærer i ambulatoriernes eksisterende diabetesteams. Forslaget om at styrke behandlingen af diabetiske fodproblemer gennem etablering af et fælles karkirurgisk og ortopædkirurgisk ambulatorium og øget brug af fodterapeuter blev imidlertid ikke vedtaget – formodentlig på grund af den nært forestående strukturreform.

3.2 Diabetesbehandlingen i Frederiksborg

Frederiksborg Amt fik ligesom Vejle et amtsligt diabetesudvalg i 1997. Udvalget fik til opgave at beskrive diabetesområdet og komme med forslag til ændringer i overensstemmelse med intentionerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1994 (23).

Diabetesudvalget færdiggjorde sin første rapport i marts 2000. Heri anbefalede det, at:

- ◆ optimere kontrollen af gravide diabetikere
- ◆ optimere diabetesregulationen
- ◆ udføre løbende kvalitetskontrol af alle behandlingsinstanser.

Udvalget foreslog desuden at oprette en diabeteskole og igangsætte et efteruddannelsesprojekt for almen praksis. Imidlertid blev det besluttet, at udviklingen af diabetesområdet skulle inkorporeres i amtets overordnede sundhedsplan "SUND1" for perioden 2001-2004 (5). Den daværende formand for diabetesudvalget fratræder herefter sin post, og igennem en længere periode var der reelt ikke noget fungerende diabetesudvalg.

"SUND1" blev vedtaget i august 2001. Af denne plan fremgår det, at der skal ske en overflytning af en række opgaver fra den sekundære til den primære sundhedssektor. For at nå dette mål foreslås det i SUND 1, at diabetesområdet tilføres ekstra midler til initiativer, der kan forbedre samarbejdet mellem sektorerne, herunder etablering af shared care-aftale og efteruddannelse af praksissektoren (24; s. 10). I fraværet af et fungerende diabetesudvalg nedsatte Sundhedsudvalget i marts 2000 en arbejdsgruppe til at arbejde videre med visionerne fra SUND 1. Dette arbejde udmøntede sig i rapporten "Handlingsplan for den fremtidige behandling af type 2-diabetikere i Frederiksborg Amt" (25).

I handleplanen foreslås 7 indsatsområder for diabetesbehandlingen:

- ◆ Kvalitetsudviklingsværktøjer
- ◆ Standard for shared care
- ◆ Diabeteskole
- ◆ Sårcenter (behandling af diabetiske fodsår)
- ◆ Videnscenter (videreuddannelse og forskning i almen praksis)
- ◆ Udvidelse af diætistordningen i praksis (5 fuldtidsstillinger)
- ◆ Praksiskonsulentordning (3 konsulenter normeret til i alt 6 timer om ugen)
- ◆ § 2-aftale med de praktiserende læger (ekstra honorering for diabetes-årskontrol).

Det anføres, at diabeteskolen bør etableres som en selvstændig enhed med en ansat leder, være organisatorisk forankret i Praksisadministrationen og have en styregruppe med repræsentanter fra almen praksis.

Handlingsplanen vedtages af Sundhedsudvalget i marts 2002, og nogle måneder senere vedtages en reorganisering af det amtslige diabetesudvalg. Udvalget sammensættes af en overlæge fra hvert ambulatorium, en diabetessygeplejerske, diætister fra begge sektorer, en praktiserende læge, de 3 diabetespraksiskonsulenter, en repræsentant fra den amtslige diabetesforening, lederen af diabeteskolen samt en repræsentant fra sygehusledelsen som formand. Medlemmerne af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet handlingsplanen, bliver alle medlemmer af det nye diabetesudvalg som repræsentanter for deres respektive fag.

Status for diabetesområdet i Frederiksborg Amt i 2006 var således, at udarbejdelsen af forløbsbeskrivelser (shared care-aftaler) var undervejs, Diabetesskolen var oprettet og gennemførte undervisning for ca. 40 hold årligt rundt om i amtet¹⁹; der var ansat 3 diabetespraksiskonsulenter og vedtaget en § 2-aftale til honorering af diabeteskontroller i almen praksis. Denne ville dog blive afviklet i forbindelse med indførelsen af den nye forløbsydelse for diabetes. Sårcentret var ikke blevet fuldt etableret (ingen fodterapeut), og der var ikke blevet bevilliget finansiering til videnscentret og udvidelsen af diætistordningen. Der var heller ikke implementeret kvalitetsudviklingsværktøjer, da det endnu ikke var afklaret, hvilket computerprogram man ville anvende, og man ville afvente resultaterne af det datafangstmodul, der ville blive tilknyttet den nye forløbsydelse²⁰.

3.3 Opsummering

Som denne gennemgang viser, er der i de seneste ca. 10 år sket en del forandringer i organiseringen af diabetesbehandlingen i begge amter. De billeder, der tegnes i dette kapitel, opridser en række konkrete, nye tiltag og til dels også forløbet omkring deres etablering. Men denne officielle version af forandringerne giver ikke et særligt detaljeret indblik i processerne omkring at vedtage og gennemføre disse. Når man vil forstå, hvordan forandringer skabes, melder der sig derfor en række ubesvarede spørgsmål:

- ◆ Hvem gjorde hvad og i hvilken rækkefølge?
- ◆ Hvordan og hvorfor blev det besluttet at gøre netop sådan?
- ◆ Hvilken betydning har forandringerne fået for de enkelte aktører?
- ◆ Hvad eller hvem mener de enkelte aktører har været medvirkende til forandringernes fremkomst?

Disse grundlæggende spørgsmål har dannet udgangspunkt for denne undersøgelse. I interviewene har jeg således spurgt til de forandringer, der kan læses ud af de officielle dokumenter, samt til forhold som generelt anbefales i diabetesbehandlingen. Denne metodiske tilgang medførte en afklaring af forholdene omkring de 'officielle' forandringer, men viste også, at disse ændringer ikke altid blev betragtet som de mest væsentlige. I mange tilfælde havde diverse aftaler og bevillinger derimod affødt andre initiativer, som informanterne tillagde langt større betydning end de forandringer, jeg spurgte til. Eksempelvis gav mange af informanterne i Vejle Amt udtryk for, at de undervisningsdage, der blev afholdt i forbindelse med indførelse af delekontrolaftalen, havde haft langt større betydning end aftalen i sig selv i forhold til at skabe et bedre samarbejde mellem almen praksis og sygehuse. Dette illustrerer, at en detaljeret forståelse af forandring ikke kan opnås gennem en simpel optælling og registrering af organisatoriske

¹⁹ Hvert hold består af ca. 10 personer, og undervisningen er delt op i 3 moduler, der gennemføres med nogle måneders mellemrum. En MTV-undersøgelse af skolens resultater udgives af Sundhedsstyrelsen i april 2008 (personlig kommunikation med leder af diabetesskolen).

²⁰ Forløbsydelsen for diabetes er en ny honoreringsform for diabetesbehandling i almen praksis, som blev oprettet 1. april 2007. I stedet for at blive aflønnet for enkelte ydelser får praksislægen med forløbsydelsen et årshonorar, som dækker 1 årskontrol og 3 almindelige kontroller. Til kontrollerne skal indtastes svar på en række undersøgelser, som ved hjælp af et såkaldt datafangstmodul registreres centralt. Udover den årlige ydelse får hver enkelt praksislæge med jævne mellemrum en samlet tilbagemelding på, hvordan hans diabetikere ligger i forhold til de anbefalede værdier for blodsukker, blodtryk og kolesteroltal (26).

forhold, men kræver en mere dybdegående analyse af, hvilke andre ting der opstår i kølvandet på de formelle forandringer, og hvordan både formelle og uformelle forandringer opfattes af de involverede praktikere.

Diabetesområdet er et felt, der til stadighed undergår organisatoriske forandringer. Med strukturreformen er der kommet nye aktører på banen – kommunerne overtager diabeteskoler, der oprettes regionale diabetesudvalg til erstatning for de amtslige – og de eksisterende aktørers opgaver ændres, fx har Sundhedsstyrelsens diabetesstyregruppe for nylig fået nyt kommissorium (27). De billeder, jeg her har opridset, skal således ikke ses som et forsøg på at beskrive diabetesbehandlingen, som den ser ud nu i de to områder, for den organisering, jeg har kortlagt, har allerede forandret sig væsentligt, når denne rapport er trykt. I stedet skal de følgende kapitler læses som en analyse af aktørernes forskellige perspektiver på forandring og de processer, der er med til at skabe (eller hindre) forandringer, og de påvirkes næppe i nævneværdig grad af de strukturelle ændringer.

4. Den kliniske praksis

Som beskrevet i kapitel 2, fremstod tre typer forandringer som centrale i datamaterialet: forandringer i de sundhedsprofessionelles egen behandlingspraksis, i samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle i primær og sekundær sektor, samt forandringer i de overordnede økonomiske og organisatoriske rammer.

Dette kapitel belyser forandringer i klinikernes måde at organisere og udføre diabetesbehandlingen på i deres daglige praksis. Denne type forandring blev først og fremmest tillagt betydning af praksislægerne²¹, og dette kapitel afspejler således hovedsagelig deres perspektiv. I det omfang det er relevant, vil der dog blive gjort rede for sygehuslægenes perspektiv på de samme forhold. Formålet med dette kapitel er at belyse forandringer som resultater af et samspil mellem forskellige forhold i praksislægernes hverdag og professionelle selvforståelse.

Praksislægerne beskrev en række forhold, som de mente havde medvirket til at ændre deres kliniske praksis omkring diabetesbehandlingen. Overordnet set kan disse forhold opdeles i to grupper: Dels forandringer i selve organiseringen af diabetesbehandlingen i almen praksis, og dels forandringer i relationen mellem læge og patient.

Forandringer i selve organiseringen af diabetesbehandlingen i almen praksis omfatter først og fremmest en større systematik i, hvornår og hvordan diabetikere behandles i almen praksis. Dette beskrives i afsnit 4.1, hvor der først gøres rede for, hvad det har betydet for praksislægerne, at der er kommet mere systematik i behandlingen. Dernæst undersøges, hvad der har været medvirkende til at gøre systematikken til en mulig og ønskelig forandring i almen praksis. Her lader arbejdsdeling med praksissygeplejersker og kliniske vejledninger til at have haft stor betydning.

Forandringer i relationen mellem læge og patient består i en større ligestilling mellem parterne. I afsnit 4.2 beskrives således, hvordan dette hænger sammen med en ændret opfattelse af sygdommen diabetes – hos klinikerne såvel som i den brede befolkning – og en øget viden om livsstilens indvirkning på sygdommen, som har flyttet en del af behandlingsansvaret til patienten. Herefter beskrives, hvordan praksislægerne opfatter det mere ligestillede forhold mellem læge og patient og den nye opgave med livsstilsrådgivning.

Undervejs i kapitlet diskuteres, hvordan praksislægernes selvforståelse spiller ind på deres opfattelse af de forskellige forandringer som positive eller negative. I afsnit 4.3 opsummeres denne diskussion, og der anvises veje til at skabe forandringer i selve behandlingen af diabetes, særligt i almen praksis.

²¹ Dette hænger muligvis sammen med, at de interviewede sygehuslæger alle havde været medlemmer af de amtslige diabetesudvalg og derfor fokuserede mere på de overordnede organisatoriske rammer for diabetesbehandlingen, når de blev spurgt til, hvilke forandringer der var sket på diabetesområdet, og hvilke de anså for mest betydningsfulde.

4.1 Systematik i behandlingen

De interviewede læger i både almen praksis og på diabetesambulatorier mente, at de i høj grad levede op til sundhedsmyndighedernes anbefalinger (se Faktaboks 3 nedenfor) om hyppighed og indhold af diabeteskontrollerne²². Men de gjorde også meget klart opmærksom på, at sådan havde det ikke altid været, og i mange tilfælde var der først sket positive forandringer inden for de seneste 5-6 år. Førhen var behandlingen meget ustruktureret, idet diabetikerne kun blev kontrolleret meget sporadisk, og der var ikke konsekvens i, hvordan sygdommen blev behandlet medicinsk. Flere fortæller, at de tidligere ikke havde noget klart billede af, hvad sukkersyge egentlig var, eller af hvad det var, de skulle kontrollere og hvornår. Behandlingen var "enormt forvirret og rodet", som en praksislæge udtrykker det, fordi diabetes var en sygdom, man kun blev konfronteret med ind imellem, når en patient dukkede op og havde symptomer. Denne mere tilfældige indsats i forhold til diabetikerne betød også, at folk blev diagnosticeret for sent og derfor ofte havde udviklet alvorlige komplikationer, man tidligere ikke kunne behandle lige så effektivt, som man kan i dag.

Faktaboks 3: Anbefalinger for organiseringen af den kliniske diabetesbehandling

Set fra et overordnet perspektiv er hovedbudskabet i sundhedsmyndigheders og eksperters anbefalinger for behandlingen af diabetes, at sygdommen skal diagnosticeres så tidligt som muligt og behandles aggressivt fra starten, så omfanget af komplikationer nedsættes (6; 28; 29). Almen praksis skal derfor intensivere opsporingen af diabetikere, dvs. teste blodsukker på flere indikationer end blot mærkbare symptomer.

For at kunne overvåge og styre både den medicinske og den forebyggende behandling anbefales det, at alle diabetikere kontrolleres 4 gange om året fordelt på én årlig kontrol samt 3 mindre kontroller hver tredje måned (6). Ved den årlige kontrol skal der med blodprøver undersøges grundigt for udvikling af komplikationer og sættes ind medicinsk, hvis der er negativ udvikling. Desuden anbefales det, at diabetikeren forebyggende kontrolleres af øjenlæge og fodterapeut en gang årligt (6; s. 13). Da livsstilen har stor indflydelse på sygdommen, skal patienten ved behov tilbydes en forebyggende samtale om kost, motion og rygestop hos egen læge eller alternativt henvises til diætist og/eller diabeteskole. Ved kvartalskontrollerne kontrolleres og justeres den medicinske behandling.

²² Som nævnt i afsnittet om rekruttering i kapitel 3 er de interviewede praktiserende lægers indstilling til og engagement i diabetesbehandlingen formodentlig ikke repræsentativ i forhold til almen praksis generelt. Der findes ikke samlede opgørelser for diabetesbehandlingen i almen praksis over tid. Dette skyldes, at diagnosekodning (ICPC) og registrering til NIP-databasen endnu ikke anvendes bredt i almen praksis. ICPC-kodning anvendtes eksempelvis i 2005 kun af ca. 16 % af de praktiserende læger (30; s. 73).

4.1.1 Systematik – middel og mål

Mange af de interviewede praksislæger fremhæver det som en helt grundlæggende forandring, at deres behandling er blevet sat mere i system. Rent konkret indebærer systematiseringen, at diabetikerne indkaldes fast til en årskontrol og 3 kvartalskontroller hvert år, hvor det er fastlagt, hvad der skal kontrolleres. Nogle har arrangeret det sådan, at årskontrollen gennemføres i den måned, patienten har fødselsdag, for at have en nem måde at huske det på. Flere har desuden oprettet huskesedler i deres elektroniske journalsystemer, så der automatisk popper en liste op med ting, der skal gennemføres ved hvert kontrolbesøg. Nogle nævner også, at de har indført fast screening for forhøjet blodsukker hos alle patienter, der bare har en enkelt af de risikofaktorer, som er forbundet med udviklingen af forstadiet til diabetes (metabolisk syndrom) frem for kun at undersøge patienter, som har diabetes i familien eller har symptomer på diabetes²³.

For praksislægerne er det positive ved denne mere systematiske tilgang, at den gør det nemmere for dem at huske, hvad de skal foretage sig, når der ind i mellem dukker en diabetiker op. En praktiserende læge skal jo forholde sig til utallige forskellige problemstillinger hver dag, og procedurer, der kun foretages ind i mellem, kan være svære at huske:

”Det, der er sket er, at der er kommet systematik på det. Og det er enormt rart, at der er kommet hold på, hvad er det jeg gør, og hvornår. Og nu kører det bare, nu behøver man ikke engang at sidde og slå op mere. Nu kan man godt huske lige præcis hvad det er der skal tjekkes hvornår.” (Praksislæge)

Men systematikken er ikke kun et praktisk hjælpemiddel for praksislægen. Flere pæger, at den har bevirket, at færre patienter end før ”falder igennem”. De oplever reelt, at de regelmæssige kontroller forhindrer udviklingen af alvorlige komplikationer, fordi patienterne bliver opdaget, og deres komplikationer kan forebygges og behandles i tide, hvilket netop er baggrunden for sundhedsmyndighedernes anbefalinger omkring intervaller og indhold for kontrollerne. Systematikken opleves af praksislægerne derfor også som en kvalitativ forandring af selve behandlingen og dermed som et mål i sig selv.

For sygehuslægerne har formen og indholdet i kontrollerne ikke ændret sig så meget, idet det førhen mest var patienter med type 1-diabetes, der gik til kontrol på diabetesambulatorierne. De havde brug for jævnlig regulering af deres medicin (insulin) for at være symptomfri, og behandlingen har derfor altid været fokuseret på forebyggelse af komplikationer og regulering af medicin gennem kontroller hver tredje måned. Nogle sygehuslæger peger dog på, at der er kommet en større grad af systematik i den kliniske behandling af diabetes, idet behandlingen nu i højere grad er baseret på videnskabelig evidens end førhen. Sygehuslægerne arbejder derfor mere ensartet mod de samme, konkrete mål med de samme metoder. Der er simpelthen kommet en mere udbredt

²³ Det metaboliske syndrom er et forstadium til diabetes, som er kendetegnet ved forhøjet indhold af kolesterol i blodet, forhøjet blodtryk og resistens overfor insulin (28; s. 7). Denne tilstand giver oftest ingen symptomer for patienterne, hvorimod en fuldt udviklet diabetes vil give symptomer i form af udpræget tørstfølelse, stor vandladning, træthed, væggtab og diverse infektionssygdomme (29; s. 96). Formålet med tidlig opsporing og behandling af personer med metabolisk syndrom er således at undgå, at de udvikler diabetes.

enighed om, hvilke kolesterol, blodtryk og blodsukkerværdier behandlingen sigter mod at nå, og at disse mål skal nås gennem medicinering²⁴ og regelmæssig kontrol af øjne, fødder og nyretal.

Systematikken består således i en større ensartethed i sygehuslægenes tilgang til behandlingen, hvilket jo af gode grunde er mere relevant på en hospitalsafdeling med mange ansatte end for praktiserende læger, der arbejder alene eller indgår i mindre arbejdsfællesskaber.

For sygehuslægerne opleves det som en kvalitativ forbedring, at man i højere grad end tidligere trækker på samme hammel. De ser dog også systematikken som en måde at mobilisere patienterne på. Behandlingen af diabetes involverer, at patienten skal gå til kontrol hos mange forskellige behandlere – praksislæge, øjenlæge, fodterapeut og evt. andre specialister. Denne kompleksitet giver helt banale problemer som lange ventetider, glemte aftaler og urinprøver. En sygehuslæge påpeger, at hvis behandlingen foregår på en systematisk måde, dvs. er ens hver gang og foretages med helt faste intervaller, så er der større chance for, at patienterne husker at medbringe deres urinprøve og overholde deres kontrolaftaler. Han ser det med andre ord som vigtigt for behandlingens kvalitet, at patienterne ved, hvad der skal ske til kontrollen – og hvornår de skal til kontrol, for så holder de også selv øje med det.

For begge lægegrupper er systematik noget, der gør behandlingsprocedurer til noget, man ikke aktivt skal huske på. Systematik skaber vaner, og vanens magt er stor! Praksislægerne fremhæver især systematik som et middel til at nå behandlingsmålene og til at effektivisere deres egen indsats. Sygehuslægerne oplever systematikken som et praktisk middel til at gøre det komplicerede behandlingsregime nemmere at overskue – for både behandlere og patienter.

4.1.2 Arbejdsdeling i klinikken

Systematik er imidlertid ikke noget, der opstår af sig selv. En praksiskonsulent²⁵ formulerer det således: "Forudsætningen for at få kvalitet, det er, at der er nogen der tager hånd om det her på en struktureret måde". Struktur opstår, fordi nogen skaber den. Flere af praksislægerne peger på, at systematikken er opstået samtidig med – eller som en direkte konsekvens af – at de har ansat praksispersonale, primært sygeplejersker:

"Når man begynder at bruge sit hjælpepersonale, bliver man også nødt til at lave nogle planer for, hvordan man skal behandle sukkersyge i sin klinik. Og så begynder man pludselig at forholde sig til sådan en organisation, så er det ikke noget der bare foregår tilfældigt, når patienten kom-

²⁴ Flere af lægerne gør dog opmærksom på, at der lægger imellem kan være ganske stor uenighed om, hvilke typer og doser medicin der bør anvendes. Nogle læger foretager således en mere individuel vurdering af patienten, når de skal medicinere, frem for blot at sigte mod de anbefalede værdier, fx ved at tolerere et højere blodsukker hos en ældre dame, der har svært ved at motionere, end hos en ung mand. Enigheden handler således om de overordnede mål og midler og ikke om den enkelte læges praksis i behandlingen.

²⁵ Praksiskonsulenter på diabetesområdet er nogle steder ansat under praksiskonsulentordningen og er derfor ansat på en medicinsk afdeling med en samlet timenorm for hele det medicinske område. Andre steder er konsulenterne ansat som fagkonsulenter, kaldes derfor diabeteskonsulenter og er (før strukturreformen) aflønnet for et mindre antal timer af kvalitetsudviklingsafdelingen i amtet. Med mindre andet er angivet, vil betegnelsen 'praksiskonsulenter' i det følgende udelukkende blive brugt om praksiskonsulenter, som på den ene eller anden måde fungerer som konsulenter på diabetesområdet.

mer: 'Ups, hvad skal jeg nu for resten lige, hvad er det jeg skal snakke om i dag. Ej, jeg springer lige blodtrykket over, fordi nu er jeg lidt bagud'. Men man har lavet den der organisation, som gør, at så er det sådan, man gør det." (Praksislæge)

At praksislægen ikke længere kun skal stå til ansvar for sig selv og sætte sig selv i arbejde, har med andre ord medvirket til en større opmærksomhed på, hvordan behandlingen er organiseret: Det er ikke længere noget "der bare foregår", men noget der er en plan for. Nogle steder endda en nedskrevet plan, idet flere af praksislægerne har lavet interne retningslinjer for diabetesbehandlingen i deres klinik. Nogle mente også, at sygeplejerskerne i kraft af deres uddannelse er mere vant til at arbejde systematisk og omhyggeligt efter retningslinjer end læger.

Samtidig har ansættelsen af praksispersonale givet lægerne mulighed for at afgive en række arbejdsopgaver, hvilket har lettet det arbejdspress, som stort set alle de interviewede praksislæger oplever, er steget gennem de seneste år. Hos én praksislæge udføres de kvartalsmæssige kontroller eksempelvis nu udelukkende af sygeplejersken. Praksislægen forklarer, at det sker "i erkendelse af, at jeg må gøre noget for at slippe for noget arbejde og sikre, at det bliver ligeså godt". En anden praksislæge ser ligeledes et øget arbejdspress som en medvirkende årsag til den nye arbejdsdeling med sygeplejersken:

"Da jeg trådte ud af den gamle praksis, havde jeg en meget stor patienttilgang, så derfor var jeg nødt til at have noget kvalificeret hjælp, noget personale. Så derfor ansatte jeg fra starten min sygeplejerske. Og så var det lidt nødvendighedens lov, fordi der var så stort pres, så skulle hun også klare en del selv." (Praksislæge)

Stigningen i antallet af diabetikere og myndighedernes anbefalinger om flere kontroller i almen praksis har formodentlig bevirket, at de praktiserende lægers arbejdspress på netop dette område reelt er større end førhen. Mange praksislæger har derfor ansat personale til at overtage nogle tidskrævende rutineopgaver omkring kontrollerne (blodprøvetagning, vejning, livsstilsrådgivning m.fl.). Med ansættelse af personale er praksislægen på én gang blevet nødt til at foretage en mere eksplicit planlægning af arbejdsopgaverne, samtidig med at han har fået frigivet noget tid til at udføre kontrollerne så ofte, som det rent faktisk kræves. Arbejdspresset og arbejdsdelingen har således i et samspil medvirket til, at den mere systematiske tilgang til diabetesbehandlingen, som mange af praksislægerne peger på, er blevet mulig og relevant at gennemføre.

På trods af praksislægernes begejstring for arbejdsdelingen med sygeplejerskerne har selve overdragelsen af opgaver ikke været uproblematisk for dem alle. På trods af, at der for de praktiserende læger kan være økonomiske fordele ved at ansætte en sygeplejerske²⁶, mente nogle af praksiskonsulenterne, at mange læger var bange for, at ansættelsen af personale ville betyde en forringelse af behandlingens kvalitet. De var simpelthen usikre på, om sygeplejerskerne var kompetente nok til at overtage opgaverne. For at overvinde denne barriere havde praksiskonsulenterne i det ene amt arrange-

²⁶ De ydelser, en sygeplejerske udfører, giver samlet set et højere honorar end hendes timeløn. Det kan derfor sagtens betale sig økonomisk at ansætte en sygeplejerske, ja det kan nogle gange give økonomisk overskud i en praksis (praksiskonsulent, personlig kommunikation).

ret et kursus i diabetesbehandling for praksissygeplejersker, hvor det primære formål var "at sikre, at de var videnskæssigt opdaterede på et niveau, så vi turde give slip på patienterne", som en af dem udtrykte det. Hans kollega mente imidlertid, at barriererne også til dels bunder i den selvstændighed, der ligger i hvervet som praktiserende læge:

"I min praksis har jeg haft sygeplejerske i 12 år, men det første år var det da svært at finde ud af, hvad hun skulle lave. Dét med at give slip på noget og være sikker på, at selvfølgelig kan hun da tage sig af det. Det er jo lidt en kulturting, for man er vænnet til som praktiserende læge, at man gør alting – man laver bogholderi, og man maler vægge, og man køber ind, og man ser patienter! Vi er jo omnipotente et eller andet sted. Men det med at få lagt det ud og sige: Nå ja, der er nogen, der kan gøre det her bedre eller i hvert fald lige så godt. Uden at jeg bliver hverken arbejdsløs eller ulykkelig, fordi der er hele tiden nye opgaver." (Praksiskon-sulent)

Men når uviljen mod at afgive opgaver er overvundet, oplever praksislægerne det meget positivt at have ansat personale, der kan stille kritiske spørgsmål til den eksisterende organisering og behandling, og som ofte er mere kompetente end forventet. Dette er eksempelvis tilfældet hos denne praksiskon-sulent, som lige har ansat en sygeplejerske:

"Vi har for nylig fået en meget, meget dygtig sygeplejerske, som har været 15 år på [diabetesambulatoriet] på sygehuset. Hun ved jo på en masse områder meget mere om sukkersyge, end jeg gør i min praksis. Så hun tilføjer os jo noget, og hun tænker videnskabeligt, det er mere som at have fået en jævnbyrdig kollega end at have ansat en medhjælper. Og så synes jeg, at så går det op i en rigtig høj, god enhed. Når man ligefrem øger kvaliteten, tilføjer viden i praksis på den måde. Det er jo genialt. Jeg havde slet ikke forestillet mig det..."

De interviewede praksislæger oplever således, at der er sket en del forandringer i deres praktiske organisering og udførelse af diabetesbehandlingen. Disse forandringer opleves af lægerne som forhold, der har gjort diabetesbehandlingen kvalitativt bedre og lettere at håndtere. Samtidig viser flere af citaterne i dette afsnit, at praksislægerne vurderinger af forandringerne er tæt koblet sammen med deres ønske om at "gøre det godt"²⁷. Disse praksislæger inkorporerer tilsyneladende nye praktiske og organisatoriske foranstaltninger, hvis de vurderer, at disse vil øge deres muligheder for at gøre deres arbejde bedst muligt, mens de er tøvende overfor ændringer, som de tror vil forringe behandlingens kvalitet, som det fx afspejles i modviljen mod at afgive arbejdsopgaver til praksissygeplejersken.

På diabetesambulatorierne er der efter sygehuslægerne mening ikke sket grundlæggende forandringer i arbejdsdelingen gennem de seneste år. Diabetessygeplejerskerne har på de fleste af ambulatorierne længe haft til opgave at tage blodprøver, gennemføre livsstilssamtaler og foretage mindre reguleringer i insulin doseringen, mens

²⁷ På grund af denne undersøgelses design er det sandsynligt, at de fleste praksislæger i undersøgelsen er særligt interesserede i diabetes, og måske i højere grad end andre læger er 'forandringsparate' og reflekterende overfor deres egen praksis.

speciallægerne håndterer kontrol af komplikationer og medicinering. Nogle steder har en stigning i arbejdspresset dog medført, at flere opgaver er blevet lagt over til sygeplejersken, fx at gennemføre fodundersøgelser, samt at konsultationstiden er blevet forkortet.

For både praksislæger og sygehuslæger gælder, at de ikke kun ser arbejdsdelingen med sygeplejersken som en vej til øget systematik i organiseringen af behandlingen. De mener også, at det har medført en kvalitativ forbedring af selve indholdet i behandlingen, særligt omkring livsstilsrådgivningen, som i mange tilfælde var lagt helt ud til sygeplejerskerne. Begrundelsen for dette er, at sygeplejersken har bedre tid til at snakke med patienten, hvilket især er en fordel ved livsstilssamtaler, hvor det kan tage tid at "komme hele vejen rundt".

Ved at undersøge, hvilke værdier lægerne bedømmer deres arbejde ud fra, og hvordan de forstår deres egen rolle i forhold til disse værdier, kan man få en bedre forståelse for, hvordan inkorporeringen af forandringer i sundhedsprofessionel praksis finder sted (17). Det er bredt anerkendt, både af sundhedsmyndighederne og lægerne selv, at lægeprofessionen indebærer mange forskellige roller og forpligtelser. Alle lægestuderende undervises eksempelvis i 7 kernekompetencer: Medicinsk ekspert, Kommunikator, Samarbejder, Leder/Administrator, Sundhedsfremmer, Akademiker og Professionel (31).²⁸ Både praksislæger og sygehuslæger er således vant til at forholde sig eksplicit til, hvad de mener, er deres rolle og målet med deres arbejde. Men det er ikke nødvendigvis disse formelle roller, der er mest relevante for det daglige kliniske arbejde med diabetesbehandling. Dette vender jeg tilbage til, når jeg har set nærmere på, hvilke andre forandringer der er sket i lægernes behandlingspraksis.

4.1.3 Forskning og vejledninger – at vide hvilken vej man skal gå

En af de forandringer, som både praksislæger og sygehuslæger peger på, er udviklingen i den medicinske videnskab. Gennem de seneste 10-15 år er der lavet en mængde videnskabelige undersøgelser inden for diabetesområdet, og der er bl.a. kommet massiv dokumentation for, at det har positiv effekt at behandle diabetes mere intensivt medicinsk (29). Medicinens udvikling har således givet mere effektive midler til at gribe ind i sygdommens forløb. En praksislæge fremhæver, at udviklingen også har medført mere konsensus om, hvad der er den bedst mulige behandling. Før i tiden havde praksislægerne meget forskellige forudsætninger på diabetesområdet, fordi de var præget af overlægerne på de hospitaler, hvor de havde været under deres uddannelse. Med den øgede publicering af forskningsresultater er variansen blevet reduceret. Men den videnskabelige dokumentation har også betydning for praksislægernes praktiske tilgang til deres arbejde:

"Det er da vigtigt at holde sig ajour med de ting. Det er selvfølgelig en kæmpe udfordring, for vi har så mange andre sygdomme, som jeg også skal forholde mig til. Så bliver man nødt til at vælge nogle områder ud. Vi har valgt at sige med de kroniske sygdomme, der føler vi, at jeg har do-

²⁸ Et helt andet perspektiv er den tovholderrolle, som praksislægerne i dag forventes at tage på sig, og som har været påpeget som særligt relevant i behandlingen af kronisk sygdom (for mere om dette, se fx 7; 32).

kumentation for, at vi virkelig kan gøre noget. Dem vil vi i hvert fald behandle ordentligt. Og så har vi prøvet at prioritere nogle akutte ting lidt ned – vi prøver at holde børnene væk herfra, med al deres snot og sådan noget. Vi prøver at sige, at det er ikke så alvorligt.” (Praksislæge)

Dokumentationen gør det således muligt for lægen at prioritere sine arbejdsopgaver. Han kan dermed lægge sine kræfter der, hvor der er dokumentation for effekt. Praksislægen har således i denne sammenhæng fokus på effektivitet og finder det derfor mest meningsfuldt at handle, hvis hans indsats har en målbar effekt. Dokumentation gør med andre ord hans arbejde mere meningsfuldt. Udover at det kan opleves personligt tilfredsstillende for praksislægerne, at de kan læne sig op af videnskaben i deres daglige praksis, har den øgede viden om diabetes ifølge denne læge også haft betydning for henvisningsmønsteret mellem almen praksis og specialisterne:

”Den øgede viden man har om det, og den sikkerhed der gør, at man synes, at man kan behandle dem ordentligt, det har selvfølgelig sådan en positiv vekselvirkning med, at patienterne føler sig trygge ved, at man behandler dem, og derved har man ikke det [samme] behov for at henvise til specialister og sygehuse. Det fx selv at kunne køre videre med insulinbehandling, det gør også, at man får det bedre reguleret, og at man trækker den længere, når man skal henvise til et sygehus.” (Praksislæge)

Det er ikke overraskende, at den øgede mulighed for at handle fagligt ’korrekt’ på et sikkert fundament opfattes som betydningsfuldt. Mange af praksislægerne fremhæver eksempelvis, at bestemte vejledninger eller anbefalinger har affødt ændringer i deres måde at behandle diabetes på. For de praktiserende læger drejer det sig overvejende om vejledningen ”Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning, som Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) i 2004 udsendte til samtlige praktiserende læger (9).

De fleste af de praktiserende læger i denne undersøgelse giver udtryk for, at de forsøger at følge DSAM’s vejledning for diabetesbehandling. De finder den let og overskuelig og derfor nem at integrere i en travl hverdag. I nogle tilfælde har vejledningen afstedkommet konkrete forandringer, som fx rutinemæssig screening for diabetes i flere patientgrupper end tidligere eller mere intensiv behandling med kolesterolnedsættende behandling. Andre nævner ingen konkrete forandringer, men fremhæver, at vejledningen har stimuleret deres interesse for og opmærksomhed på sygdommen. Flere har brugt DSAM’s vejledning som udgangspunkt for egne instrukser, hvor rammer og indhold i årskontroller og kvartalskontroller beskrives for den enkelte klinik (fx hvem der tager blodprøver hvornår), og evt. også hvornår der skal henvises til specialister og diabetesskole. Ofte er sådanne lokale instrukser dog fremkommet efter påvirkning fra flere forskellige sider på en gang:

Interviewer: ”Hvad var det, der fik jer til at lave den instruks?”

Læge: ”Ja, den der fornemmelse af, om man nu synes man gør det godt nok. Det betyder da også noget, når der kommer en vejledning fra DSAM. [...] Noget af det, der også skubber til, det er fx når man får det der fra lægemiddelenheden om ens lægemiddelordination. Det er da rart at se,

at man ligger langt over amts gennemsnittet i [kolesterolsænkende] behandling fx. Det er jo dér, hvor vi gerne vil ligge højt.” (Praksislæge)

Udgangspunktet for, at denne praksislæge er gået i gang med at udarbejde en instruks for diabetesbehandlingen i sin klinik, har været et ønske om at gøre det ”godt nok”, og han fortæller senere, at han efter at have læst DSAM’s vejledning har justeret behandlingen af forhøjet kolesterol. Han ser således vejledninger og registrering af hans eget lægemiddelforbrug som redskaber, han kan anvende til at justere sin egen praksis i retning af en højere kvalitet og sammenfatter det hele i en instruks, der ”oversætter” den overordnede vejledning og dokumentation til hans lokale forhold.

Men det er ikke ligegyldigt hvor vejledninger og instrukser kommer fra. Flere praksislæger giver udtryk for frustration over, at der udsendes mange forskellige vejledninger fra diverse medicinalfirmaer, speciallægeforeninger og patientforeninger, sådan som en praksislæge fortæller her:

Praksislæge: ”Der kan da blive lidt vejledningsrod i den, fordi jeg får fra amtet, DSAM og Institut for Rationel Farmakologi, som også skriver nogle gode vejledninger. Og så kan der være andre vejledninger, fx nationale vejledninger.”

Interviewer: ”Er de meget forskellige?”

Praksislæge: ”Nej, de ligger vel overordnet set rimelig ens, men nogle gange kan man bare blive lidt frustreret. De sendte en fra Lægemiddelenheden om, hvordan vi skulle behandle med [kolesterolsænkende] medicin, og den var temmelig svær, der var en algoritme, som jeg havde rimelig svært ved at følge. Og så stod der så nederst på den ”må kun fraviges under særlige omstændigheder”. Så den underkender alle andre vejledninger. Jeg kan godt blive lidt irriteret over, at man bare skriver sådan – specielt i en vejledning, hvor der ikke er nogen henvisninger eller dokumentation. Det er ikke ligesom DSAM’s vejledning, hvor der har været et panel, eller man har sendt [den] ud til høring osv.”

I interviewene med amtslige embedsmænd kom det også frem, at amtslige instanser havde udsendt retningslinjer for diabetesbehandlingen i amtet til de praktiserende læger. Kun nogle få af de interviewede praktiserende læger kunne huske at have fået tilsendt sådanne retningslinjer. Flere anførte, at de havde modtaget retningslinjerne, men at de ikke brugte dem, fordi det var for forvirrende at skulle forholde sig til flere forskellige retningslinjer og vejledninger på én gang, og at de derfor konsekvent kun brugte DSAM’s.

De praktiserende læger må således navigere i de mange vejledninger, og i det omfang de er forskellige, må de forsøge at afgøre, hvilke de vil rette sig efter. For lægen i interviewet ovenfor er det væsentligt, at DSAM’s vejledning i modsætning til nogle af de andre vejledninger, han har modtaget, har en vis form for gennemsigtighed omkring, hvordan resultaterne er fremkommet, og at der er opnået konsensus om den, inden den er blevet sendt ud. Idealet om gennemsigtighed kommer også til udtryk i lægernes vurdering af vejledninger udsendt fra medicinalfirmaer, som stort set alle de interviewede læger konsekvent afviser at bruge, fordi de er vævet sammen med økonomiske

interesser. Et andet vigtigt forhold for de praktiserende læger er, at DSAM jo er deres faglige selskab og derfor er bekendt med betingelserne i deres daglige arbejde:

”Det betyder også meget, at der nu bliver lavet forskning i almen praksis, i den hverdag som vi lever i – at det ikke kun er sygehuspatienter, som er grundlaget for retningslinjerne. Så jeg vil sige, at DSAM betyder meget for, at vi bliver opmærksomme på, at tingene kan gøres anderledes og bedre.” (Praksislæge)

For lægerne skal en virkningsfuld vejledning således ikke kun være nem at gå til i det daglige, den skal også bygge på et grundlæggende kendskab til de problemstillinger, behandling af diabetes i almen praksis indebærer. I den sammenhæng har det stor betydning, at vejledningen er skrevet af praktiserende læger, og at den bygger på forskning udført i almen praksis. Samlet set giver disse forhold DSAM større legitimitet hos de praktiserende læger i forhold til at diktere, hvad der er kvalitet, og hvad der ikke er, end nogle af de andre aktører, som også udsender vejledninger og retningslinjer for diabetesbehandlingen. Dette bakkes op af en spørgeskemaundersøgelse af danske praksislægers kendskab til en DSAM-vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. Denne undersøgelse viser, at 90 % af praksislægerne kender vejledningen og udtrykker gavn af den, bl.a. fordi den er nem at anvende, og fordi de har stor tillid til, at den bygger på videnskabelig evidens og dermed forbedrer behandlingsindsatsen (33).

Den store tilslutning til DSAM's vejledninger er formodentlig medvirkende til, at der er en vis grad af konsistens i praksislægers tilgang til selve den medicinske behandling af diabetes. Imidlertid kan loyaliteten også medføre, at lokale retningslinjer fra fx det amtslige diabetesudvalg ikke bliver taget til efterretning i almen praksis. Dette kan potentielt set være problematisk, fx hvis retningslinjerne sigter mod at opnå større grad af samarbejde mellem primær og sekundær sektor og beskriver nye anvisninger for dette samarbejde.

For praksislægerne har vejledningerne i høj grad været et praktisk instrument til at få implementeret videnskabelige forskningsresultater i praksis. Sygehuslægerne anfører ikke i samme grad specifikke vejledninger eller anbefalinger som anledninger til at igangsætte konkrete forandringer på ambulatorierne. Til gengæld fremhæver næsten alle sygehuslægerne, at den øgede forskning generelt har medført ændringer i behandlingen:

”Inden for de sidste 10 år er der jo kommet en del dokumentation for, at det virkelig hjælper, fx at behandle nogle mål både inden for kolesterol, blodtryk, nyrefunktion og glukoseregulation. Så der er der jo kommet nogle store studier, både for type 1- og type 2-diabetespatienter, som gør, at jeg ved, at jeg agerer på sikker grund, at jeg har dokumentationen med os.” (Sygehuslæge)

En sygehuslæge i Vejle Amt fortæller, at der gennem de seneste år er blevet taget nye typer behandlinger i brug næsten hvert halve år. Han tilføjer, at ”det er vi glade for, det synes vi er sjovt og godt” og forklarer, at det ikke alene skyldes en øget viden om sygdommen, men også at lægerne får denne viden tilført meget hurtigere end hidtil: ”Man

får alle de der informationer meget hurtigt, dvs. allerede når tingene er blevet offentliggjort, så har vi det ind ad døren, den nye evidens". Den konstante udvikling i forskningen ses som en positiv udfordring, og den har øget lægernes muligheder for at behandle.

Den lægevidenskabelige forskning er således i sig selv stimulerende for lægernes interesse for at behandle diabetes, fordi det giver dem sikkerhed for, hvad "god" behandling er. Kliniske guidelines og vejledninger er udtryk for en konsensus om, hvad der er den rette vej. Ved at følge vejledninger er ansvaret for behandlingsvalg derfor placeret i en bredere, videnskabelig sammenhæng frem for at være den enkelte læges personlige ansvar alene. Samtidig giver vejledningerne lægen mulighed for at handle i overensstemmelse med lægevidenskabens værdier om objektivitet, systematik, rationalitet og effektivitet.

4.1.4 Forandringer – et spørgsmål om ære?

Lægernes fokus på systematik, dokumentation og evidens afspejler således en selvforståelse som videnskabsbaseret ekspert, der ud fra sin ekspertviden handler rationelt, objektivt og effektivt mod at udrydde sygdom. Det er derfor mest meningsfuldt for lægen at behandle, hvis han har sikkerhed for, at hans indsats vil have en effekt, så han kan overholde forpligtelserne ved rollen som læge. Denne selvforståelse kommer eksempelvis til udtryk hos en praksislæge, som forklarer, hvorfor han har systematiseret sin diabetesbehandling, så kontrollerne nu udføres med de anbefalede intervaller og indhold:

"Det, der får mig til at ændre mig, det er for det første krav om, hvor mange jeg skal behandle. Dvs. jeg står i det problem, at jeg får et ton patienter ind, som jeg pludselig skal styre. Så har jeg et problem. For så skal jeg finde en løsning på, hvordan jeg kan gøre det. Så skal der være et forskningsmæssigt tiltag. Dvs. jeg skal vide, at det her, det er nu det, som de mennesker, der sidder med den særlige indsigt i problemstillingen, ville anbefale i dag. For det siger noget til mig. Sådan rent æresmæssigt vil jeg meget gerne give den bedste behandling." (Praksislæge)

For denne læge er det centralt, at han kan anvende en videnskabelig tilgang til at håndtere sit arbejdspress mere effektivt. Men han begrundet ikke sit valg af tilgang med, at en sådan tilgang er mere praktisk anvendelig, eller at han kan leve op til myndighedernes anbefalinger – han begrundet det med sin professionelle ære. For ham er anvendelsen af en videnskabelig tilgang en garanti for, at han kan udføre den bedste behandling, fordi han med denne tilgang handler i overensstemmelse med idealet om rationalitet, objektivitet, systematik og effektivitet.

I denne undersøgelse lader det til, at der kan opstå et positivt samspil mellem officielle tiltag, som fx kliniske guidelines, og praksislægernes respons og handlen på sådanne tiltag, hvis disse er i overensstemmelse med det lægevidenskabelige værdisæt. Samtidig skal de opfylde praksislægernes behov for praktiske redskaber til at gøre komplicerede opgaver lettere at udføre i en travl hverdag. Der er udviklet mange teorier om, hvordan kliniske guidelines kan medvirke til at ændre klinisk praksis (se fx (4) for en oversigt). Flere studier af implementeringen af guidelines viser, at klinikere kan have en positiv holdning til vejledninger og guidelines uden at anvende dem i praksis, og at det

derfor er vigtigt at afdække klinikers motivationer og barrierer i forhold til at forandre deres adfærd (34; s. 169).

Imidlertid er det vigtigt at holde sig for øje, at individets forståelse af sin egen rolle – sin identitet – defineres i samspillet med andre mennesker. En identitet har kun gyldighed i det omfang, at den anerkendes af andre – en rolle kan kun udspilles over for andre, der kan fungere som medspillere eller tilskuere. Et individs forståelse af sin egen rolle er således noget, der skabes i de sociale relationer, som individet indgår i. Praksislægerens rolle som medicinske eksperter udspilles først og fremmest i lægens relationer til andre sundhedsprofessionelle – sygeplejersker og lægekolleger, som lægen interagerer konkret med i klinikken. Rollen kommer også i spil i relationer til andre faggrupper, som lægerne interagerer med uden for klinikken, fx sygehuslæger. Dette behandles separat i kapitel 5. Men lægens rolle udspiller sig naturligvis også for en stor del i relationen til patienterne, og her er det nogle helt andre værdier, der er i centrum. Det ser jeg nærmere på i det næste afsnit.

4.2 Patienten som samarbejdspartner

Ud over forandringer i lægernes tilgang til behandlingen peger mange sundhedsprofessionelle også på, at der gennem de seneste år er sket grundlæggende forandringer i både klinikernes og den brede befolknings opfattelse af diabetes og i lægens relation til patienterne.

4.2.1 Diabetes – en alvorlig sygdom

Diabetes er ikke længere noget, man "bare får, når man bliver gammel", som en af praksislægerne udtrykker det. Den øgede viden om sygdommen, både hos sundhedsprofessionelle og i den almene befolkning, har bevirket, at diabetes tages mere alvorligt end tidligere. En diabetessygeplejerske ser forandringen således:

"Dengang jeg startede med diabetes for mange år siden, der var holdningen: 'Hold dig fra sukkerskålen Petersen, så skal det nok gå'. Men vi er jo milevidt fra den holdning i dag, hvor man faktisk har fundet ud af, at type 2-diabetes faktisk er en virkelig alvorlig sygdom at have. Men det regnede man jo ikke for noget dengang." (Sygeplejerske)

Hun forklarer denne forandring med en øget viden om sygdommen, som forskningen har tilvejebragt, samt et øget fokus på sygdommen i medierne. Information om sygdommen er også blevet mere tilgængelig for patienterne, der nu kan gå på nettet og få den nyeste viden om deres sygdom. Sygeplejersken oplever, at dette også har ændret patienternes syn på sygdommen:

"De er blevet meget opmærksomme på, at det er en mere alvorlig sygdom end det man før sagde. Før sagde man, det er bare gammelmands-sukkersyge. Det er en af de store ting, der er sket. At man betoner det er en mere alvorlig sygdom. Det gør det jo også nemmere for os at motivere folk til at gøre noget ved det selv." (Sygeplejerske)

Den ændrede holdning hos patienterne opleves også af nogle praksislæger som et større pres om at udføre behandlingen ordentligt, fordi patienterne har større forventninger om, at de bliver kontrolleret og behandlet systematisk og intensivt, når de har en

alvorlig sygdom. Men også de sundhedsprofessionelle har ændret opfattelse af sygdommen i takt med, at man har fået øget viden om den. Store, videnskabelige undersøgelser har afsløret, at det ikke er nok at kontrollere blodsukkeret, men at også blodtryk- og kolesterolbehandling har stor indvirkning på patienternes sygelighed, og at disse tilstande derfor også må behandles intensivt. Denne øgede viden har ifølge en praktiserende læge medført, at type 2-diabetikerne er blevet mere interessante patienter, fordi sygdommen er blevet mere kompliceret at behandle:

”Type 2’erne, de er virkelig sådan creme-de-la-creme, fordi de fejler flere ting, de har både forhøjet kolesterol, og de er overvægtige, så det er jo guf, fordi man kan køre mange projekter på dem.” (Praksislæge)

Udover at sygdommen nu ses som langt mere alvorlig end førhen, er både patienter og sundhedsprofessionelle også blevet mere opmærksomme på livsstilens betydning – det er blevet almindeligt kendt, at fed mad, rygning, for meget alkohol og for lidt motion er alvorlige risikofaktorer for udvikling af type 2-diabetes. Konsekvensen er, at type 2-diabetes er gået fra at være en lidt ligegyldig, almindelig alderslidelse til at være en mere alvorlig og skamfuld sygdom, fordi den afslører, at patienten har levet ’forkert’ i forhold til det herskende samfundsideal om at leve sundt og have kontrol over sig selv. En hjemmesygeplejerske²⁹ beskriver dette således:

”Der er ikke noget tabu i at få en type 1-diabetes, men det er altså ikke heldigt at være svært overvægtig og få en regning på type 2-diabetes. Der er ikke nogen, der siger ’Nej, hvor er det synd for dig’. Folk siger ’så må du altså også få omlagt dine spisevaner og gå ud og motionere’. Der er ikke noget ’synd for’ i det, vel? De andre er det sådan lidt synd for.” (Hjemmesygeplejerske)

4.2.2 Livsstil og ligeværd

Klinikerne giver således udtryk for, at både deres egen og patienternes adfærd er blevet påvirket af ændringer i opfattelsen af sygdommen diabetes. For de sundhedsprofessionelle har disse ændringer medvirket til forandringer i deres relationer til patienterne. Den nye viden har også medført, at der er kommet mere fokus på lægens opgave med at rådgive patienterne om livsstilsændringer. Mange af lægerne fremhæver dog, at den videnskabelige evidens for en sådan indsats er meget svag³⁰, samt at det i højere grad kræver pædagogisk end medicinsk indsigt. En læge, som underviser på diabetesskolen i amtet, udtrykker det således:

”Jeg ser dem jo kun 2 gange på min undervisning, og det ser ud til i de evalueringer, som jeg har set, at det flytter lidt, men det er altid svært det

²⁹ Denne hjemmesygeplejerske har gennemført et kursus for kommunale nøglepersoner på diabetesskolen i Frederiksborg Amt.

³⁰ Det er videnskabeligt dokumenteret, at kostomlægninger og motion kan sænke blodsukkeret, blodtrykket og kolesterolniveauet til en vis grad. Men i sådanne undersøgelser kontrolleres livsstilsforandringerne oftest meget nøje af forskerne. Den ’manglende evidens for livsstilsrådgivning’, som lægerne taler om, refererer til, at der ikke er fundet nogen dokumenteret effekt på de nævnte fysiske mål af undervisning i livsstilsændringer – simpelthen fordi folk ikke ændrer adfærd i tilstrækkelig grad eller kun for en kort periode (se fx 29).

der med at ændre adfærd, især når man er oppe i 60'erne og 70'erne. De forskellige undersøgelser viser jo også, at der skal rigtig, rigtig meget undervisning til, før det flytter noget. Og er det så undervisningen, eller hvad er det egentlig, det gør det? Er det mere den der kontrol, som hele tiden holder folk til? MTV-rapporten den har du jo sikkert læst. Det er jo ikke meget, der er af dokumentation for det." (Praksislæge)

Denne skepsis overfor livsstilsrådgivning kom også til udtryk hos en læge, der fortalte om et forsøg med kostomlægning, hvor kun 10 % af deltagerne tabte sig på trods af en omfattende indsats med tilknyttede diætister. Han konkluderede herefter, at "det er håbløst, man kan ligeså godt lade være!". Lægerne er med andre ord ikke altid begejstrede for opgaven om livsstilsomlægning, og som nævnt i afsnit 4.1 overlader de den også ofte til sygeplejersker, diætister og diabeteskoler.

Mange af praksislægerne påpeger, at den øgede opmærksomhed på betydningen af livsstil i forhold til især type 2-diabetes har sat patientens eget ansvar for behandlingen højt på dagsordenen både hos sundhedsmyndighederne og klinikerne. I MTV-rapporten for type 2-diabetes anføres det eksempelvis, at "Behandlingen af type 2-diabetes initialt set [bygger] på livsstilsændringer og derfor er patientens medinddragelse i behandling og kontrol væsentlig" (29; s. 186). Patienten forventes selv at yde en indsats i forhold til at gennemføre livsstilsændringer, komme til de regelmæssige kontroller, forebygge fodsår ved jævnligt at undersøge sine fødder osv. Formålet med dette fokus på patientens egenomsorg er at nedsætte risikoen for at udvikle komplikationer, som kan formindskes eller helt forhindres, hvis de opdages og behandles i tide. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger anføres det således i afsnittet om diabetikerens egenomsorg, at "Diabetikeren i højere grad [skal] gøres medansvarlig for behandlingen af sin egen sygdom. Behandlens opgave er derfor at undervise, oplyse, hjælpe, rehabiliter og støtte, mens diabetikerens opgave er selv at medvirke ved justeringen af den metaboliske regulation" (6; s. 44).

Som nogle af citaterne i det foregående afsnit viser, oplever klinikerne, at patienterne selv påtager sig mere ansvar for deres sygdom og behandling end førhen. I mange tilfælde angiver fx praksislægerne dog også, at de selv aktivt forsøger at overdrage mere ansvar til patienterne, sådan som det også kan ses i nedenstående interview-uddrag:

Praksislæge: "Jeg mener, at patienten har sit eget ansvar, det pointerer jeg hver gang. Jeg siger: 'jamen, det kan ikke nytte noget, at du overlader tingene til mig, og at jeg skal tage alle beslutninger. Vi skal være fælles om tingene. Du skal vide hvorfor. Så kan du vælge fra, og du kan vælge til. Og vi er enige om, hvad det så vil betyde i det lange løb'. Og sådan skal det være. Dvs. vi skal klart hen mod bedre uddannede patienter

Interviewer: "Den indstilling til, at det skal være et fælles ansvar. Er det noget, der har ændret sig, eller har du altid haft det sådan?"

Praksislæge: "Nja, det er da noget, som har ændret sig. [...] Der var en tid, hvor det var anderledes. Men det kom sig jo også af, at jeg er opdraget i sygehussystemet og stod i et eller andet ambulatorium og så det

samme tyve gange i løbet af en formiddag. Jamen, så bliver det altså tyve gange det samme, du siger til patienterne. Så er der jo ikke meget personlighed i det. Det er jo bare at fortælle dem, hvordan de skal forholde sig. "Så ved du det, brormand og færdig med det! Se nu at gå hjem og gør, som jeg siger" (griner). "Hvorimod jeg synes, det er blevet en bedre, mere værdig måde nu. Det er helt klart..."

Denne praksislæge mener, at hans holdning til relationen med patienten har ændret sig, efter han har afsluttet sin uddannelse og startet egen praksis. "Samlebåndsarbejdet" på ambulatoriet gjorde det umuligt at etablere den personlige relation til patienten, som han ser som en forudsætning for at påvirke patientens indstilling og "uddanne" ham til at tage mere ansvar. I modsætning til sundhedsmyndighederne lægger denne praksislæge ikke vægt på patientinddragelse som et middel til at opnå en bedre reguleret diabetes. Han fokuserer ikke på behandlingens effektivitet, men fremhæver i stedet, at det er en "mere værdig måde", når ansvaret for behandlingen fordeles ligeligt mellem læge og patient. For ham er det centrale, at der er værdighed og ligeværd i relationen mellem lægen og patienten, og han ser overdragelsen af mere ansvar til patienten som en måde at nå dette mål. Dette kommer også til udtryk hos denne praksislæge:

"[Patienterne] er blevet mere opsøgende, og de er i hvert fald i det her område af landet blevet mere bevidst om deres behov. Og de er også mere kritiske og krævende. Eller interesserede!" (griner). "Hvor den klassiske patient var mere autoritetstro og ikke ville forstyrre lægen i hans arbejde. Den opfattelse er jo heldigvis nærmest væk. Men vi prøver at fastholde en vis balance. Vi er ikke deres tjenere, vi er så at sige deres samspilspartnere, i bedste fald. Jeg syntes ideelt at der skal være en balance." (Praksislæge)

For denne læge er det positivt, at der ikke længere er en meget autoritær holdning hos patienterne, og magtbalancen mellem læge og patient er blevet mere lige. Men der er også en bagside af medaljen, når folk tager ansvar for deres sygdom, nemlig at de bliver mere kritiske og krævende. Lægen kan derfor føle det, som om han bliver betragtet som patientens tjener, hvilket ikke stemmer overens med hans selvforståelse. Balancen er vigtig – der skal også være værdighed i lægens rolle, han vil ikke være en tjener, der må adlyde uden at stille spørgsmål.

På trods af begge parter ønsker om og forventninger til at patienterne skal have mere ansvar for behandlingen udtrykker flere praktiserende læger ambivalens omkring den konkrete håndtering af denne ansvarsdeling. For patienten er ikke bare en ligeværdig samarbejdspartner, der skal yde sit i kampen mod sygdom. Han er også en kunde, som kommer til lægen i forventning om at få en bestemt service. Eksempelvis beskrev en praktiserende læge sin brug af motiverende samtaleteknik³¹ som en måde at afkode og imødekomme patientens ønsker, så begge parter ved, hvad der er målet og aftalen med et møde, således at man ikke går fejl af hinanden og er enige om projektet. Dette

³¹ Motiverende samtaleteknik er en patientcenteret form for rådgivning, som sigter mod at fremme adfærdændringer ved at stimulere patientens refleksion over egen adfærd i forhold til ønsker for eget helbred. For en detaljeret gennemgang af principperne bag motiverende samtaleteknik og dens anvendelighed i forhold til livsstilsændringer i almen praksis, se fx (35; 36).

begrunder hun med, at det jo er "afgørende, at kunden får det med hjem, som han/hun kommer efter". Selvom der ikke foretages nogen direkte betaling, er der således i den praktiserende læges bevidsthed alligevel tale om en forretningsmæssig relation, hvor han skal levere en service og stille kunden tilfreds.

Den praktiserende læge har således også en rolle som forretningsmand, hvor han skal tænke på sin praksis som en butik, der skal løbe rundt. Hans indtægt bestemmes af antallet af patienter og ydelser, han udfører, og han skal forholde sig til de samme udgifter som andre erhvervsdrivende. Han er derfor for en hvis del afhængig af, at hans patienter føler, de får en god service og derfor ønsker at komme tilbage til ham.

Mange af lægerne afviste at være interesserede i økonomiske incitamenter, fx når de blev spurgt, om den nye forløbsydelse til diabeteskontroller ville forandre noget i deres praksis. En læge påpegede eksempelvis, at økonomien for ham personligt ikke var incitament nok til, at han ville ændre sin behandlingspraksis. Til gengæld så han det som en måde at styre sit personales adfærd på, så de gav patienterne en bedre service. Han forklarer det således:

"Vi er [antal] mennesker ansat her i huset. Og jeg går ind for, at man laver en overskudsdeling. Dvs. [...] vi har en budgetlægning, og så siger jeg til sekretærene: hvis vi når budgettet, så udløser det en bonus. Men det har noget at gøre med, at de skal holde standarden ... allerhelst vil jeg have, at det her fungerer som lobbyen på de fineste hoteller. Hvis der er nogen, der kommer ind i min åbne konsultation, så skal sekretæren, hvis hun står i en personlig samtale, med det samme gå hen til skranken og være klar til at modtage det, som vedkommende kommer med. Men den højnelse af niveauet, den opnår jeg kun via motivation – at de synes, at det er godt. Og så skal jeg selvfølgelig have en indtjening, og indtjeningen afhænger jo af, hvor meget de piner mig. [...] Jo mere jeg skal lave, jo mere opfindsom bliver jeg i at gøre det. Og jo flere vil jeg ansætte til at udfører del-job for mig. Og jo mere vil jeg sige, jeg vil gerne være diagnostisk, for det er der, min styrke skulle ligge, men jeg vil ikke nødvendigvis være kontrolløren, fordi jeg kan få andre til at kontrollere. Så i mit billede, der vil jeg sagtens kunne fungere som praktiserende overlæge her i denne praksis og så have to medkollegaer, tre assistenter og fem sygeplejersker, og så vil jeg kunne køre den forretning formidabelt godt, og jeg vil tjene flere penge end nogen sinde!" (Praksislæge)

De praktiserende læger forholder sig således til en række forskellige roller i deres daglige arbejde – medicinsk ekspert, respektfuld hjælper og serviceorienteret forretningsmand kunne man kalde de roller, der træder frem i denne undersøgelse. Ind imellem oplever lægerne at være i et dilemma, fordi de forskellige roller medfører modstridende forpligtelser. Denne form for dilemma bliver sat på spidsen i nedenstående case, hvor intervieweren overværer en diabeteskontrol hos en praktiserende læge, Peter, som efterfølgende interviewes³².

³² Peters navn er opdigtet.

4.2.3 "Hvis jeg skræmmer dem fra vid og sans, er det jo en dårlig forretning" – Peters case

Peter henter mig, og jeg går ind i konsultationsrummet. Patienten, en overvægtig dame på omkring 65 år, sidder foran skrivebordet, og til højre for hende sidder sygeplejersken. Peter begynder med at fortælle hende, at hendes blodprøver er fine. Hendes kolesterol er helt nede på 4,9.

Patient: "Det var da en glædelig nyhed, det er længe siden, det har været så langt nede. Men jeg kan nu ikke forstå det, for jeg har spist mere fedt her på det sidste... jeg synes min hud bliver så tør af den der fedtfattige diæt".

Peter: "Det er fordi du får kolesterolsænkende medicin".

Peter måler patientens blodtryk, tager derefter en blodprøve og spørger til patientens egne målinger. De snakker lidt frem og tilbage om hendes medicin, og lægen spørger så:

Peter: "Er der noget medicin, du mangler?"

Patient: "Ja, det mod kolesterol. Jeg burde jo tabe mig, men jeg synes jeg prøver... hvorfor kan jeg ikke tabe mig, Peter?"

Peter: "Du rører dig ikke nok. Hvad med den for blodtrykket?"

Peter skriver en recept og efter lidt afsluttende snak går patienten ud.

Patienten i denne konsultation er tydeligvis ret optaget af sin kost og sin vægt og vil gerne tabe sig. Men Peter griber ikke muligheden for at rådgive hende; udover at sige, at hun rører sig for lidt, forholder han sig ikke til hendes udsagn om kost og vægt og vejer hende heller ikke. Peter ser det tydeligvis ikke som sin opgave at beskæftige sig med kost og vægtregulering og har da også organiseret diabeteskontrollerne i sin praksis, således at sygeplejersken tager sig af livsstilssamtalerne, mens Peter tager sig af medicinering og kontrol for komplikationer. I det efterfølgende interview fortæller Peter imidlertid, at han har været på kursus i motiverende samtaleteknik, og at dette ændrede hans opfattelse af kommunikationen mellem læge og patient. På spørgsmålet om, hvorvidt han oplever, at han så også opnår bedre resultater med at få folk til at ændre livsstil, svarer Peter:

"Jeg synes, at folk er meget gode til at tage ansvar. Jeg prøver i hvert fald også at give dem det. Men om de gør, som jeg siger, det ved jeg ikke."

Interviewer: "Det kan man jo sådan set heller ikke vide."

Peter: "Jo, det kunne du godt. Du kunne tjekke på, om de havde tabt sig, sådan som de sagde. Nogen af dem er jo meget patienter. Det er jo derfor, at de er hos lægen, og der kan jeg så også nogen gange savne evnen til at gøre en forskel, få dem til at flytte sig. Og der kunne man så overve-

je motiverende samtaler, for det kan jo lade sig gøre. De er jo kommet, og kontakten er der.”

Peter mener selv, at han prøver at give patienterne ansvar, og han oplever det som et savn, at han ikke kan se en effekt af sin indsats og dermed føle, at han gør en forskel. Men samtidig er han klar over, at det ville være temmelig nemt for ham at finde ud af, om han rent faktisk gør en forskel. De fleste af de øvrige interviewede praktiserende læger registrerer patientens vægt i deres journalsystem, hver gang de er til kontrol, og kan derfor netop se om patienten taber sig over tid eller ej.

Senere i interviewet bliver Peter spurgt, om han henviser til diabeteskolen, hvortil han svarer, at det gør han ikke særlig tit. Han forklarer, at henvisningsskemaerne til skolen kun findes i papirformat, og at det derfor kræver en ekstra indsats fra hans side at huske at få dem op af skuffen og udfylde dem frem for at udfylde en elektronisk udgave, som han gør, når han laver andre henvisninger³³. Han uddyber sin forklaring:

”Og så ved jeg dybest set ikke, hvor vigtigt det er. Jeg tror, det er lidt vigtigere at melde folk ind i Diabetesforeningen, for der får de løbende vejledning og inspiration både til kost, levevis og sociale aktiviteter. Når alt det er sagt, så har jeg aldrig læst brochuren. Men jeg føler faktisk, at vi er meget godt klædt på til at tage os af den gruppe af patienter, og jeg mener egentlig også, at vi tager os godt af dem. Og det syntes jeg jo egentlig også, at vi selv skal kunne håndtere og administrere. Men det kan vi måske ikke, det er vi måske ikke gode nok til. Jeg er endda den her i huset, som der er mest fokuseret på fysikken, men vi er jo meget opdraget til at beskæftige os med recepter og piller. Det er sådan vores primære opgave.”

Peter er temmelig ambivalent omkring, hvordan han skal håndtere opgaven med livsstilsrådgivning: På den ene side henviser han kun sjældent til diabeteskolen, og han mener, at han og hans kolleger har kompetence til at tage sig af disse patienter. Desuden har han tidligere taget kurser i motiverende samtaleteknik. På den anden side har han uddelegeret opgaven med livsstilsrådgivning til sygeplejersken og savner evnen til at få patienterne til at flytte sig. Han ender med at betvivle, om lægerne er ’gode nok’ til det, og fremhæver i stedet medicineringen som den primære opgave.

Nøglen til at forstå Peters ambivalens er, at han er optaget af at gøre det godt. Men hans opfattelse af, hvad det indebærer at gøre det godt, er meget forskellige i rollen som medicinsk ekspert og i rollen som respektfuld hjælper. Umiddelbart virker det, som om han er mest optaget af at leve op til forpligtelserne i rollen som medicinsk ekspert; han er optaget af at ’gøre en forskel’ og ser det som lægens primære rolle at uddele medicin, for her er det nemt at registrere, hvorvidt hans indsats gør en forskel. Kolesterolallet kan måles før og efter, og man kan se, at medicinen har haft en effekt. Effekten af en samtale om kost og motion med en patient kan ikke måles og omsættes til en talværdi, så selv hvis en patient taber sig, eller hans blodsukker bliver lavere, er der ikke noget bevis for, at adfærdsændringen skete på grund af lægens indsats eller på grund

³³ Senere i et andet interview får jeg oplyst, at henvisningsskemaet til amtets diabeteskole faktisk findes i elektronisk form, og at flere af de øvrige interviewede læger længe har henvist til skolen ved hjælp af det elektroniske skema.

af andre ting i patientens liv. Senere i interviewet viser det sig imidlertid, at Peters ambivalens omkring opgaven med forebyggende livsstilsrådgivning også er knyttet til hans ønske om at behandle patienten med respekt og levere en god service:

”Det er svært for patienterne, for de føler sig ikke syge, selvom de kommer til lægen. Og man kan diskutere, hvor meget man skal skræmme dem, og det er et etisk spørgsmål. Vi kan godt selv være vidende om, at jo mere intensivt vi behandler de stakkels mennesker, jo bedre er deres prognose. Men hvis vi skræmmer dem fra vid og sans og tager deres livsindhold fra dem ved at tordne med retningslinjer, så er det jo en dårlig forretning. Og folk er heller ikke så nemme at rykke, men man kunne godt, hvis man nu var til det. Der tror jeg hospitalslæger er skrappere. Og de har ikke samme relation. Vi er jo om ikke forbundet, så i hvert fald næsten private med vores patienter, i den forstand at vi kender dem gennem årevis og har en eller anden sympati for hinanden. Det er en form for symbiose-relation, som kan være svær at frigøre sig fra, hvis man skal give en ordentlig vejledning. Og det gælder den ene og den anden og den tredje form for misbrug. Når patienten ryger, drikker eller spiser for meget, så er der nogle meget enkle budskaber, som man ligesom skal slå fast. Men dér er vi ikke så gode til at træde i karakter, når vi sådan rimelig godt kan lide vores patienter, og de godt kan lide os – og hygger os lidt. Hvorimod hvis man nu var rigtig kradsbørstig, så kunne man sige ”hvis du vil sikre dig mod at få benene savet af, så skal du gøre noget nu.”

Peter ser det som uetisk at skræmme patienten for at nå målet om livsstilsomlægning³⁴. Det stemmer ikke overens med hans opfattelse af sin egen rolle som den respektfulde hjælper indirekte at kritisere patienternes nuværende levevis og samtidig tage livskvaliteten fra dem ved at true dem med alskens dårligdomme. Men Peter er også optaget af at bevare en god relation til patienten, fordi han ikke ønsker at drive en ’dårlig forretning’. Han ser patienterne som kunder, der gerne skulle have noget positivt med sig, og hvis deres livskvalitet er blevet værre, er resultatet negativt på bundlinjen, selvom deres fysiske helbred måske er blevet bedre – og så risikerer han, at de måske ikke vil komme i hans butik en anden gang. Med den aktuelle lægemangel og øgede lægesøgningsfrekvens er det selvfølgelig ikke nogen reel trussel at miste nogle patienter på den konto. Men for en selvstændig erhvervsdrivende har det dog om ikke andet så i hvert fald symbolsk betydning, at der er kunder i butikken, fordi det signalerer, at den relation og service, man som fagperson kan tilbyde, er eftertragtet.

Peters udsagn kan forstås på flere forskellige måder. Det kan ses som et udtryk for et velment ønske om ikke at skræmme patienten ved at fremmane ubehagelige fremtidsscenerier eller blot for almindelig berøringsangst og konfliktskyhed. Livsstilsrådgivning består jo dybest set i at anviser en mere ”korrekt” levevis end den patienten udviser. En sådan samtale kan derfor medføre, at relationen mellem læge og patient bliver mere ulige, hvilket jo strider klart imod både praksislægers og myndigheders ideal for denne relation. Peters udsagn antyder dog også, at der er mere generelle samfunds-

³⁴ Det skal nævnes, at en del af de interviewede praktiserende læger ikke delte Peters synspunkt omkring dette. De lagde derimod vægt på, at man måske ikke ligefrem skulle skræmme patienterne, men at det kunne være nødvendigt at forklare dem meget konkret, hvilke komplikationer de kunne risikere at få, hvis man ville have dem til at ændre adfærd.

værdier på spil. Han finder det svært at 'træde i karakter' og påpege patienternes forkerte levevis, når han 'hygger sig' med patienterne. Den danske hygge kan være svært forenelig med det konfliktpotentiale, der kan ligge i at moralisere over andres adfærd.

På trods af lægernes fokus på ligeværd og deres intentioner om at give patienterne medansvar for behandlingen, er livsstilsrådgivning således ikke en opgave, der er let forenelig med de aspekter af lægerollen, som lægerne selv lægger mest vægt på. Den manglende dokumentation for effekten af livsstilsrådgivning bevirker, at lægen ikke kan leve op til rollen som medicinsk ekspert, hvis indsats kan registreres som en objektiv effekt. Samtidig indebærer livsstilsrådgivningen en implicit kritik af patientens levevis, der strider imod idealet om respekt og ligeværd i relationen til patienten, og han kan derfor heller ikke opfylde sin forpligtelse som respektfuld hjælper. Og endelig indebærer livsstilsrådgivning en risiko for at skræmme kunderne væk, hvis de bliver irriterede over at få at vide, at de skal holde op med at leve deres liv, som de gør. Lægen kan derfor heller ikke leve op til sin forpligtelse som serviceorienteret forretningsmand.

Lægernes ambivalens omkring livsstilsrådgivningen er central, fordi den viser den moralske dimension, der ligger i lægernes forståelse af deres egen rolle eller identitet. Identitet skabes gennem en forhandling, hvor individerne forsøger at gøre et godt indtryk på de aktører, som de indgår i relationer til: kollegaer, andre sundhedsprofessionelle og patienter. De er derfor optaget af at blive opfattet som moralsk anstændige, således at de andre aktører anerkender deres identitet som gyldig (20; s. 72). Men det er ikke de samme ting, der tæller som moralsk rigtige i de forskellige relationer, lægerne indgår i. Over for kollegaer og andre sundhedsprofessionelle gælder det rationelle, videnskabelige paradigme, og for at få anerkendelse i sådanne sammenhænge må lægen demonstrere, at han arbejder effektivt, systematisk og rationelt mod et objektivt mål. Over for patienterne gælder det humanistiske og det serviceorienterede perspektiv, hvor lægen må udvise respekt og søge at tilfredsstille patientens behov. Peter kalder selv sin relation til patienten for en "symbiose-relation", hvilket indikerer en gensidig afhængighed mellem parterne: Peter er afhængig af, at patienten anerkender hans faglige kompetence og vil være kunde i hans butik, og lægen må derfor levere en service, så kunden er tilfreds og kommer tilbage næste gang. Patienten er på den anden side afhængig af, at lægen vil bruge sin faglige kompetence til at hjælpe ham med hans medicinske problem, hvilket kræver, at patienten overholder de uskrevne regler for at være en god patient.

4.3 Opsummering og diskussion

Praksislægerne peger på en række forandringer i deres egen behandlingspraksis på diabetesområdet, som de mener, har været særligt betydningsfulde og har højnet kvaliteten af behandlingen. De peger på organisatoriske og praktiske forhold som mere systematik i behandlingen, øget arbejdsdeling og mere videnskabelig dokumentation for behandlingen. Det har givet mere sikkerhed for effekt, bedre overblik over behandlingen, lettet lægens arbejdspress og øget mulighederne for sparring og gensidig støtte i dagligdagen. Samtidig har sygeplejerskerne i stor stil overtaget opgaven med livsstilsrådgivning, som mange af lægerne er ambivalente overfor at tage på sig. De peger også på en ændret sygdomsopfattelse, især af type 2-diabetes, der har medført en mere intensiv behandling og større fokus på livsstil og inddragelse af patienten.

Dette kapitel har vist, at lægernes opfattelse af, hvad der har været de mest betydningsfulde forandringer på diabetesområdet, er tæt sammenvævet med deres forståelse af egen rolle og arbejdsopgaver. Alle lægerne er meget optaget af at 'gøre det godt', men de måler deres egen indsats ud fra flere forskellige værdisæt. Disse værdisæt definerer forskellige lægeroller, som de forsøger at leve op til. Lægerne ser forandringer som positive i det omfang, at de har øget deres muligheder for at leve op til de forpligtelser, der ligger i en eller flere af disse roller. Forandringer, der derimod gør det sværere at leve op til disse forpligtelser, som det lader til at være tilfældet med livsstilsrådgivningen, udtrykker lægerne mere ambivalens overfor. Løsningen på ambivalensen kan for nogen være at udlicitere denne opgave til andre faggrupper, eksempelvis sygeplejersker. Dette er formodentlig en del af forklaringen på de praktiserende lægers meget positive vurdering af arbejdsdelingen med sygeplejersken som en central forandring i diabetesbehandlingen. Den har bevirket, at de ikke længere behøver at gå på kompromis med deres egne idealer.

5. Samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorier

I kapitel 4 så jeg på forandringer i de sundhedsprofessionelles behandlingsmæssige praksis, først og fremmest med fokus på de praktiserende læger, som i undersøgelsen var de informanter, der fandt denne type forandringer mest vedkommende. Både praksislæger og sygehuslæger i undersøgelsen lagde også stor vægt på, hvorvidt der var sket ændringer i samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle i almen praksis og på diabetesambulatorierne. I dette kapitel ser jeg nærmere på informanternes opfattelse af denne type forandringer og deres egen og andre aktørers rolle i at skabe dem.

I afsnit 5.1 beskrives, hvordan klinikere i almen praksis og på sygehuse opfatter anbefalingerne om shared care (se Faktaboks 4 næste side) og det eksisterende samarbejde mellem sektorerne³⁵. Der gøres først rede for, hvordan modsatrettede faglige og økonomiske interesser påvirker praksislægers og sygehuslægers opfattelse af hinanden i negativ retning.

Med delekontrolaftalen i Vejle Amt som case søges det i afsnit 5.2 vist, hvilke faktorer der påvirker disse opfattelser i mere positiv retning, herunder hvilken betydning praksiskonsulenterne har for samarbejdet mellem de to sektorer.

I afsnit 5.3 opsummeres på kapitlets konklusioner, og deres implikationer for beslutningstagere på området diskuteres.

5.1 Samarbejde er vejen frem!

Som en del af Det Almen Medicinske Kvalitetsprojekt blev der i 2004 udarbejdet en rapport om shared care (se Faktaboks 4) som et middel til at skabe bedre patientforløb. Her beskrives shared care som "billedet på det ideelt samarbejdende sundhedsvæsen, hvor hver enkelt aktør gør sin del, og hvor behandlerne hver især ved, hvornår de 'tager over' henholdsvis afleverer til næste i rækken" (37). Som nævnt i kapitel 1 erkendes det dog i stigende grad, at denne ideelle verden kan være svær at nærme sig i praksis. Der er stadig stor variation i amternes efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1994, idet der i 2005 kun var etableret de anbefalede shared care-aftaler mellem almen praksis og sygehus i halvdelen af amterne (3).

³⁵ Denne analyse omhandler kun samarbejdet mellem almen praksis og speciallægerne på diabetesambulatorierne. Det skyldes, at hverken praksislæger eller sygehuslæger i nævneværdigt omfang fandt samarbejdet med specialister inden for andre fagområder (øjelæger, karkirurger, nyrespecialister osv.) problematisk, bortset fra at det ind i mellem var problematisk med forsinkede eller utilstrækkelig henvisnings- og udskrivningsnotater. Jeg har derfor valgt ikke at gå nærmere ind i samarbejdet mellem disse aktører.

Faktaboks 4: Anbefalinger til samarbejdet mellem sektorer

Tidligere var diabetesbehandlingen inddelt, så type 1-diabetikere som regel udelukkende gik til kontrol i diabetesambulatorierne, mens type 2-diabetikerne gik i almen praksis. For at reducere forekomsten af de alvorlige og omkostningskrævende senkomplikationer og samtidig undgå unødvendig brug af speciallægetid til velregulerede diabetikere, anbefaler sundhedsmyndighederne nu en omlægning af kontrollerne, så alle diabetikere, der er velregulerede og ikke har komplikationer, går til kontrol hos deres praktiserende læge.

Diabetikere, som har komplikationer og/eller svært regulerbar diabetes, skal kontrolleres på ambulatorierne³⁶ (6; 7; 38; 39; 40). Intentionen er, at hovedparten af diabetikerne skal behandles og kontrolleres i primærsektoren.

I sundhedsmyndighedernes anbefalinger for diabetesområdet foreslås forskellige organisatoriske tiltag, der kan medvirke til at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og diabetesambulatorier, som fx amtslige diabetesudvalg, ansættelse af praksiskonsulenter, brug af vandrejournaler (diabetesdagbog) samt indførelse af shared care-ordninger (6; 7; 40; 41). Shared care defineres af Sundhedsstyrelsen som "et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb, hvor det fælles ansvar for behandling af patienten deles mellem tværsektorielle og tværfaglige team" (7; s. 74).

Flere udenlandske og danske undersøgelser har forsøgt at kortlægge, hvad der skal til for at etablere levedygtige shared care-ordninger (se fx gennemgang i 37). Konklusionerne peger ofte på mangler i kommunikationen mellem primær og sekundær sektor – ofte af helt pragmatisk art, fx dårligt fungerende systemer til elektronisk kommunikation – og på behovet for 'kulturelle forandringer', der kan få "sundhedsprofessionelle (især sygehuslæger og praksislæger) til at værdsætte og prioritere den vigtige opgave med at dele information om patienten" (41; s. 274).

5.1.1 Shared care – den reelle verden

Det samarbejde mellem sundhedssektorerne, som skulle bane vejen for bedre diabetesbehandling, er således et resultat, der i sig selv er svært at opnå. I denne undersøgelse gav de fleste af både praksislægerne og sygehuslægerne udtryk for at være positivt indstillede overfor den generelle idé om samarbejde mellem sektorerne. Imidlertid var nogle mere skeptiske overfor konkrete shared care-aftaler, hvor patienterne skal gå til kontrol i begge sektorer, sådan som en sygehuslæge eksempelvis udtrykker det her:

"Jeg har så småt været gået i gang med sådan noget shared care-agtigt noget, men vi ved jo ikke rigtig, hvad jeg skal "share". Vi har ikke nogen aftaler. Det er sådan noget, der står på venteliste. Men der er vel en eller anden vision om, at de kvartalsvise kontroller skal være i primærsektoren og årskontrollen herinde, og det er vi lidt ambivalente overfor, for så er

³⁶ Det kan i mange tilfælde også være nødvendigt at inddrage kommunens hjemmesygeplejersker i forbindelse med hjemkomst efter operative indgreb, til behandling i hjemmet af ikke-operationskrævende fodsår, og til administration af insulin, fx hos ældre eller handicappede patienter.

der alligevel flere kokke om den samme problemstilling, så jeg ved ikke rigtig, om det er godt." (Sygehuslæge)

En anden sygehuslæge siger, at han synes der skal være en fast grænse for, hvornår diabetikerne skal ses af en specialist – fx i form af en grænse for, hvor høj deres blod-sukkerværdi må være, før de skal sendes videre – og så kan de komme tilbage i almen praksis, når de er blevet reguleret ned. Jeg påpeger, at det jo er det, shared care går ud på, hvortil han svarer således:

"Ja, og det er så det, som man vil indføre nu, og der synes jeg, at nogle af de der mennesker, der skriver det der, det er de her vanvittige mennesker, der tror, at der er noget, der hedder ildsjæle! Og de føler virkelig, at de sidder der med deres små skemaer, og ih vi vil gøre det så godt som muligt. Der er nogen, der siger, at alle type 2'ere skal ses en gang om året af en endokrinolog. Hvad skal de da det for? Hvis de er uden komplikationer og har en hæmoglobin HbA1c på 7 procent, hvorfor skal jeg så bruge min tid på at snakke med dem? Jeg kender dem ikke. De tager min tid fra andre ting, som er mere væsentlige. Det er sådan en pseudokvalitet. Det har intet med kvalitet at gøre overhovedet. Det er rent pjat, og det er politisk korrekt, at alle skal ses af en specialist en gang i mellem. Det skal de, hvis de har problemer, ellers skal de ved gud ikke ses af en specialist!" (Sygehuslæge)

Shared care-aftaler kan således opleves som problematiske af aktørerne, hvis de ikke er klar over, hvad det egentlig indebærer, og hvad der dermed konkret forventes af dem – hvad det er, de egentlig skal "share", som den første sygehuslæge siger. Eller hvis det indebærer en underminering af deres faglige kompetence – hvis shared care foreskriver, at alle patienter skal ses af en specialist uanset sværhedsgraden af deres sygdom, mister betegnelsen specialist jo noget af sin betydning.

På spørgsmålet om, hvorvidt der var sket nogle forandringer i samarbejdet mellem sektorerne, var der stor forskel på informanternes udmeldinger – særligt i Frederiksborg Amt, hvor der ikke forelå konkrete, nye aftaler. Nogle informanter anførte dog selv at have oplevet forandringer i nogle af de konkrete relationer til et bestemt ambulatorium. I Vejle Amt var der gennemført en delekontrolaftale, som informanterne nævnte, men der var delte meninger om, hvorvidt den i sig selv havde haft nogen betydning for samarbejdet eller for behandlingens kvalitet generelt.

Særligt sygehuslægerne (men også praksiskonsulenterne) påpegede desuden en stor variation i de praktiserende lægers evne og vilje til at påtage sig opgaven med shared care, hvilket gjorde det svært for dem at give en samlet vurdering af, hvorvidt der var sket forandringer i samarbejdet. Variationerne betragtes af nogle som en naturlig (om end beklagelig) forskel imellem specialisters og generalisters vidensniveau, og de mente derfor, at mere efteruddannelse til almen praksis ville være en forudsætning for et bedre samarbejde. En del af lægerne fra begge sektorer fremhæver imidlertid også, at de to lægegrupper meget forskellige økonomiske forhold har indflydelse på deres holdning til både patienter og hvilke arbejdsopgaver, de ser som relevante.

5.1.2 Økonomi og moral

Sygehuslægen, som ovenfor udtrykker skepsis over for shared care-ordninger, fortæller senere i interviewet, at han gennem mange år har haft en slags uformel shared care-ordning med almen praksis i optageområdet til ambulatoriet, hvor patienterne går til kontrol på ambulatoriet 2 gange årligt og hos deres praktiserende læge 2 gange. Denne ordning var efter hans eget udsagn en nødvendighed, fordi han længe var den eneste speciallæge på ambulatoriet. Han var derfor nødt til at udskrive patienterne til kontrol i almen praksis, så snart de var velregulerede, for at have tid nok til at tage sig af alle de henvisninger, han fik. Han beskriver samarbejdet med almen praksis således:

“Der er nogen af de praktiserende læger, der synes, det er en rigtig god ordning og gerne vil være med, og der er også nogen, der siger, at de slet ikke vil snakke med patienterne, hvis de går heroppe – og det er lige meget, om de hoster eller har lungebetændelse: Jamen du må gå op på sygehuset! Nogen af dem er helt groteske i deres holdning. De vil ikke skrive recept på insulin til dem heller. Der er nogle, der siger, at det kan de ikke skrive ud, men det passer ikke. Der har været nogle ting, som var klausuleret til endokrinologer, men det er ophævet nu. Men de skal søge om tilskud til det, og det tager cirka 15 sekunder at søge sådan et tilskud, og hvis man er rigtig grov, så lader man patienten betale 350 kr. for at lave sådan et skema. Jeg laver det rutinemæssigt, og jeg synes, at det hører med, men jeg kan godt se, at hvis de ikke er vant til at bruge de ting, så er det ekstra arbejde for dem. Men jeg synes, at der er nogle patienter, som kommer i klemme. Nogle patienter kommer op med helt andre ting, hvor de siger, min læge sagde, at det vil han ikke tage sig af, ‘det må du gå derop med!’” (Sygehuslæge)

Denne sygehuslæge påpeger også, at nogle praksislæger er dygtigere end andre. Men for ham handler problemerne ikke bare om variansen i de praktiserende lægers viden om og interesse for diabetes. Han ser også – og måske snarere – problemerne som noget, der udspringer af fundamentale forskelle i de to lægegruppers moralske indstilling til deres arbejde. Han mener, at nogle praktiserende læger fraskriver sig for meget ansvar, når de henviser patienten til sygehuset, fordi de fokuserer mere på, hvor patienten går, end hvilken lidelse han er henvist for. Fortællingen om samarbejdet med almen praksis bliver således samtidig en fortælling om praktiserende læger som moralsk anløbne – uansvarlige og drevet af økonomiske incitamenter, hvilket resulterer i, at patienterne ‘kommer i klemme’. Dette kommer til at stå i modsætning til sygehuslægerne, der ikke skal forholde sig til økonomi og gerne gør en ekstra indsats for at hjælpe patienterne og derfor fremstår som mere moralsk anstændige. Dette perspektiv kommer også frem, da en sygehuslæge fortæller om, hvad han mener, er det største problem på diabetesområdet:

“Der er den her barriere mellem primær og sekundær sektor – at det ikke eksisterer, det her samarbejde endnu, det er da en barriere, hvis det ikke kommer op at stå, og en del af barrieren er, at man har forskellige interesser. Det er igen det her med det sociale; at praktiserende læger skal jo leve af det selv, og de er selvpensionerende og alt det der. Jeg forstår godt, at de skal tjene nogle penge, men det vil sige, at så rører de heller

ikke en finger UDEN at de får penge for det. Så det er meget, meget svært at tage noget op i primærsektoren, uden at der følger nogen penge med til at tage det op, men i sekundærsektoren der får vi ikke personlig løn for at huske, at folk skal tisse i en potte og aflevere det – vi gør det bare alligevel!” (Sygehuslæge)

Ifølge denne sygehuslæge handler barrieren mellem sektorerne om forskellige økonomiske interesser, der har rod i nogle forhold, som de enkelte læger ikke har mulighed for at ændre på. Alligevel fremstiller han de praktiserende lægers fokus på at tjene penge som moralsk forkastelig; de ”gør ikke noget uden at få penge for det”, og hans beskrivelse af opgaven som ”at huske at folk skal tisse i en potte” får de praktiserende lægers fokus på penge til at virke direkte tåbelig, for det, de skal gøre, er jo ikke engang svært.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at de praktiserende læger og lægerne på diabetesambulatorierne er aktører med modsatrettede økonomiske interesser: De praktiserende lægers indkomst er for en stor del direkte afhængig af antallet af konsultationer, mens sygehuslægerne påvirkes mere indirekte af antallet af patientkontakter, idet DRG-afregningen har betydning for en mindre procentdel af hver enkelt afdelings indtægtsgrundlag³⁷. Samtidig med aftalerne om delekontrol og shared care blev der i de to amter lavet aftaler om ekstra honorering af de praktiserende læger for diabeteskontroller. Shared care-ordninger på diabetesområdet medfører derfor, at de enkelte aktører reelt skal afgive ressourcer til hinanden, hvis de skal overlade en del af diabeteskontrollerne til en anden aktør.

I realiteten må man dog antage, at der vil være tale om et meget lille fald i aktørernes indtægt, særligt for de praktiserende læger, som jo behandler mange andre patientgrupper end diabetikere. Det er da heller ikke de interviewede klinikeres og embedsmænds opfattelse, at disse honoreringsaftaler i særlig stor udstrækning har været anvendt af de praktiserende læger i de to amter³⁸. For de ansatte på diabetesambulatorierne vil en afgivelse af de ”lettere” patienter til almen praksis måske i højere grad kunne mærkes, idet mindre komplicerede patienter må formodes at kræve mindre tid end komplicerede³⁹. Der vil således i forhold til tidsforbruget kunne være ”gevinst” på nogle patienter og tab på andre – en kendt bivirkning ved takstsystemer (se fx 42). Danske undersøgelser har dog ikke konstateret nogen indvirkning af DRG-afregningssystemet på sygehuslægers tilbagehenvisningsmønster til almen praksis⁴⁰.

Paradoksalt nok klager begge aktører samtidig over et stort arbejdspress og tilgang af patienter, og man kunne derfor umiddelbart tro, at en afgivelse af nogle af diabeteskontrollerne ville blive opfattet som en positiv forandring af begge grupper af aktører. At dette ikke er tilfældet, viser, hvor negativt det opfattes af de professionelle at afgive opgaver og ressourcer – på trods af, at det måske rent praktisk ville lette deres arbejde. Selvom der er økonomiske interesser på spil, lader det til, at aktørerne er mere fokuserede på den symbolske betydning, som de økonomiske interesser tillægges. Ud-

³⁷ Denne procentsats varierer mellem sygehusene. Se DSI rapport 2004.08: *Takststyring af sygehusene* for en detaljeret udredning af DRG-afregningssystemet og konsekvenser af dette (43).

³⁸ Der findes ikke data på, hvor meget aftalerne har været brugt.

³⁹ Der er ikke forskel på takstafregningen for ambulante besøg til ”lette” og komplicerede diabetespatienter. Se Sundhedsstyrelsens oversigt over takster for ambulante ydelser: http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/drg/takster/dags2007.xls

sagnene om økonomi danner basis for aktørernes moralske vurderinger af sig selv og de andre aktører på området.

Koblingen mellem økonomi og moral optræder både hos praktiserende læger (inklusive praksiskonsulenter) og sygehuslæger som legitim forklaring på samarbejdsproblemer mellem sektorerne. Eksempelvis forklarer en sygehuslæge her, hvorfor de praktiserende læger i hans område nogle gange venter alt for længe med at henvise diabetikere til ambulatoriet:

”Problemet har jo også været det, at nogle steder skræmmer fortiden jo. Fx i [bnavn], hvor de afleverede dem til justering på ambulatoriet, og så så de dem ikke mere, og det er de fortørnede over. Og det kan jeg godt forstå, fordi det er deres levebrød, kan man sige, og sådan en diabetiker en gang om måneden i konsultationen, han er god at have. Det kræver ikke meget tid, og det er nemt, fordi man følger dem. Så derfor synes jeg, at man må respektere det og sige, jamen det er det, de skal varetage. Det kan godt være, at vi kan gøre det lidt bedre på nogen ting, men når det er banale ting, så tilbage til [almen praksis].” (Sygehuslæge)

Men som dette og de ovenstående citater illustrerer, tjener denne kobling mellem økonomi og moral også til at understrege informanternes egen moralske overlegenhed ved at påpege moralske fejl hos den anden gruppe. Selvom denne sygehuslæge mener, at man skal respektere, at de praktiserende læger gerne vil tjene penge, så ligger der samtidig en antydning af, at den praktiserende læge ikke er drevet af et ønske om at hjælpe patienten, men mere ser ham som en indtægtskilde, som han gerne vil beholde.

Som vist i kapitel 4 er moral et vigtigt redskab i identitetsskabelsen, fordi en identitet først får gyldighed, når den anerkendes i en social sammenhæng. At fremhæve det moralsk korrekte i sine handlinger kan derfor fungere som impression management, der øger individets sandsynlighed for at få social anerkendelse (20; s. 72). Dette forhold gør sig også gældende i skabelsen af en kollektiv identitet. Her kan fremhævelse af gruppens moralske overlegenhed fungere som impression management for gruppen, samtidig med at gruppen derved definerer grænserne til andre grupperinger. Sygehuslægens udsagn ovenfor kan således ses som impression management, hvor han bruger økonomiske forskelle til at definere sig selv som hørende til en gruppe (’vi’ sygehuslæger), hvis medlemmer er kendetegnet ved at være mere socialt ansvarlige – og dermed moralsk overlegne – i sammenligning med en anden gruppe (de penge-fikserede praktiserende læger). En anden sygehuslæge tilslutter sig opfattelsen af praktiserende læger som socialt uansvarlige:

”Jeg synes jo, at man skulle tage at få socialiseret den her primærsektor – de skal være absolut lønnede folk ligesom alle andre, ikke sådan have indtægt udover hvad man kan få ud fra overenskomstforhandlingerne. Ellers bliver der for meget MIG – det gælder apoteker, det gælder praktiserende læger, eller i det hele taget folk der praktiserer selvstændigt og kan styre deres økonomi delvis i kraft af andre folks sundhed og sygdom. Det kræver noget solidaritetsfølelse, og den er ikke altid medfødt hos alle, der godt kan lide at være læger.” (Sygehuslæger)

⁴⁰ Sundhedsøkonom i Dansk Sundhedsinstitut Jakob Kjellberg, personlig kommunikation.

Men de praktiserende læger ser også sygehuslægerne som drevet af økonomi, selvom de kun kan påvirke afdelingens indtjening og ikke deres egen. I lighed med sygehuslægerne giver det økonomiske incitament anledning til moralsk indignation, sådan som to praksiskonsulenter udtrykker det her:

“Det er meningen, de skal komme én gang om året [på sygehuset]. Nu bliver det sådan, at de skal komme én dag ved sygeplejersken og så 14 dage senere ved lægen. For så får de to konsultationer. [...] Når de kommer ind for at få [svar på] blodprøven, så kan de lige så godt snakke med sygeplejersken der. Og den eneste grund til at de skal snakke med sygeplejersken der, det er for at de kan få en ekstra DRG-takst: penge. Og det er imod anbefalingerne i handleplanen. Men det er rent penge, for afdelingen.” (Praksiskonsulent 1)

“Det er jo et gammelt, gammelt problem. Det der med, at man ikke bliver respekteret, som den man er, inden for det område man nu skal bestyre. [...] Det, jeg synes er drønirriterende ude i praksis, det er, hvis speciallægerne ikke respekterer, at den patient i den situation skal håndteres ude hos os – og det ligger i dekontrollaftalen. Hvis de ikke overholder det, hvis de tager sig af mere end det, jeg har aftalt, fordi de synes de er bedre til det, eller hvad søren nu argumentet er, eller fordi de får mange penge for de lette ting... der kan være mange argumenter. Men det meste er nok det faglige, at de mener det her, det er de bedst til. De skal ikke have en praktiserende læge til at tage sig af lige deres lillebitte store special-interesseområde. Det er sådan noget, der provokerer os. Det kan være en hindring for at implementere det her.” (Praksiskonsulent 2)

Praksiskonsulenternes indignation går ikke så meget på, hvorvidt patienterne risikerer at 'komme i klemme' på grund af sygehuslægenes ønske om at få flere DRG-takster til deres afdeling. For dem er det problematiske, at sygehuslægerne ikke respekterer de praktiserende lægers fagområde – de lette patienter, og at deres motiver til dette delvist kunne være begrundet i økonomi. Der ligger altså både en faglig og en økonomisk konflikt i udsagnene. Den faglige konflikt handler om de forskellige vidensformer hos specialister og generalister, der begge ser henholdsvis dyb specialviden om sygdommen og generel, helhedsorienteret viden om patienten som den eneste rigtige tilgang til behandlingen. Den økonomiske konflikt handler om, at lette patienter i begge sektorer kræver en mindre intensiv behandlingsindsats og derfor tager mindre tid i forhold til den ydelse, der gives for dem. Praksiskonsulenterne ser begge konflikter som udslagsgivende for, at sygehuslægerne ikke i tilstrækkelig grad henviser patienterne tilbage til almen praksis.

At arbejde ud fra økonomiske incitamenter ses som umoralsk i sammenligning med at være drevet af et ønske om at hjælpe patienterne eller være troværdig og overholde aftaler. Ved at begrunde de andres handlinger med dårlig moral, opnår aktørerne på samme tid at definere sig selv som moralsk gode og at skabe en meningsfuld fortælling om, hvorfor samarbejdet ikke fungerer: Hvis de andre alene er motiverede af penge, vil de ikke behandle patienterne ordentligt. De er med andre ord ikke til at stole på, og det er derfor moralsk forsvarligt at beholde sine patienter – selvom det er imod ånden i shared care.

Samarbejdsfladen mellem almen praksis og sygehuse kan således betragtes som en grænseflade, hvor praksislægerne og sygehuslægerne forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt, støder sammen i kampen om de samme ressourcer, nemlig patienterne (18; s. 55). I denne kamp om økonomiske ressourcer og faglig viden skaber lægerne samtidig en social identitet: Det at være henholdsvis sygehuslæge (specialist) eller praksislæge (generalist) bliver en mere klart defineret identitet, når man kan sammenligne sig med de andre, der ikke er som en selv. Konflikterne mellem sundhedsprofessionelle i de to sektorer lader således til at have rod i reelle interesseforskelle, men de kan samtidig opstå som en konsekvens af de to gruppers skabelse af kollektiv identitet.

Som fremhævet i kapitel 4 er identitet imidlertid noget, der skabes kontinuerligt i forskellige sociale relationer. I undersøgelsen blev ikke foretaget observationer af interaktion mellem de praktiserende læger og sygehuslægerne. Informanternes impression management fandt sted i relationen til en udenforstående – interviewerens, som kunne formodes at være kritisk indstillet overfor informanternes mere pragmatiske motiver til at 'holde på' patienter og handle i modstrid med det overordnede ideal om samarbejde. Den moralske nedvurdering af "de andre" kan således være del af en personlig forsvarstale, der gør handlingerne meningsfulde – ikke kun for lægerne selv, men også i interviewerens øjne. Hvorvidt økonomien spiller en ligeså stor rolle i den konkrete interaktion mellem sundhedsprofessionelle fra de to sektorer, er derfor ikke klart.

5.2 Kendskab og tillid

At moralske vurderinger er en del af identitetsskabelsen betyder imidlertid ikke, at disse vurderinger ikke er ægte eller dybfølte i den sammenhæng, hvor de foretages og kommer i spil. Der er ingen tvivl om, at praksislæger og sygehuslæger har temmelig negative opfattelser af hinanden, og at disse forstærkes af de reelle, modstridende økonomiske interesser. I en oversigtsartikel om shared care-programmer anfører forfatterne således også, at den største barriere for at etablere tværsektorielt samarbejde givetvis er "manglende gensidig faglig anerkendelse og respekt lægegrupperne imellem" (44). Informanterne i undersøgelsen tilslutter sig denne konklusion. En sygehuslæge formulerer det således:

Sygehuslæge: "Hvis man skal have et samarbejde, så skal der være gensidig respekt mellem sygehuset og almen praksis, OG at patienten tror på begge parter. Fordi problemet er, at ethvert menneske vil jo nok tro mest på ekspertten frem for en praktiserende læge, og så vil det være svært for ham at rådgive om sukkersyge, hvis patienten tror, at det er en halvstuderet røver."

Interviewer: "Hvordan kommer man så frem til den gensidige respekt?"

Sygehuslæge: "Det gør man kun ved selvfølgelig at respektere, at de praktiserende læger aldrig kan komme helt op på vores niveau, men vi skal være loyale og sige til patienten, at det er næste oppe på vores niveau. Det er den ene ting; den anden ting er, at de praktiserende læger så kommer op på det her næsten lige så høje niveau. Men det gør de jo ikke alle sammen. Det gør dem, du har talt med formentlig, fordi de interesserer sig for det, men hele den grå masse, [...] dem bliver det sværere at hente frem."

Der er naturligvis ikke noget overraskende i, at et samarbejde ikke kan fungere, hvis parterne ikke respekterer hinanden. Lægen ovenfor antyder, at problemet ligger i forskellen i det faglige niveau hos speciallæger og praktiserende læger, hvilket også ligger mellem linjerne i det foregående citat, hvor praksiskonsulenten påpeger, at det er "et gammelt problem", at man ikke bliver respekteret for den, man er, dvs. enten specialist eller generalist. I sagens natur vil der altid være forskel på en speciallæges og en praktiserende læges viden om diabetes, og det er derfor en præmis, der er svær at ændre på. Det centrale i forhold til at etablere shared care må derfor være at afdække, hvad der kan opveje denne grundlæggende barriere for samarbejdet. Det er derfor interessant at se på, hvordan delekontrolaftalen i Vejle Amt er blevet etableret, og hvordan de sundhedsprofessionelle i begge sektorer opfatter den.

5.2.1 Delekontrolaftalen i Vejle Amt – en case

Delekontrolaftalen i Vejle Amt følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for shared care på diabetesområdet (se kapitel 3 for beskrivelse af aftalen). Denne delekontrolaftale er et af de forhold, som informanterne fra Vejle selv nævner – både som et eksempel på en konkret, positiv forandring i sig selv, men også som noget der har affødt andre forandringer på diabetesområdet. I aftalen er der beskrevet kriterier for, hvornår en patient skal overgå fra en sektor til en anden. Det overordnede mål med aftalen er, at så stor en del af kontrollerne som muligt finder sted i almen praksis, men at sygehuset ved en årlig kontrol af alle patienter kan fange problemer, som de praktiserende læger evt. har overset.

Delekontrolaftalen er i sin nuværende form et af hovedpunkterne i Programledelsens amtslige diabeteshandleplan fra 2006 (21). Handleplanen blev vedtaget i sundhedsudvalget, og amtets sundhedsforvaltning bevilligede penge til ekstra stillinger på diabetesambulatorierne (for at det øgede antal årskontroller kunne gennemføres) samt til en dags undervisning af de praktiserende læger ved et af ambulatorierne i amtet. Praksiskonsulenterne medvirkede til formidlingen af delekontrolaftalen til almen praksis, bl.a. ved at være med til at arrangere disse undervisningsdage.

Umiddelbart lyder det som en uproblematisk og simpel procedure, men i interviewene viste det sig imidlertid, at langt flere aktører var involveret i det handlingsforløb, der ledte op til, at delekontrolaftalen blev gennemført. Nogle af de deltagende sygehuslæger pegede eksempelvis på, at delekontrollen allerede var en central anbefaling i den første amtslige diabeteshandleplan, der blev udarbejdet af diabetesudvalget, før Programledelsen blev nedsat (45). Praksiskonsulenterne fremhævede, at der allerede i 1995 blev udarbejdet en samarbejdsaftale mellem Vejle diabetesambulatorium og Vejle Bylægeforening, altså de praktiserende lægers forening i Vejle Kommune. En lignende aftale fandtes også mellem diabetesambulatoriet og almen praksis i Kolding. Begge aftaler er vedlagt som bilag til den første handleplan. Amtets tidligere sygesikringschef fremhævede, at den første samarbejdsaftale i Vejle (fra 1995) blev fulgt af en medicinsk ph.d.-studerende, som undersøgte den medicinske effekt af aftalen⁴¹. Betydningen af

⁴¹ Ph.d.-projektet "Tværsektorielt samarbejde om behandling af type 1-diabetes" er lavet af Katrine Dahler-Eriksen i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus (44). Projektet viste, at der skete en reel udflytning af konsultationer fra diabetesambulatoriet til almen praksis, og at behandlingskvaliteten – bedømt ved niveauet af glukose i blodet – hos patienterne efter denne udflytning var den samme, som før aftalen blev indført.

disse praktiske og organisatoriske forhold vender jeg tilbage til i kapitel 6, hvor de overordnede rammer for diabetesbehandlingen undersøges.

Informanterne fremhæver dog også mindre konkrete forhold som betydningsfulde for samarbejdsaftalerne. Eksempelvis nævner en af de praksiskonsulenter, der var med til at udforme den første samarbejdsaftale fra 1995, at tillid i forholdet mellem de sundhedsprofessionelle har stor betydning:

”Der var vi lige kommet ud fra sygehuset og havde den viden fra arbejdet på sygehuset. Vi var tre praktiserende læger, som var interesseret i det, og som også havde viden til det. Som ligesom pressede – det var et pres – overfor sygehusene, for at vi kunne overtage noget af det, som vi mente, vi kunne håndtere. Der var ikke nogen grund til, at det skulle laves på sygehusene, når vi var vant til at kunne klare det selv. Og det blev en lille, ret selekteret gruppe, det var måske en tredjedel af byens læger, der hoppede med på sådan en delekontrolaftale. Og så bredte det sig langsomt. Så kom der efterhånden sådan en pression, at der kom flere og flere yngre læger ud i praksis, der kunne det der med diabeteshåndtering. Så det var sådan set et pres fra vores side lokalt for at få det her etableret. Det gik meget godt, for der var en overlæge på sygehuset, der var med på det. Og havde tillid til at vi kunne løfte den opgave.” (Praksiskonsulent)

Praksislægerne forhandlinger med sygehuslægerne handlede således om en ressource – de lette diabetespatienter, og i denne forhandling indgik, at praksislægerne havde den nyeste viden om behandlingen, fordi de lige havde afsluttet deres uddannelse på sygehuset. Speciallægerne på sygehuset kunne derfor ikke logisk argumentere for, at disse praksislæger ikke havde viden nok til at kunne løfte opgaven.

Samarbejdsaftalen er således oprindeligt kommet i stand på praksislægers initiativ, fordi de selv ønskede at overtage opgaven. Alligevel ser praksiskonsulenten det i sidste ende som afgørende, at en overlæge på sygehuset havde tillid til, at de praktiserende læger var fagligt klædt på til at håndtere opgaven. At parter, der skal samarbejde og udveksle ressourcer, skal have tillid til hinanden, er ikke i sig selv nyt eller overraskende. Men det er interessant at undersøge, hvad der skal til for at *skabe* denne tillid. Dette ser jeg nærmere på i det næste afsnit.

5.2.2 At få sat ansigt på hinanden

Som både ovenstående og flere af de foregående citater viser, er (manglen på) tillid ofte en konsekvens af, om de professionelle i den anden sektor vurderes at kunne varetage opgaven på et tilstrækkeligt højt niveau. Både de praktiserende læger og sygehuslægerne fremhæver da også, at der som et led i delekontrolaftalen blev afholdt nogle undervisningsdage på ambulatorierne, som havde været en stor succes. Undervisningen foregik ved, at 2 praktiserende læger fulgte en endokrinolog på et ambulatorium over en dag, hvor de kunne stille spørgsmål og se, hvordan diabeteskontrollerne blev kørt på ambulatoriet. De praktiserende læger modtog kompensation for tabt arbejdsfortjeneste fra amtets sundhedsforvaltning (sygesikringen), og praksiskonsulenterne vurderer, at ca. 95 % af alle praktiserende læger i amtet tog imod tilbuddet.

Imidlertid er det påfaldende, at ingen af informanterne fokuserer på en efterfølgende højere faglig kvalitet i behandlingen. I stedet fremhæver de, at undervisningsdagene

har været gode, fordi de har medført, at lægerne i almen praksis og på sygehusene har lært hinanden at kende. To praksiskonsulenter beskriver det således:

”Hvis man kender hinanden og bare respekterer hinanden lidt, og man mødes, så overlægen ved, hvem de praktiserende er og omvendt, så bagtaler man ikke hinanden. Er der et sygehus, hvor man bagtaler en praktiserende læge, så vil den praktiserende læge i hvert fald ikke sende flere patienter derind. Men det er derfor, de møder har været gode, for så mister man de der fordomme.” (Praksiskonsulent 1)

”Og hvis man nu har talt ud om tingene, så opfører man sig mere reelt over for hinanden. Altså praktiserende læger, når vi snakker sammen, så kan det være en rigtig strikkeklub, når vi bagtaler overlæger. Og nu sidder jeg også inde på sygehuset, og det kan være fuldstændig det samme. Jeg tror det er godt, at vi kender hinanden personligt. Det er godt med de der personlige møder.” (Praksiskonsulent 2)

”Ja, den undervisning, den har været et supertilbud. Det har været et scoop for den her ordning. Det vil jeg sige.” (Praksiskonsulent 1)

For praksiskonsulenterne her har det centrale ved efteruddannelsesdagene således været, at de praktiserende læger derved kunne få personlig kontakt med lægerne i diabetesambulatoriet. De bruger vendinger som at ”kende hinanden personligt”, ”respektere hinanden” og ”vide hvem hinanden er”, og ser dette som noget, der medfører, at man kan ”opføre sig mere reelt overfor hinanden” og har betydning for, om de praktiserende læger vil sende deres patienter op på ambulatoriet eller ej.

Den gensidige adgang til hinanden, som ligger i at få kendskab til hinanden, er en meget vigtig forudsætning for opretholdelsen af uformel interaktion. Kendskab åbner for fysisk og social nærhed, men produceres også gennem fysisk nærhed, idet folk lærer hinanden at kende over tid ved at se hinanden i sociale handlingssituationer (46; s. 183). Kendskabet skal imidlertid ikke forstås som meget nære, intime relationer, men snarere som det at få en fornemmelse af den anden ud fra hans måde at opføre sig på og generelle fremtoning. Dette kommer også frem i interviewene med både praktiserende læger og sygehuslæger:

”Dét, der skete med de første samtaler, det var, at der blev åbnet op for, at man lærte hinanden at kende, og at man bedre kunne snakke sammen. Uden at man kan sige, at der kom rigtig konkrete projekter eller tiltag ud af det. Men der blev sådan en rigtig god opblødning... der var sådan nogle dage på sygehuset, hvor vi kom op og fik snakket med de forskellige overlæger. Hele bylægeforeningen. Så man også fik sat et ansigt på hinanden, som kan gøre det meget nemmere at snakke sammen efterfølgende” (Praktiserende læge)

”Vi havde også en diabetesskole før, og der var ikke ret meget søgning til den, men efter at jeg havde de praktiserende læger inde, hvor de var med en dag i diabetesambulatoriet, så har jeg haft en hel anden kontakt til de praktiserende læger, og nu får jeg mange henvendelser.” (Sygehuslæge)

Det interessante ved betydningen af 'kendskab' i forhold til casen om delekontrol i Vejle Amt er, at etableringen af kendskab mellem parterne tilsyneladende åbner for andre handlemuligheder end i relationer, hvor kendskabet ikke er til stede. Dette stemmer godt overens med andre studier af danske institutionssammenhænge (skoler, retspsykiatri, socialforvaltning), hvor et forudgående 'kendskab' ligeledes har central betydning for, hvordan de ansatte interagerer med elever, patienter eller klienter (46; 118). Det at komme til at kende enten patienter, klienter, elever eller samarbejdspartnere, handler om at få noget at fornemme ud fra. Kendskab opnås derfor ikke ved at læse journaler eller andre skriftlige data, men opnås gennem fælles aktiviteter.

I Frederiksborg Amt, hvor der ikke er nogen officiel delekontrolaftale, fremhæver mange praksislæger og sygehuslæger også betydningen af personligt kendskab mellem samarbejdspartnere. Dette kommer til udtryk i interviewene, men også i samværet med patienterne, sådan som det eksempelvis er tilfældet i denne årskontrol på et diabetesambulatorium:

Sygehuslæge: "Går du stadig til kontrol hos nyrelægerne på [andet ambulatorium]?"

Patient: "Ja, jeg skal derind den femtende."

Sygehuslæge: "Det er da lidt meget at gå til kontrol både der og her og hos din egen læge, er det ikke?"

Patient: "Jo, det er det. Min egen læge vil gerne overtage kontrollen."

Sygehuslæge: "Hvem er din læge?"

Patient: "Han hedder [...] Jeg kan ikke huske hans efternavn."

Sygehuslæge: "Ham kender jeg godt, han er specielt interesseret i sukkersyge, så det har jeg stor tillid til. Du kan jo komme her og få taget blodprøver, og så kan jeg sende resultatet til din egen læge?"

Patient: "Ja, hvis du synes det."

Sygehuslæge: "Så afslutter jeg dig herfra" (skriver en seddel til patientens læge, og afslutter konsultationen og følger patienten ud).

Da jeg efter konsultationen spørger sygehuslægen, hvorfor den omtalte praksislæge var så speciel, viser det sig, at han også er praksiskonsulent på diabetesområdet og derfor har været medlem af det amtslige diabetesudvalg sammen med denne sygehuslæge. Det personlige kendskab, som sygehuslægen har fået til denne praksislæge igennem diabetesudvalget, har altså afgørende betydning for sygehuslægens tillid til den pågældende læges faglige niveau. Kendskabet baner vejen for den tillid, der er forudsætningen for, at patienten i den refererede konsultation afsluttes og sendes tilbage til kontrol i almen praksis. I det efterfølgende interview fremhæver den samme sygehuslæge da også (i lighed med sygehuslæger og praksislæger i Vejle Amt), at undervisningsarran-

gementer afholdt i praksislægernes lokale foreninger har været gode, fordi de har øget kendskabet mellem parterne:

“Vi har haft nogle sammenkomster, nogle undervisningsmøder. Jeg har været ude hos [de praktiserende læger] i deres 12-mandsforeninger og fortælle om, hvordan jeg gør, der har jeg været flere forskellige steder. [...] Det var en smadder god idé, for de fik sat ansigter på os, og jeg fik sat ansigter på dem. Det er noget, jeg synes der er godt ved at komme ud og undervise hos dem, det er at jeg kommer til at kende hinanden, for så er det meget nemmere at snakke i telefon bagefter.” (Sygehuslæge)

‘Kendskab’ bliver således en fornemmelse for den anden, som gør bestemte handlinger mulige – at snakke sammen efterfølgende eller sende patienterne af sted til kontroller hos modparten – der ikke ellers blev betragtet som mulige. Samtidig bliver kendskabet og den medfølgende kontakt også et pejlemærke for den høje faglige standard hos modparten, som blev fremhævet som udgangspunktet for gensidig respekt i afsnit 5.2. Da en sygehuslæge i interviewet bliver spurgt, hvordan man så kan vurdere det faglige niveau hos en given læge, svarer han “det lugter man sig frem til når man har været i et område i en årrække” og forklarer, at henvisningerne jo afslører, om lægen har gjort det godt eller ej – man kan nemlig lynhurtigt se på patientens cpr. nr., om deres praksislæge har tjekket urinen for æggehvidestof så ofte, som det anbefales. Og så lægger man mærke til, om det altid er de samme læger, der ikke har gjort, som de skulle. Da han efterfølgende spørges, om der er andre ting end det faglige niveau, der har betydning, fx at man kender hinanden personligt, svarer han, at det jo hænger sammen, fordi de dygtige læger jo også er dem, han kender bedst, fordi de ofte ringer og spørger, når de er i tvivl om noget i forhold til diabetes. Han uddyber dette således:

“De dygtige, de ringer engang imellem, fordi de kan være i tvivl... og det der kendetegner en dygtig læge, det er, at man kan blive i tvivl. Tivlens nådegave, den skal du respektere: I det øjeblik din læge siger til dig: Det er lige præcist sådan med dig, du fejler det og det, så skal man være på vagt, så er det helt overmenneskeligt eller også så er det... så overvurderer man sig selv. Det er godt, at man er i tvivl og spørger nogle kolleger engang imellem. [...] Der er nogle af de ikke helt så smarte, der også ringer engang imellem, men altså dem, der er gode, de stiller også nogle gode spørgsmål. Nogle gange stiller de spørgsmål, man heller ikke selv kan besvare, det må man da indrømme – men de er ret gode alligevel” (griner). (Sygehuslæge)

Fornemmelsen for de praktiserende lægers faglige kompetence er således noget, der opstår gennem social handling – den telefoniske kontakt, fordi denne handling giver kendskab, samtidig med at den understøtter en faglig selvforståelse, hvor det at udtrykke tvivl og søge kollegial sparring er et udtryk for god lægepraksis.

Etableringen af personligt kendskab mellem aktørerne i primær og sekundær sektor er således i de sundhedsprofessionelles perspektiv en væsentlig forudsætning for skabelsen af forandringer, der kan bringe idealet om shared care tættere på virkeligheden. Som det fremgår af citaterne i dette afsnit, opstår kendskab mellem almen praksis og

sygehuse imidlertid ikke af sig selv. Det kræver, at der skabes en legitim social ramme omkring det sociale samvær, fx i form af møder eller undervisning, hvor lægerne kan mødes, se hinanden i øjnene og tale sammen. I begge amter lader det til, at praksiskonsulenterne har været aktive i forhold til at arrangere sådanne sociale fora – en indsats, der anerkendes af især praksislæger og embedsmænd. I næste afsnit ser jeg derfor nærmere på praksiskonsulenternes rolle.

5.2.3 Praksiskonsulenter som forandringsagenter

Praksiskonsulentordningen (PKO) startede som et forsøgsprojekt i 1991 på sygehusene i Odense og Nyborg. PKO består af praktiserende læger ansat på de enkelte sygehusafdelinger et antal timer om måneden med henblik på at styrke samarbejdet mellem sygehusene og almen praksis. Ordningen har nu bredt sig til alle amter, dog med meget varierende organisation og normering. Der findes kun sparsom dokumentation for, at PKO i Danmark faktisk forbedrer samarbejdet, men en dansk spørgeskemaundersøgelse af, hvordan PKO opfattes af læger og embedsmænd, konkluderer, at PKO har haft en positiv indflydelse på overordnede områder som bl.a. kommunikation, nedbrydelse af barrierer og løsning af samarbejdsproblemer (37; s. 17)..

I mit datamateriale anerkender både praksislæger, sygehuslæger og embedsmænd, at praksiskonsulenterne har en betydningsfuld position og opgave. På spørgsmålet om, hvordan man får et godt samarbejde med det lokale sygehus, svarer en praksislæge eksempelvis således:

”Jamen, det får man igennem praksiskonsulentordningen, det er dem, der formidler det. Og et godt samarbejde er, at man mødes engang imellem. Det behøver ikke at være hvert år, men med mellemrum lige at se, hvem er hinanden, hvordan er det vi gør, og er der nogle ting, som vi skal ændre.” (Praksislæge)

En praksiskonsulent beskriver også sin egen rolle som at være en formidler, der på et mere generelt plan bringer samarbejdsproblemer mellem de to sektorer op ved at tale praksislægernes sag på sygehuset og formidle information fra sygehuset ud til almen praksis. Opfattelsen af praksiskonsulenterne som bindeled kommer også til udtryk i interviewet med den tidligere formand for Programledelsen for diabetes i Vejle, som beskriver praksiskonsulenternes rolle således:

”Det er lige præcis at skabe en ‘connection’ imellem de praktiserende læger og sygehusene. De er ambassadører for begge verdener, så jeg synes, de linker de to verdener sammen og skaber en dialog mellem praktiserende læger og sygehus, så det synes jeg er en meget vigtig rolle.” (Programleder)

Praksislæger og embedsmænd lægger således meget vægt på formidling og dialog mellem de to sektorer. Sygehuslægerne er knap så optagede af disse ting, men er positivt indstillet over for samarbejdet med praksiskonsulenterne. I flere tilfælde fremhæver de imidlertid, at dette skyldes deres særlige relation til nogle bestemte praksiskonsulenter. En sygehuslæge i Frederiksborg Amt fortæller eksempelvis, at han har haft meget kontakt med en af praksiskonsulenterne, og fortsætter:

„men han er jo også speciel, det skal man vide [...] Han er speciel uddannelsesmæssigt, fordi han i virkeligheden ikke er praktiserende læge oprindeligt, han er intern mediciner, som så har skiftet over og blevet praktiserende læge, og det vil jo sige, at han har et andet niveau. Han tænker mere som sygehusmennesker i forhold til sygdomme som diabetes end en almen praktiserende læge gør. [...] Så han er udmærket, men han repræsenterer jo ikke den gennemsnitlige praktiserende læge på den måde... han tænker mere internt medicinsk end de andre – han er en af dem der ringer op og spørger om ting, fordi han synes det er vanskeligt.“ (Sygehuslæge)

En sygehuslæge i Vejle Amt fortæller, at hun samarbejder meget med en af praksiskon-sulenterne i amtet og fremhæver, at ”det er sådan lidt specielt, for han har faktisk været ansat her”. Det viser sig, at praksiskon-sulenten i en periode med mangel på sygehuslæ-ger blev aflønnet på timebasis af sygehuset for at tage nogle af diabeteskontrollerne. Han arbejdede derfor nogle dage om ugen på ambulatoriet og deltog i alle overlæge-møderne på afdelingen. Hun fortsætter:

”Så ham kender jeg, fordi jeg har været til mange møder med ham. Så ham mailer jeg til, hvis der er et eller andet. Så sørger han for at få det bredt ud til sine kollegaer. Ham bruger jeg meget.” (Sygehuslæge)

Praksiskon-sulenterne opfattes således af sygehuslægerne som aktører med en særlig status og position (og ind imellem særlig erfaring eller uddannelse), der er værdifuld for samarbejdet. Praksislægerne betragter konsulenterne som en form for ’talerør’ til sygehusene, der formidler information og konkret medvirker til et bedre samarbejde, fordi de skaber muligheder for, at lægerne kan mødes gennem kurser mv. Dette bakkes også op i en undersøgelse af en norsk PKO, som viser en væsentligt forbedret lægetilfreds-hed med samarbejdet (65 % mod 17 % i kontrolgruppen). Lægerne var især tilfredse med de tværfaglige fællesmøder, der blev afholdt i forbindelse med ordningen (37; s. 16). Embedsmændene ser praksiskon-sulenterne som ambassadører for begge verdener, der kan skabe den nødvendige dialog og fungere som embedsværkets ’forlængede arm’, som implementerer aftaler om fx shared care ude i almen praksis.

Praksiskon-sulenterne betragtes således af både dem selv og af de andre aktører som en slags mæglere og mellemmand, der udfylder en vigtig funktion i alle sammen-hænge. Desuden kender de arbejdsbetingelser såvel som konkrete personer i almen praksis, på sygehuse og i sundhedsforvaltningerne (i kraft af deres deltagelse i diabe-tesudvalg og programledelse). Deres funktion og det personlige kendskab giver dem legitimitet i alle sektorer – en legitimitet, der er vigtig, hvis man fx vil arrangere succes-fulde undervisningsarrangementer med praksislæger og sygehuslæger.

Inden for innovationsteori betragtes forandringer som et resultat af social læring, idet individers adfærd påvirkes af det sociale netværk de bevæger sig i og derfor ikke kan forstås isoleret set. Sociologen Everett Rogers påpeger eksempelvis, at adoption af nye ideer og teknologier influeres af strukturen i de sociale netværker og af ”specifikke indi-vider i eller på grænsen til disse netværker” (4; s. 23). Set ud fra dette perspektiv lader praksiskon-sulenterne til at være sådanne ’specifikke individer’ – forandringsagenter, som

på grund af deres særlige status kan bevæge sig over grænserne og fungere som 'færgemænd', der kan skabe forbindelser mellem forskellige sociale grupperinger.

5.3 Opsummering og diskussion

Både sygehuslæger og praksislæger ønsker et bedre samarbejde, men de er skeptiske overfor kravet om shared care-aftaler. De ser det som en unødvendig dobbeltkontrol, der underkender deres faglige evne til at vurdere patientens behandlingsbehov. Samtidig er de bange for ikke at få patienterne tilbage igen efter kontrol i den anden sektor. Frygten bunder dels i en forestilling om "de andre" som primært motiverede af økonomiske interesser, og dels i konkrete erfaringer med patienter, der er blevet henvist for sent (fra almen praksis) eller ikke henvist tilbage (fra sygehusene).

Relationerne mellem sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuse er præget af faglig mistillid og beskyldninger om dårlig moral hos "de andre", der ses som udelukkende drevet af økonomiske motiver. Dette anføres som en grundlæggende årsag til den manglende tilslutning til det overordnede mål om shared care. Beskyldningerne om dårlig moral hos "de andre" lader til at have rod i reelle, modsatrettede økonomiske interesser, idet lægerne i begge sektorer for en vis del er økonomisk afhængige af de ydelser, de får for at behandle patienterne. Samtidig indgår fortællingerne om de andres dårlige moral i praksislægers henholdsvis sygehuslægers impression management, der gør evt. pragmatiske motiver til at 'holde på' patienter mere moralsk forsvarlige, og handlinger, der er i modstrid med idealet om shared care, mere meningsfulde over for såvel aktørerne selv som for interviewereren.

Imidlertid lader det til, at personligt kendskab mellem aktørerne kan afmontere moralske fordømmelser og tilsidesætte økonomiske interesser, så tillidsfulde relationer kan opbygges mellem aktørerne i de to sektorer. I Vejle er der indført en delekontrol-aftale, hvor en del patienter går til årskontrol på diabetesambulatoriet og til tre kvartalskontroller i almen praksis. I forbindelse med aftalen er der blevet afholdt undervisning for alle amtets praksislæger på diabetesambulatorierne, hvilket de sundhedsprofessionelle selv mener, har været en meget væsentlig faktor i at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og ambulatorierne, fordi lægerne har lært hinanden at kende gennem undervisningen. Kendskabet har øget tilliden mellem aktørerne og gjort det lettere for begge lægegrupper at henvise deres patienter til den anden sektor og have telefonisk kontakt. En god telefonisk kontakt mellem sektorerne kan forhindre unødige henvisninger fra almen praksis til sygehuset, fordi praksislægen får støtte til at klare problemet selv. Samtidig lader praksislægernes telefoniske henvendelser om tvivlsspørgsmål paradoksalt nok til at øge sygehuslægernes faglige respekt for dem, fordi det er en central værdi i lægevidenskaben at tvivle på sin egen indsigt og kunnen og hele tiden søge 'second opinions'.

Det lader derfor til at være af afgørende betydning for et godt samarbejde mellem praktiserende læger og sygehuslæger – og for at realisere konkrete aftaler om shared care, at der etableres sociale rammer, hvor aktørerne kan mødes og lære hinanden at kende. Praksiskonsulenterne har i begge amter fungeret som betydningsfulde 'forandringsagenter', der har arrangeret sociale rammer i form af faglige møder og undervisningsdage. Samtidig har de i kraft af deres særlige status legitimitet i såvel almen praksis som på sygehuse og i sundhedsforvaltninger og har derfor formået at formidle information på tværs af grænserne mellem sektorer og forvaltninger.

Etableringen af sociale rammer, hvor læger fra begge sektorer kan mødes, kræver imidlertid ikke kun, at nogen påtager sig opgaven med planlægningsarbejdet, men også at der bevilliges økonomiske ressourcer til afholdelse af sådanne arrangementer. De overordnede rammer har ofte en meget direkte effekt på, hvilke forandringer der kan sættes i værk. Det ser jeg nærmere på i næste kapitel.

6. Organisatoriske rammer

I dette kapitel undersøger jeg aktørernes opfattelse af, hvilke økonomiske og administrative forhold der spiller ind på gennemførelsen af overordnede forandringer. Særligt 2 forhold blev fremhævet som betydningsfulde overordnede forandringer: Dels indgåelse af diverse aftaler mellem aktørerne på området, og dels de økonomiske bevillinger aftalene i mange tilfælde havde udløst.

I afsnit 6.1 beskrives, hvilken betydning diabetesudvalgene har spillet som dialogfora, hvor repræsentanter fra alle 3 sektorer kan mødes og nå til enighed om konkrete aftaler. Der gøres rede for aftalernes betydning i forhold til at inddrage klinikerne og i forhold til at skaffe økonomiske bevillinger, og betydningen af forskellige ledelsesformer i forskellige fora diskuteres.

I afsnit 6.2 belyses de forskellige aktørers opfattelse af, hvilke økonomiske bevillinger der er væsentlige, og hvilken konkret betydning det har, når der gives bevillinger til nogle tiltag og ikke til andre. Dernæst beskrives det, hvordan klinikere og embedsmænd opfatter spillet om de økonomiske bevillinger, og hvordan de på forskellig måde forsøger at påvirke dette spil.

6.1 Dialog og aftaler

Som refereret i kapitel 2 er der gennemført en del forandringer i de overordnede organisatoriske rammer for diabetesbehandlingen i de to amter. Der er oprettet diabetesskoler, ansat praksiskonsulenter og lavet en række aftaler mellem de sundhedsprofessionelle og embedsmænd om finansiering af bestemte ydelser, som skal gøre det muligt at leve op til anbefalingerne for diabetesbehandlingen. Både de sundhedsprofessionelle og embedsmændene ser det som vigtige forudsætninger for disse forandringer, at aftaler og tiltag er kommet på plads efter tæt dialog mellem fagfolk og embedsmænd. I den sammenhæng har diabetesudvalgene – og Programledelsen i Vejle – spillet en vigtig rolle⁴².

⁴² Hovedparten af de sundhedsprofessionelle, der deltog i undersøgelsen, havde selv været medlemmer af diabetesudvalg. Diabetesudvalgene opleves muligvis som mindre betydningsfulde i skabelsen af forandringer for "menige" læger i begge sektorer.

Anbefalinger for de overordnede rammer for diabetesbehandlingen

Som nævnt i indledningen til kapitel 5 beskriver en del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1994 de organisatoriske forudsætninger for at gennemføre anbefalingerne for den kliniske praksis og for at et bedre samarbejde mellem primær og sekundær sektor. Først og fremmest anbefales det, at der oprettes amtslige diabetesudvalg og ansættes praksiskonsulenter på diabetesområdet. Diabetesudvalgenes opgave beskrives som at "implementere denne redegørelses generelle anbefalinger i nogle konkrete procedurer og samarbejdsformer, som er tilpasset lokale behov" samt at fastlægge praksiskonsulentens arbejdsopgaver (6; s. 53). Diabetesudvalgenes mandat til at implementere forandringerne beskrives dog ikke.

I MTV-rapporten for type 2-diabetes anbefales det overordnet, at der etableres følgende tiltag:

- ◆ Diabetesskoler for type 2-diabetepatienter og sundhedspersonale i primærsektoren
- ◆ Kvalitetssikringsværktøjer og kvalitetsdatabaser
- ◆ Shared care-aftaler mellem almen praksis og diabetesambulatorier
- ◆ Udbygning af diætistfunktionen i primærsektoren
- ◆ Aftale om særligt honorar for diabeteskontrol i almen praksis (§ 2-aftaler)
- ◆ Udbygning af praksiskonsulentordningen
- ◆ Etablering af sårcentre.

Det anbefales endvidere, at der på amtsligt plan etableres "mindst en organisation, der sikrer en koordineret, ensartet og kvalitetssikret implementering af evidensbaseret non-farmakologisk og farmakologisk behandling", samt at flere af de ovenstående forslag bør indgå som delelementer i denne organisation (29; s. 46-47).

6.1.1 Diabetesudvalget – et forum for dialog

For embedsmændene har diabetesudvalgene først og fremmest fungeret som dialogfora, hvor sundhedsprofessionelle og embedsmænd kan mødes og få større forståelse for hinandens synspunkter. Den tidligere formand for diabetesudvalget i Frederiksborg forklarer det således:

"Det er vigtigt, at det bliver et fælles projekt, og der er man nødt til at acceptere den forskel på organiseringen af de praktiserende læger og hospitalsektoren, altså du kan sige "skal" til en hospitalsektor, men du kan ikke sige "skal" til de praktiserende læger. Og det er meget vigtigt, at man får lukket op for den kulturkløft, der er mellem både administrationen og de praktiserende læger, men også mellem hospitalerne og praktiserende læger, for de taler lidt forskelligt sprog. For når hospitalerne snakker om en patient, så snakker de om de patienter, de har, men de ser altså kun 10 % af de patienter, som den praktiserende læge har. Det gab, det skal man altså lige have øje for [...] Så derfor er det nogle forskellige vilkår, og

det kniber det sommetider for hospitalssektoren helt at se. Derfor er det en meget væsentlig faktor, at man får skabt sådan et forum for dialog omkring, hvad gør I, og hvad gør vi, for det er også med til at give gensidig respekt. Altså sygehuslægerne i diabetesudvalget fik en anden respekt for de praktiserende læger, fordi de kunne se, hvordan de greb opgaverne an, så det er jo med til at nedbryde nogle af de kulturforskelle.” (Diabetesudvalgsformand, Frederiksborg)

Udvalgsformanden forklarer videre, at den gensidige respekt og tillid, som opnås gennem diabetesudvalget, er forudsætninger for et bedre samarbejde mellem almen praksis og sygehuse:

”Dialog og dialog og dialog. Det er vigtigt. Mødes og lære hinanden at kende, snakke sammen og finde forståelse for, hvor det er, man har fællesskabet, og hvor det er, at man har lidt forskellige opfattelser af tingene, og hvis man har forskellige opfattelser af tingene: Jamen hvordan kunne vi så alligevel nå en eller anden form for *modus vivendi*⁴³ som gør, at vi kan komme videre.” (Diabetesudvalgsformand, Frederiksborg)

En embedsmand fra Vejle lægger også vægt på, at dialogen er vigtig for at komme frem til en fælles forståelse:

”Det er sådan en trekant, hvor du har det politiske system og det faglige og så embedsværket. Mellem det faglige og embedsværket skal der være tillid og respekt. Der foregår jo først et samarbejde mellem de to, hvor man inddrager det faglige system i, hvad vi skal. Og har noget dialog omkring det, sådan at der opstår en konsensus omkring, at det her er det rigtige.” (Embedsmand, Vejle)

I tråd med praksislæger og sygehuslæger ser embedsmændenes således dialogen som vigtig, fordi den giver aktørerne mulighed for at lære hinanden at kende og dermed opbygge tillid og respekt for hinanden. Men er dialogen også vigtig, fordi den fører til konsensus mellem aktørerne – på trods af deres forskellige perspektiver på diabetesbehandling, så konkrete aftaler kan komme i stand.

Erving Goffmans begreb ‘arbejdskonsensus’ kan forklare, hvorfor enighed på trods af forskelle er så vigtig i at nå frem til i dialogen mellem sundhedsprofessionelle og embedsmænd. Goffman pointerer, at al direkte menneskelig interaktion involverer forhandlinger ikke bare af interesser, men også af selve forholdene mellem de individuelle aktører. Aktørerne forsøger at påvirke, hvordan hele situationen defineres. Samtidig samstemmer de deres interaktion for at bevare en arbejdskonsensus – en enighed om, hvilke krav der midlertidigt skal indfries i den sammenhæng, de befinder sig i (47; s. 21). Derfor skjuler de deres egne ønsker eller manglende engagement i forhold, som de ikke har nogen interesse i. Arbejdskonsensusen er med andre ord en form for overflade, som muliggør, at der kan forhandles om bestemte ting.

⁴³ *Modus vivendi* fortolkes her som en aftale mellem parter, der er uenige om at acceptere deres forskelle og alligevel fortsætte deres samarbejde.

Embedsmændene ser forskellighederne mellem lægerne fra de to sektorer som en "kulturkløft", der bunder i forskellige måder at arbejde på. Arbejdskonsensus eller enighed bliver i Goffmans perspektiv til en måde midlertidigt at ignorere sådanne forskelle på, så der kan laves fælles aftaler for diabetesindsatsen. Men samtidig danner denne arbejdskonsensus også ramme om forhandlinger mellem aktørernes forskellige sociale og økonomiske interesser. Forhandlingselementet kommer eksempelvis til udtryk i dette interview med en embedsmand fra sundhedsforvaltningen i Frederiksborg Amt:

"Vi har som administration ikke mulighed for at sige "skal" i forhold til den måde [almen praksis] tilrettelægger deres arbejde på. De har deres selvstændige virksomhed, og de har en overenskomstmæssig aftale, og når de opfylder det, jamen så stopper min myndighed udenfor døren, for det er deres selvstændige ansvar. Men derfor kan man jo godt komme i dialog om nogle incitamenter, nogle strukturer, en udvikling, som man kunne være interesseret i. Og så gælder det om at finde ud af, hvor vi har en fælles snitflade, så vi virkelig kan få noget til at blive implementeret, og så fører det tit en hel masse andre ting med sig. Og så er der en tillid, som også gør, at der er nogle ting, som [praksislægerne] gerne vil, som jeg måske ikke synes er så væsentlige, som jeg så siger ja til. Til gengæld er der nogle ting, som vi godt kunne tænke os, og som de ikke fokuserer så meget på, som de også ... Det er sådan en "give and take" lidt, og det skal man så også være villige til..." (Embedsmand, Frederiksborg)

For embedsmændene er dialog og enighed således en måde at nå frem til konkrete aftaler. Dialogen kan dog også bruges til at forhandle med almen praksis og tilbyde praksislægerne ressourcer (fx undervisning eller honoreringsaftaler) til gengæld for, at de udfører bestemte tiltag. Inden for dialogens rammer kan embedsmændene på den måde forsøge at få praksislægerne til at arbejde i den rigtige retning. Dette forhandlingselement er også vigtigt for tilliden mellem embedsmænd og praksissektor: Når der opnås konsensus om en 'fælles snitflade', og begge parter får noget ud af forhandlingen, som er værdifuldt for dem, så får parterne tillid til hinanden.

En undersøgelse af almen praksis i Holland bekræfter, at tillid opstår som en konsekvens af gensidige afhængighedsrelationer. I Holland er almen praksis' relationer til sygehusene baseret på direkte henvisninger til navngivne speciallæger og ikke som i Danmark til en sygehusafdeling (48; s. 85-88). Sygehusene i Holland er privat drevet, og speciallægerne er derfor økonomisk afhængige af, at praksislægerne vælger at henvise til dem, for hvis praksislægerne ikke har tillid til en sygehuslæge, kan de vælge at henvise patienten til en anden speciallæge. En speciallæge, der ikke sender patienter retur til en praksislæge, risikerer derfor, at det har konsekvenser for ham selv, fordi den pågældende praksislæge så ikke vil henvise til ham en anden gang. Men de praktiserende læger er også afhængige af speciallægerne, som de bruger til at få råd og vejledning i faglige problemstillinger. Drivkraften bag det gode samarbejde er altså her en gensidig afhængighedsrelation.

Enigheden mellem de forskellige parter ses af embedsmændene som en forudsætning for, at diverse handleplaner og aftaler kan blive udarbejdet og gennemført i praksis. En embedsmand i Vejle Amt forklarer her, hvordan sundhedsaftaler indgås og følges op:

”Først er der en lang fase med dialog, hvor man snakker det rigtig godt igennem og bliver enige om, at fx KOL-patienter, der bør man gøre sådan og sådan. Og der skal alle selvfølgelig være med. Man skal snakke med dem alle sammen og bede i alle kirker. Så er vi enige. Så det næste punkt er, at så skal der laves en aftale. Hvis man springer det punkt over og bare går til at lave en aftale, så er det problemet opstået. Der skal først laves en aftale, når der er enighed. Man kan selvfølgelig ikke involvere alle i det her, men man skal involvere så mange, at man kan sige: Nu er det snakket igennem. Det kan godt være, at du ikke vil anskaffe sådan et apparat til at diagnosticere KOL-patienter, men vi enige om, at det skal gøres sådan. Så du skal ikke henvise til sygehuset, du skal have sådan et apparat og du skal bruge det” (Embedsmand, Vejle)

Det at der er enighed om en aftale, kan med andre ord bruges af embedsmændene til at forsøge at påvirke praksislægerne adfærd. Ifølge antropologen Sally Anderson er det at erklære sig enig og indskrive andre i aftaler da også en autoritativ praksis. Forhandlinger af enighed og aftaler er uundgåeligt asymmetriske, fordi sådanne forhandlinger påbegyndes af de aktører, som har magt til at iværksætte og inddrage andre, og altså i forvejen har en position, hvor de bestemmer (46; s. 204). Denne form for autoritativ praksis inddrager mindre magtfulde aktører i relationer, der på overfladen er præget af gensidighed, og de pålægges personligt ansvar for at opføre sig i tråd med aftalen. Anderson fremhæver, at hvis aftalen brydes, udsættes ”aftalebrydere” kun for sanktioner i form af en slags offentlig forhandling af skyld. Andersons afhandling omhandler imidlertid relationer mellem børn og folkeskolelærere i den danske folkeskole. I andre sammenhænge kan aftalebrud sagtens medføre mere konkrete sanktioner. Det kommer også frem, da embedsmanden ovenfor spørges om, hvad der vil ske, hvis praksislægerne ikke retter sig efter aftalen:

”Så tager jeg denne her frem: Jamen der er lavet en aftale i henhold til overenskomsten. Og det vil sige, den gælder. Og så siger jeg: Du kan selvfølgelig gøre præcis, hvad du har lyst til, så skal du bare aflevere dit ydernetnummer først, så du ikke er med i det længere.” (Embedsmand Vejle)

En sådan autoritativ praksis kan være problematisk, fordi som embedsmanden selv gør opmærksom på, så kan ikke alle praksislægerne involveres i udformningen af aftalen. Aftalerne udformes i mindre dialogfora, hvor repræsentanter for de relevante aktører når til enighed, men de enkelte individer (her praksislæger) stilles personligt til ansvar for at følge aftalen. Embedsmanden ovenfor forklarer videre, at inddragelse af de sundhedsprofessionelle i aftalerne er særlig vigtig i en kontekst som den danske, hvor manglen på autoritetstro gør det svært at lede uden konsensus. Også andre embedsmænd påpeger, at der eksisterer en ”konsensuskultur”, som man må tage højde for, hvis man vil have gennemført forandringer.

Arbejdskonsensus mellem parterne er imidlertid ikke kun af betydning udadtil i forhold til at påvirke de sundhedsprofessionelles adfærd. Det har også betydning indadtil i sundhedsforvaltningen, når embedsmændene skal bringe forslag videre til politikere og skaffe midler til at realisere aftalerne:

”Hvis politikerne opdager at der ikke er konsensus mellem embedsværket og det faglige system, så bliver de jo utrygge. Altså hvis embedsmændene siger ét, og fagpersonerne siger noget andet. Så det samarbejde der er her er jo utrolig vigtig, som forberedelse af det. [...] Og så er tillidsforholdet mellem politiker og embedsmænd også vigtigt. Så når embedsværket kommer og siger: ’Det er altså galt, det der med øjenlægescreening’ eller ’Det er en god ide at lave forskningsprojekt omkring det her’. Så har politikerne en fornemmelse af: Jamen det må være rigtigt. Og så kigger man i fællesskab i kassen for at se, om der er nogle penge.” (Embedsmand, Vejle)

Inddragelsen af alle parter i dialogen er med andre ord også en måde for embedsmændene at forsøge at påvirke politikernes handlinger og legitimere de aftaler, som de søger at skaffe penge til.

Diabetesudvalgene har således været medvirkende til at skabe forandringer, fordi der i dialogen mellem de forskellige parter er blevet skabt en arbejdskonsensus om et fælles mål. Samtidig har denne arbejdskonsensus været rammen om parternes forhandlinger af forskellige interesser, hvilket har øget tilliden mellem parterne. Det fælles mål og tilliden mellem parterne er således ifølge embedsmændene forudsætninger for at udforme aftaler om fx delekontrol og honorering af praksislæger og til at skaffe økonomiske bevillinger til at udmønte aftalerne i praksis.

6.1.2 Medejerskab eller ledelse?

Embedsmændene er således meget enige om, at dialog og inddragelse af de sundhedsprofessionelle er væsentligt for at få aftaler i stand. Men de peger også på, at det er en nødvendighed for at få tingene til at ske i praksis. En embedsmand i Frederiksborg Amt mener, at inddragelse er særligt vigtigt i forhold til almen praksis:

”De praktiserende læger, de er jo som en pose lopper! De er jo nogle individuelle mennesker, der driver en forretning, som ikke er bundet af andet end det, de selv mener. Men alle har jo nogle fyrtårne, de kigger på, nogen de har respekt for. Derfor er det jo vigtigt, at de praktiserende læger, vi får med, er nogen af dem, der har føling med deres egne folk og ved, hvad der rør sig. Derfor lytter vi meget til dem. Derfor er det jo også dialogbaseret ledelse – vi prøver langt hen ad vejen at finde en løsning, som kan fungere. Vi ved godt, at hvis vi laver nogle løsninger, som de praktiserende læger siger ikke fungerer, så er det jo dødsdømt. Det skal helst være sådan, at der går nogle praktiserende læger ud med armene over hovedet og siger: ’Det her bliver rigtig godt!’ For så er der i hvert fald en chance for, at en stor gruppe af de praktiserende læger siger: ’Ok, så gør vi sådan.’” (Embedsmand, Frederiksborg)

De sundhedsprofessionelle lægger også selv stor vægt på at blive inddraget personligt i beslutningerne, og især de praktiserende læger lægger vægt på, at nye tiltag, der er udtænkt af andre praksislæger, ofte fungerer bedre i praksis (se kapitel 4). Men det handler det ikke udelukkende om at gøre opmærksom på praksissektorens særlige arbejdsbetingelser. En praksiskonsulent fra Vejle forklarer her, hvilken betydning han mener inddragelse af praksislægerne har haft for implementeringen af delekontrolaftalen:

”Når man skal implementere sådan noget som det her, så er det vigtigste, at man føler, at man er medejer af projektet – at det ikke bare er noget, der kommer i en skrivelse eller et brev, at nu skal man gøre sådan fremover. Men at man føler, at det her er noget, som vi i Vejle har aftalt, og at vi praksiskonsulenter, der var med, det var praksiskolleger, at de har været med til at lave aftalen. Altså almen praksis ejer ligesom den her aftale, vi er fælles om den. Og i det øjeblik man selv bliver inviteret op på ambulatoriet, hvor man bliver undervist i diabetes og undervist i delkontrolaftalen og selv kan komme med sin betænkelighed eller sin usikkerhed, gør, at man ligesom også siger: ’Nå ja, det er også min aftale det her’. [...] Noget af det allervigtigste med henblik på at få det her til at køre er, at vi har været oppe på ambulatoriet. Programmet var sådan skruet sammen, at man var sammen med alle de aktører, der sidder i ambulatoriet – fik en personlig relation til dem og så deres arbejde og kunne diskutere det samarbejde, som nu er aftalt.” (Praksiskonsulent)

Det vigtige ved medinddragelse er således ifølge praksiskonsulenten, at den enkelte sundhedsprofessionelle (her praksislæge) føler, at vedkommende selv ejer aftalen, og den følelse forudsætter en personlig involvering i processen gennem fysisk tilstedeværelse. Dette synspunkt bakkes op af en embedsmand i Frederiksborg, der fortæller om, hvor vigtigt det har været at mødes med repræsentanter for alle kommunerne i den nye Region Hovedstaden i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler:

”Altså, det er klart, at mennesker, jeg kender godt i et samarbejde, mange af dem kan jeg holde kontakt med via mail. Men hvis du ikke har et fysisk møde med dem eller en fortid, hvor du har mødt dem, så kan du ikke håndtere det kun på mail. [...] Så bliver det sådan noget volapyk. For i vores sprog ligger der jo også nogle udtryk, som ikke er verbale, når man skal kommunikere med hinanden og have en forståelse for hvad det var, vi aftalte. Ellers får du ikke det der ejerskab.” (Embedsmand, Frederiksborg)

En sygehuslæge i Frederiksborg ser ligeledes inddragelse af de sundhedsprofessionelle som en forudsætning for at få implementeret nye initiativer i diabetesbehandlingen på en ordentlig måde. I modsætning til praksiskonsulenten er han dog mere optaget af, hvilke praktiske konsekvenser det kan få, hvis de sundhedsprofessionelle ikke inddrages i beslutningerne om fx implementering af shared care gennem forløbsbeskrivelser:

”De største problemer i forhold til diabetesbehandlingen er at få lavet et nyt system, en ny organisation som bedre kan imødekomme den epidemi af type 2-diabetes, som kommer. Min bekymring er, at hvis man er for hurtig til at implementere nogle initiativer uden at få alle med, så tror jeg ikke at man får succes. [...] Min bekymring går på, om beslutningstagerne får lyttet til de rigtige mennesker, inden de tager nogle beslutninger, som de ikke kender konsekvenserne af. [...] Man kan få noget meget fornuftigt ud af det, hvis man tager det lidt med ro og sørger for at få uddannet

personale i praksis og få logistik ind i klinikkerne, inden man begynder at tage nogle principbeslutninger, om hvem der må gå hvor i systemet.”
(Sygehuslæge)

Selvom denne læge har været medlem af det amtslige diabetesudvalg og konkret været involveret i at udforme forløbsbeskrivelser for diabetesbehandlingen i amtet, oplever han det som problematisk, at der på ledelsesmæssigt plan træffes ‘principbeslutninger’ – dvs. beslutninger om, hvornår patienter skal kontrolleres i henholdsvis almen praksis og på diabetesambulatorier – uden at de følges op af beslutninger om de praktiske forhold, der skal gøre det muligt at føre principperne ud i livet. Da jeg spørger ham, om ikke diabetesudvalget var et forum, der skulle sikre inddragelse af de sundhedsprofessionelle, forklarer han, at diabetesudvalget har fungeret mere som et rådgivende organ, og derfor har sygehusledelserne ikke været forpligtet på at overholde de anbefalinger, diabetesudvalget kom med.

Dialog og medinddragelse i diabetesudvalgene er med andre ord ikke tilstrækkeligt til at sikre, at der træffes beslutninger, som de sundhedsprofessionelle føler sig inddraget i. Nogle embedsmænd påpeger, at en sådan mangel på ejerskab hos de sundhedsprofessionelle kan gøre det meget vanskeligt at få beslutninger om nye tiltag til at blive til virkelighed:

“Det altafgørende er ejerskabet. Altså, de fleste eksperter ved jo godt, at der er noget, der hedder det muliges kunst. Men det skal gå i retning af deres ideelle fordring. Hvis eksperterne ikke synes beslutningen er fornuftig, så kan vi beslutte nok så meget, hvor jeg sidder, eller ovenover hvor jeg sidder, men så vil det have en meget svær gang på jord. Altså, det vil møde den der konstante træghed i implementering og udførelse. Det skal give mening for dem, der skal leve med det til daglig, ellers så holder det ikke.” (Embedsmand, Frederiksborg)

‘Ejerskab’ er således et positivt værdiladet ord, der bruges af både embedsmænd og klinikere til at beskrive ‘den rigtige’ og ønskværdige måde at udføre forandringer på. Dette perspektiv ligger i tråd med concordance-tanken, hvor patientens oplevelse af meningsfuldhed i forhold til behandlingen ses som en forudsætning for en succesfuld behandling (se kapitel 1). I forhold til implementering af aftalerne i praksis, anlægger nogle embedsmænd dog et perspektiv, der ligger tættere på compliance-tanken, hvor forudsætningen for en god behandling er, at patienten forstår og følger lægens råd uden slinger. Embedsmændene ser således en mere direkte ledelsesmæssig styring som forudsætning for at skabe forandring. I Vejle Amt har dette fokus på ledelse som vejen til implementering konkret ført til oprettelsen af Programledelsen for diabetes, som har fungeret sideløbende med diabetesudvalget. Den tidligere programleder fortæller her om samarbejdet mellem de to instanser:

“Diabetesudvalget skulle snakke fagligt, og Programledelsen skulle implementere. Dvs. diabetesudvalget skulle lægge frem, hvad der var det rigtige, og Programledelsen skulle sørge for, at det rigtige blev gennemført. Hvis diabetesudvalget siger: Vi kan ikke leve uden øjenscreening. Det er der faglig evidens for, det skal vi have. Så skulle Programledelsen sørge for, at der også kom øjenscreening.

Der er således en klar arbejdsdeling mellem de to instanser, og her ses en ledelsesmæssig komponent som en forudsætning for at skabe forandring. Det kommer også til udtryk, da programlederen videre forklarer om ledelselementet i Programledelsen:

“Formanden for diabetesudvalget har jo været en overlæge, men for Programledelsen har det været en sygehusledelsesperson. Dvs. at man putter meget mere ledelseskraft på, ved at det er en sygehusledelsesrepræsentant, der har formandskabet. Så på den måde, der er nogle stærke signaler i at man siger, det her er faktisk vigtigt, og det er noget sygehuse skal tage alvorligt.”

Interviewer: “Så efter din mening, så har det amtslige diabetesudvalg haft en faglighed, men i og med at der var en Programledelse, er der nogle ting, der nemmere kunne bæres ind i systemet?”

“Ja, det er min påstand. Det har der været. Der har været en goodwill fra amtets side i forhold til de anbefalinger. Fordi den har været ledelsesmæssigt forankret.” (Programleder, Vejle)

Ledelse ses således som en forudsætning for, at anbefalinger tages alvorligt af sygehusledelserne, og er samtidig med til at give ‘goodwill’ i den amtslige sundhedsforvaltning – et forhold, der kan være afgørende for at skaffe økonomiske bevillinger til at gennemføre forandringer i praksis. Embedsmændene ser da også ofte dårlig eller manglende ledelse som forklaring på, at aftaler, der blev vedtaget, ikke blev ført ud i livet. Det kommer eksempelvis til udtryk, da diabetesudvalgsformanden forklarer, hvorfor det planlagte sårcenter i Frederiksborg Amt ikke er realiseret:

“Den sårenhed, som var aftalt oprettet, kom aldrig op og stå. Der er jeg ked af, at man ikke fra ledelsesside tog mere fat i og sagde til den medicinske funktion: ‘Det kan godt være, at I siger, der ikke er kommet penge, men der er faktisk beregnet, at det skulle I ikke have, for I har fået sengene og fået plejepersonale’. Så indirekte havde de fået pengene, men de brugte dem bare ikke efter hensigten. Der kunne jeg godt have ønsket mig ‘ledelses-power’, at direktionen gik ind og sagde til funktionsledelsen på det medicinske område: Kom så i gang, og vi vil se den i morgen! Vi havde det oppe flere gange med diabetesudvalget, og nogle af hospitalslægerne, der sad der, kom fra den funktionsenhed, som havde funktionen, og de syntes jo ikke, at der var penge til det. Men der var der rent faktisk, for man havde beregnet, at de ikke skulle have et yderligere tilskud udover det, der var blevet tilført med sengene. Så det synes jeg, var lidt ærgerligt.” (Diabetesudvalgsformand, Frederiksborg)

Selvom sygehuslægerne fra den relevante enhed har deltaget i dialogen i diabetesudvalget, ser udvalgsformanden den manglende implementering af beslutningen som et resultat af, at sygehuslægerne ikke har gjort, som de har fået besked på. For udvalgsformanden ville løsningen derfor være, at sygehusledelsen trådte til og gennemtvang forandringen. Ser man dette eksempel ud fra et mere teoretisk perspektiv, viser det hvordan manglende forandringer nemt blive reduceret til manglende compliance hos de ansatte i relation til ledelsens påbud. Dette er uhenigtsmæssigt, idet det begrænser

løsningerne til enten "pisk eller gulerod". Set i et concordance-perspektiv, bliver fokus i stedet et spørgsmål om, at de involverede sygehuslæger ikke oplevede beslutningerne som meningsfulde – måske fordi den manglende tildeling af ønskede økonomiske ressourcer ville betyde at andre kerneopgaver måtte tilsidesættes, eller måske fordi de oplevede det som en nedvurdering af deres faglige kompetencer – og derfor heller ikke følte et personligt ansvar over for at føre dem ud i livet. Concordance-perspektivet peger således på andre forandringsværktøjer end "pisk og gulerod".

Det lader således til, at diabetesudvalgene kan være drivkraft bag at skabe forandringer, i det omfang en arbejdskonsensus kan nås, og alle parter kan få noget værdifuldt ud af forhandlingen om ressourcer. Derved kan der skabes tillid mellem parterne og en følelse af personligt ansvar for at føre aftalerne ud i livet.

Inddragelse af fagfolk øger således tilslutningen til beslutningerne og legitimerer aftalerne over for politikerne. Samtidig ses en mere klar ledelsesmæssig komponent i Programledelsen som noget, der kan få både sygehusledelse og amtet til at være mere positivt indstillet over for at følge anbefalingerne.

6.2 Den økonomiske velvilje

Især de sundhedsprofessionelle lægger vægt på de økonomiske forudsætninger for at forandringer kan ske. De ser fælles aftaler som vigtige, men de har kun ført til konkrete forandringer, fordi der er fulgt penge med. Eksempelvis påpeger flere sygehuslæger, at delekontrolaftalen har medført bevillinger til ekstra stillinger på diabetesambulatorierne. Praksiskonsulenterne fremhæver, at delekontrolaftalen har medført, at der blev lavet en § 2-aftale om honorering af de praktiserende læger for at gennemføre ekstra kontroller og blev bevilget penge til at frikøbe alle amtets praksislæger til de undervisningsarrangementer, der – som vist i kapitel 5 – også spillede en stor rolle for at skabe opbakning til delekontrolaftalen fra begge sektorer.

6.2.1 Hænder, udstyr og implementering

Først og fremmest gør både sygehuslæger og praktiserende læger i undersøgelsen opmærksom på, at de forandringer, som planlægges og beskrives i de forskellige amtslige handleplaner og aftaler, kun kan gennemføres, hvis der er hænder nok til at løfte opgaven. I Vejle Amt har aftalerne om tidlig opsporing og delekontrol medført, at arbejdspresset er steget mærkbart på diabetesambulatorierne, fordi der diagnosticeres flere diabetikere, og med delekontrollen skal alle diabetikere pludselig kontrolleres på ambulatoriet 2 gange om året. Det kommer eksempelvis frem i et interview med en sygehuslæge:

"Vi har fået en ekstra overlægestilling for en 3 år siden, og det har selvfølgelig hjulpet meget godt i en kort periode, men så fandt vi så ud af, at der kom flere og flere patienter ind, så vi står her virkelig og har lange ventetider, altså jeg har 5 måneders ventetid. Der kan findes enkelte tider før, men så skal jeg tage dem som ekstrapatienter, og så går det ud over den øvrige endokrinologi. Så vi er virkelig trængt – hvis vi skal leve op til det her, så skal vi have 1-2 overlæger mere plus en uddannelsesstilling plus en yngre læge... – vi har jo også uddannelsespligt overfor de læger, der skal i praksis. Så det koster mange penge, men ud fra DRG-taksterne, så ville man også kunne tjene folks løn ind, det har man prøvet at kigge

på, men tingene er ligesom gået lidt i stå på grund af regionsdannelsen... Vores afdelingsledelse er udmærket klar over problemstillingen, og til næste år er der ansøgt om at få de bevillinger ind, som Programledelsen er kommet frem til – i hvert fald i et vist omfang. Om det kommer igennem, ved vi ikke, men vi står midt i suppedasen i øjeblikket.” (Sygehuslæge)

Denne læge oplever således, at anbefalingerne om at intensivere opsporingen og behandlingen har gjort det vanskeligt at efterleve anbefalingerne om at kontrollere diabetikerne med 3 måneders mellemrum – simpelthen fordi der ikke er hænder nok til at løfte opgaven. På trods af, at han har været med til at beskrive behovet for arbejdskraft i kraft af sit medlemskab af Programledelsen, har der manglet politisk eller ledelsesmæssig vilje til at ansætte de nødvendige folk. Han kan derfor ikke løse den opgave, som han selv har været med til at definere, uden det går ud over hans øvrige arbejdsområder. Til gengæld fremhæver han, at amtet har bevilliget penge til et ekstra ydernummer til en øjenlæge, således at ventetiden til kontrol af diabetikernes øjne kan nedsættes. På nogle områder er det således lykkedes at få tilstrækkeligt med hænder til at efterleve anbefalingerne.

En sygehuslæge i Frederiksborg Amt oplever ligeledes, at manglen på hænder kan gøre det umuligt at leve op til sundhedsmyndighedernes anbefalinger. Han fortæller, at lægerne på hans afdeling har fået trumfet igennem over for ledelsen, at hver konsultation skal være længere, og begrundet det således:

”Det var simpelthen, fordi vi ikke havde tid nok. Du har selv oplevet i dag, at der skal ikke ret meget relevant ekstra snak til, før tiden er overskredet. [Så] det var noget, vi aftalte på mellemliderniveau. Vi sagde, at vi ikke ville acceptere, at vi skal se så mange patienter på så kort tid. Og vi vil heller ikke acceptere, at vi ser dem for sjældent. I forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger så ser vi jo kun patienterne 3 gange om året, og de siger 4 gange om året.” (Sygehuslæge)

Konsultationerne kræver tid, fordi patienterne ofte har andre problemstillinger (eller sygdomme), end der relaterer sig til selve diabetesbehandlingen. I en af de overværede konsultationer hos denne sygehuslæge skal en patient eksempelvis ud at rejse og har mange spørgsmål om medbringelse af kanyler, rejseforsikringer ved kronisk sygdom osv. En anden patient hos samme sygehuslæge er svært depressiv og bryder grædende sammen under konsultationen. Tiden skrider derfor hurtigt, når der kun er afsat 15 minutter til en konsultation. Det kan således være vanskeligt at honorere tidskravet og samtidig leve op til anbefalingerne om kontrol 4 gange årligt, hvis der ikke er tilstrækkeligt med læger til at udføre kontrollerne. Manglen på tid i den konkrete konsultation er imidlertid også et problem i forhold til diabetesbehandling, fordi livsstilsrådgivning er en tidskrævende opgave, sådan som denne læge gør opmærksom på:

”Hvis du selv som behandler ikke er levende til stede, så mister du muligheden for at komme med et pædagogisk input [til patienten]... Og gør man ikke det, så når man ingen steder, så uddannelse af behandlere i kommunikation er utrolig væsentlig for at få en succes ud af det. Også tidsmæssigt at have den tid, der skal bruges. Ting tager tid, og det gør den pædagogiske proces også, og du skal hele tiden være opmærksom

på, om du har en mulighed for at sætte en pædagogisk proces i gang. Jeg kan sagtens lire en konsultation af på 5 minutter og så 'ud med dig', men det får patienten ikke noget som helst ud af. Hvis de skal have noget med hjem, så skal du have tid til at tænke og føle og gøre en indsats." (Sygehuslæge)

Behandlingen af diabetes kræver således både en kvantitativ og en kvalitativ indsats – at patienterne ses et bestemt antal gange om året, og at der i konsultationerne er tid til at tage sig af både medicinering, livsstil og de forhold i patientens øvrige liv, som påvirker eller påvirkes af sygdommen. Det er en positiv ting, at delekontrolaftalen er blevet fulgt op af en aftale om honorering af diabeteskontrollerne i almen praksis. De sundhedsprofessionelle ser det derfor også som en personlig anerkendelse af deres faglige kompetence, når de får økonomisk kompensation for at løfte nye eller mere besværlige arbejdsopgaver:

"Økonomien betyder selvfølgelig også noget, fordi hvis man skal tage sig af diabetes, så er det også noget, der tager lang tid, hvis det er de her mål, der skal opfyldes, som ligger i den nye samarbejdsaftale. Så tager en konsultation lang tid. Og der var Vejle Amt jo langt fremme, fordi de lavede en særlig aftale med os med en særlig ekstra honorering til 3 gange normal konsultationstakst for at varetage de her kontroller, så der var de altså meget fremsynede. Og honorerede det ekstra tidsforbrug, det var, så det ikke er ren faglig stolthed, at man tog sig af den her opgave. Men det var også honoreret svarende til ens tidsforbrug." (Praksislæge)

Mange af sygehuslægerne og embedsmændene gør opmærksom på, at det ikke kun kræver tilstrækkeligt med arbejdskraft at føre handleplaner ud i livet – det kræver også investeringer i udstyr og tid til at lære at bruge det. Det gælder ikke kun for praktisk udstyr som it-programmer, men også fx forløbsprogrammer, som aktørerne skal lære at bruge. For aktørerne er det problematisk, når der ikke gives bevillinger til sådanne ting:

"Så tror jeg også, at det er væsentligt, at man har øje for, at når man starter sådanne ting op, så ligger der en opstartsfasen. Så vil der være nogle omkostninger ved det. Altså, det er fuldstændig ligesom hvis man får et nyt it-værktøj, så tager det altså lidt tid, inden man bliver dus med at bruge det, og sådan er det egentlig også med sådan nogle forløbsprogrammer. Der vil det være godt, hvis man accepterer, at omkostningerne er lidt tungere lige i starten – i begge sektorer i virkeligheden, sådan så at man lige får det pudset af og får det ind under huden. [...] Implementeringen af sådanne nye tiltag, dem har vi nok lidt tendens til at glemme egentlig koster ressourcer eller tid, eller begge dele. Det tror jeg er vigtigt, og det tror jeg ikke vi er særligt gode til." (Diabetesudvalgsformand, Frederiksborg)

Udvalgsformanden fortsætter med at forklare, at udgifterne til implementering konkret kan bestå i fx at frikøbe praksislægerens tid, så de kan tage imod tilbuddet om at få praksiskonsulenterne ud i praksis og gennemgå deres diabetespatienter, uden at de taber penge på at afsætte tid til det. Praksislægerne i Vejle fremhæver det da også som problematisk, at der ikke er bevilliget penge til opfølgning på undervisningen af

amtets praksislæger på diabetesambulatorierne – ikke mindst fordi mange af praksislægerne er blevet skiftet ud, siden undervisningen blev afholdt. Kendskab skal holdes ved lige, og det kræver penge.

Manglen på bevillinger til de forhold, som er nødvendige for at implementere nye ting, kan imidlertid skabe barrierer, der ikke kun er praktiske. En sygehuslæge fortæller fx, at hans afdeling forgæves har søgt om bevillinger til it-udstyr og programmer til indberetning til NIP-databasen. I stedet har afdelingen fået bevilliget penge til en halvtidsstilling til en sygeplejerske, som nu bruger sin arbejdstid på at indtaste data til NIP. Han oplever samtidig, at de amtslige sundhedsforvaltninger er uvillige til at investere i forskning, hvilket han udtrykker således:

“Jeg kan ikke nok pointere vigtigheden af at stimulere til en personlig udvikling og også kreativiteten – at man prøver at gøre det begribeligt for de bevilligende myndigheder, at de folk, som sætter noget i gang, det er nogle, som er kreative; det er nogle, som vil lidt mere. Så de skal også have rum og luft til at lave nogle andre ting. De skal ikke bare blive tvunget til at køre rutinepræget arbejde, noget som er uinteressant, som folk med lavere uddannelse sagtens kan overtage. [...] Det er ligesom vi er så afhængige af økonomien og produktionen, at forskning – det er kun, hvis det ikke går ud over den daglige produktion. Det er ligesom mantraet, der kører, og det kan jeg også godt forstå, men der synes jeg, at de bevilligende myndigheder må tænke sig mere om og sige: Vil vi forskning, så koster det penge, og på samme måde: Vil vi it-udstyr, så må vi også betale det, det koster – og det er mange, mange flere penge, end man render rundt og forestiller sig. Og man burde altså komme med nogle tal over for politikere og så sige, hvor meget koster det med forskning, hvor meget koster det med uddannelse af praksislæger, hvis vores overlæger skal ud til alle de møder. Så bakker de fuldstændigt ud af det. Det synes jeg er lidt trist.” (Sygehuslæge)

Denne sygehuslæge oplever det således som meget problematisk, at der fra myndighedernes side fokuseres så ensidigt på produktion. Dette fokus kan helt konkret hindre implementeringen af nye tiltag, hvis der fx ikke gives penge til it-udstyr, men det kan også ødelægge de sundhedsprofessionelles arbejdsglæde, fordi alle muligheder for kreativitet og faglig udfoldelse reduceres til et absolut minimum. Det ph.d.-forskningsprojekt, som førte til udarbejdelsen af den nuværende delekontrolaftale i Vejle Amt, var støttet økonomisk af sundhedsforvaltningen. I betragtning af den betydning, som projektet tillægges af både sygehuslæger og praksislæger for, at der har været tilslutning til aftalen, kan investeringer i relevante forskningsprojekter således have stor indflydelse på de sundhedsprofessionelles oplevelse af meningsfuldhed i deres arbejde.

Økonomien er en forudsætning for, at der er hænder nok til at løfte opgaverne, at den rette teknologi kan tages i brug, og for at en egentlig implementering af forandringer – både tekniske og samarbejdsræssige – kan finde sted. Det koster penge at sætte folk sammen i et rum, og det tager tid at lære at bruge nye procedurer. Men tildelingen af økonomiske ressourcer spiller også en mere overordnet rolle for, hvordan de sundhedsprofessionelle opfatter deres arbejde. Gives der ikke penge til forskning, uddannel-

se og undervisning, opleves det af de sundhedsprofessionelle som manglende anerkendelse og demotiverende, simpelthen fordi en spændende del af jobbet forsvinder.

6.2.2 Spillet om bevillinger

For både embedsmændene og sygehuslægerne kan det imidlertid være svært at gennemskue, hvad der skal til for at skaffe bevillinger til et område. Og de gør sig mange tanker om, hvilke årsager der ligger til grund for manglende bevillinger. En sygehuslæge ser eksempelvis kampen om bevillinger som et væsentligt motiv til, at hans sygehus har forsøgt at beholde tilladelsen til at behandle gravide diabetikere, selvom det ikke er et universitetshospital:

“Overordnet set er et sygehus, der kan byde på nogle specielle funktioner, jo mere attraktivt end et sygehus, der ikke kan. Så har du en funktion, og så kan du noget, som ingen andre kan. Det vil altid gøre dine muligheder bedre for at få bevillinger igennem, helt sikkert.” (Sygehuslæge)

Opfattelsen af, at bevillinger tildeles gennem et ‘spil’, som handler mere om politiske signaler og økonomi end om visioner for bedre behandling, kommer også frem, da en sygehuslæge fra Vejle fortæller om manglende bevillinger til et fodcenter. Han mente at have fået en forhåndslovning på, at bevillingen ville blive givet, og står derfor uforstående overfor, at de politiske vinde pludselig er skiftet, og føler det som et stort nederlag alligevel ikke at kunne opgradere behandlingen af fodsår. Han allierer sig derfor med en anden sygehuslæge, der også brænder for sagen, og forsøger at lægge pres på ledelsessystemet, sådan som han fortæller om her:

“Det viser sig så, at [navn], som er overlæge nede på Kardiologisk center, han er jo en meget dynamisk mand, og inden pengene er givet, så starter han bare selv noget op og ansætter en fodterapeut i nogle timer. Det er så underforstået, at det må han selv finde ud at finansiere, indtil der er givet penge til det. Han ansætter så en meget dygtig fodterapeut, som også var en meget aktiv medarbejder i at skrive fodafsnittet i den her handleplan. Og så presser jeg [programleder] mange gange for at få en lokalløsning. Jeg presser også vores egen afdelingsledelse. De har flere møder, og der kommer ikke noget ud af det, og så den fodterapeut, der er ansat ved diabetesambulatoriet i Kolding – jeg er ikke engang sikker på, at det er korrekt, det jeg siger nu – men jeg tror nok, at hendes ansættelse flyttes til fodcentret i Kolding, så de nu får 2 x 8 timer i fodcentret, at fodterapeuten i diabetesambulatoriet fjernes, og vi får ikke vores fodterapeut, så det er den endelige løsning. Det samme antal fodterapeuttimer næsten som der hele tiden har været. Ingen bedring. Fodområdet lagt i mølposen for denne gang efter min opfattelse.” (Sygehuslæge)

Da jeg i et interview med en embedsmand fra sundhedsforvaltningen i Vejle Amt spørger til de manglende bevillinger, forklarer han, at det skyldtes rent budgettekniske forhold omkring strukturreformen: Amterne blev i 2006 – samtidig med at der var skattestop – ikke kompenseret for nogle store udgifter på sundhedsområdet. Regionerne fik så kompenseringsen året efter. Det medførte, at alle amter teknisk set gik fallit i 2006 og

derfor var nødt til at låne penge for at kunne betale deres udgifter. Som følge af dette blev allerede bevilligede projekter standset for at undgå en yderligere forgældelse. Embedsmanden forklarer, at dette havde meget direkte indvirkning på diabetesområdet:

“Det betød, at økonomiudvalget begyndte at sige nej til alt. [...] Det blev en hindring for diabetesprogrammet, fordi der var nogle anbefalinger på et område, der skulle gøres noget ved, og det var forebyggelse af benamputationer. Dvs. man skulle have fodterapeuter og nogle særlige ortopæder, dem der laver sko. [...] Der var så anbefalinger af screening, forebyggelse og behandling af den diabetiske fod. Og i den forbindelse, så gik man ind og pegede på, at den del skulle oprustes på sygehusene, og der skulle afsættes nogle flere penge til det, og det blev der ikke.

Interviewer: “Men de andre ting, som er anbefalet i [handleplanen], dem var der økonomiske bevillinger til?”

“Ja, men det er, fordi det har været en trinvis opbygning. Der hvor den sluttede økonomisk, det var her i 2006. Så de sidste ting, der kom med, det blev der sagt nej til – en stor del af det. Men de øvrige ting, de er gået igennem.” (Embedsmand, Vejle)

Embedsmanden giver udtryk for, at den økonomiske nedprioritering af en bestemt del af handleplanen i Vejle Amt, nemlig forebyggelse af benamputationer, skyldes ydre forhold, og altså ikke en politisk uvilje over for selve projektet. Det interessante ved denne historie er, at sygehushægen fra forrige citat tydeligvis ikke er klar over, eller i hvert fald ikke ser det som relevant, at ydre omstændigheder har været medvirkende til, at bevillingen ikke gik igennem. I stedet søger han forklaringen i manglende interesse og/eller vilje hos enkeltpersoner i forvaltningen, hvilket han oplever som manglende anerkendelse af hans og hans kollegaers initiativ og hårde arbejde med at realisere anbefalingerne i den amtslige handleplan. Men selv for de personer, der er direkte involveret i forhandlingen om økonomiske ressourcer, og som derfor kender årsagerne til bevillingsafslaget, kan det opleves frustrerende, når der ikke gives bevillinger til at realisere anbefalingerne, sådan som den tidligere Programleder her fortæller om:

“Så havde vi en anbefaling om den diabetiske fod, der kunne vi ikke få en bevilling til at starte det op. Det lykkedes ikke at få det fra Vejle Amt. Det handler simpelthen om nogle processer, der skete hen i løbet af efteråret, og Vejle Amt kom i underskud, og økonomiudvalget i Vejle Amt havde ikke mulighed for at bevilge flere, pengeskassen lukkede i juli 2006, der faldt den mulighed for at følge den anbefaling. Det var lidt en bet, det havde været rigtig godt at sætte det punktum. Det var bare ikke sådan mulighederne var. [...] Det har været skuffende for nogen, men vi er også aktører i et politisk system, og det må man være ydmyg over for. Politikerne var jo ligeså trætte af, at de sad i den klemme.” (Programleder, Vejle)

Men de sundhedsprofessionelle oplever også ind i mellem, at de kan påvirke de økonomiske forhold, hvis de kan gennemskue spillet om bevillinger. Det kommer eksempelvis frem, da denne praksiskonsulent fortæller, hvordan praksiskonsulentordningen på diabetesområdet kom i stand i Frederiksborg Amt:

”Problemet var så, at da der så skulle ansættes [praksiskonsulenter], så var det jo som altid, at der gives jo ikke de bevillinger, der bedes om. Og i stedet for at bede om noget mere og så få det, vi skulle bruge, så var der nogen, der bare gav sådan et skrabet budget. Diabetesskolen skulle være der, så man havde ikke penge til diabeteskonsulenterne og heller ikke til honoraraftalen [til almen praksis]. Men kvalitetsudviklingsudvalget bevilligede så 3 diabeteskonsulenter 2 timer ugentligt for at have nogle personer som en slags kontaktpersoner. I anden budgetperiode blev der så lagt nogle flere penge i det, og man fik lavet honoraraftalen, men konsulentordningen kom stadigvæk ikke med. [...] Så maste vi meget på for at få ansat de her konsulenter, og så blev det sådan en sjov budgetløsning: ’Praksislægerne er nok ikke så gode til at bruge [honoraraftalen] i starten. Så sparer man nogle penge der. Og så kan de penge overføres til konsulenterne’. Elastik i metermå!” (Praksiskonsulent)

Praksiskonsulenten ved godt, at i spillet om bevillinger gives der ofte færre midler, end der bedes om. Hvis man vil have midler til nogle bestemte ting, må man derfor spille spillet korrekt, og bede om mere, end man egentlig har brug for. Samtidig oplever han, at der kan overføres penge mellem de forskellige ’pengekasser’ i amtets sundhedsforvaltning, og at man på den måde kan nå det formulerede mål om at ansætte praksiskonsulenter, uden at pengene egentlig er sat af til det fra starten.

6.3 Opsummering

Diabetesudvalgene kan være medvirkende til at skabe forandringer, i det omfang aktørerne kan nå frem til en arbejdskonsensus, og alle parter kan få noget værdifuldt ud af forhandlingen om ressourcer. Derved kan der skabes tillid mellem parterne og en følelse af personligt ansvar for at føre aftalerne ud i livet. Inddragelse af fagfolk øger således tilslutningen til beslutningerne og legitimerer aftalerne over for politikerne. Samtidig ses en mere klar ledelsesmæssig komponent, fx i Programledelsen, som noget der motiverer både sygehusledelse og amtets sundhedsforvaltning til at arbejde mod opfyldelse af anbefalingerne.

I diabetesudvalgene mødes imidlertid kun enkelte overlæger og de mest dedikerede praksislæger (i form af praksiskonsulenter). Det er derfor stadig vigtigt at lave arrangementer, hvor også menige praksislæger og sygehuslæger kan deltage samtidig, så de kan lære hinanden at kende og skabe en bredere arbejdskonsensus, som kan nedtone interesseforskelle i relation til fx tildeling af økonomiske ressourcer. Undersøgelsen illustrerer, at shared care og samarbejdsaftaler er fænomener der bæres af menneskelige relationer. Aftaler, der kun eksisterer på papir, har således ikke megen gyldighed i det sociale rum, som shared care forudsætter – det kræver både håndtryk og øjenkontakt.

Økonomien er en forudsætning for, at der er hænder nok til at løfte opgaverne, at den rette teknologi kan tages i brug, og at egentlig implementering af forandringer – både tekniske og samarbejds-mæssige – kan finde sted. Det koster penge at sætte folk sammen i et rum, og det tager tid at lære at bruge nye procedurer. Men tildelingen af økonomiske ressourcer spiller også en mere overordnet rolle for, hvordan de sundhedsprofessionelle opfatter deres arbejde. Gives der ikke penge til forskning, uddannelse og undervisning, opleves det af de sundhedsprofessionelle som manglende anerkendelse og demotiverende, simpelthen fordi en spændende del af jobbet forsvinder.

7. Fra anbefalinger til virkelighed?

7.1 Konklusion

Denne rapport har undersøgt, hvordan lokale forandringer i diabetesbehandlingen har fundet sted i samspillet mellem klinikere og embedsmænd. Formålet med undersøgelsen har været at anlægge et andet perspektiv på forandring end det perspektiv, der kommer til udtryk i sundhedsmyndighedernes opgørelser over (manglen på) forandringer på diabetesområdet, hvor det udelukkende måles, om anbefalinger efterleves i det ønskede omfang. En sådan rationalistisk tilgang til forandring kan sammenlignes med compliance-tilgangen, der i en klinisk sammenhæng ensidigt fokuserer på, hvorvidt patienterne efterlever lægens anbefalinger, men ikke giver indsigt i, hvorfor og hvordan patienterne egentlig handler. Et alternativ til denne tilgang er concordance, som netop fokuserer på, hvorfor og hvordan handlinger udføres og dermed giver flere muligheder for at forandre tingenes tilstand. I rapporten argumenteres der for, at man med fordel kan overføre concordance-begrebet fra en klinisk sammenhæng til en organisatorisk, hvor fokus ikke er patienters adfærd, men i stedet de udførende aktører på diabetesområdet. Set ud fra en concordance-tilgang, forudsætter forandring, at man aktivt inddrager praktikeres egne opfattelser af, hvad der er vigtigt, og hvad der gør det meningsfuldt for dem at ændre deres praksis.

I analysen anskues forandringer på diabetesområdet derfor ud fra et adfærdsorienteret bottom-up perspektiv, som fokuserer på de processer, der former og forandrer det organisatoriske felt, som diabetesbehandlingen foregår i. Ved at anlægge denne vinkel på problemstillingen og fokusere på de forandringer, som rent faktisk *er* sket i diabetesomsorgen, og på de aktører, som har været drivkræfterne bag, giver denne undersøgelse et billede af, hvordan forandringer finder sted i praksis i samspillet mellem nogle af de væsentligste aktører på diabetesområdet.

I undersøgelsen fokuseres på 3 typer forandringer: Forandringer i den kliniske praksis, forandringer i samarbejdet mellem praksislæger og sygehuslæger og forandringer i de organisatoriske rammer for diabetesbehandlingen. På tværs af disse forskellige forandringer tegner der sig imidlertid nogle generelle temaer, som har vist sig betydningsfulde i skabelsen af de forandringer, der er sket i de to amter.

Meningsfuldhed i det daglige arbejde

Undersøgelsen viser, at for de klinikere, der i hverdagen skal realisere sundhedsmyndighedernes anbefalinger, er det væsentligt, at anbefalingerne tager højde for de praktiske rammer, deres arbejde er defineret af – at der reelt er tid og mulighed for at gøre, som det anbefales. Krav om systematik og ensartethed i behandlingen opleves som relevante, fordi de gør det nemmere for både patienter og læger at huske behandlingsprocedurer. Samtidig kan kravet om systematik føre til en øget arbejdsdeling med andre faggrupper, først og fremmest sygeplejersker. Særligt for praksislægerne i undersøgelsen lader dette til at være en betydningsfuld forandring, fordi det har øget deres muligheder for sparring og støtte i dagligdagen, og gjort det muligt at uddelegere tidskrævende

opgaver, der indholdsmæssigt kolliderer med deres selvforståelse (fx livsstilsrådgivning) til sygeplejersken.

Men som rapportens analyse viser, må anbefalinger også være meningsfulde i forhold til lægernes forståelse af, hvad der er formålet med deres arbejde, hvis de skal kunne blive til virkelighed. De øgede behandlingsmuligheder og opfattelsen af diabetes som en mere alvorlig sygdom har gjort det mere meningsfuldt at øge intensiteten i behandlingen, dels fordi lægen afhjælper et alvorligt problem, og dels fordi den videnskabelige dokumentation letter lægens personlige ansvar for behandlingen ved at sikre, at hans indsats er effektiv og rationel. Analysen viser også, at kliniske vejledninger kan fremme forandring, men kun i det omfang de er baseret på videnskabelig dokumentation og ikke er kompromitteret af økonomiske interesser, der er uforenelig med den videnskabelige objektivitet. Vejledningerne må med andre ord stemme overens med lægens selvforståelse som rationel og objektiv videnskabsmand. Mindst lige så vigtigt er dog at de samtidig må være tilpasset lægens arbejdsvilkår og nemme at anvende i en travl hverdag, hvis de skal kunne fungere som katalysatorer for en ændret behandlingsadfærd.

Lægerne i denne undersøgelse er optaget af at leve op til de forpligtelser, der er centrale i deres professionelle selvforståelse. Forandringer, der fremmer dette, gribes og indarbejdes i vidt omfang af lægerne selv uden udefra kommende påbud, sådan som det eksempelvis er tilfældet med DSAM's vejledning til almen praksis, som mange af de interviewede praksislæger selv har omformet til egne instrukser for diabetesbehandlingen i deres klinik. Forandringer, der derimod gør det vanskeligere at leve op til denne professionelle selvforståelse, udtrykker lægerne mere ambivalens over for. Et eksempel er introduktionen af behovet for livsstilsrådgivning, som i vidt omfang søges udliceret til sygeplejersker.

Hvis anbefalinger skal kunne blive til virkelighed i hverdagens praksis, skal de konkrete forandringer som anbefalingerne udmøntes i, give mening i forhold til en praktisk virkelighed og i forhold til lægernes egen opfattelse af deres professionelle identitet.

Betydningen af personligt kendskab

Undersøgelsen har peget på, at både sygehuslæger og praksislæger ønsker et bedre samarbejde. Men samtidig er de skeptiske over for kravet om at indføre aftaler om shared care. Både praksislæger og sygehuslæger ser det som en unødvendig dobbeltkontrol, der underkender deres faglige evne til at vurdere patientens behandlingsbehov. Samtidig er begge lægegrupper bange for ikke at få patienterne tilbage efter kontrol i henholdsvis almen praksis og diabetesambulatorier. Frygten bunder dels i en næsten mytisk opfattelse af "de andre" som fagligt mindre kompetente og mere motiverede af økonomiske interesser end patientens ve og vel, dels i konkrete erfaringer med patienter, der er blevet henvist for sent (fra almen praksis) eller ikke henvist tilbage (fra sygehusene).

Set i dette perspektiv skyldes samarbejdsproblemerne ikke kulturelle forskelle mellem de to sektorer, som det ellers ofte fremhæves af både læger og embedsmænd. Lægerne i de to sektorer har faktisk meget ens værdier: videnskabelighed, rationalitet, effektivitet og social ansvarlighed. Indførelsen af behandlingstakster (DRG) i sygehusvæsenet har muligvis forstærket den kamp om ressourcer, der er mellem de to sektorer, men det er lige så vel muligt, at systemet har medvirket til at udligne de kulturelle for-

skelle, der måtte have været, fordi patienten nu er blevet den direkte kilde til indkomst i begge sektorer. Et ensidigt fokus på kulturforskelle som årsager til samarbejdsproblemer fjerner fokus fra de reelle årsager til mistilliden: At lægerne i de to sektorer ikke respekterer hinanden fagligt og har økonomisk gevinst ved at holde på deres patienter.

Undersøgelsen viser, at etableringen af personligt kendskab mellem klinikere i almen praksis og på sygehuse har medvirket til at mindske betydningen af modsatrettede faglige og økonomiske interesser og bane vej for mere tillidsfulde relationer mellem aktørerne og dermed resulteret i et bedre samarbejde omkring diabetesbehandlingen. Det personlige kendskab har gjort det nemmere for begge parter at henvise patienter til hinanden, og det har gjort det nemmere for praksislægerne at henvende sig telefonisk til sygehuslæger for at få rådgivning, når de er i tvivl, hvilket kan opleves som en sårbar situation, fordi den jo indebærer en afsløring af manglende faglig indsigt. Herved forebygges unødvendige henvisninger til sekundærsektoren, og de telefoniske henvendelser øger sygehuslægernes tillid til praksislægerne. I de undersøgte forandringer har det således været af stor betydning for samarbejdet mellem praktiserende læger og sygehuslæger – og dermed også for realiseringen af anbefalinger om shared care - at der er blevet etableret rammer, hvor aktørerne har kunnet opbygge meningsfulde faglige relationer til hinanden.

I de to undersøgte amter har selve det at lave en shared care-aftale, hvor grænserne for, hvornår diabetikerne skal gå i hvilken sektor er defineret på forhånd, ikke haft nær samme positive effekt på samarbejdet mellem de to sektorer som de arrangementer, hvor aktørerne har mødtes ansigt til ansigt. Samarbejdsproblemerne handler nemlig ikke primært om, at lægerne er usikre på, hvem der skal gøre hvad. Problemet er snarere, at de ikke stoler på, at den anden part kan løfte opgaven, hvis de ikke har et kendskab til hinanden, der kan overbevise dem om det modsatte. Og det problem løses ikke af formelle aftaler.

Dialog i yderste led og forandringsagenter

I begge amter har praksiskonsulenterne fungeret som betydningsfulde forandringsagenter, der har været arrangører af rammer for gensidige møder mellem læger i de to sektorer. I kraft af deres særlige status som repræsentanter for almen praksis, der ellers er en gruppe af aktører, som er vanskelig for andre instanser at kommunikere med, fordi den ikke har nogen officiel ledelse, har praksiskonsulenterne legitimitet i såvel almen praksis som på sygehuse og i sundhedsforvaltninger. Det betyder, at der er gode chancer for, at mange slutter op om deres initiativer, og at de relativt ubesværet kan formidle information på tværs af grænserne mellem sektorerne.

Undersøgelsen viser, at diabetesudvalgene kan være medvirkende til at skabe forandringer, i det omfang aktørerne kan nå frem til en arbejdskonsensus, og alle parter kan få noget værdifuldt ud af forhandlingen om ressourcer. Derved kan der skabes tillid mellem parterne og en følelse af personligt ansvar for at føre aftalerne ud i livet. Inddragelse af fagfolk øger således tilslutningen til beslutningerne og legitimerer aftalerne over for politikerne. Samtidig kan det tilsyneladende være en fordel med en mere direkte ledelseskomponent, som fx er til stede i Programledelsen i det ene af de to undersøgte amter. Ledelseskomponenten giver en mere formel beslutningskompetence og adgang til de centrale beslutningsarenaer, hvilket kan medvirke til at sikre, at tingene

gennemføres i praksis og ikke bare bliver ved fagfolkenes konsensusbaserede anbefalinger.

I diabetesudvalgene mødes imidlertid kun en enkelt overlæge fra hvert diabetesambulatorium samt de mest dedikerede praksislæger (i form af praksiskonsulenter). Med diabetesudvalg (eller andre faglige udvalg) har man langt fra fat i alle praktikerne, og hvis man overlader opgaven med udvikling af diabetesområdet til medlemmerne i udvalget alene, risikerer man manglende opbakning hos de øvrige praktikere, og at medlemmerne bliver udrændte. Også de menige praksislæger og sygehuslæger må gives mulighed for at lære hinanden at kende og indgå i dialog om det overordnede mål for deres arbejde – og samarbejde – hvis skriftlige aftaler skal have gyldighed for en større gruppe.

Lokalpolitisk prioritering af ressourcer

Tildeling af ressourcer er en forudsætning for, at der er hænder nok til at løfte opgaverne, at den rette teknologi kan tages i brug, og for at en egentlig implementering af forandringer – både tekniske og samarbejdsræssige – kan finde sted. Og det koster penge at afholde undervisningsarrangementer, hvor alle praksislæger i en region skal købes fri til en dags undervisning, ligesom det tager tid at lære at bruge nye computerprogrammer. Som denne undersøgelse også illustrerer, er politisk velvilje over for at give bevillinger til sådanne forhold derfor en væsentlig forudsætning for, at der kan skabes forandringer af diabetesomsorgen i praksis. Det kan være vanskeligt at overbevise regionale politikere om at give penge til ting, der ikke giver umiddelbart målbare resultater, som fx frikøb af almen praksis til undervisning eller praksiskonsulentrådgivning omkring lægemiddelforbrug. Som analysen har vist, så kan sådanne initiativer være helt afgørende for, at anbefalinger bliver til virkelighed. Men samtidig kan sådanne tiltag have svære vilkår i en politisk kontekst, hvor mere synlige tiltag kan have større politisk reklameværdi. Prioritering af sådanne aktør-involverende tiltag forudsætter derfor i høj grad risikovillighed hos politikere, og embedsmænd der har forstået værdien af dialogarbejdet mellem aktørerne og er villige til at arbejde for dette mål.

Samlet set har denne undersøgelse af forandringer af diabetesomsorgen peget på to overordnede forhold, der har haft betydning for realiseringen af anbefalinger i praksis: For det første hvorvidt aktørerne har oplevet anbefalingerne som meningsfulde i forhold til deres daglige arbejde og faglige identitet, og for det andet at aktørerne har kunnet indgå i dialog, hvor personlige relationer kunne etableres og forskellige interesser forhandles. Disse forhold kan ses som udtryk for concordance – at der etableres rum for, at aktørerne kan mødes som ligeværdige parter og diskutere forskellige holdninger, men at der samtidig opnås enighed om mere overordnede mål, som gør den daglige indsats meningsfuld for mange forskellige typer af aktørerne, med forskellige arbejdsvilkår og perspektiver på diabetesområdet. Concordance forudsætter en åben og undersøgende holdning til, hvad der er meningsfuldt for aktørerne, samt at man anerkender det meningsbærende og tillidsskabende potentiale i personlige relationer. Hvis man ønsker at anvende et sådant concordance-perspektiv til mere fremadrettet at skabe forandringer, kan det således være nyttigt at undersøge, hvad der på det aktuelle område opfattes som meningsfuldt af de forskellige aktører der skal føre forandringerne ud i praksis –

både i forhold til deres arbejde og til samarbejdet med andre aktører – og samtidig afsætte økonomiske midler til at understøtte de forhold, aktørerne peger på.

7.2 Forandringer i praksis

Med udgangspunkt i ovenstående konklusion kan nogle forhold fremhæves, der kan tjene som eksempler til inspiration for beslutningstagere og klinikere, der ønsker at arbejde fremadrettet med forandringer ud fra en concordance-perspektiv:

- ◆ Skab rum for dialog og socialt samvær mellem de aktører, der skal realisere anbefalingerne, frem for ensidigt at satse på skriftlig kommunikation og praktiske forhold som fx oprettelse af databaser, telefonhotlines og forløbsbeskrivelser.
- ◆ Inddrag alle aktører i dialogen og undersøg, hvad der er væsentligt for dem i arbejdet med diabetes.
- ◆ Anerkend reelle interessemodsætninger og konflikter som sådanne, frem for at forklare dem som abstrakte kulturforskelle.
- ◆ Kommuniker tilsagn og afslag på forespørgsler om økonomi direkte og til alle involverede aktører på en klar og forståelig måde (gerne via personlige møder), så aktørerne føler sig hørt og anerkendt.

De undersøgte forandringer rummer desuden konkrete eksempler på mulige tiltag:

- ◆ Seminarer for praksislæger, hvor de kan dele praktiske erfaringer med at gennemføre forandringer i almen praksis, fx arbejdsdeling med praksissygeplejerske eller organisering af diabeteskontroller.
- ◆ Samarbejde med faglige selskaber om udarbejdelse af lokalt tilpassede kliniske vejledninger, der er praktisk anvendelige, evidensbaserede og fri for økonomiske interesser, evt. gennem konsulentbistand.
- ◆ Ansættelse af praksiskonsulenter eller styrkelse af den eksisterende funktion. Praksiskonsulenterne skal have mandat og tilstrækkelige ressourcer til at arrangere faglige møder eller undervisningsarrangementer og til at kunne tilbyde personlig rådgivning ude hos praktiserende læger, evt. i samarbejde med lægemiddelenheden i regionen.
- ◆ Etablering af meningsfulde rammer for dialog mellem de forskellige aktører, fx undervisning af almen praksis på diabetesambulatorier eller i bylægelæg, konferencer for alle involverede aktører eller dialogmøder mellem klinikere og regionale embedsmænd.

Litteratur

- 1) Sundhedsstyrelsen (2005a). Det nationale diabetesregister 2005. København: Sundhedsstyrelsen.
- 2) Wiuff, M., Jacobsen, C., Sørensen, T. & Nielsen, M. (2007). Intensiv polyfarmakologisk behandling af patienter med type 2-diabetes i daglig klinisk praksis - en medicinsk teknologivurdering (Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7(6) /DSI rapport 2007.05). København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
- 3) Sundhedsstyrelsen (2005b). Diabetesindsatsen i amterne og H:S. Status marts/april 2005. Udskrivet 25-8-2006b, fra www.sst.dk.
- 4) Grol et al. (2005). Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford: Elsevier Butterworth Heinemann.
- 5) Frederiksborg Amt (2004). Sund 1. Sundhedsplan 2001-2004 Frederiksborg Amt.
- 6) Sundhedsstyrelsen (1994). Diabetesbehandling i Danmark – fremtidig organisering. Redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen.
- 7) Sundhedsstyrelsen (2005c). Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen.
- 8) Pedersen T. (2000). Audit, en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Ugeskrift for Læger 2000; 7. august 2000(32)
- 9) DSAM (2004). Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning. København: Dansk selskab for almen medicin, i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning.
- 10) Green, A., Emneus, M., Christansen, T., Björk, S. & Kristensen, J.K. (2005). The social impact of diabetes mellitus and diabetes care. Report 2: Type 1 diabetes in Denmark year 2001 (Health Economic Papers 2006: 1.) University of Southern Denmark.
- 11) Green, A., Emneus, M., Christansen, T., Björk, S. & Kolding Kristensen, J. (2005). The societal impact of Diabetes Mellitus and diabetes care. Report 3: Type 2 diabetes in Denmark year 2001 (Health Economics Papers 2006:2.) University of Southern Denmark.
- 12) Green, A., Emneus, M., Christansen, T. & Björk, S. (2006). The social impact of diabetes mellitus and diabetes care. Methodology. (Health Economics Papers 2005: 4.) University of Southern Denmark.
- 13) Grøn, L. (2006). Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv Vejle Amts sundhedsforvaltning.
- 14) Weiss, M. & Britten, N. (2003). What is concordance? The Pharmaceutical Journal, 271(7270), s. 493.

- 15) Bissel P, May CR, and Noyce PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a reframed model of health care interactions. *Social Science Med.* 2007; 58(4):851-62.
- 16) Holstein, B.E., Iversen, L. & Kristensen, T.S. (1990). *Medicinsk sociologi* (4. udg.). København: Foreningen af danske lægers forlag.
- 17) March, J.G. (1995). *Fornuft og forandring. Ledelse i en verden beriget med uklarhed* (1. udg.). København: Samfundslitteratur.
- 18) Long, N. (1996). Globalization and localization. New challenges to rural research. I: H.L. Moore (red.), *The Future of Anthropological Knowledge* (s. p. 59) London: Routledge.
- 19) Wackerhausen, S. (2002). Professionsidentitet, lægeuddannelse og humanisme. I: U.J. Jensen, H. Fink, & C.T. Lystbæk (red.), *Humaniora og sundhedsvidenskab* (s. 119-137). Århus: Forlaget Philosophia.
- 20) Jenkins, R. (1996). *Social Identity* (2. udg.). London: Routledge.
- 21) Programledelsen (2005). *Diabetesbehandlingen i Vejle Amt*
- 22) Rasmussen, L.T. & Engberg, L. (2002). *Med strømmen. En kortlægning af arbejdet med funktionsbærende enheder i Danmark*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- 23) Frederiksborg Amt, S. (2000). *Diabetesbehandling. Møde i Sundhedsudvalget 21.03.2000*.
- 24) Frederiksborg Amt (2003b). *Sundhedsvision Nordsjælland – forslag til udflytning af opgaver til praksissektoren*. Planlægnings- og Økonomiafdelingen, Frederiksborg Amt.
- 25) Frederiksborg Amt (2003a). *Handlingsplan for den fremtidige behandling af type 2-diabetikere i Frederiksborg Amt*. Planlægning og forebyggelsesafdelingen, Frederiksborg Amt.
- 26) Lægeforeningen (2008). *Beskrivelse af forløbsydelsen for diabetespatienter*.
- 27) Sundhedsstyrelsen (2007b). *Kommissorium for Sundhedsstyrelsens Diabetesfølgegruppe*.
- 28) Beck-Nielsen, H., Henriksen, J.E., Hermansen, K., Dudal Madsen, L., de Fine Olivarius, N., Mandrup-Poulsen, T.R. et al. (2000). *Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling*. Fra en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Intern Medicin i samarbejde med Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk selskab for almen medicin (Klaringsrapport Nr. 6 2000). København: Lægeforeningens Forlag.
- 29) CEMTV (2003). *Type 2-diabetes: Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling* (*Medicinsk Teknologivurdering* 2003; 5(1)). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- 30) Vedsted, P., Olesen, F., Hollnagel, H., Bro, F. & Kamper-Jørgensen, F. (2005). *Almen lægepraksis i Danmark. Om funktion, love, administration og udvikling*. Tidsskrift for praktisk lægegerning og Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.

- 31) Sundhedsstyrelsen (2003). Målbeskrivelse for turnus. fra <http://www.sst.dk/upload/spiralbog.pdf>.
- 32) Grøn, L., Obel, J. & Bræmer, M.H. (2007). Tovholder i praksis. En antropologisk undersøgelse af praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. DSI-rapport 2007.04. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- 33) Jacobsen, E.T. & Søgaard, J. (2002). Praktiserende lægers holdninger til og brug af kliniske vejledninger generelt og DSAM's kliniske vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom. København: Institut for Sundhedsvæsen (nu Dansk Sundhedsinstitut).
- 34) Thorsen, T. & Mäkela, M. (1999). Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. DSI-rapport 99.05. København: Institut for Sundhedsvæsen (nu Dansk Sundhedsinstitut).
- 35) Kallerup, H., Mabeck, C.E. & Maunsback, M. (1999). "Den motiverende samtale" forebyggelse og det vigtige læge-patient forhold. Ugeskrift for Læger, 161(40), s. 5588-5590.
- 36) Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing. New York: Guilford Press.
- 37) Det almenmedicinske Kvalitetsprojekt (2005). DAK – D. Shared Care (Patientforløb) (Afsluttende rapport 2005 – 2. udg.). København: Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg for almen praksis.
- 38) Beck-Nielsen, H. (2003). Organisation af diabetesbehandlingen i Danmark – nytænkning er nødvendig. Behandlerbladet: Tidsskrift for diabetesbehandling, 13(17), s. <http://www.diabetes.dk/wm4826>.
- 39) de Fine Olivarius, N. & Lauritzen, T. (1994). Samspejlet mellem almen praksis og diabetesambulatorierne i Danmark. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 72, s. 353-361.
- 40) Sundhedsstyrelsen (2007a). Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen.
- 41) Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). Handlingsplan om diabetes. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- 42) Ellis, R.P. (1997). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics, 17, s. 537-555.
- 43) Ankjær-Jensen A, Rath MB. Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter. DSI-rapport 2004.08. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2004.
- 44) Dahler-Eriksen, K., Damgaard Nielsen, J., Flensted Lassen, J. & Olesen, F. (1998). Tværsektorielle behandlingsprogrammer – et eksempel på det samarbejdende sundhedsvæsen. En kommenteret oversigt. Ugeskrift for Læger, 160(35), s. 5021-5024
- 45) Diabetesudvalget i Vejle Amt (1999). Diabetesbehandlingen i Vejle Amt – nutid og fremtid. Vejle.
- 46) Anderson, S. (2000). I en klasse for sig. København: Gyldendal Uddannelse, Socialpædagogisk Bibliotek.

- 47) Goffman E. (1959) The presentation of self in everyday life. London: Penguin Books.
- 48) Kjellberg, J., Sørensen, J., Hansen, J., Andersen, S., Avnstrøm, L. & Borgstrøm, L. (2007). Almen praksis som koordinator – en international belysning. DSI-rapport 2007.02. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Bilag Oversigt over vejledninger, anbefalinger og statusopgørelser

Dette er *ikke* en komplet oversigt over samtlige udsendte vejledninger og anbefalinger på diabetesområdet, men derimod en opridsning af de væsentligste dokumenter på området og deres hovedpointer.

1981: "Sukkersyge. Organisation af undersøgelse og behandling". Sundhedsstyrelsen

Overordnede anbefalinger:

- ◆ Samarbejdet mellem sygehusvæsenet og den primære sektor skal organiseres bedre.
- ◆ Der skal etableres diabetesambulatorier i hvert amt.
- ◆ Gravide skal behandles på landscentre og børn på børneafdelinger med diabetes-team.
- ◆ Patienter skal have undervisning i egenomsorg.
- ◆ Sundhedsprofessionelle skal have tilbud om videreuddannelse.

1994: "Diabetesbehandling i Danmark". Sundhedsstyrelsen

Overordnede anbefalinger:

- ◆ Intensiveret undervisning af patienter i egenomsorg.
- ◆ Forbedring af samarbejdet mellem sygehusvæsenet og primærsektoren – såkaldt shared care – herunder bl.a. indførelse af diabetesbog eller vandrejournale og ansættelse af praksiskonsulenter på ambulatorier.
- ◆ Styrkelse af videre- og efteruddannelse for behandlere.
- ◆ Systematisk screening for senkomplikationer som fx for højt blodtryk, fodproblemer og øjensygdomme.
- ◆ Behandling af gravide diabetikere på landscentre og behandling af børn på børneafdelinger med specielle diabetesteam.
- ◆ Kvalitetsvurdering ud fra monitorering og evaluering af opnåede mål i lokale tiltag (udføres af amtslige diabetesudvalg).

2003: "Handlingsplan om diabetes". Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Overordnede anbefalinger:

- ◆ Patientens egenomsorg skal styrkes, specielt i forhold til at gennemføre livsstilsændringer.
- ◆ Senkomplikationer skal forebygges og hyppigheden af svære senkomplikationer (blindhed, amputationer, medfødte misdannelser hos børn af diabetiske mødre mv.) reduceres.

2003: "Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling". Center for Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV)

Overordnede anbefalinger:

- ◆ Der bør bruges kræfter på at skabe en ensartet organisation og struktur, som sikrer sammenhængende patientforløb med løbende kontroller og dermed en kontinuerlig opfølgning på det enkelte patientforløb. Dette kan kun gøres med en velstruktureret koordinering og et tæt samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren og på tværs af amter (s.19).
- ◆ Intensivering af den kliniske case-finding i almen praksis via uddannelse, kliniske retningslinier og optimering af apparatur (s. 20).
- ◆ Type 2-patienter med åreforkalkning og/eller øget udskillelse af protein i urinen bør tilbydes polyfarmakologisk behandling.
- ◆ Der bør laves systematisk screening for diabetisk øjenssygdom med fundusfotografering (s. 21).
- ◆ Vejledning om vægttab, regelmæssig motion og rygeophør bør udgøre et basistilbud i al behandling af type 2-diabetes.
- ◆ Alle type 2-patienter bør gives mulighed for undervisning i egenomsorg (s. 22).
- ◆ Der bør laves videnskabelige undersøgelser af non-farmakologisk behandling, herunder dennes organisation, betydningen af de enkelte komponenter og samspillet imellem dem.

2001: "Diabetes – hvordan efterleves faglige og organisatoriske anbefalinger?". Evalueringscenter for Sygehuse (ECS).

Konklusioner:

- ◆ 5 amter og H:S lever i rimelig grad op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1994.
- ◆ Tilrettelæggelse af undersøgelse, behandling og undervisning af patienter med diabetes varierer stærkt mellem amterne.
- ◆ Kvalitetssikring af indsatsen for diabetespatienter er ikke systematisk gennemført.
- ◆ 6 amter har ikke indført screeningsprogrammer for risikopatienter, fx regelmæssig øjenundersøgelse.
- ◆ Næsten alle amter har nedsat diabetesudvalg.
- ◆ Næsten alle amter har centraliseret behandling og kontrol af diabetiske mødre.
- ◆ Sundhedsstyrelsen har varetaget den koordinerende rolle i overensstemmelse med de fremsatte anbefalinger.

Anbefalinger:

- ◆ Arbejdet med udviklingen af den kliniske database DADIVOX bør opprioriteres.
- ◆ Alle amter bør iværksætte en øget indsats for kvalitetsudvikling på diabetesområdet.
- ◆ Spørgsmålet om diabetesambulatoriernes befolkningsunderlag bør fortsat indgå i de samlede overvejelser om den fremtidige kvalitet.

- ◆ Der bør iværksættes drøftelser af, hvordan opfølgning på faglige anbefalinger fremover bør varetages
- ◆ Arbejdet i det enkelte amt med implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør fremmes mest muligt
- ◆ Det fremhæves afslutningsvis, at ansvaret for implementering af faglige anbefalinger er entydigt placeret hos de amtslige sundhedsmyndigheder, og centrale myndigheder og ledelser og afdelings- og klinikniveauet bør derfor ransage egen indsats for at afdække årsagerne til den manglende implementering.

2004: "Type 2 diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning". Dansk selskab for almen medicin

Vejledningen fastlægger kriterier for opsporing, diagnosticering og behandling af diabetes, herunder

- ◆ hvilke risikogrupper den praktiserende læge bør tilbyde undersøgelse for diabetes
- ◆ hvilke typer blodprøver der skal tages for at fastslå diagnosen
- ◆ at patienter med nedsat glukosetolerans (såkaldt metabolisk syndrom), årligt følges op med fornyet undersøgelse for diabetes
- ◆ at den ny-diagnosticerede diabetiker udredes med en samlet risikovurdering i forhold til eventuelle komplikationer af sygdommen, og der lægges en plan for behandlingen
- ◆ at diabetikeren kommer til kontrol hver 3. måned og at der herudover foretages en årlig status over behandlingen
- ◆ at den praktiserende læge henviser til øjenlæge ved diagnostidspunktet og sikrer sig at diabetikeren regelmæssigt går til kontrol hos denne
- ◆ at den praktiserende læge overvejer henvisning til diætist og statsautoriseret fodterapeut
- ◆ ved komplicerede problemstillinger eller når lægen/patienten oplever et behov, anbefales det at gøre brug af det lokale diabetesambulatorium
- ◆ gravide diabetikere bør altid henvises til det lokale diabetesambulatorium

Specielt i forhold til samarbejde og kvalitetssikring imellem sundhedssektorerne anbefaler vejledningen, at der udarbejdes koordinerede aftaler og beskrivelser af sammenhængende patientforløb mellem kommune, primærsektor og sekundærsektor, og der refereres til delekontrolaftaler, diabeteskoler og brug af diabetes-vandrejournal i nogle amter (9).

I forhold til den enkelte praksis fremhæves det at konsultationssygeplejersker med uddannelse i diabetes med fordel kan overtage langt de fleste af diabeteskontrollerne, samt at "der er god evidens for, at alene det at have et diabetesregister hvor diabetikere er registreret bidrager til overblik og bedret behandling" (9).

2005: "Diabetesindsatsen i amterne og H:S. Status marts/april 2005". Sundhedsstyrelsen

Konklusioner:

- ◆ Alle amter har oprettet diabetesteams, men de opfylder ikke alle steder SST's anbefalinger til den faglige sammensætning.
- ◆ 2 amter har ikke ansat praksiskonsulenter.
- ◆ I 7 amter kan der henvises direkte fra praktiserende læge til diætist og sårcenter.
- ◆ 4 amter har indgået § 2-aftale med almen praksis.
- ◆ De amtslige diabetesudvalg refereres som centrale i amternes opfølgings- og implementeringsaktiviteter, men 2 amter har ingen centrale opfølgingsaktiviteter på de amtslige beslutninger på diabetesområdet.
- ◆ 7 amter har igangsat centrale aktiviteter omkring opsporing af type 2-patienter.
- ◆ 3 amter har kun undervisningstilbud til patienter der er tilknyttet diabetesambulatoriet.
- ◆ 9 amter har centrale retningslinjer for placering af ansvar for det enkelte behandlingsforløb.
- ◆ 7 amter har etableret shared care-aftaler mellem sygehusafdelinger og almen praksis.
- ◆ 1 amt har et centralt indkalde- og opfølgningssystem.
- ◆ 12 amter har etableret screeningsprogrammer for senkomplikationer
- ◆ 5 amter har en central indsamling af kvalitetsdata. Der er stor variation i typen af data der indsamles.
- ◆ 3 amter har epidemiologisk opfølgning på diabetesområdet

Hvordan skabes forandringer i praksis?

Forandringer i diabetesbehandlingen

“Det, der får mig til at ændre mig, det er for det første [at] jeg får et ton patienter ind, som jeg pludselig skal styre. Så skal der være et forskningsmæssigt tiltag, så jeg ved, at denne her behandling er det, som forskerne ville anbefale i dag. Sådan rent ærsmæssigt vil jeg meget gerne give den bedste behandling.”

“Hvis man kender hinanden og bare respekterer hinanden lidt, og man mødes, så overlægen ved, hvem de praktiserende er og omvendt, så bagtaler man ikke hinanden. Er der et sygehus, hvor man bagtaler en praktiserende læge, så vil den praktiserende læge i hvert fald ikke sende flere patienter derind.”

Rapportens analyser viser, at sundhedspersonalet opfatter behandlingsforandringer som positive og relevante, når de er praktisk anvendelige og stemmer overens med deres professionelle værdier.

Rapporten påpeger tillige, at samarbejdsproblemer mellem almen praksis og sygehuse ikke skyldes kulturforskelle, men snarere en kombination af manglende kendskab til hinanden og modsatrettede faglige og økonomiske interesser mellem sektorerne. Begge disse barrierer for samarbejde kan mindskes ved at aktørerne simpelthen lærer hinanden at kende, og det kan ske gennem samarbejdsfora som diabetesudvalg, lokale undervisningstiltag og brug af praksiskonsulenter. Dermed skabes personlige relationer mellem sundhedspersonale i praksissektor og specialister på sygehuse, som kan bane vejen for et mere tillidsfuldt forhold. Praksiskonsulenter og diabetesudvalg kan dermed fungere som forandringsagenter, forudsat at de tildeles tilstrækkeligt mandat og økonomisk råderum til at kunne omsætte fælles visioner for diabetesbehandlingen til praksis.