

Diabetespatienters oplevelser og ønsker til mødet med sundhedsvæsenet i og på tværs af sektorer

- En interviewundersøgelse blandt borgere med type 2 diabetes



Diabetespatienters oplevelser og ønsker til mødet med sundhedsvæsenet i og på tværs af sektorer - En interviewundersøgelse blandt borgere med type 2 diabetes

©DEFACTUM, Region Midtjylland, juli 2021

Rapporten er udarbejdet af:
Anne Sophie Steen Boisen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N
E-mail: defactum@rm.dk
Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion.....	4
1.1	Formål med undersøgelsen	4
1.2	Design og metode	5
1.3	Præsentation af interviewpersoner	6
2	Hverdagen som diabetespatient.....	7
2.1	Hvad er vigtigt for dig?	7
2.2	Kontakten til sundhedsvæsenet	8
3	Borgernes oplevelser af forløbet	10
3.1	Mødet med de sundhedsprofessionelle	10
3.2	Overordnet vurdering af forløbet.....	13
3.3	Forbedringspotentialer set med borgernes øjne.....	14
4	Hovedpointer fra interviewene.....	18
5	Opmærksomhedspunkter.....	20

1 Introduktion

1.1 Formål med undersøgelsen

Midtklyngen i Region Midtjylland¹ har igangsat et projekt om udvikling af en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde omkring borgere med type 2 diabetes. I projektet arbejdes der med fire indsatser, der på hver sin måde vil bidrage med perspektiver, der er relevante, når en sådan model skal udvikles. Denne undersøgelse udgør 'Indsats 3' i det samlede projekt.

Helt centralt i behandlingen og rehabiliteringen inden for diabetes står den ændrede organisering af behandlingen fra 2017. Denne ændring har medført, at langt de fleste borgere med type 2 diabetes i dag skal behandles via deres egen læge. Det betyder, at kontakt til et diabetesambulatorium (for de borgere som har behov for en intensiveret indsats) typisk vil være tidsbegrænset til få måneder, mens borgerens behov for fortsat behandling og kontrol derefter skal foregå i almen praksis.² På grund af den ændrede organisering af diabetesforløbene er det relevant at se nærmere på, hvordan borgere, der 'flytter' fra den specialiserede behandling i et diabetesambulatorium til behandling hos den praktiserende læge og i kommunalt regi, oplever denne forandring i deres relation til de sundhedsprofessionelle. En undersøgelse heraf kan bidrage med at belyse nuværende udfordringer og forbedringspotentialer.

Formålet med denne undersøgelse er at få indblik i de tanker, ønsker og forbehold borgerne har omkring den ændrede organisering af diabetesbehandlingen. Desuden skal undersøgelsen afdække borgernes oplevelser i mødet med de sundhedsprofessionelle og endelig deres idéer til eventuel forbedring af det fremtidige samarbejde på tværs af sundhedssektorer. Målet er at sikre, at borgernes perspektiv involveres i udviklingen af den fremtidige samarbejdsmodel vedrørende diabetesbehandling i Region Midtjylland.

Med afsæt i ovenstående, har projektgruppen i samarbejde med DEFACTUM formuleret følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke tanker, ønsker og forbehold har borgere med type 2 diabetes i forhold til den nuværende organisering af diabetesbehandlingen, hvor de hurtigere overgår fra diabetesambulatoriet til kontrol i almen praksis?
- Hvilke oplevelser har borgere med type 2 diabetes i mødet med de sundhedsprofessionelle i hhv. diabetesambulatoriet, almen praksis og kommunerne – herunder, hvordan opleves det tværsektorielle samarbejdet?
- Hvilke idéer og forslag har borgere med type 2 diabetes til en eventuel forbedring af deres forløb og samarbejdet på tværs af primær og sekundær sektor?

¹ Hospitalsenhed Midt, Viborg, Skive og Silkeborg kommuner samt almen praksis i klyngen

² Sundheds- og Ældreministeriet (2017). Den nationale diabeteshandleplan. https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Den-Nationale-Diabetes-Handlingsplan/2National%20diabetes-handlingsplan.pdf

Besvarelsen af de tre undersøgelsesspørgsmål skal danne grundlag for at pege på konkrete fremadrettede opmærksomhedspunkter, som kan understøtte den fremtidige samarbejdsmodel og dermed styrke det tværsektorielle samarbejde om diabetesbehandlingen til gavn for både borgerne og sundhedsprofessionelle.

Denne rapport indeholder resultaterne fra undersøgelsen. Undersøgelsen er gennemført i tæt samarbejde med styregruppemedlem Anne Bendix Andersen og projektleder Kathrine Hald.

1.2 Design og metode

Undersøgelsen er baseret på en række individuelle interviews med borgere med type 2 diabetes bosiddende i Midtklyngen. Metoden er valgt med henblik på at sikre et dybdegående indblik i borgernes individuelle oplevelser og perspektiver på kontakten til forskellige dele af sundhedsvæsenet som diabetespatient. Interviewene har taget afsæt i en eksplorativ tilgang³ med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Overordnet har interviewene handlet om, hvordan borgerne oplever deres hverdag som diabetespatient, og hvad der er vigtigt for dem. Temaerne i interviewene har bl.a. omfattet kontakten til de sundhedsprofessionelle, brug af kommunale tilbud, ændringer i kontaktmønstre, oplevelse af tværsektorielt samarbejde, tovholder i forløbet og idéer til forbedringer.

Grundet indledende udfordringer i forhold til rekruttering af interviewpersoner har det været nødvendigt at justere både design og rekrutteringsstrategi undervejs i projektperioden. Den endelige rekruttering foregik i samarbejde med Nyræklinikken på Hospitalsenhed Midt i Viborg, da en del af deres patientgruppe har type 2 diabetes⁴, samt almen praksis. I alt indgik ni interviewpersoner i undersøgelsen. Målsætningen var at opnå en bred sammensætning af interviewpersoner med hensyn til bl.a. alder, køn, bopæl og hvor de er i deres sygdomsforløb.

Alle interviews blev gennemført som telefoninterviews og blev med interviewpersonernes samtykke optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Datamaterialet blev analyseret på tværs ved hjælp af meningskondenserende analyse, hvor udsagn kondenseres og sammenfattes under flere overordnede temaer⁵ (afsnit 2-4).

Undersøgelsen blev afsluttet med et dialogmøde, hvor interviewresultater blev omsat til fremadrettede opmærksomhedspunkter. På mødet deltog DEFACTUM, styregruppemedlem Anne Bendix Andersen, projektleder Kathrine Hald samt to⁶ af de borgere, som har indgået i interviewundersøgelsen. Vi har fundet det væsentligt at inddrage borgerne i dette sidste led af undersøgelsen, således at deres stemme står centralt i både dataindsamlingen og slutprodukt. Resultaterne fra dialogmødet er sammenfattet i rapportens afsnit 5.

³ Den eksplorative tilgang tager afsæt i fænomenologisk metode: Kristensen, D. B. (2011). Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. I Vallgård, S. & Koch, L. (Red), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4 udg. s. 182-205). København: Munksgaard

⁴ Seneste måling af hhv. eGFR og urin-albumin-kreatinin-ratio frem til 1.1.2019 i Midtklyngen viser, at ca. 25 % af patienterne med type 2 diabetes har tidligere eller nuværende albuminuri >30 med mindst én forhøjet måling inden for de seneste 6-7 år. Dertil har ca. 20 % af patienterne med type 2 diabetes haft nedsat nyrefunktion eGFR <60. Kilde: Upublicerede data fra ph.d.-projekt ved Anders Aasted Isaksen.

⁵ Kvale, S. (1997). *InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag

⁶ Oprindeligt var tre interviewpersoner inviteret til at deltage i dialogmødet, men det var afbud fra den ene på dagen.

1.3 Præsentation af interviewpersoner

I nedenstående tabel ses interviewpersonernes baggrundsoplysninger. Fordelingen er opgjort i afrundet procent, og antallet af borgere er angivet i parentes. Som det fremgår af tabellen er særligt mænd, aldersgruppen 60-79 år (heraf størstedelen på efterløn/pension) og borgere i Viborg kommune overrepræsenteret i undersøgelsen. Da rekrutteringen som nævnt har stødt på udfordringer, har vi dog fundet det relevant at inddrage alle interesserede interviewpersoner med henblik på at opnå et datamateriale af en vis størrelse.

Interviewpersonernes baggrundsoplysninger	
Køn	
Kvinder	22 % (2)
Mænd	78 % (7)
Alder	
40-49 år	11 % (1)
50-59 år	0 % (0)
60-69 år	44 % (4)
70-79 år	44 % (4)
Bopælskommune	
Silkeborg	0 % (0)
Skive	22 % (2)
Viborg	78 % (7)
Beskæftigelse	
I arbejde	22 % (2)
Flexjob	11 % (1)
Efterløn/pensioneret	67 % (6)
Tidspunkt for type 2 diabetes diagnose	
1-5 år siden	33 % (3)
6-10 år siden	22 % (2)
11-20 år siden	11 % (1)
> 21 år siden	33 % (3)

2 Hverdagen som diabetespatient

Dette afsnit beskriver interviewpersonernes hverdag som diabetespatienter. Herunder hvad de hver især fremhæver som vigtigt i hverdagen i forhold deres diagnose samt den kontakt de har til sundhedsvæsenet.

2.1 Hvad er vigtigt for dig?

Med henblik på at understøtte borgerne bedst muligt i deres håndtering af diabetesdiagnosen, er det væsentligt at belyse, hvad der er vigtigt for dem i deres hverdag. Derfor blev interviewpersonerne indledningsvist bedt om at sætte nogle ord på dette.

Interviewene giver et indtryk af, at det ikke er den løbende kontakt til sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle, der er omkring interviewpersonerne, der primært optager dem. Kun én interviewperson fremhæver det at have kompetente sundhedsprofessionelle til at hjælpe med at håndtere diagnosen, som det mest centrale i hverdagen som diabetespatient:

Det [vigtigste for mig] er, at det er professionelle folk, der ved, hvad de har med at gøre. Ganske enkelt. Der er jo gode mekanikere og dårlige mekanikere og nogle midt imellem. Det er forskel på kompetencer i alle brancher. Det er jo et spørgsmål om erfaring og deres evner i det hele taget.

For de øvrige interviewpersoner er det især kosten og blodsukkeret, som er i fokus. De italesætter, at kosten, herunder at de tænker over, hvad de indtager, er vigtigt i hverdagen som diabetespatient. For nogle kan det være en udfordring at finde en balance med hensyn til kosten, hvilket gør at deres diabetes fylder meget i bevidstheden:

Jeg vil jo nødtigt have en forværret diabetes. Derfor prøver jeg – jeg understreger prøver – at passe på med sukkertallet. Det er selvfølgelig noget, man skal vænne sig til. Det er da en ekstra opgave, man har fået i livet. [...] det kan da være en svær størrelse at have med at gøre.

Andre understreger, at selvom de tænker over, hvad de indtager, er diagnosen ikke noget, der fylder for dem i hverdagen:

Jeg tænker sådan set ikke over det. Jeg tager de piller jeg skal (griner), og så møder jeg op en gang i kvartalet. Ellers så prøver jeg på at leve sundt og spise lidt salat, som man nu gør.

Løbende medicinsk behandling bliver af flere interviewpersoner også omtalt som en vigtig del af hverdagen, herunder at der er store udgifter forbundet med medicinen. Enkelte nævner ligeledes motion. Undervejs i interviewene blev der åbnet op for flere perspektiver på, hvad der er vigtigt for interviewpersonerne, som uddybes i de følgende afsnit.

2.2 Kontakten til sundhedsvæsenet

Diagnose og kontrolordning

Som det fremgår af tabellen i afsnit 1.3 er der stor variation i, hvornår interviewpersonerne har fået stillet deres type 2 diabetesdiagnose. Tre af de ni interviewpersoner har været i kontakt med et diabetesambulatorium i forbindelse med, at de fik stillet diagnosen. To af dem var tilknyttet ambulatoriet i nogle måneder, før de overgik til almen praksis, mens én af interviewpersonerne fortsat er tilknyttet ambulatoriet. De resterende interviewpersoner har på intet tidspunkt været tilknyttet et diabetesambulatorium. Diagnosen er typisk blevet stillet af den praktiserende læge.

Alle interviewpersoner går til regelmæssig kontrol i sundhedsvæsenet i forbindelse med deres diabetes. Organiseringen af kontroller er imidlertid ikke ensartet. Nogle af de interviewpersoner, som er tilknyttet nyreklinikken eller diabetesambulatoriet, fortæller, at det er på klinikken/ambulatoriet, at deres diabetes bliver kontrolleret. Vedkommende, som er tilknyttet diabetesambulatoriet, går også til regelmæssig kontrol i almen praksis, mens de andre ikke har faste diabeteskontroller i almen praksis. Der er blandt disse interviewpersoner forskellige opfattelser af samspillet mellem klinikken/ambulatoriet og den praktiserende læge, og hvem der har hvilke ansvarsområder. En interviewperson uddyber, at det fungerer således, at kontrollen foregår i klinikken, mens den praktiserende læge har ansvar for justering af medicin:

[...] hver gang de [nyreklinikken] får blodprøver, så undersøger de jo alt. Så siger de til mig, når jeg kommer derned ugen efter, om det er galt, eller ikke er galt. Hvis det er galt, så får jeg besked på at kontakte lægen, fordi det er ham, der styrer medicinering. Jeg har ikke nogen decideret ting, hvor jeg er oppe ved ham for at blive kontrolleret.

Interviewperson er dermed selv ansvarlig for at kontakte den praktiserende læge, hvis nyreklinikken vurderer, at det er nødvendigt. Andre interviewpersoner er mere usikre på, hvilke opgaver, der er placeret hvor, men antager, at de får besked, hvis de skal indkaldes til en ekstra kontrol, eller der er noget, der skal ændres:

Lægen meddeler... ej, det er så primært diabetesambulatoriet, der meddeler lægen, hvis der er noget, der skal ændres i medicinering fx [...] Det kan jeg ikke rigtig definere for dig. Jeg får bare besked fra lægen eller ambulatoriet, hvis der er noget, jeg skal ændre.

De øvrige interviewpersoner går alle til diabeteskontrol i almen praksis. Her er det enten lægen, der varetager kontrollerne hver gang eller en sygeplejerske. I de tilfælde, hvor det er en sygeplejerske, er det ofte sådan organiseret, at sygeplejersken inddrager lægen ved behov, og dertil er der én årlig kontrol hos lægen. Nogle tilses dog efter eget udsagn kun af sygeplejersken. Én af interviewpersonerne har desuden en årlig kontrol hos en øjenlæge.

Brug af kommunale tilbud

Størstedelen af interviewpersonerne oplyser, at de ikke har gjort brug af kommunale tilbud i forbindelse med deres diabetesdiagnose. Kun én af disse interviewpersoner husker at have modtaget information om tilbuddene, mens de øvrige fortæller, at de ikke har fået informationen eller ikke husker, hvorvidt de er blevet informeret om det. Ingen af disse interviewpersoner har savnet nogen former for tilbud fra kommunen eller information herom, som nedenstående eksemplificerer:

Det ved jeg ikke noget om, om der er specielle tilbud [til diabetespatienter i kommunerne]. Det har jeg ikke hørt noget om. [...] Det er ikke noget, jeg savner.

Blandt begrundelserne for ikke at anvende de kommunale tilbud er bl.a., at interviewpersonerne vurderer, at de selv eller pårørende har tilstrækkelig viden om diabetes, at kurser 'ikke er noget for mig' eller at de føler, at de har kontrol over deres diagnose:

[...] det [kommunale tilbud] tror jeg ikke er aktuelt, fordi som du kan forstå nu, så tror jeg, det virker godt. Måske så godt, som det kan komme til at virke. Jeg føler ikke, at der er nogle løse ender.

Tre af interviewpersonerne har benyttet kommunale tilbud enten i form af diætist, informationsmøde om diabetes, motionshold eller løbende kontakt med en sygeplejerske. Nogle af dem uddyber dog, at det først var i forbindelse med en anden diagnose, langtidssygemelding eller lægeskift, at de fik information om tilbuddene. De forskellige tilbud bliver vurderet som værende udbytterige, på nær hos en af interviewpersonerne, som selv valgte at afbryde et forløb hos en diætist, da tilbuddet ikke levede op til forventningerne. Blandt disse tre interviewpersoner, som har benyttet de kommunale tilbud, er der forskellige ønsker og forslag til forbedringer i relation til tilbuddene. Dette uddybes under afsnittet om forbedringspotentialer (afsnit 3.3).

3 Borgernes oplevelser af forløbet

I det følgende uddybes de oplevelser, som interviewpersonerne har i forbindelse med deres diabetesforløb. Herunder hvordan de oplever mødet med de sundhedsprofessionelle i de forskellige sektorer, sammenhæng i forløbet og samarbejdet blandt sundhedsprofessionelle. Dernæst er en opsamling på interviewpersonernes overordnede vurdering af forløbet og slutteligt deres ønsker og idéer til forbedringer.

3.1 Mødet med de sundhedsprofessionelle

Undervejs i dette afsnit bliver interviewpersonerne forskellige ønsker og idéer til forbedringer berørt. Disse bliver kort nævnt i nedenstående, og dernæst bliver de uddybet i det særskilte afsnit om forbedringspotentialer set med borgernes øjne (afsnit 3.3).

Det generelle billede fra interviewene er, at interviewpersonerne er tilfredse og positive omkring det samarbejde, de har med sundhedsprofessionelle i både hospitalsregi, almen praksis og kommune i forbindelse med deres diabetes. Til trods for at nogle interviewpersoner ville fortrække at gå til kontrol i et diabetesambulatorium (uddybes i afsnit 3.3), angiver alle interviewpersoner, at de er trygge ved den nuværende kontrolordning, de har i forhold til deres diabetes. En interviewperson fortæller eksempelvis:

Jeg synes, det er helt fint, at sygeplejersken, som jeg plejer at være inde ved, hun er rigtig godt inde i det hele og virker som om, at hun har god tid til at snakke om det, hvis der er nogle ting. Så hende er jeg helt tryk ved. [...] Det er en fin ordning, at hvis der er noget, der skal ændres med min medicin, så får jeg en tid hos lægen.

Flere interviewpersoner tilføjer, at de tidligere har oplevet, at kemien mellem dem og den sundhedsprofessionelle, som de typisk blev tilset af, ikke var god, eller at interviewpersonen ikke har vurderet, at der var tilstrækkelig erfaring og kompetencer til stede. Dette har ført til skift af læge eller sygeplejerske enten i samråd med klinikken eller på egen hånd:

Jeg havde læge i [bynavn], og jeg havde en idé om, at jeg selv skulle komme og sige, hvad der var galt, fordi der var ikke noget initiativ derfra. Det var også sygeplejersken dernede der sagde, at jeg skulle stoppe med Metformin og starte på noget andet. Det var ikke lægen. Så tænkte jeg, at det var på tide, jeg skulle skifte læge. [...] Der [i den nye praksis] er ligesom lidt mere, at de gerne vil gøre noget sådan, at jeg får det bedre. Den følelse havde jeg ikke før.

Relationen til de sundhedsprofessionelle er således en vigtig faktor for interviewpersonerne, og flere udtrykker tilfredshed med, at problematikker bliver drøftet i fællesskab. Eksempelvis fortæller interviewpersonen, som både går til regelmæssig kontrol i diabetesambulatoriet og ved den praktiserende læge, at han på et tidspunkt overvejede udelukkende at gå til kontrol hos den praktiserende læge, men at de i samråd har besluttet, at den dobbelte kontrol fortsætter. Interviewpersonen uddyber:

Jeg tror, de [diabetesambulatoriet] har haft problemer med at finde den rigtige arbejdskraft. Det er så blevet bedre. For et års tid siden var jeg lige ved at skifte 100% til lægen, men det var de andre, der skulle være specialister. Der er kommet en ny kvindelig læge i diabetesafdelingen, og hun er bare rigtig god. [...] Jeg

har i samråd min egen læge besluttet at forblive der. Det betyder ikke, at han slipper mig. Han følger mig stadigvæk. Det er en dobbelt sikkerhed. Det er meget tilfredsstillende, synes jeg.

Som citatet endvidere viser, er interviewpersonen tilfreds og tryk ved den dobbelte kontrol. Ifølge ham giver det en ekstra sikkerhed at blive fulgt af ambulatoriet, da de opfattes som værende 'specialisterne'. Dette begrundes han bl.a. med, at diabetesambulatoriet har reageret anderledes på nogle prøvesvar end den praktiserende, og har sendt ham til yderligere undersøgelse, som den praktiserende læge ikke fandt nødvendige. Øvrige interviewpersoner vurderer også, at der er mere specialiserede kompetencer til stede i diabetesambulatoriet, mens andre angiver, at de ligeledes opfatter personalet i almen praksis som specialiserede inden for diabetes:

[...] den sygeplejerske, som har med det at gøre, er meget inde i diabetes. Min egen læge siger: "Hun ved sgu mere end mig om det". [...] hun har lært de andre sygeplejersker en masse om det. Og er der nogen spørgsmål, så dukker hun op – hende som er den egentlige specialist på det på den klinik, jeg kommer.

Flere interviewpersoner fastslår desuden, at de sætter pris på, at det er det samme personale, de møder hver gang til kontrol:

Ja, det betyder noget, at det er den samme læge, fordi man kommer til at kende hinanden, og hvad det drejer sig om. Sådan noget som det der [diabeteskontrol] duer ikke, når det er forskellige læger hver gang. Det er ikke særlig effektivt. Det tror jeg ikke. [...] Det er jo fordi, de ikke har mulighed for at følge én så nøje. [...] Der er selvfølgelig nogle skriftlige notater, men det er ikke det samme, som når man taler med folk og kender deres problemer.

Det er dog ikke tilfældet alle steder, at det er det samme personale, hvilket ikke er noget, der problematiseres blandt de pågældende interviewpersoner. En interviewperson udtrykker i den forbindelse, at det ikke er forventeligt i et presset sundhedsvæsen:

[...] det er sgu forskellig [personale] hver eneste gang. Det er det. De er jo nok også presset. Det er sjældent, at det er den samme to gange i træk. [...] de ved jo, hvad de snakker om, og de kan se på computeren, hvad der er sker.

Til trods for at ikke alle interviewpersoner mener at have fået information om fx kommunale tilbud til diabetespatienter, indikerer interviewene generelt, at interviewpersonerne føler, at sundhedspersonalet har givet dem den grundlæggende information om deres diagnose. Nogle interviewpersoner påpeger imidlertid, at de har savnet lidt mere information om følgesygdomme og støttemuligheder.

Tovholder

I undersøgelsen er interviewpersonerne blevet spurgt ind til, hvorvidt det opleves at have en tovholder – en person der fx koordinerer aftaler og er ansvarlig for opfølgning – i deres diabetesforløb. Den ene del af interviewpersonerne svarer, at de selv eller pårørende varetager tovholderfunktionen. Heraf kunne nogle af dem indimellem savne en tovholder, mens de øvrige ikke finder til nødvendigt:

Det er der ikke nogen, sådan... Det mener jeg heller ikke, at jeg har haft behov for. Helt senil er jeg ikke endnu.

For den anden del af interviewpersonerne gælder det, at de opfatter deres gennemgående sundhedsprofessionelle som tovholder. Dvs. den læge og/eller sygeplejerske, som de typisk er til kontrol hos, hvilket de generelt udtrykker tilfredshed med:

[...] det er nok sygeplejersken [der er tovholder]. Hun er god til at sige ting til mig, sådan, jeg skal. Så gør jeg lidt af det, så det går fint.

Selvom flere af interviewpersonerne opfatter de sundhedsprofessionelle som tovholdere i deres forløb, giver interviewene overordnet et indtryk af, at interviewpersonerne også selv er velinformede om deres forløb og tager ansvar for egen diagnose. En interviewperson formulerer det således:

Den kontrol man går til – og det gælder jo også andre patienter – den er man jo til dels selv herre over at gennemføre. Der er jo mange, der sjusker med det også. Man skal jo vide, at det er en alvorlig sygdom, man har. [...] Altså man må tage ansvar for sit eget helbred og sit eget liv.

En anden supplerer:

Nu er jeg jo lidt en nysgerrig person også, så jeg følger selv med i mine blodprøver, laboratoriets svar og sådan noget. Jeg kan jo stadig se, hvordan det går.

Sammenhæng på tværs og samarbejde blandt sundhedsprofessionelle

Interviewpersonerne giver enstemmigt udtryk for, at oplevelsen af det interne samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle – fx mellem sygeplejerske og læge i almen praksis – er tilfredsstillende. Det er således deres opfattelse, at den nødvendige information bliver videregivet fra den ene part til den anden, og at problemstillinger bliver drøftet:

Så er der jo nogle gange, at når tallene ikke er helt korrekte, så har hun [sygeplejersken] vendt det med lægen, inden jeg kommer. Det føler jeg mig fuldt ud tryk ved.

Flere af interviewpersonerne knytter den positive oplevelse sammen med, at det er de samme sundhedsprofessionelle, de møder fra gang til gang, hvorfor de generelt er velinformede om interviewpersonens forløb.

I forhold til det tværsektorielle samarbejde mellem fx ambulatorie og almen praksis fortæller flere interviewpersoner, at de opfatter samarbejdet som værende godt. De beskriver bl.a., at de har et indtryk af, at de nødvendige informationer om forløbet bliver delt på tværs af sektorer, og de har således ikke haft en følelse af at skulle 'starte forfra' et nyt sted. En interviewperson fortæller:

Lægen [praktiserende læge] får stort set samme dag, eller dagen efter, en rapport om mit besøg [i ambulatoriet], og hvis der er noget for ham, så han skal tage sig af det. Det fungerer godt nok.

Andre interviewpersoner er i tvivl om, hvorvidt der er korrespondance på tværs af sektorer og i så fald, hvordan det fungerer. Dette er dog ikke noget, de oplever som problematisk eller utrygt. Som beskrevet i det foregående er der én interviewperson der forklarer, at han selv fungerer som bindeled mellem ambulatoriet og den praktiserende læge, idet han selv er ansvarlig for at kontakte lægen, hvis besøget i ambulatoriet giver anledning til det. Dette oplever han imidlertid ikke som værende et problem.

Samlet set bærer interviewpersonernes perspektiver på det tværsektorielle samarbejde i diabetesbehandlingen præg af, at overgange mellem sektorer bliver oplevet som uproblematisk. Som afsnit 2.1 beskriver, er det mere dét at skulle leve med og håndtere sygdommen i dagligdagen der fylder for patienterne, end det er det forskellige kontakter i sundhedsvæsenet. En interviewperson formulerer det således:

Dét, der har været problemet, det er mig selv. Det er sådan set ikke så meget de ting, jeg skulle, og de tilbud jeg har fået. Det er mere mig selv. Jeg har svært ved at overholde de der ting og lige det der med, at nu skal jeg spise dét her og ikke dét der. [...] Det er sådan nogle ting. Ikke så meget det med at ligesom blive sendt videre til nogle ting. Det har ikke generet mig. Det synes jeg har gået fint.

3.2 Overordnet vurdering af forløbet

Som de øvrige afsnit indikerer, udtrykker interviewpersonerne, at de overordnet set er tilfredse og trygge ved den behandling, de modtager, samt det netværk af sundhedsprofessionelle, som er omkring dem i forhold til deres diabetes.

Jeg er blevet godt behandlet hele vejen igennem, men der kan jo være andre, der har andre meninger om det. Men nu har jeg jo været heldig, også med de behandlere, jeg har været i forbindelse med. [...] Jeg er godt tilfreds.

Det fungerer fint altså. Det gør det altså. Der er ingen problemer. Hvis der er noget jeg synes, når jeg kommer hjem [fra kontrol], så ringer jeg til dem og får klar besked.

Jeg har ikke noget at brokke mig over. [...] Jamen, der får jeg taget blodprøver én uge, og så er jeg inde få at vide, hvad det består af den næste uge. Så regulerer de enten medicin eller fortæller, at der skal ikke gøres noget. Det kan ikke være anderledes.

Som sidstnævnte citat illustrerer er der blandt interviewpersonerne en opfattelse af, at der er nogle særlige vilkår, som man må indordne sig under som diabetespatient. En anden interviewperson formulerer det således:

Jamen det er jo, som det er med diabetes. Der er jo det, man skal passe på, og hvornår man skal gå til kontrol. Det er jo så det, jeg lever efter. [...] Det kan godt ske, at jeg synes det er lidt – at rende hele tiden i sundhedsvæsenet, men det er jo sådan min [situation] er, men det fungerer jo fint, når jeg kommer afsted.

Andre pointerer, at deres tilfredshed med forløbet også skal ses i lyset af, at de ikke ved, hvilke alternativer de kunne have haft:

Ja ja, men det synes jeg [at jeg er tryk ved kontrol hos egen læge]. Det skal jeg da, hvad søren er alternativet ellers?

Det er jo et spørgsmål om, hvordan det ville være ved en anden [læge], men det her er fint nok, altså.

3.3 Forbedringspotentialer set med borgernes øjne

Den ene halvdel af interviewpersonerne har svært ved at vurdere, hvad der kunne være anderledes ved deres forløb med henblik på at gøre forløbet bedre for dem:

Næ, jeg ved ikke, hvad det skulle være [der kunne forbedres i forløbet]. Min erfaring med hele sundhedsvæsenet både med kræft, med nyrerne og med sukkersyge eller diabetes, der synes jeg, det er godt system, vi har. [...] Jeg føler, at det kører meget smertefrit. Jeg ved ikke, hvad det skulle være, som skulle laves om.

En anden interviewperson supplerer, at der ifølge ham er 'grænser for', hvad man kan forvente af sundhedsvæsenet:

Jeg tror, det kommer til at fungere godt nu. Så godt som man kan forvente med rimelighed. [...] (tænker) altså, hvis man synes, og man føler, at der er greb om tingene på rimelig vis. Der er ikke nogen, der er perfekte. Man skal også være rimelig i sine krav, og jeg har ikke noget, der virker urimeligt, så derfor synes jeg, at det fungerer, som man kan forvente.

Til trods for at disse interviewpersoner ikke umiddelbart kan pege på forbedringspotentialer, giver interviewene et indtryk af, at de ville gøre opmærksom på, hvis der på sigt er noget, som de mener, kan forbedres:

Jeg synes, det fungerer. Hvis jeg kom til at savne noget, så tror jeg, at jeg vil udtrykke mig på en eller anden måde over for enten lægen eller andre.

En interviewperson fortæller i den forbindelse, at han formentlig havde stillet anderledes krav til forløbet, hvis han i stedet havde diabetes type 1:

Nu må det ikke misforstås, som jeg siger det (ler), men kost og motion kan holde det nede. Det gjorde jeg lige efter, jeg fik det konstateret, så fik jeg helt styr på det. Både med motion og alt det der. Hvorimod, hvis det var [diabetes type] 1, så kan godt være, jeg havde banket i bordet og sagt "Nu skal jeg have noget at vide om det. Hvad skal jeg gøre ellers?". Jeg har nok måske taget det lidt mere roligt i og med det er [diabetes type 2], og så jeg har ikke banket så meget i bordet og sagt, at jeg gerne ville høre om det.

Generelt er det vanskeligt for interviewpersonerne at svare på, hvad der kunne skabe et mere sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. Dette giver en indikation af, at interviewpersonerne ikke nødvendigvis tænker de forskellige kontakter til sundhedsvæsenet som et sammenhængende forløb, men nærmere som særskilte aktører/siloer. Ikke desto mindre er der blandt nogle af interviewpersonerne forskellige bud på konkrete forbedringspotentialer, som uddybes herunder.

Tilknytning til diabetesambulatoriet

Gennemgående bliver diabetesambulatorierne omtalt positivt blandt interviewpersonerne. Det gælder både for dem, der har været/er tilknyttet ambulatoriet, men også for dem, som ikke har oplevet at være tilknyttet i deres forløb. Som beskrevet i foregående har flere interviewpersoner et indtryk af, at ekspertisen i diabetesambulatorierne er høj, hvorfor flere havde ønsket, at de blev tilknyttet ambulatoriet, da de fik deres diagnose:

De ved jo garanteret noget mere om det derinde [på diabetesambulatoriet], end en praktiserende læge gør, fordi han har så meget andet, han skal vide noget

om. Det kunne jeg faktisk godt have tænkt mig. [...] Jeg har haft så mange op- og nedture. Det kunne godt være, at det havde været bedre, hvis jeg havde været på ambulatoriet. Det kunne jeg godt forestille mig [...] så tror jeg også, man ville have en følelse af, at der er taget lidt mere hånd om det, og man kom det rigtige sted hen.

En anden interviewperson har en formodning om, at en indledende tilknytning til diabetesambulatoriet ville have opfyldt de behov, som den praktiserende læge og de kommunale tilbud ikke har indfriet i interviewpersonens tilfælde:

Jeg savnede lidt det ambulatorie, hvor man kunne komme ned og lære noget om diabetes. Det tror jeg, at jeg savnede. Jeg ved, at jeg savnede det lidt. Jeg fik bare at vide "[Navn], du har diabetes, og jeg giver dig nogle piller". [...] Så var der diætisten, men jeg kom ned til en lærling og sad dernede. Det fik jeg ikke meget ud af. [...] Selvfølgelig har man en baggrundsviden om diabetes, men jeg manglende at få lidt mere at vide om det. Hvordan man kunne forholde sig til det? Hvor farligt er det at have diabetes?

Andre vurderer, at det ikke nødvendigvis er væsentligt for dem med tilknytningen til ambulatoriet på trods af en formodning om højere ekspertise:

Jamen det – jeg tror faktisk, at det ville være de samme ting de kontrollerer, men ekspertisen er højere på diabetesambulatoriet, vil jeg tro. Så det skal jeg ikke kunne sige, om det ene er bedre end det andet for mig. Det vigtigste det er, at der nogle jeg kan snakke med, der holder lidt øje med det.

Som interviewpersonen udtrykker, er det svært at svare på, om forløbet ville have været bedre, hvis de havde været tilknyttet diabetesambulatoriet, hvilket øvrige interviewpersoner også pointerer. Andre fortæller, at de aldrig har hørt om diabetesambulatorierne, men at de havde takket ja til at blive tilknyttet det i starten af deres forløb, hvis de fik tilbuddet.

Gråzoner – hvem har ansvar for hvad?

En interviewperson fremhæver, at det er en fordel, at diabetesforløbet udelukkende bliver kontrolleret ét sted:

Jeg tror da, at det er fint, at det bliver kørt ét sted fra. [...] Ellers tror jeg det bliver noget rod, hvis der er flere steder, der piller i det.

Som det fremgår af tidligere afsnit, kan der netop opstå tvivl om samspillet og ansvarsfordelingen på tværs af sektorer i de tilfælde, hvor interviewpersonerne er tilknyttet diabetesambulatoriet eller nyreklinikken. Interviewene giver et indtryk af, at det kan forvirre borgerne til trods for, at de ikke umiddelbart italesætter det som et problem. En interviewperson giver dog et konkret eksempel, hvor der er opstået udfordringer:

Der er problemer. [...] der er to instanser, som beskæftiger sig med medicin-sammensætning, og der har jeg problemer med at tåle noget af medicinen, og der vil man se på, om man kan lave en anden sammensætning. [...] Jeg skal øvrigt til egen læge i morgen. Om det er ham, der formidler det, eller om det er diabetesafdelingen. [...] der er nogle gråzoner, men det er begge afdelinger klar over. De har vi talt om.

Der kan således nogle steder være et forbedringspotentiale i forhold til at klargøre rolle- og ansvarsfordelingen på tværs af sektorer. I den forbindelse udtrykker nogle af interviewpersonerne, at det kunne være en fordel med en kontaktperson eller tovholder udover egen læge:

Én, der ved noget om det. Ikke bare at komme til at snakke om vind og vejr. Det kan jeg nok. Men én, der ved en lille smule om diabetes. [...] det giver nok sig selv så også, at det ikke er én, jeg skal sidde og snakke med hver måned eller noget. Men sådan en gang imellem, så man får en reminder om, hvordan det ser ud, og hvordan det kører, og hvad man kan gøre.

Kommunale tilbud

Endelig har flere af interviewpersonerne ønsker til de kommunale tilbud. Nogle af interviewpersonerne nævner, at de har manglet information om relevante tilbud, eller at informationen blev uddybet skriftligt:

Det havde nok været rart, at man var bare oplyst lidt mere om, hvad slags tilbud der er. Altså min læge han lavede en gennemgang på et tidspunkt, hvor jeg sad ved ham i lang tid, men det var så også fint nok, at han viste mig det på computeren, de forskellige tilbud der var, men når jeg kom hjem, så kunne jeg ikke huske halvdelen af det. Det havde måske været fint at få det på en mail eller noget, hvor man havde en oversigt over, hvad man kunne gøre i vores kommune.

Dertil er der forskellige konkrete kurser, som interviewpersonerne efterspørger:

Jeg savner lidt, at man kunne komme til noget, hvor man kunne få nogle idéer til noget mad, fordi man ved jo egentlig godt, hvad man skal spise, men det bliver lidt kedeligt nogle gange. Så det havde været smart at lige gå til noget, hvor man kunne få nogle gode idéer til noget sundt mad og sådan noget. [...] Jeg kunne frygtelig godt tænke mig at komme med til noget motion og noget madlavning. Det ville jeg rigtig gerne, fordi det savner jeg.

Jeg ville da gerne have, at der var nogen, der kontaktede mig og sagt "du har diabetes, vi har de og de ting, som vi kan tilbyde dig". Enten et madhold for diabetesfolk eller en gruppe, hvor man måske kunne komme og snakke om sine erfaringer, eller hvor man kunne komme ud og lære noget decideret om diabetes. Jeg tror, at det var dét, jeg manglede. Hvad diabetes faktisk gør ved kroppen.

Som det fremgår af citaterne ses der et potentiale i at mødes med andre diabetespatienter, hvor erfaringer kan deles. Flere andre interviewpersoner fremhæver også gruppebaserede tilbud, som noget de gerne vil have mere af:

Så er det supergodt i forbindelse med diabetes, at man kommer sammen med andre med diabetes, fordi så har man en fælles baggrund og kan snakke om nogle ting. [...] Det er sådan noget af det, jeg egentlig savner. At have nogle andre at gøre nogle ting sammen med og få nogle idéer fra til både motion og madlavning og i det hele taget, hvilke udfordringer andre har. Det havde været rart. Så havde man lidt mere fællesskab om det.

En anden interviewperson supplerer, at diabetespatienter med fordel kunne inviteres én gang årligt til et informationsmøde:

Jeg vil så sige, at jeg har fået en orientering af kommunen om diabetes, og hvad det betyder. Det har jeg været glad for, fordi jeg kan godt lide at have en forståelse for tingene [...]. Jeg tror, det vil være godt, hvis man kunne få det gentaget eller suppleret én gang om året fx. Det ville være rigtig godt. Så man hele tiden bliver hanket en lille smule op i ved at få viden om det, og ved at snakke med folk om det.

Interviewpersonen tilføjer, at det både kunne være udbytterigt med årlige gruppebaserede seancer, men individuelle samtaler kunne også være relevant som supplement til de regelmæssige kontroller.

Generelt i forhold til forbedringspotentialerne gælder det for flere af interviewpersonerne, at det især var i starten af deres forløb, at de fx savnede nogle ekstra tilbud, men at det ikke nødvendigvis er aktuelt længere:

Jeg synes egentlig, at jeg er så langt i mit forløb, at jeg ved rigtig meget om det. Så på nuværende tidspunkt synes jeg ikke, at jeg har behov for hjælp. Jeg har lært at leve med det, og det med at jeg må spise dét og dét og må drikke dét og dét.

4 Hovedpointer fra interviewene

I boksen herunder opsummeres interviewundersøgelsens hovedpointer.

- Det generelle indtryk fra interviewene er, at interviewpersonerne er trygge og tilfredse med den behandling, de modtager, og deres samarbejde med de sundhedsprofessionelle omkring den, uanset hvilke kontakter og ordninger de har.
- Interviewene tegner et billede af nogle borgere med diabetes, som er oplyste, initiativrige og tager ansvar for egen diagnose. Hvis der er noget, de er utilfredse med i forløbet, pointerer flere, at de vil reagere på det.
- For de fleste af interviewpersonerne er diabetesdiagnosen ikke noget, der fylder meget for dem i hverdagen. Fokus på kost og blodsukker bliver især italesat som vigtigt i hverdagen for en diabetespatient. Den løbende kontakt med sundhedsvæsenet er mindre væsentlig.
- Der er stor variation i, hvordan kontrolordningerne er organiseret. Nogle får deres diabetes kontrolleret på hospitalet (nyreklínik/diabetesambulatorie), mens andre bliver kontrollet i almen praksis. Enkelte går til kontrol begge steder.
- Relationen til de sundhedsprofessionelle bliver omtalt som væsentlig og generelt sætter interviewpersonerne pris på, at det er det samme personale, de møder til kontrol. Interviewpersonerne giver enstemmigt udtryk for, at de opfatter det interne samarbejde blandt sundhedsprofessionelle som tilfredsstillende.
- Overgange og samarbejde på tværs af sektorer bliver generelt oplevet som uproblematisk. Interviewene giver et umiddelbart indtryk af, at interviewpersonerne ikke nødvendigvis opfatter de forskellige kontakter i sundhedsvæsenet som et sammenhængende forløb.
- Der er forskellige opfattelser blandt interviewpersonerne af samspillet mellem hospital og almen praksis i forhold til varetagelsen af diabeteskontrollerne. Interviewene viser, at der er potentiale for at tydeliggøre rolle- og ansvarsfordelingen på tværs af sektorer.
- Den ene halvdel af interviewpersonerne opfatter de gennemgående sundhedsprofessionelle som tovholder i forløbet, mens den anden halvdel vurderer, at de selv eller pårørende fungerer som tovholdere. Kun få efterspørger en tovholder.
- Flere af interviewpersonerne har svært ved at vurdere, hvad der konkret kunne forbedre deres forløb. Her nævnes bl.a., at det er svært at svare på, hvordan alternativer ville være, og at det er 'grænser for', hvad man kan forvente af sundhedsvæsenet.
- Gennemgående bliver diabetesambulatorierne omtalt positivt, og det er interviewpersonernes indtryk, at ekspertisen er høj i ambulatorierne. Flere har et ønske om, at de var blevet tilknyttet ambulatoriet, da de fik deres diagnose.

- Størstedelen af interviewpersonerne har ikke gjort brug af de kommunale tilbud til diabetespatienter og mindes heller ikke, at de har fået information herom. Der er imidlertid ikke umiddelbart nogle tilbud, de savner. De interviewpersoner, som har anvendt de kommunale tilbud, udtrykker overordnet set tilfredshed med tilbuddene, men har ønsker og forslag til forbedringer.
- Erfaringsudveksling med andre diabetespatienter bliver værdsat og efterspørges af flere af interviewpersonerne.

Interviewundersøgelsens resultater skal bl.a. ses i lyset af, at kun en begrænset del af interviewpersonerne har oplevet overgangen fra diabetesambulatoriet til almen praksis, som oprindeligt var et hovedfokus i undersøgelsen. En stor del af interviewpersonerne er dog tilknyttet nyreklubben, hvilket giver perspektiver på det tværsektorielle samarbejde.

Som nævnt indledningsvist er der desuden en gruppe af diabetespatienter (mænd, aldersgruppen 60-79 år og borgere i Viborg kommune) som er overrepræsenteret i undersøgelsen. At der er flest borgere repræsenteret fra Viborg kommune hænger givetvis sammen med rekrutteringsmetoden. Populationsdata fra kommunerne i Midtklyngen⁷ viser, at der procentvis er lidt flere mænd end kvinder der er diagnosticeret med type 2 diabetes (hhv. ca. 55 % og 45 %), og derudover er der ca. 80 % af borgerne med type 2 diabetes i aldersgruppen 55-85+ år (ikke opgjort på køn). Disse tal afspejler til en vis grad sammensætningen af interviewpersoner. Ikke desto mindre ville en bredere sammensætning af informanter eventuelt kunne have åbnet op for andre perspektiver.

⁷ Populationsdata fra Silkeborg, Viborg og Skive Kommune. Tal for personer over 18 år pr. 1. januar 2018.

5 Opmærksomhedspunkter

Interviewundersøgelsens resultater har dannet afsæt for det afsluttende dialogmøde (se yderligere beskrivelse afsnit 1.2). På mødet drøftede interviewpersoner, medlemmer af styregruppen og DEFACTUM fremadrettede opmærksomhedspunkter, som kan anvendes i det videre arbejde i Midtklyngeprojektet.

Gennemsigtighed i forløbet

Undersøgelsen viser, at der er stor variation i, hvorledes borgernes diabeteskontrol er organiseret og hvilke former for støtte, de modtager. Det kan være svært for borgerne at gennemskue, hvorfor nogen får et andet tilbud, end man selv gør – eksempelvis tilknytning til diabetesambulatoriet. Dertil er der blandt borgerne tvivl om, hvilke forpligtelser de sundhedsprofessionelle har i forhold til diabetesforløbet, fx at den praktiserende læge er forpligtet til at tilbyde årskontrol, og at ambulatoriernes hovedansvar er at behandle borgere, der har komplekse forløb. En større grad af gennemsigtighed kan eventuelt afhjælpe tvivlen.

Vigtigt at komme godt fra start

Borgerne har forskellige opfattelser af, hvordan der blev taget hånd om deres forløb fra diagnosetidspunktet. Det opleves som en tilfældighed hvilke informationer om bl.a. kommunale sundhedstilbud og følgesygdomme, man får fra sundhedsvæsenet. Derfor ønskes mere og bedre information fra start fx i form af helt konkrete guidelines på skrift: "Hvad er diabetes? Hvad skal jeg være opmærksom på? Hvilke støttemuligheder er der, og hvem kan jeg kontakte?" etc.

Relationen til de sundhedsprofessionelle er betydningsfuld

De menneskelige relationer mellem borger og de sundhedsprofessionelle bliver omtalt som en central del af diabetesforløbet. Det er af stor betydning for borgerne, at det er det samme personale, de møder i deres forløb, da det skaber tryghed og fortrolighed.

Kendskab til kommunale sundhedstilbud

Der er stort potentiale for at udbrede kendskabet til de kommunale sundhedstilbud til diabetespatienter. Dette gælder for både borgere og sundhedsprofessionelle men også internt i kommunerne fx på jobcentrene. Det handler til dels om, at der ikke er kendskab til tilbuddenes eksistens, men også at indholdet i tilbuddene bliver opfattet forskelligt. Der hersker nogle steder en forforståelse om, at kvaliteten af tilbuddene i kommunerne er varierende, og tilsyneladende har borgerne ikke viden om, at de kommunale tilbud bygger på kommunernes forpligtelse til at arbejde sundhedsfremmende og rehabiliterende. Borgerne er dog positivt indstillede over for støtte fra kompetente sundhedsprofessionelle og udveksling af erfaringer med andre diabetespatienter. Det er derfor væsentligt, at støttemuligheder bliver introduceret på den rigtige måde.

Tilrettelæggelse af de kommunale tilbud

Nogle borgere beskriver, at de ikke har tiden til at deltage i de kommunale sundhedstilbud, eller først har benyttet tilbuddene efter de blev sygemeldt. I tilrettelæggelsen af tilbuddene kan der med fordel tages hensyn til at deltagelse skal kunne forenes med et almindeligt arbejdsliv.

Rolle- og ansvarsfordeling på tværs af sektorer

For både borgere og sundhedsprofessionelle kan der undertiden opstå tvivl om, hvem der har ansvaret for hvad i diabetesforløbet, hvis flere sektorer er involveret. Rollefordelingen er ikke altid logisk, og der kan opstå gråzoner fx i forhold til, hvem der foretager justeringer i medicinen, og hvilket ansvar borgeren selv har for at videregive information. Dette er et opmærksomhedspunkt, da det har betydning for, om patienterne får den bedste behandling, og om ressourcerne udnyttes bedst muligt.

Generelle antagelser om type 2 diabetes

Undersøgelsen indikerer, at der eksisterer nogle generelle opfattelser og forforståelser om type 2 diabetes blandt borgerne – og eventuelt også blandt nogle af de sundhedsprofessionelle, som de møder i deres forløb. Bl.a. bliver alvorligheden af diagnosen nedtonet, og det bliver italesat at "det jo bare er type 2 diabetes". En anden generel antagelse er, at diabetesambulatoriet besidder de bedste kompetencer, og at der ikke er nogle alternativer i almen praksis eller i de kommunale sundhedscentre, som kan levere samme høje standard. Det er væsentligt at være opmærksom på, at disse antagelser eksisterer og eventuelt forsøge at afdække, hvordan de opstår, og hvordan de kan udfordres.

