

Deltagerfrafald i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes

Dataregistrering og kvalitetsudvikling

Mette Daapan og Anna Emilie Livbjerg



Institut for Sundhedsvidenskab og -teknologi
Folkesundhedsvidenskab
10. Semester
Projektgruppe 14gr1059
124.584 anslag

Vejledt af Lektor Henrik Bøggild

Resumé

Introduktion: Patientuddannelse relateret til type 2 diabetes er etableret i stort set alle danske kommuner og har, ifølge undersøgelser, vist god effekt. På trods heraf er det fundet, at disse forløb ofte er udfordret af store deltagerfrafald. Årsagerne til frafald er vanskeligt at belyse da dataregistreringerne, som kan bidrage hertil ofte er manglende.

Formål: Nærværende projekt havde til formål at forbedre dataregistreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på et sundhedscenter i en nordjysk kommune med henblik på, at Sundhedscentret fremtidigt kan belyse forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra og på baggrund heraf udvikle tiltag, der kan bidrage til at reducere deltagerfrafaldet.

Metode: *Deltagende udvikling* udgjorde den valgte forandringsstrategi i nærværende projekt. Empirien blev indsamlet og generet gennem henholdsvis to systematiske litteratursøgninger og et fokusgruppeinterview med centrale aktører angående dataregistrering i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret.

Resultater: Demografiske, praktiske, sygdomsmæssige, livsstils- og patientrelaterede forhold kan have betydning for frafald, hvorfor det er relevant at registrere oplysninger om uddannelse, indkomst, alder, erhverv, afstand til Sundhedscentret, transport, multisygdom, helbredstilstand, BMI, rygning samt patientens moral og forventning til patientuddannelsen. Det blev endvidere belyst, at IT-systemet ikke var brugervenligt, at registreringer var tidskrævende, forskelligartede og havde manglende formål samt at en definition på frafald var manglende, hvilke udgjorde barrierer ved dataregistrering. Det blev anset som fordele, at dataregistrering kunne bidrage til forskning og kvalificering af patientuddannelses tilbuddet samt skabe dokumentation for, at forløbene havde effekt og sikre, at frafaldne deltagere ikke blev overladt til sig selv.

Konklusion: Det blev tydeliggjort hvilke konkrete oplysninger, som bør registreres med henblik på, at kunne belyse forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra. For succesfuldt at implementere den nye registreringsprocedure på Sundhedscentret er det væsentligt fremadrettet at reducere de identificerede barrierer og fremhæve og drage nytte af fordelene.

Abstract

Introduction: Diabetes Rehabilitation is well established in almost all Danish municipalities and has, according to studies, proven to be effective. Despite this, it has been found that large participant-dropout often challenges these programs. The reasons for dropouts are difficult to illustrate because the data records which can contribute to this, often is missing.

Aim: This project aimed to improve data records in patient education related to type 2 diabetes at a health care center in the Northern Jutland in order for the health care center to illustrate the conditions that characterize the participants who drop out and on this basis develop initiatives that can contribute to reduce the participant dropout.

Method: *Participating development* represented the selected strategy of change in this project. The empirical data were collected and generated through two systematic literature searches and a focus group interview with central actors regarding data records in patient education related to type 2 diabetes at the health care center.

Results: Demographic, practical, disease-, lifestyle- and patient-related factors may influence the dropout rate, and it is relevant to record information about education, income, age, occupation, distance to the health care center, transportation, multi-disease, health status, BMI, smoking and the patients morale and expectations to the patient education. It was further clarified that the IT system was not user-friendly, that data records were time consuming, diverse and had a lack of purpose as well as a definition of dropout was missing, which amounted barriers in data recording. It was considered as advantages that the data records could contribute to research and qualification of patient education as well as creating evidence that the patient education had effect and ensure that participants that had dropped out were not left alone.

Conclusion: It was made clear what specific information that should be recorded in order to illustrate conditions that characterize the participants who drop out. In order to successfully implement the new registration procedure at the health care center, it is prospectively important to reduce the identified barriers and highlight and benefit from the advantages.

Forord

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 14gr1059 under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, på uddannelsen Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden 3. februar - 2. juni 2014 og tager udgangspunkt i dataregistreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på et sundhedscenter i en nordjysk kommune. Sundhedscentret holdes i projektet anonymt af hensyn til de medarbejdere, som har deltaget i specialet.

Der rettes en særlig tak til lektor Henrik Bøggild for kyndig vejledning under udarbejdelsen af specialet. Desuden rettes en særlig tak til Sundhedscentret i den nordjyske kommune for samarbejde og deltagelse i fokusgruppeinterviewet.

Indholdsfortegnelse

1 Initierende problem	1
2 Problemanalyse	2
2.1 Patientuddannelse	2
2.2 Frafald fra patientuddannelsesforløb	3
2.3 Patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på et sundhedscenter i Nordjylland	5
2.4 Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af patientuddannelse	6
2.5 Modstand mod forandring	7
2.6 Afgrænsning	8
2.7 Problemformulering	9
3 Metode	10
3.1 Videnskabsteoretisk tilgang	10
3.2 Strategi for forandring	11
3.3 Litteratursøgning	12
3.3.1 Litteratursøgning relateret til første underspørgsmål	12
3.3.2 Litteratursøgning relateret til andet underspørgsmål	13
3.4 Litteratursammendrag	14
3.4.1 Den identificerede litteratur relateret til første underspørgsmål	14
3.4.2 Den identificerede litteratur relateret til andet underspørgsmål	19
3.5 Fokusgruppeinterview	24
3.5.1 Strukturering af fokusgruppeinterviewet	24
3.5.2 Udvælgelse af informanter	25
3.5.3 Lokaltet	26
3.5.4 Moderator	26
3.5.5 Optagelse af interview	27
3.5.6 Transskription	27
3.5.7 Etik	27
3.5.8 Analyse af fokusgruppeinterviewet	28
4 Analyse	30
4.1 Baggrundsinformationer	30
4.2 Kodning	30
4.2.1 Kendetegn hos deltagere som frafalder	31
4.2.2 Barrierer ved dataregistreringer	33
4.2.3 Fordele ved dataregistrering	37
5 Syntese	39
5.1 Kendetegn hos deltagere som frafalder	39
5.2 Barrierer og fordele ved dataregistreringer	41
5.2.1 Barrierer	41
5.2.2 Fordele	42
5.3 Anbefalinger	43
6 Diskussion	45
6.1 Videnskabsteoretisk tilgang	45
6.2 Strategi for forandring	45
6.2.1 Forandringsstrategiens betydning for metodiske valg	46
6.3 Fokusgruppeinterview	47
6.3.1 Rekruttering	47
6.3.2 Størrelsen af fokusgruppen	48
6.3.3 Analyse af den genererede empiri	49

6.3.4 Kvalitetskriterier.....	49
6.4 Litteratursøgning.....	49
6.4.1 Litteratursøgning relateret til første underspørgsmål.....	50
6.4.2 Litteratursøgning relateret til andet underspørgsmål	50
6.4.3 Kvalitet af den identificerede litteratur	51
6.5 Patientperspektiv	52
7 Konklusion	55
8 Perspektivering.....	56
9 Referencer	57

1 Initierende problem

Kroniske sygdomme udgør en væsentlig belastning for både sundhedsvæsenet og det enkelte individ og det forventes, at forekomsten af kroniske sygdomme vil stige de kommende år (1,2). Derfor står sundhedsvæsenet over for en vigtig opgave, som blandt andet består i at tilbyde indsatser, som bidrager til, at opståede kroniske sygdomme ikke udvikler sig yderligere. En sådan indsats er patientuddannelse (3,4).

Patientuddannelser er etableret i stort set alle danske kommuner og har ifølge undersøgelser vist god effekt målt på flere parametre (4-6). På trods heraf er det fundet, at disse forløb ofte er udfordret af store deltagerfrafald varierende fra 20-50 %, hvorved en stor andel af patienterne ikke opnår de ønskede effekter (5). Endvidere er der vist, at frafaldne patienter i højere grad er i risiko for at udvikle sygdomsrelaterede komplikationer end patienter, der gennemfører et patientuddannelsesforløb (5,7). Fastholdelse er derfor et væsentligt aspekt i relation til patientuddannelse, for derigennem at kunne opnå de potentielle positive effekter heraf, hvilket er gavnligt for folkesundheden (7,8). Ud fra ovenstående er det bemærkelsesværdigt at der kun er begrænset viden om og manglende fokus på patienter, som frafalder forløbene, da dette fokus forventes at kunne bidrage til at kvalificere kommunernes patientuddannelsesstilbud og dermed reducere frafaldet, hvorved de kroniske sygdommes belastning af sundhedsvæsenet og individet kan mindskes (8).

2 Problemanalyse

De seneste år er forekomsten af kroniske sygdomme i Danmark steget markant og det anslås at ca. 1,7 millioner danskere lider af en eller flere kroniske sygdomme, som eksempelvis type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1,4). Samlet set udgør kroniske sygdomme en væsentlig belastning af sundhedsvæsenet og det vurderes, at patienter med kroniske sygdomme lægger beslag på 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer (1). For det enkelte individ kan kroniske sygdomme endvidere medføre et liv med betydelig funktionsnedsættelse grundet nedsat mobilitet, smerter og følgesygdomme, hvilket ofte vil begrænse den enkeltes livsudfoldelse og skabe nedsat livskvalitet (2).

Sundhedsvæsenet står derfor over for en vigtig opgave, som både består i indsatser for at forebygge kroniske sygdommes opståen og indsatser, som bidrager til, at opståede kroniske sygdomme ikke udvikler sig yderligere (3). Siden kommunalreformens ikrafttrædelse i januar 2007, har kommunerne primært haft ansvaret for disse opgaver, hvilket blandt andet har medført, at kommunerne har måttet udvikle nye forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme. Disse tilbud betegnes patientrettet forebyggelse (9).

Den patientrettede forebyggelse omhandler, hvordan det hindres, at en sygdom udvikles yderligere og hvordan eventuelle komplikationer kan begrænses eller udskydes (10). Endvidere sigtes der mod at optimere behandlingen af sygdommen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv og dermed udøve god egenomsorg (10). Dette kræver viden, kompetencer og færdigheder, hvilket kan opnås gennem kommunernes patientuddannelsestilbud (10,11).

2.1 Patientuddannelse

Det er anerkendt at patientuddannelse udgør en del af den patientrettede forebyggelse (10). Patientuddannelse er ikke defineret entydigt, men kan ifølge Sundhedsstyrelsen (SST) defineres som individ- eller gruppeorienteret undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom (10). Patientuddannelse sigter mod, at patienter med kronisk sygdom involveres i egen sygdomsbehandling og tilegnes kompetencer i relation til at mestre deres kroniske sygdom bedre (10). Der skelnes ofte mellem to forskellige typer af patientuddannelser; den sygdomsspecifikke uddannelse, der henvender sig til patienter med en specifik diagnose og

den generelle uddannelse, der går på tværs af diagnoser (10). I de danske kommuner er patientuddannelserne typisk gruppeorienteret og sygdomsspecifik, hvorfor dette er fokus i nærværende projekt (9).

Patientuddannelser er ofte anvendt og der er etableret patientuddannelser inden for flere sygdomsområder i både Danmark og internationalt (10). Ifølge en kortlægning af sygdomsspecifikke patientuddannelser i alle danske kommuner fra 2011, blev det vist, at størstedelen af kommunerne havde etableret patientuddannelsesforløb til mindst én af diagnoserne; type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL (9). Denne markante udbredelse af patientuddannelser kan blandt andet skyldes, at der i kommunerne har været stort fokus på at iværksætte forebyggelsestilbud siden kommunalreformens ikrafttrædelse (9). Endvidere kan udbredelsen tilskrives de positive effekter af patientuddannelsesforløb, som er blevet belyst i flere evalueringer (6,10). Der er blandt andet vist god fysiologisk effekt af patientuddannelser i form af forbedring af langtidsblodsukker, BMI og blodtryk samt reduceret brug af sundhedsydelser (10). Endvidere er der fundet positiv selv vurderet effekt af patientuddannelsesforløb målt på parametrene; tilfredshed med behandlingen, helbredsstatus, herunder smerte- og energiniveau samt livskvalitet, sundhedsadfærd og mestringsevne (6,10). For at disse positive effekter kan indtræde blandt patienter med kroniske sygdomme er det dog nødvendigt, at patienterne fastholdes i og ikke falder fra patientuddannelserne (8). Fastholdelse er derfor et væsentligt aspekt i relation til patientuddannelse, hvorfor viden angående deltagerfrafald er nødvendig (8).

2.2 Frafald fra patientuddannelsesforløb

Deltagerfrafald måles på forskellig vis og der findes ikke en entydig definition herpå (5,12,13). Deltagere som frafalder skal dog være påbegyndt en patientuddannelse og dermed ikke have fravalgt tilbuddet inden opstart (5). Der skelnes således mellem frafald og fravalg i relation til patientuddannelse, idet patienter som fravælger at starte i tilbuddet givetvis er anderledes end de, der starter og senere falder fra (5). Nærværende projekt vil omhandle frafald.

Flere studier har undersøgt effekten af patientuddannelser, men der foreligger kun begrænset viden omhandlende frafald (5,8,14). Ifølge den begrænsede litteratur, som primær er international, er det dog fundet, at patientuddannelser har et stort frafald, varierende fra 20-50 %, hvilket er bekymringsværdigt, da det er vist, at deltagere, der falder fra et

patientuddannelsesforløb er i højere risiko for udvikling af sygdomsrelaterede komplikationer end deltagere, der gennemfører patientuddannelsen (5,7).

Ifølge en litteraturgennemgang udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed er der, på baggrund af internationale studier, identificeret en række faktorer, som kan have betydning for frafald. Det er blandt andet fundet at praktiske forhold, så som afstand til patientuddannelses tilbuddet samt en række psykologiske faktorer, så som angst og depression, kan have betydning for frafald (5). Endvidere kan deltagernes oplevelse af tilbuddet have betydning for frafald (5). Disse forhold er dog ikke entydige, hvorfor det er vigtigt at afklare hvilke grupper der er i særlig risiko for at falde fra et patientuddannelsesforløb, således at forløbene kan tilrettelægges efter deres behov (5). Dette forventes at øge deltagernes mulighed for gennemførelse, hvorved færre sygdomsrelaterede komplikationer opstår og de kroniske sygdommes belastning af sundhedsvæsenet og individet mindskes (8).

Sygdomsmæssige forhold kan ligeledes have betydning for frafald fra patientuddannelsesforløb (5). Frafalet blandt patienter med type 2 diabetes kan tænkes at være mere udtalt end blandt patienter med KOL og kræft. Dette kan skyldes, at patienter, som er diagnosticeret med sygdomme som eksempelvis KOL og kræft synes at være plaget af gener i højere grad end patienter med type 2 diabetes og dermed er mere opsatte på at påvirke deres sygdomsforløb. Eksempelvis oplever KOL patienter hoste og opspyt af slim fra lungerne samt åndenød, hvilket ofte medfører forringet aktivitetsniveau og livskvalitet, hvorimod der i de tidlige stadier af type 2 diabetes blot ses symptomer så som træthed, tørst og hyppig vandladning (2). Udfordringerne ved fastholdelse af patienter med type 2 diabetes anses derfor som særligt vanskelige, hvorfor der i nærværende projekt fokuseres på frafald fra patientuddannelsesforløb blandt disse patienter.

Ifølge den eksisterende litteratur omhandlende patientuddannelser relateret til type 2 diabetes, er forhold, der kan bidrage til at forklare hvorfor patienter med type 2 diabetes frafalder et patientuddannelsesforløb ligeledes uklare (5). Ifølge et systematisk review af Gucciardi fra 2008 blev det vist, at det var uklart hvilken betydning blandt andet rygning, komorbiditet, uddannelse og afstand til centret, der udbyder tilbuddet, havde for deltagernes frafald (7).

De forhold, som kan have betydning for frafald, stammer fra international litteratur og kan dermed ikke nødvendigvis overføres til dansk kontekst, hvorfor der er behov for fokus på og viden om frafald i Danmark. I de danske evalueringer af kommunale patientuddannelsesforløb er der kun begrænset fokus på deltagere der falder fra (14). Det manglende fokus på frafald kan skyldes, at der ofte måles på en lang række effektparametre, men kun begrænset på stopårsager og baggrundskaraktistika så som køn, uddannelse, erhverv og etnicitet, hvilke er forhold som kan bidrage til at forklare frafaldet (4). Dette er også tilfældet på et kommunalt sundhedscenter i Nordjylland, som blandt andet tilbyder patientuddannelsesforløb til patienter med type 2 diabetes.

2.3 Patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på et sundhedscenter i Nordjylland

Sundhedscentret har tilbudt patientuddannelsesforløb i relation til type 2 diabetes siden 2011. Tilbuddet er gratis, men kræver henvisning fra praktiserende læge eller sygehus. Forløbet har en varighed på 12 uger bestående af fysisk aktivitet og undervisning, hvilket primært foregår i dagtimerne (15). De første otte uger består af træning 2 x 1,5 time om ugen og derefter fire uger 1 x 1,5 time om ugen (15). Undervisningen foregår i umiddelbar tilslutning til træningen, med en varighed på cirka en time per gang og tager udgangspunkt i blandt andet; basal viden om type 2 diabetes, faresignaler og handlemuligheder, hverdagsliv og kronisk sygdom, kostvejledning samt fysisk aktivitets betydning for helbredet (15). Effekten af patientuddannelsesforløbet bliver blandt andet vurderet ud fra målinger af deltagernes vægt, BMI og blodsukkerniveau.

Dette tilbud er, i lighed med andre patientuddannelsesforløb, udfordret af et stort deltagerfrafald. I perioden 1. april 2011 til 31. marts 2012 påbegyndte 35 patienter med type 2 diabetes patientuddannelsesforløbet på Sundhedscentret. 20 af disse patienter gennemførte forløbet, hvilket indikerer et frafald på 43 %. Sammenlignet med internationale studier omhandlende patientuddannelser, hvor der var frafald varierende fra 20-50 %, anses nærværende frafald som værende stort (5,7). Årsagerne til det store frafald på det pågældende sundhedscenter er vanskelige at belyse da dataregistreringerne, som kan bidrage hertil, er manglende. Disse manglende registreringer vanskeliggør evaluering og videreudvikling af tilbuddene med henblik på at øge patienternes mulighed for gennemførelse, hvorfor forbedring af dataregistrering er nødvendig.

2.4 Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af patientuddannelse

Det er i kommunerne nødvendigt, at dokumentere og evaluere de indsætter, som iværksættes på forebyggelsesområdet, da dokumentation er en forudsætning for en løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af de kommunale tilbud (16). Generelt er der lidt viden om, de kommunale forebyggelsestiltag, hvorfor der er behov for at generere viden, der viser, hvordan de bedste tilbud udbydes i en kommunal kontekst (16).

I disse år hvor patientuddannelsesforløb etableres og udbydes flere steder i landet, er det derfor nødvendigt løbende at evaluere tilbuddene og vurdere kvaliteten heraf, herunder at undersøge forhold, som kan have betydning for frafaldet (17). Dette kan bidrage til en eventuel videreudvikling af tilbuddene, således der kan tilbydes sundhedsydelser af høj kvalitet, hvilket ifølge Sundhedsloven § 2 er et krav (18). Evalueringer og opfølgninger kan eksempelvis foretages ved at monitorere tilbuddene, hvorved blandt andet baggrundskarakteristika, relevante effektmål og deltagelse registreres (4,17). Strukturerede og ensartede registreringer relateret til patientuddannelsesforløb er på nuværende tidspunkt begrænsede, hvilket, som tidligere nævnt, også er tilfældet på Sundhedscentret i den nordjyske kommune (4). Ifølge et systematisk review udarbejdet af Helen Cooper et al. er registreringerne, særligt angående baggrundskarakteristika, så som køn, etnicitet, uddannelsesmæssig baggrund og socioøkonomisk status, ofte manglende (19). Dette er problematisk da disse data kan have betydning for frafaldet fra og effekten af patientuddannelsestilbuddet (19). Endvidere er mulighederne for at indhente disse oplysninger fra eksisterende registre fortsat begrænsede til trods for, at dette er en særlig mulighed i Danmark, idet der er flere registre indeholdende oplysninger koblet til borgernes personnummer (17).

Dataregistreringer relateret til patientuddannelse kan dog hæmmes ved, at dokumentationsbyrden i sundhedsvæsenet er stor (20). I en travl hverdag kan det være vanskeligt at forene kravet om dokumentation og udførsel af sundhedsvæsenets kerneydelser (21). Den stigende grad af dataregistreringer, som udføres i sundhedsvæsenet har den seneste tid fået stort fokus i medierne (20,22-25). Ifølge klinisk professor i kvalitetsudvikling og sundhedstjenesteforskning Jan Mainz foretages der i sundhedsvæsenet en række målinger og registreringer, som er meningsløse og som dermed ikke kan benyttes til kvalitetssikring og

-udvikling. Endvidere foretages der ofte dobbeltregistreringer, idet samme måling må registreres i flere systemer (20). Derfor mener han, at målinger og registreringer i sundhedsvæsenet må tages op til revision, således at nogle registreringer fjernes, nogle ændres og andre indføres (20). Det er derfor nødvendigt at registreringer relateret til patientuddannelser er velovervejede, relevante og komplette (4,21). Endvidere er det hensigtsmæssigt, at kommunerne så vidt muligt anvender de samme registreringer, hvorved kommunerne kan sammenligne deres tilbud (16). Dermed er der behov for standarder for relevante indikatorer der skal anvendes til at overvåge kvaliteten af patientuddannelsesstilbuddet og dermed en ændring af den nuværende registreringsprocedure (16). Denne ændring kan dog medføre tanker, spekulationer og bekymringer blandt de sundhedsprofessionelle og kan derved skabe modstand mod forandringen.

2.5 Modstand mod forandring

Grundet sundhedsvæsenets stadige udvikling må sundhedsprofessionelle være omstillings- og forandringsparate eksempelvis i forbindelse med nye arbejdsgange (26). Forandringer kan dog medføre modstand blandt de sundhedsprofessionelle i form af manglende engagement, direkte modvilje mod ændringen eller dårlig stemning på arbejdspladsen (27). Dette kan være udtryk for usikkerhed angående hvordan forandringen vil påvirke den enkeltes arbejdsgang og -rutiner. Hvordan de sundhedsprofessionelle oplever og reagerer på forandringen kan være afgørende for succesfuld implementering heraf, hvorfor dette er et vigtigt aspekt i forbindelse med forbedring af registreringer på Sundhedscentret i den nordjyske kommune (27,28).

Der kan være flere årsager til, at der opstår modstand mod forandring i forbindelse med ændringen af den eksisterende registreringsprocedure på Sundhedscentret. Eksempelvis kan der opstå modstand hvis den sundhedsprofessionelle oplever, at den tidligere kendte og komfortable arbejdsgang ændres til en situation præget af usikkerhed og utryghed (29). De sundhedsprofessionelle kan føle at de vil miste noget af værdi som et resultat heraf og dermed yde modstand mod forandringen (29). Endvidere kan der opstå modstand mod forandring hvis den sundhedsprofessionelle oplever mistillid, ikke får indflydelse på forandringen og oplever at forandringen ikke varetager den sundhedsprofessionelles

interesser (27). Grundet forskellige perspektiver på fordele og ulemper i forbindelse med forandringen, vil der være uenighed om hvorvidt forandringen gavner arbejdsgangen (27). Desuden kan der opstå modstand hvis de sundhedsprofessionelle føler en øget arbejdsbyrde grundet forandringen, hvor muligheden for at udføre kerneydelserne tilstrækkeligt reduceres (29).

Modstand mod forandring i en organisation kan være problematisk og anses som en væsentlig implementeringsbarriere i relation til ændringer af den eksisterende registreringsprocedure. Dermed er det afgørende at disse forhold tages i betragtning ved implementering af en ny registreringsprocedure på Sundhedscentret i den nordjyske kommune.

2.6 Afgrænsning

I de foregående afsnit er der blevet belyst, at forekomsten af kroniske sygdomme er steget markant de seneste år (4). Sundhedsvæsenet har dermed en vigtig opgave med at forebygge videreudvikling af disse sygdomme, hvorfor kommunerne blandt andet tilbyder patientuddannelser til patienter med kroniske sygdomme (3). Patientuddannelser er dog, til trods for gode resultater, truet af store deltagerfrafald (5,7). Der er kun begrænset viden om og fokus på denne problematik, hvilket er bemærkelsesværdigt, da det er vist, at patienter der falder fra et patientuddannelsesforløb er i højere risiko for komplikationer end patienter der fuldfører disse forløb (7). Det manglende fokus på frafald kan skyldes, at der ofte måles på en lang række effektparametre, men kun begrænset på stopårsager og baggrundskarakteristika, som kan bidrage til at forklare frafaldet (4). Disse manglende registreringer gør det vanskeligt at identificere de deltagere der falder fra og på baggrund heraf iværksætte tiltag tilrettelagt efter deres behov. Derved kan forbedring af disse registreringer bidrage til at videreudvikle tilbuddene med henblik på at øge patienternes mulighed for gennemførelse.

2.7 Problemformulering

Nærværende projekt har dermed til hensigt at besvare følgende problemformulering:

Hvordan forbedres dataregistreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret i den nordjyske kommune med henblik på, at Sundhedscentret fremtidigt kan belyse forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra og på baggrund heraf udvikle tiltag, som kan bidrage til at reducere frafaldet?

Hertil er der udformet to underspørgsmål, som skal bidrage til at afdække problemformuleringen:

- 1) Hvilke oplysninger skal registreres på Sundhedscentret i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes med henblik på, at Sundhedscentret fremtidigt kan belyse forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra?*
- 2) Hvilke fordele og barrierer ser medarbejdere, med tilknytning til patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret, ved dataregistreringer?*

3 Metode

I de følgende afsnit fremstilles projektets metodevalg. Indledningsvist introduceres den videnskabsteoretiske tilgang efterfulgt af projektets valgte forandringsstrategi. Derefter beskrives to systematiske litteratursøgninger, hvorefter den identificerede litteratur bliver præsenteret i et litteratursammendrag. Afslutningsvist præsenteres de metodiske overvejelser relateret til projektets anvendte metode fokusgruppeinterview.

3.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Nærværende projekt tager afsæt i sundhedsvidenskaben, som er en flervidenskabelig tradition, hvor de tre traditionelle videnskaber, natur-, human- og samfundsvidenskaben indgår som en del af det videnskabelige arbejde (30).

En vigtig forudsætning for, at der på sigt kan udvikles tiltag, der kan bidrage til at reducere frafald, er objektive og systematiske evalueringer, hvor der kan drages nytte af eksisterende viden og erfaringer således, at de eksisterende patientuddannelsesstilbud kan videreudvikles og forbedres (31). For at udføre disse evalueringer kræves der relevante og komplette dataregistreringer, hvorfor nærværende projekt har til formål at forbedre disse på Sundhedscentret i den nordjyske kommune. Dermed vægtes kvantitative og objektive målinger højt, hvilket er et udtryk for en naturvidenskabelig tankegang.

I relation til problemformuleringens andet underspørgsmål tilstræbes der at få indsigt i de sundhedsprofessionelles perspektiver på dataregistreringer, hvorfor der er behov for videnskabsteori, der har til hensigt at skabe forståelse. Derfor inddrages aspekter fra humanvidenskaben, hvor der genereres empiri om de sundhedsprofessionelles erfaringer med og syn på dataregistrering for at få forståelse for deres tanker og holdninger til en forbedring af registreringer med henblik på at opnå succesfuld implementering af forandringen.

Forståelsen er, ifølge den hermeneutiske position, altid dannet på baggrund af en forforståelse, som udspringer fra den forståelseshorisont hvor verden anskues fra (30). For at opnå forståelse for den nuværende problematik, kræves der bevidsthed om undersøgerens forforståelse, i relation til det undersøgte, samt ydmyghed og åbenhed over for, at denne er midlertidig og kan udfordres. Hvis denne forforståelse udfordres kan der ske en ændring

heraf, hvorved der sker en horisontsammensmeltning (30). Denne horisontsammensmeltning er relevant, idet der herigennem opnås forståelse for de sundhedsprofessionelles perspektiv på dataregistrering. Dette kan bidrage med ny viden, som kan benyttes til at forbedre registreringer og på sigt reducere frafaldet. I projektet inddrages forforståelse skabt på baggrund af blandt andet litteratur, uddannelse og egne holdninger. Løbende gennem projektet bevidstgøres projektmedlemmernes forforståelse gennem diskussioner.

3.2 Strategi for forandring

Ved at forbedre registreringerne i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret i den nordjyske kommune, er det nødvendigt at gøre sig overvejelser om hvilke udfordringer denne forandring kan møde. Som nævnt i afsnit 2.5 kan forandringen møde modstand fra de ansatte af flere årsager, hvorfor der må udarbejdes en strategi for gennemførelsen heraf (29). Ifølge Jacobsen og Thorsvik findes der fire hovedtyper af strategier; *Diktatorisk forandring*, *Tvungen udvikling*, *Karismatisk forandring* og *Deltagende udvikling* (29). I nærværende projekt tages der udgangspunkt i Deltagende udvikling, da denne strategi er demokratisk, hvilket også den pågældende organisation er, og meget anvendt i Skandinavien (29). Strategien bygger på et harmonisk perspektiv med en opfattelse af, at alle mennesker er interesserede i at samarbejde til det fælles bedste og at de ansatte ønsker at bidrage til, at organisationen klarer sig godt (29). Desuden bygger strategien på et menneskesyn hvor det antages, at alle mennesker ønsker at udvikle sig og lære (29).

Ifølge denne strategi kan udviklings- og forandringsprocessen kun ske gennem en fri og åben dialog, hvorfor der i nærværende projekt må skabes betingelser for dialog og diskussion (29). Bred deltagelse fra flere grupper og niveauer i organisationen er en forudsætning for at sikre god kvalitet af de beslutninger som træffes (29). Desuden vil bred deltagelse bidrage til at skabe et ejerforhold til forandringerne, hvilket vil øge mulighederne for succesfuld implementering heraf (29). Endvidere er en forudsætning for en vellykket forandringsproces, baseret på denne strategi, at organisationen afsætter tid og ressourcer til at drive forandringsprocessen frem (29). For at ændringen af den eksisterende registreringsprocedure vil være vellykket og holdbar er det desuden essentielt, at medarbejderne har positive holdninger hertil (32). Medarbejdernes meninger om og syn på dataregistrering må derfor undersøges forud for gennemførelsen af forandringen.

Med udgangspunkt i ovenstående forandringsstrategi ønskes problemformuleringen, i nærværende projekt, besvaret gennem et fokusgruppeinterview med de sundhedsprofessionelle på Sundhedscentret i den nordjyske kommune, hvorved de sundhedsprofessionelle inddrages i og får indflydelse på forandringsprocessen, samt den eksisterende evidens. Herved forenes den eksisterende evidens med den praktiske viden og erfaring fra Sundhedscentret. Dette skal til sammen bidrage til at succesfuldt implementere forbedring af dataregistreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret.

3.3 Litteratursøgning

Grundet to underspørgsmål i problemformuleringen, foretages der i nærværende projekt to litteratursøgninger. Den første søgning foretages på baggrund af første underspørgsmål og har til hensigt at identificere forhold, relateret til frafald, som er relevante at registrere. Den anden søgning foretages på baggrund af andet underspørgsmål og skal, gennem blandt andet kvalitativ litteratur, bidrage til at belyse de sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering, hvilket har betydning for implementeringen heraf. Den identificerede litteratur anvendes i både problemanalysen, problembearbejdningen og diskussionen og kan bidrage til at uddybe, forklare, understøtte eller modsvare den genererede empiri.

3.3.1 Litteratursøgning relateret til første underspørgsmål

Litteratursøgningsprocessen indledes med en bred og ustruktureret orienteringssøgning, for at opnå kendskab til litteratur omhandlende frafald fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Den ustrukturerede litteratursøgning foretages blandt andet på sst.dk (Sundhedsstyrelsen), Google Scholar, si-folkesundhed.dk (Statens Institut for Folkesundhed), bibliotek.dk og PubMed. Efterfølgende indsnævres og struktureres litteratursøgningen, hvorved litteraturen systematisk afdækkes. Bilag 1 beskriver dybdegående søgestrategien for denne strukturerede litteratursøgning.

Ud fra problemformuleringens første underspørgsmål udledes relevante begreber ved hjælp af PICO. PICO er et redskab, som kan bidrage til dannelsen af søgeord til søgning i videnskabelige databaser og består af 4 facetter; **P**atient, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome (33). Grundet problemstillingen er Comparison-facetten i dette tilfælde ikke anvendelig og udelades derfor. De udledte begreber ses i tabel 1. Ud fra disse begreber dannes

søgeord ved brug af engelske oversættelser og synonymer hertil (se bilag 1 tabel 1).

Patient	Intervention	Outcome
Type 2 diabetes	Rehabilitering	Frafald

Tabel 1 - De udledte begreber

Med afsæt i de tre facetter foretages den strukturerede litteratursøgning i databaserne PubMed, Cochrane Library, Embase og PsycInfo. Databaserne er relevante i forhold til problemstillingen og begrundes yderligere i bilag 1. Søgningerne foretages ved brug af emneord og fritekst. Fritekstsøgninger med trunkering anvendes for, at søgningen foretages på alle tænkelige endelser af ordet, hvorved flere relevante studier inkluderes. Består fritekstsøgninger af flere ord, omkranses disse af citationstegn for at sikre en søgning på den eksakte sammensætning af ordene. Søgeordene inden for den enkelte facet kombineres med "OR", for at udvide søgningen og facetterne kombineres efterfølgende med "AND" for at specificere søgningen i forholdet til problemområdet. Søgningerne foretages uden brug af limits for at undgå frasortering af eventuelle relevante studier.

Anvendeligheden og relevansen af de identificerede studier vurderes først ved læsning af titel og abstract. De studier, der er irrelevante i forhold til problemstillingen fravælges og de resterende gennemlæses. Der foretages derefter en kritisk vurdering af de studier, som efter gennemlæsningen fortsat anses som relevante for at sikre, at studier, som skal indgå i projektet, er af tilfredsstillende kvalitet bedømt på baggrund af tjeklisterne STROBE eller PRISMA. Hvilken tjekliste som benyttes afhænger af studiedesignet, der anvendes i det pågældende studie. Bemærkninger angående den kritiske litteraturvurdering ses i artikeloversigten i tabel 3. Ud fra de inkluderede studier foretages en kædesøgning, således at risikoen for at overse relevant litteratur reduceres.

3.3.2 Litteratursøgning relateret til andet underspørgsmål

Anden litteratursøgning indledes ligeledes med en bred og ustruktureret litteratursøgning, blandt andet på kl.dk (Kommunernes Landsforening), bibliotek.dk, Google Scholar, sst.dk og PubMed, hvorefter søgningen indsnævres og struktureres. Denne søgning beskrives udførligt i bilag 1.

Der foretages en bloksøgning, hvor relevante begreber udledes på baggrund af andet underspørgsmål og danner to overordnede søgeblokke (se tabel 2). Ud fra disse udledte

begreber dannes søgeord ved brug af engelske oversættelser og synonymer hertil (se bilag 1 tabel 4).

Blok 1	Blok 2
Dataregistrering	De sundhedsprofessionelles perspektiv

Tabel 2 Søgeblokke

Søgningerne foretages ved brug af emneord og fritekst. Da fritekstsøgningerne består af flere ord omkranses disse af citationstegn. Søgeordene inden for den enkelte blok kombineres med "OR", hvorefter blokkene kombineres med "AND". Søgningen foretages i databaserne PubMed, Cochrane Library og PsycInfo, da disse anses som værende dækkende i forhold til problemstillingen. Da der de seneste år er sket stor udvikling angående brugen af elektroniske registreringsprogrammer i sundhedsvæsenet, søges der kun efter litteratur publiceret indenfor de seneste 5 år.

Anvendeligheden og relevansen af den identificerede litteratur vurderes tilsvarende den identificerede litteratur relateret til første underspørgsmål. Den kritiske vurdering foretages ved brug af tjeklisterne STROBE, PRISMA eller COREQ afhængig af hvilket studiedesign der anvendes. Bemærkninger angående litteraturvurderingen ses i artikeloversigten tabel 4.

3.4 Litteratursammendrag

På baggrund af litteratursøgningerne og den efterfølgende litteraturvurdering, blev der identificeret 11 relevante studier i relation til problemformuleringens første underspørgsmål samt 16 relevante studier relateret til problemformuleringens andet underspørgsmål. Studierne bestod overvejende af kohorte studier og kvalitative undersøgelser, hvor der i den kritiske litteraturvurdering overordnet blev lagt vægt på henholdsvis reliabilitet og generaliserbarhed samt gennemsigtighed og overførbarhed foruden studierne validitet (34). Disse studier præsenteres i tabel 3 og 4 og vil i de følgende afsnit blive sammenfattet.

3.4.1 Den identificerede litteratur relateret til første underspørgsmål

Den identificerede litteratur relateret til første underspørgsmål inddrager ikke de samme parametre for at undersøge hvilke forhold der kendetegner deltagere der faldt fra patientuddannelser relateret til type 2 diabetes, hvilket vanskeliggør en sammenfatning heraf. I et studie af Gucciardi et al. er blandt andet køn, alder, sprog, civilstatus, uddannelse,

husstandsindkomst, arbejdstid, kontakt til læge og diabetessymptomer undersøgte parametre, mens et studie af Graber et al. blandt andet har undersøgt om alder ved diagnosticering af diabetes, antal år levet med diabetes, behandling, tidligere tilfælde af ketoacidose, hypoglykæmi ubevidsthed og hypoglykæmiske koma samt rygning, overvægt og afstand til centret udgjorde kendetegn for deltagere som faldt fra (35,36).

Enkelte studier har dog undersøgt ensartede parametre, men der vises ikke entydige resultater herom. Eksempelvis fandt Gucciardi et al. en sammenhæng mellem frafald og alder, hvor det at være ældre end 65 år var forbundet med frafald (36). To andre studier fandt derimod, at yngre deltagere havde en større tendens til at falde fra (37,38), mens to studier af Graber et al. og Kawahara et al. ikke viste sammenhæng mellem alder og frafald (35,39). Endvidere blev lang afstand til centret, i to studier, fundet associeret med øget risiko for frafald (35,40), mens et studie af Funnel er al. fandt, at dem, der havde kortest afstand til tilbuddet, oftere faldt fra (41). Desuden viste studiet af Gucciardi et al., at dem der havde levet med diabetes længere havde mindre risiko for at falde fra, hvilket ikke blev fundet af Graber et al (35,40). I tre studier af Gucciardi et al., Spikmans et al. og Kawahara et al. blev der fundet en sammenhæng mellem højt BMI og frafald, hvorimod Graber et al. ikke fandt denne sammenhæng (12,35,39,40).

På baggrund af den identificerede divergente litteratur er det ikke muligt at udlede hvilke konkrete registreringer, som bør foretages på Sundhedscentret i den nordjyske kommune. Dog er der identificeret nogle overordnede relevante forhold; demografiske, sygdomsspecifikke, livsstilsrelaterede og praktiske. Disse forhold har ifølge litteraturen betydning for deltagerfrafaldet og er dermed vigtige at registrere, med henblik på at kunne belyse de forhold som kendetegner deltagere som falder fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes.

Tabel 3 Artikeloversigt relateret til første underspørgsmål

Forfatter	Titel	Design	Formål	Definition på frafald	Studiepopulation	Resultater	Kommentarer
Gucciardi E (2008)	A Systematic Review of Attrition from Diabetes education services Strategies to improve attrition and retention research	Systematisk review	Undersøge studier, der undersøgte faktorer associeret med frafald fra diabetes uddannelse.	-	14 relevante studier identificeres.	2 undersøgelser fandt en sammenhæng mellem erhvervsstatus og frafald. Forskellige studier var uenige om sammenhængen mellem frafald og sprog, rygning, glykosyleret hæmoglobin, blodtryk, komorbiditet og afstand til centret. Flere studier fandt ikke sammenhæng mellem køn, alder, BMI og år siden diabetes diagnosen blev stillet med frafald.	Beskriver søgestrategien. Studierne måler ikke frafald på samme måde. Nogle studier har lille sample-size. Ikke alle studier anvender multivariate analyser.
Graber AL et al. (1992)	Dropout and Relapse During Diabetes Care	Manglende beskrivelse af studiedesign, men antyder at det er et kohorte studie. Det vurderes dog til at være et nested case-control studie	Undersøge faktorer forbundet med frafald og tilbagefald under kronisk diabetesbehandling.	Permanent manglende opfølgingsbesøg	422 diabetiske patienter (34% type 1, 66% type 2). Gennemsnitsalderen var 46.	Faktorer i forbindelse med frafald var afstand fra hjemmet til klinikken >100 miles, mangel på insulinbehandling og cigaretrykning. Der blev ikke fundet sammenhæng mellem det tidlige frafald og alder, køn, varighed af diabetes, type diabetes, BMI, eller HbA _{1c} ved start.	Både type 1 og type 2 diabetes. Manglende beskrivelse af limitations. Manglende beskrivelse af studiedesign.
Gucciardi E et al. (2008)	Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach	Mixed-method	Undersøge faktorer, der er forbundet med frafald i diabetes uddannelsestilbud.	Mindre end tre kontakter med centeret over en et årig periode	267 patienter med diabetes type 2. 118 frafaldne patienter.	Fultids- eller deltids-arbejde, alder over 65 år, regelmæssig kontakt med primær læge eller færre diabetessymptomer var medvirkende faktorer til frafald. Ofte var årsagerne; konflikt mellem arbejdsplaner og centerets åbningstider, patienternes tillid til deres egen viden og evne til at styre deres diabetes, ligegyldighed mod diabetes uddannelse, afstand til center, glemsomhed, regelmæssig læge konsultation, ikke opfattet alvor af diabetes og manglende kendskab til centret og dets tjenester.	Eksklusions- og inklusionskriterier beskrevet. Beskriver limitations. Generelt god beskrivelse af metodologien.
Irvine AA et al. (1992)	Impact of Community-Based Diabetes Education on Program Attenders and Nonattenders	Manglende beskrivelse af studiedesign, men antyder, at det er et kohorte studie. Det vurderes dog til at være et nested case-control studie	Undersøge interventions resultater for frafald og undersøge karakteristika for dropouts, der kunne hjælpe med at identificere disse personer.	Deltaget i mindre end halvdelen af undervisningsgangene	61 individer med diabetes.	De som ikke deltog var lavere uddannede, havde lavere indkomst, var yngre, havde haft diabetes dobbelt så lang tid, rapporterede flere barrierer for egenomsorg og var i dårligere helbred end de som deltog.	Manglende beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier. Manglende beskrivelse af studiedesign. Beskriver ikke limitations. Type 1 eller type 2 diabetes?

Gucciardi E et al. (2009)	Individual and contextual factors associated with follow-up use of diabetes self-management education programmes: a multisite prospective analysis	Prospektiv kohorte	Identificere individuelle og kontekstuelle faktorer i forbindelse med fortsat brug af diabetes self-management tilbud på to diabetescentre i løbet af en 1-årig periode.	-	268 voksne med type 2 diabetes.	Antallet af kontakter over 1 år var større for dem, der var kvinder, ikke-rygere, arbejdsløse, selvhenvist til diabetes management centre, boede tættere på diabetes management centre, havde en lavere body mass index eller havde en længere kendt varighed af diabetes.	God beskrivelse af metodologien. Beskriver inklusions- og eksklusionskriterier. Prospektiv kohorte. Beskriver ikke limitations.
Gucciardi E et al. (2006)	Patient factors associated with attrition from a self-management education programme	Manglende beskrivelse af studiedesign, men vurderes til at være et nested case-control studie	Undersøge mønstre i deltagelse i et diabetes uddannelses tilbud (DSME) og identificere patientrelaterede faktorer forbundet med frafald fra disse tilbud	Mindre end tre kontakter med centeret over en et årig periode.	536 patienter med type 2 diabetes.	Næsten 50% af patienterne faldt fra diabetes uddannelses tilbud. Patient relaterede variable så som at være ældre end 65 år, engelsk som hovedsprog, eller arbejde på fuld-eller deltid var forbundet med frafald og manglende brug af tilbuddene sammenlignet med midaldrende, ikke-engelsk-talende og ikke arbejdende patienter.	Manglende beskrivelse af studiedesign. Inklusions- og eksklusionskriterier beskrives. Beskriver limitations. Stor samplesize.
Benoit SR et al. (2004)	Predictors of Dropouts From a San Diego Diabetes Program: A Case Control Study	Case-control studie	Undersøge de demografiske, behandlings relaterede, kliniske og adfærdsmæssige faktorer, der er forbundet med frafald fra et diabetes program.	Ikke flere end to besøg og deltagende i programmet i mindre end 3 mdr.	573 patienter med type 2 diabetes (69 cases og 504 kontroller).	Patienter, der havde høje indledende kliniske indikatorer og patienter der røg eller havde røget var mere tilbøjelige til at falde fra diabetes-programmet	Beskriver studiedesign. Beskriver inklusions- og eksklusionskriterier. Kontrollerer for confounding. Beskriver limitations.
Funnell M et al. (1998)	Participation in a Diabetes Education and Care Program: Experience from the Diabetes Care for Older Adults Project	Case-control/Kohorte studie på baggrund af et RCT	Dokumentere fremmødet af deltagere i diabetes uddannelses- og støtteprogrammer. Undersøge potentielle faktorer relateret til fremmøde og undersøge årsagerne deltagerne tilsluttede sig diabetes programmet.	-	53 patienter >65 år med diabetes.	Større afstand til centret, deltagelse i kortere tid og brug af insulin var signifikant relateret til fremmøde.	Beskriver inklusions- og eksklusionskriterier. Studiedesign og metode er ikke tilstrækkelig beskrevet. Både diabetes type 1 og 2. Manglende beskrivelse af statistiske metoder. Begrænset beskrivelse af limitations. Lille studiepopulation.
Spikmans FJM et al. (2003)	Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian?	Case-control studie	Undersøge forekomsten af ikke-deltagelse og mulige årsager til hvorfor diabetes patienter ikke møder op til deres besøg med diætisten	Patienter som har misset mindst en af de opfølgende kontakter.	293 (166 deltagere og 127 ikke-deltagere) diabetespatienter, der gennemgår ambulant behandling for diabetes på et universitetshospital.	Ikke-deltagere følte sig mindre forpligtet til at møde op, var mindre overbevist om, at de var i stand til at påvirke deres helbred generelt. Hverken civilstatus, social klasse, uddannelsesniveau eller køn var signifikant associeret med fremmøde. Men der var nogle tegn på, at det oprindelige hjemland og typen af diabetes var forbundet med fremmøde. Gennemsnitlige BMI var højere blandt ikke-deltagerne	Manglende beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier. Både type 1 og type 2 diabetes. Begrænset beskrivelse af limitations.

Kawahara R et al. (1994)	Dropout of young non-insulin-dependent diabetics from diabetic care	Manglende beskrivelse af studiedesign, men antyder at det er et kohorte studie. Det vurderes dog til at være et nested case-control studie/case-control og tværsnit	Undersøge hvor mange patienter der faldt fra et diabetes program, og årsagerne hertil, samt at vurdere livsstilsfaktorerens indflydelse på frafald fra diabetesbehandling.	Patienter som ikke deltog på holdet i mindst 20 måneder.	109 patienter med type 2 diabetes (10-19 år)	Dobbelt så mange mænd blandt de frafaldne. BMI, gennemsnitlig blodtryk, insulin niveau, triglycerid niveau, og TC / HDL-kolesterol-forholdet var alle betydeligt højere blandt de frafaldne. Der var signifikant flere overvægtige blandt de frafaldne. Alder var ikke signifikant forskelligt. Den væsentligste begrundelse for ikke-deltagelse var travlhed.	Manglende inklusions- og eksklusionskriterier. Studiedesign ikke beskrevet. Manglende beskrivelse af statistiske metoder. Lille stikprøve. Kun simple statistiske analyser. Ingen beskrivelse af styrker og svagheder.
Simmons D et al. (2000)	Prevalence and Characteristics of Diabetic Patients With No Ongoing Care in South Auckland	Tværsnitsstudie	Beskrive forekomsten af frafald fra diabetesbehandling og at vise associerede karakteristika blandt patienter med kendt diabetes.	Patienter, der ikke har fået behandling i mindst 10 måneder.	1488 patienter med diabetes.	Vedkommende som ikke deltog i et diabetesprogram var mere tilbøjelige til at være diagnosticeret ved asymptomatisk screening og efter svangerskabsdiabetes. Patienter som ikke deltog, var yngre, blev diagnosticeret i en yngre alder, vidste mindre om diabetes, var mindre tilfredse med tidligere behandling, og var mindre tilbøjelige til at kræve medicin.	Beskriver metodologi Type 1 eller type 2 diabetes? Justerer for effekten af alder. Manglende beskrivelse af styrker og svagheder. Eksklusion- og inklusionskriterier mangler.

3.4.2 Den identificerede litteratur relateret til andet underspørgsmål

Ifølge den identificerede litteratur relateret til andet underspørgsmål, så sundhedsprofessionelle flere barrierer ved dataregistrering. Flere studier belyste, at de sundhedsprofessionelle så en øget arbejdsbyrde som følge af dataregistrering (43-47). Endvidere udtrykte de sundhedsprofessionelle, i flere studier, bekymring angående datasikkerhed og fortrolighed i tilfælde af ulovlig lækage af oplysninger (45,48,49). Særligt når ikke blot sundhedsprofessionelle, men også administrativt personale, kunne få adgang til patientinformation gennem de elektroniske systemer (49). Flere studier identificerede ligeledes en barriere angående de elektroniske registreringssystemers design (32,45,48,50-52). Blandt andet mente de sundhedsprofessionelle, at systemerne ofte var langsomme, ulogiske, upålidelige og ikke understøttede praksis (32,48,50,52).

Ifølge den identificerede litteratur, så sundhedsprofessionelle ligeledes fordele ved dataregistrering. Et studie af De Veer et al. viste, at sundhedsprofessionelle så bedre kvalitet og sikrere sundhedsydelser som følge af brugen af elektroniske registreringssystemer (53). Ifølge et studie af Chao et al., mente sundhedsprofessionelle endvidere, at brugen af registreringssystemer medførte, at patientoplysninger blev opbevaret og indsamlet systematisk, hvorved de sundhedsprofessionelle fik bedre adgang til patientinformationer, hvilket blandt andet var gavnligt i forbindelse med udvikling og forskning (49,54). Desuden mente de sundhedsprofessionelle, at elektronisk dataregistrering forbedrede kommunikationen og informationsdelingen i sundhedsvæsenet (49).

Litteraturen viste, at der var forskel blandt de sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering. Sundhedsprofessionelle med computererfaring havde ofte et mere positivt syn på brugen af elektroniske registreringsprogrammer end sundhedsprofessionelle uden computererfaring (32,53). Endvidere havde yngre sundhedsprofessionelle en mere positiv indstilling til dataregistrering (44,55). Ifølge et studie af Laramée et al. var sygeplejersker yngre end 50 år væsentlig mere positive sammenlignet med sygeplejersker på 50 år eller ældre (55). Et lignende fund blev gjort i et studie af Yan et al., hvor sundhedsprofessionelle over 40 år var mere tilbøjelige til at opleve barrierer ved brug af registreringssystemer, sammenlignet med sundhedsprofessionelle under 40 år (44).

Tabel 4 Artikeloversigt relateret til andet underspørgsmål

Forfatter	Titel	Design	Formål	Studiepopulation	Resultater	Kommentarer
Whittaker A et al. (2009)	Barriers and Facilitators to Electronic Documentation in a Rural Hospital	Kvalitativt studie	At undersøge sygeplejerskers opfattelse af barrierer og potentialer ved implementering af en elektronisk patientjournal (EPJ)	11 sygeplejersker fra onkologisk og medicinsk-kirurgiske enheder	Deltagerne var i stand til at identificere computer-relaterede, sygeplejerske-relaterede, og kontekstuelle barrierer og potentialer for implementering af EPJ. Desuden blev der identificeret to forskellige mønstre af opfattelser og accept. Forståelse og håndtering af potentialer og barrierer til EPJ vedtagelse kan påvirke sygeplejerskernes evne til at levere og dokumentere sygepleje.	Metodologien beskrives. For at øge validiteten: Tilbagelægning. Teoristret analyse – risiko for at overse vigtige temaer.
Blake-Mowatt C et al. (2013)	Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital	Mixed methods studie	Audit af sygeplejerskers dokumentations praksis på et sygehus	90 patientjournaler gennemgået. 12 sygeplejersker på et sygehus i det vestlige Jamaica.	Høje niveauer af nøjagtig dokumentation. Svagheder angående dokumentation af planlægning og patientundervisning blev identificeret. De vigtigste rapporterede faktorer, der påvirket dokumentationpraksis var arbejdsbyrde og personale/patient forhold. Deltagerne mente, at sygeplejedokumentation kunne forbedres ved bedre bemanding, vejledning og efteruddannelse.	Manglende beskrivelse af koder. Manglende validering af fundene.
Boyer L et al. (2010)	Implementing electronic medical records in a psychiatric hospital: A qualitative study	Kvalitativt studie	At undersøge sundhedspersonalets meninger om muligheder og barrierer angående implementering af elektroniske patientjournaler på et fransk psykiatrisk hospital	115 sundhedsprofessionelle (16 psykiatere, 84 sygeplejersker, seks psykologer eller sociale assistenter og ni sekretærer eller administrative professionelle)	Der var adskillige kritiske aspekter forbundet med implementeringen af elektroniske patientjournaler, hvorfor strategien for implementeringen var særlig vigtig. Implementering af EPJ bør betragtes som en kontinuerlig proces og princippet om løbende kvalitetsforbedringer forekommer relevant for at løse dette problem.	Beskriver metodologien Datastyret kodning. Foretages af flere forskere. Ingen tilbagelægning (validering af fundene).
Laramee A et al. (2012)	A Comparison of Nurse Attitudes Before Implementation and 6 and 18 Months After Implementation of an Electronic Health Record	Kohorte	At sammenligne sygeplejerskers holdninger før implementering og 6 og 18 måneder efter implementering af en omfattende EPJ på et akademisk medicinsk center.	Før implementering: 312 sygeplejersker. 6 mdr efter implementering: 410 sygeplejersker 18 mdr efter implementering: 262 sygeplejersker	Sygeplejerskernes holdning til den elektroniske patientjournal blev mindre positiv 6 måneder efter implementeringen samt 18 måneder efter implementering. Sygeplejersker yngre end 50 år var væsentlig mere positiv sammenlignet med sygeplejersker 50 år eller ældre for præ-implementering og 6-måneder efter implementering. Sygeplejersker med 5 års anciennitet eller derunder var signifikant mere positive ved præ-implementering og 6 mdr efter implementering sammenlignet med sygeplejersker med mere end 5 års anciennitet.	Beskriver metodologien Manglende beskrivelse af kvalitative analyser. Beskriver styrker og begrænsninger

De Veer A & Francke A (2010)	Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionnaire survey	Tværsnitsstudie	At få mere indsigt i sygeplejerskers syn på brugen af EPJ og klarlægge de afgørende faktorer for personalets accept af EPJ	685 sygeplejersker	Sygeplejersker der mente, at EPJ forbedrer kvaliteten af pleje, øger antallet af patienter, der kan plejes, eller forbedrer arbejdsomstændigheder viste en mere positiv holdning til brug af EPJ. Sygeplejersker med et højt uddannelsesniveau, i lederstillinger og som arbejder mindst 30 timer om ugen havde en mere positiv holdning til at bruge EPJ. Sygeplejersker som tidligere havde brugt EPJ havde en mere positiv holdning. Sygeplejersker på hospitaler var mest positive, mens hjemmesygeplejerske var mindst positive.	Manglende beskrivelse af studiedesign. Beskriver studiets begrænsninger.
Chao W et al. (2013)	Benefits and Challenges of Electronic Health Record System on Stakeholders: A Qualitative Study of Outpatient Physicians	Kvalitativt studie	At undersøge brugen af EPJ ved ambulante læger i Macao og at identificere betydningen af elektroniske patientjournaler ift. sundhedsinstitutioner, patienter og læger.	32 læger	EPJ tillod nem indsamling af data til forskning. Enighed om, at systemisk patientjournalssystemer muliggør god og effektiv kommunikation til gavn for sundhedsinstitutioner, patienter og læger. Bekymringer angående fortrolighed.	Beskriver metodologien. Beskriver studiets svagheder.
Yan H et al. (2013)	Beyond the Focus Group: Understanding Physicians' Barriers to Electronic Medical Records	Tværsnitsstudie	At undersøge lægers barrierer for EPJ og forstå, hvordan karakteristika, såsom alder, praksis indstilling og speciale, er forbundet med opfattelsen af disse barrierer.	1888 læger fra Rhode Island	De største barrierer for brugen af EPJ blandt respondenterne var relateret til økonomi, tid og tekniske begrænsninger. Sammenlignet med læger under 40 år, var ældre læger mere tilbøjelige til at opleve barrierer for EPJ.	Manglende beskrivelse af studiedesign. Beskriver metodologien. Beskriver begrænsninger.
McGinn C et al. (2011)	Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review	Systematisk review	At skabe en syntese ift. den aktuelle viden om de barrierer og potentialer, der påvirker EPJ implementering blandt de forskellige brugere.	52 studier fra perioden 1999-2009	De hyppigste faktorer fælles for alle brugergrupper var design og tekniske problemer, brugervenlighed, sikkerhed, omkostninger, produktivitet, kendskab til og evner ift. brugen af EPJ, motivation til at bruge EPJ og mangel på tid og arbejdsbyrde.	Beskriver metodologien. Beskriver studiets begrænsninger.
Doyle R et al. (2012)	Computers in the examination room and the electronic health record: physicians' perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation	Kvalitativt studie	At sammenligne lægers selvrapporterede holdninger og adfærd vedrørende brugen af elektronisk patientjournal, før og efter installation af computere i patient-undersøgelseslokaler og overgangen til implementering af EPJ.	24 læger	I det første interview, udtrykte læger bekymring for den potentielle negative effekt af EPJ ift. kvaliteten af pleje og læge-patient interaktion, tilstrækkeligheden af deres færdigheder i EPJ brug og datasikkerhed. De fleste læger forventede også flere fordele, herunder bedre adgang til patientdata og online information om sundhed. I det andet interview, havde lægerne ikke længere disse bekymringer. Mange forventede fordele var blevet realiseret.	Beskriver metodologien. Beskriver styrker og svagheder.

Goldberg D et al. (2012)	EHRs in Primary Care Practices: Benefits, Challenges, and Successful Strategies	Kvalitativt studie	At forstå brugen af elektroniske patientjournaler i mindre praksisser og undersøge lægers og personalets erfaringer og opfattelser ift. fordele, udfordringer og vellykkede strategier ved implementering og meningsfuld brug af EPJ.	6 mindre praksisser i Virginia (38 medarbejdere: 14 læger, 10 sygeplejersker, 3 medicinske assistenter, 8 ledere, og 3 kvalitetsforbedrings-medarbejdere)	Personalet rapporterede øget effektivitet i at hente journaler, lagre patientoplysninger, koordinere pleje og kontoropgaver. Omkostninger, manglende kendskab til EPJ-funktioner og problemer ift. at omdanne kontoropgaver var barrierer for meningsfyldt brug af EPJ. Potentialer for EPJ funktioner omfattede teambaseret pleje, tilstrækkelig teknisk support, kommunikation og uddannelse af medarbejdere, alternative strategier for patientpleje under omstilling, og udvikling af nye processer.	Beskriver metodologien. Manglende tilbagelægning. Manglende beskrivelse af styrker og svagheder.
Howard J et al. (2012)	Electronic Health Record Impact on Work Burden in Small, Unaffiliated, Community-Based Primary Care Practices	Kvalitativt studie - Feltstudie	At undersøge brugen af EPJ ift. personalets arbejdsbyrde i små praksisser.	Syv praksisser	Konsekvenserne af EPJ på arbejdsbyrden afveg for klinikere i forhold til at støtte personale. De kliniske og administrative støttepersonales arbejdsbyrde blev reduceret, mens klinikernes arbejdsbyrde steg, primært grundet den kliniske dokumentation.	Beskriver studiets svagheder. Beskriver metodologien.
Huryk L et al. (2010)	Factors influencing nurses attitudes towards healthcare information technology	Systematisk review	At undersøge sygeplejerskers holdninger til sundhedsvæsenets informationsteknologi.	13 studier	Overordnet var sygeplejerskernes holdninger til sundhedsinformationsteknologi positiv. Computererfaring var den vigtigste indikator for positive holdninger. De mest almindelige barrierer var dårligt systemdesign og at systemet var langsomt. Sygeplejersker var også bange for, at brugen af teknologi ville umenneskeliggøre patientpleje.	Beskriver søgestrategien. Inklusions- og eksklusionskriterier. Manglende beskrivelse af studiets styrker og svagheder.
Stevenson J et al. (2010)	Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review	Systematisk review	At gennemgå aktuell forskning angående sygeplejerskers erfaring med brugen af EPJ til dokumentation.	Fem studier	Sygeplejersker var generelt utilfredse med EPJ-systemer. EPJ understøtter ikke sygeplejepraksis, fordi det ikke giver et godt overblik over patienten, er sjældent tilgængelige ved sengen, afspejler ikke sygeplejepraksis og har en tendens til at styre den måde som sygeplejersker arbejder. Desuden mente et flertal af deltagerne i undersøgelserne, at systemerne var upålidelige, langsomme, komplicerede, besværlige og ulogiske.	Beskriver metodologien. Inklusions- og eksklusionskriterier. Beskriver studiets styrker og svagheder.
Stevenson J & Nilsson G (2011)	Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study	Kvalitativt studie	At undersøge sygeplejerskers opfattelser af brugen af EPJ i den daglige praksis	21 sygeplejersker fra det sydøstlige Sverige	Sygeplejersker rapporterede, at den elektroniske patientjournal ikke støttede sygeplejepraksis angående afgørende patientoplysninger.	Beskriver metodologien. Der foretages tilbagelægning. Beskriver studiets styrker og svagheder.

Holden R (2011)	What stands in the way of technology-mediated patient safety improvements? A study of facilitators and barriers to physicians' use of electronic health records	Kvalitativt studie	At identificere og beskrive potentialer og barrierer for lægers brug af EPJ-systemer.	20 læger fra midt vest amerikanske hospitaler	Potentialer/barrierer i relation til brugerne var læring, skrive færdigheder, forståelse af EPJ-systemet, motivation/initiativ og strategier/løsninger. Potentialer/barrierer i forbindelse med systemet var støttende hardware/software, systemets hastighed, funktionalitet og brugervenlighed. Potentialer/barrierer i forbindelse med støtte fra andre var teknisk support, formel uddannelse, og støtte fra kolleger. Organisatoriske potentialer/barrierer var tidstillæg og interinstitutionel integration. Miljømæssige potentialer/barrierer var fysisk plads, elektricitet, trådløs tilslutning, og det sociale miljø.	Beskriver metodologien. Beskriver studiets styrker og svagheder.
Hackl W et al. (2011)	"Why the Hell Do We Need Electronic Health Records?" EHR Acceptance among Physicians in Private Practice in Austria: A Qualitative Study	Kvalitativt studie	At få en dybere indsigt i de negative følelser forbundet med den påtænkte gennemførelse af en obligatorisk national elektronisk patientjournal-system (kaldet ELGA) i Østrig blandt læger i privat praksis.	8 (eller 11) læger	Resultaterne viste, at læger følte sig uinformeret. De frygtede ukendte forandringer, øgede omkostninger, samt arbejdsbyrden og overvågning uden at få nogen fordele i at bruge elektroniske patientjournaler i deres daglige praksis.	Beskriver metodologien. Beskriver studiets styrker og svagheder.

Den identificerede litteratur skal, suppleret med synspunkter fra sundhedsprofessionelle på Sundhedscentret i den nordjyske kommune, bidrage til at forbedre dataregistrering i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Måden hvorpå de sundhedsprofessionelles synspunkter kommer til udtryk, beskrives i følgende afsnit

3.5 Fokusgruppeinterview

På baggrund af problemstillingen og den valgte forandringsstrategi, Deltagende udvikling, foretages der i nærværende projekt et fokusgruppeinterview med ledelsen og medarbejdere, som vil blive berørt af forandringen, på Sundhedscentret. Herved skabes rammer for dialog og diskussion blandt centrale aktører i forhold til forandringen hvorved de sundhedsprofessionelle kan føle ejerskab til forandringen, hvilket ifølge strategien vil øge muligheden for succesfuld gennemførelse heraf (29). Endvidere vil fokusgruppeinterviewet bidrage til at give indblik i ledelsens og medarbejdernes syn på dataregistrering. Dermed har den valgte forandringsstrategi betydning for de metodiske valg i forbindelse med fokusgruppeinterviewet. Informanterne forventes at sammenligne og diskutere de meninger der frembringes, hvorved data om graden af konsensus og diversitet i gruppen produceres, hvilket kommer til udtryk gennem det sagte og den sociale interaktion (56,57).

3.5.1 Strukturering af fokusgruppeinterviewet

Indledningsvist introduceres formålet med projektet og fokusgruppeinterviewet, hvorefter informanterne præsenterer sig selv ved navn, uddannelse, alder og anciennitet. Der orienteres om, hvordan interviewet skal forløbe og en samtykkeerklæring udfyldes (34,58). Dernæst præsenteres mundrette, ligefremme og præciserede interviewspørgsmål, som skal diskuteres i fokusgruppen (se interviewguide bilag 2) (56,58). Interviewspørgsmålene skal kunne tilskynde indmeldinger og fremme diskussioner mellem informanterne (56,58). Efter hvert spørgsmål får fokusgruppen i fællesskab til opgave at opsummere og notere svar på spørgsmålene. Denne opsummeringsopgave kan bidrage til, at fokus igen rettes mod spørgsmålet efter vidtgående diskussioner (56,57,59).

Der anvendes en struktureret interviewproces, hvor spørgsmål og opgaver er planlagt og på forhånd noteret i en interviewguide (bilag 2), men kan suppleres med yderligere spørgsmål, som tilpasses situationen (56). Forud for interviewet afprøves interviewguiden på andre

sundhedsprofessionelle med henblik på at undersøge interviewguidens gyldighed, herunder om spørgsmålene er forståelige og om de kan besvares (34).

Interviewspørgsmålene, nedfældet i interviewguiden, er udformet med afsæt i forandringsstrategien og skal bidrage til at besvare problemstillingens to underspørgsmål, Endvidere er der udarbejdet nogle supplerende spørgsmål, som skal bidrage til at svarene konkretiseres og fokus på emnet opretholdes.

Typisk varer et fokusgruppeinterview 2-3 timer (34), men idet interviewet vedrører forhold på arbejdet og udføres efter arbejdstid, forventes et interview på 2-3 timer at hæmme informanterne i deltagelse, hvorfor interviewet begrænset til max én time. Desuden er emnet forholdsvis afgrænset, hvorfor det vurderes, at én time er tilstrækkeligt. Der afsættes ca. 10 minutter til diskussion af hvert spørgsmål og derefter ca. 4 minutter til notering og opsummering heraf for at overholde denne tidsramme.

3.5.2 Udvælgelse af informanter

På baggrund af projektets problemstilling og den valgte forandringsstrategi skal informanterne repræsentere de medarbejdere, som har en særlig tilknytning til, erfaring med eller viden om patientuddannelse relateret til type 2 diabetes (56). Da forskellige fag- og aldersgrupper kan have forskellige perspektiver på problemstillingen, grundet blandt andet forskellig baggrund, oplevelser, arbejdsrutiner og erfaringer, er det vigtigt, at flere faggrupper og aldersgrupper er repræsenteret i fokusgruppen, da dette kan medføre en øget diskussion og interaktion i fokusgruppeinterviewet (44,55). Desuden bliver flere inddraget og får indflydelse på forandringen jo flere informanter, der deltager i interviewet, hvilket kan bidrage til succesfuld implementering heraf (29). Derfor inviteres samtlige medarbejdere, som berøres af forandringen, bestående af fysioterapeuter, sygeplejerske og ledelsen, til deltagelse i nærværende fokusgruppeinterview, hvorfor antallet af informanter forventes at være 4 personer (56).

Det er væsentligt at vurdere sammensætningen af fokusgruppen, da den viden fokusgruppen producerer, afhænger af informanternes sociale interaktion (56,57). Informanterne kender hinanden i forvejen og deler nogle af de samme erfaringer og oplevelser, hvorfor de muligvis kan uddybe hinandens syn (57). At informanterne kender hinanden er dog ikke nødvendigvis

en fordel, hvis der ikke er tryghed og harmoni mellem dem i det daglige arbejde på Sundhedscentret (56).

3.5.2.1 Rekruttering af informanter

Informanterne rekrutteres gennem en kontaktperson på Sundhedscentret. Endvidere fremsendes skriftlig information om interviewet og projektet via ledelsen til samtlige medarbejdere, som beskæftiger sig med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes (bilag 3). Korrespondancen går blandt andet gennem ledelsen, hvilket legitimerer interviewet og understreger, at ledelsen finder deltagelse i interviewet relevant.

3.5.3 Lokalitet

Informanternes villighed til at deltage kan være påvirket af lokaliteten for hvor fokusgruppeinterviewet foretages, idet omgivelserne påvirker det psykologiske klima og hvad, der logistisk er muligt for informanten (34,56). Fokusgruppeinterviewet foretages derfor i et mødelokale på informanternes arbejdsplads. Dette valg begrundes med, at informanterne har let adgang hertil og det er et kendt sted, hvor de kan føle sig trygge. Endvidere er det fordelagtigt, at lokaliteten opfordrer til diskussion om emnet, idet informanterne er i den vante kontekst for nærværende problemstilling (34,56).

Informanterne placeres om et bord, hvor de har mulighed for at se de øvrige informanter, med henblik på at fremme den sociale interaktion i fokusgruppen (56). Informanterne aflønnes under interviewet, hvilket kan bidrage til at øge deres villighed til at deltage (34). Der tilbydes lidt at drikke og spise, både som tak for deltagelse og fordi der kan være behov herfor efter en lang arbejdsdag (34).

3.5.4 Moderator

I et fokusgruppeinterview interagerer moderator og informanter, hvorfor moderators rolle indledningsvist må afklares. I nærværende fokusgruppeinterview har moderator til opgave at præsentere de spørgsmål, som skal diskuteres og skabe en stemning, hvor informanterne kan tilkendegive personlige og modstridende synspunkter (34,56,57). Det er vigtigt, at informanterne interagerer og henvender sig til hinanden, så det hindres, at diskussionerne bliver træge, hvorfor moderatorinvoleringen er lav (56,57).

3.5.5 Optagelse af interview

Fokusgruppeinterviewet lydoptages ved brug af iPads med programmet Voice Recorder HD. Inden fokusgruppeinterviewet afprøves programmet og iPads oplades. Lydoptagelsen foretages på flere iPads for at sikre, at dækningsgraden er tilstrækkelig (56). Sideløbende med lydoptagelserne tages der noter, idet den sociale interaktion, som er en væsentlig del af den genererede empiri, ligeledes udtrykkes nonverbalt (57,58).

3.5.6 Transskription

Efter gennemførelse af fokusgruppeinterviewet overføres lydoptagelsen til computer, hvor den afspilles med henblik på transskription. Transskription er en transformation af det talte sprog til skriftsprog og anses som den første del af den analytiske proces (58,60). I nærværende projekt anvendes en transskriptionsstrategi, hvor meningsindholdet i det sagte fastholdes (58). Fokusgruppeinterviewet transskriberes til en skreven tekst, som benyttes i den efterfølgende analyse. Transskriberingen sker ved brug af programmet Express Scribe, som giver mulighed for enkelt at starte, stoppe og afspille lydfiler med forskellige hastigheder. Et gruppemedlem, som har haft del i udførelsen af fokusgruppeinterviewet, foretager transskriberingen og får herved et dybdegående kendskab til materialet. Efterfølgende verificeres transskriberingen af et andet gruppemedlem. Transskriptionen finder sted efter interviewet, mens det er i frisk erindring (58). For at sikre kontinuerlighed foretages transskriberingen ud fra nedskrevne retningslinjer (bilag 4) (58).

3.5.7 Etik

Informanterne bliver indledningsvist informeret om projektets problemstilling og fokusgruppeinterviewets formål (56). Det understreges, at det er frivilligt at deltage i fokusgruppeinterviewet og at informanterne til enhver tid kan tilbagetrække deres deltagelse. Så vidt muligt sløres informanternes identitet i transskriptionen og analysen heraf (56). Lydoptagelsen og udskrifterne opbevares sikkert og utilgængeligt for tredjepart og optagelserne destrueres efter transskription og analyse (56). Udskrifterne vil dog blive anvendt i projektet og eksaminationen. Den enkelte informant får tilbud om at modtage en tilbagelægning af interviewet med henblik på korrektioner og kommentarer. Informanterne giver deres skriftlige samtykke til deltagelse i interviewet og bekræfter derved, at de er informeret om og indforstået med de beskrevne etiske aspekter (bilag 5).

3.5.8 Analyse af fokusgruppeinterviewet

Analysen består af en meningsanalyse, hvor der fokuseres på indholdet af det sagte med henblik på at opnå forståelse af den generede empiri (56). Desuden foretages der en interaktionsanalyse for at opnå en forståelse for de interaktive processer (56).

3.5.8.1 Meningsanalysen

I meningsanalysen foretages en dekontekstualisering, hvor dele af materialet tages ud af helheden og kodes, som efterfølges af en rekontekstualisering, hvor de kodede dele af materialet samles og fortolkes (60). Meningsanalysen opnås gennem meningskodning, -kondensering og -fortolkning. Analysen foretages ved brug af programmet Nvivo 10.0, som er beregnet til at overskueliggøre behandlingen af den generede empiri (61).

Der foretages en meningskodning af empirien således, at der til en sammenhængende tekstpassage knyttes en eller flere koder (56,60). Dermed udføres der en datareduktion, hvor empirien nedbrydes og sorteres i håndterbare kodegrupper. Kodningen foretages med afsæt i problemformuleringen samt den valgte forandringsstrategi, hvorfor kodningen er begrebsstyret (60).

Efterfølgende foretages en meningskondensering. Ud fra kodegrupperne dannes der subgrupper, hvorved udtalelserne sammenfattes til mindre meningsenheder (60). Subgrupperne er datastyrede, hvorved der ikke er en forudbestemt teori eller struktur herfor, men udvikles gennem analyseprocessen (60).

Afslutningsvis foretages en meningsfortolkning, som rækker ud over det sagte og finder frem til meningsstrukturer og betydningsrelationer, som ikke umiddelbart fremgår af udskriften. Fortolkningen rekontekstualiserer derved informanternes meninger og holdninger inden for en bredere referenceramme (60).

3.5.8.2 Interaktionsanalyse

Den sociale interaktion observeres for at forstå, hvordan sociale processer i fokusgruppen fører til indholdet af det sagte og hvad, der diskuteres (57). Den sociale interaktion forventes at tilskynde nuancerede udsagn og informanterne vil derfor supplere hinandens synspunkter og erfaringer, hvilket kan skabe dynamik og bredde (34,56). Informanterne har formentlig forskellige perspektiver på emnet og kan derfor spørge ind til hinandens holdninger hertil

(56). Da interaktionen kan påvirke indholdet af den enkelte informants udtalelser og gruppens udtryk for konsensus samt påvirke fokusgruppens meningsforhandling og begrundelser, er det relevant at foretage en interaktionsanalyse, hvorved de sociale interaktioner i fokusgruppen analyseres (56).

I interaktionsanalysen vil der være fokus på hvorfor, hvornår og hvordan emner bringes i tale og hvilke emner, som udløste konsensus eller diversitet blandt informanterne (56).

4 Analyse

I de følgende afsnit foretages en analyse af den genererede empiri fra fokusgruppeinterviewet. Indledningsvis præsenteres informanternes baggrundsinformationer samt kodningen af empirien.

4.1 Baggrundsinformationer

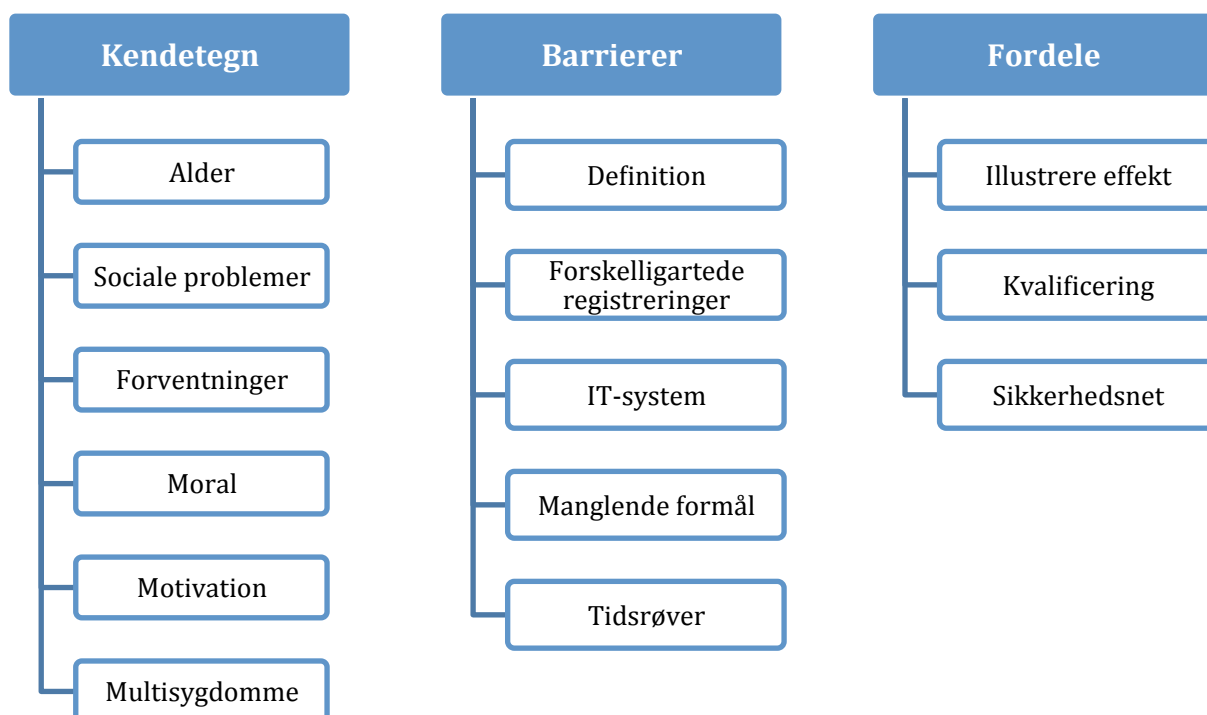
I nærværende fokusgruppeinterview deltog fire sundhedsprofessionelle informanter. Tabel 5 giver et overblik over de anonymiserede informanternes køn, uddannelsesmæssige baggrund, alder og anciennitet. Samtlige informanter havde en særlig tilknytning til, erfaring med eller viden om patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. To af informanterne havde en baggrund som fysioterapeut, en var afdelingsleder og en havde en sygeplejefaglig baggrund. Der var tre kvinder og en mand blandt informanterne og de havde en alder varierende fra 33 til 51 år og en anciennitet på 5-23 år.

Informant	Køn	Uddannelse	Alder	Anciennitet
1	Kvinde	Sygeplejerske	51 år	23 år
2	Mand	Fysioterapeut	33 år	5 år
3	Kvinde	Afdelingsleder	46 år	23 år
4	Kvinde	Fysioterapeut	42 år	19 år

Tabel 5 Baggrundsinformationer

4.2 Kodning

Den generede empiri fra fokusgruppeinterviewet blev kodet ud fra tre centrale aspekter i relation til problemstillingen og den valgte forandringsstrategi. Koderne udgjorde dermed; *Kendetegn hos deltagere som frafalder, Barrierer ved dataregistrering og Fordele ved dataregistrering*. Ud fra disse koder blev relevante meningsenheder kategoriseret yderligere gennem subgrupper. En oversigt over de anvendte koder ses i kodetræet, figur 1. De tre koder analyseres separat for at skabe struktur, hvorefter de anvendes i en syntese.



Figur 1 Kodetræ

4.2.1 Kendetegn hos deltagere som frafalder

Fokusgruppeinterviewet gav indsigt i informanternes syn på forhold, som kendetegnede deltagere, der frafaldt patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret i den nordjyske kommune. Informanterne oplevede, at deltagere, som faldt fra, ofte havde sociale problemer, hvilket blandt andet blev skildret som:

"Få ressourcer. Lav uddannelse." – Informant nr. 4

Blandt informanterne var der tilslutning til denne tilkendegivelse og enighed om, at sociale problemer ofte kendetegnede de deltagere, som faldt fra. Dette blev også illustreret i opsummeringsøvelsen, hvor de skulle notere fælles svar. Sociale problemer blev ligeledes fremstillet som økonomiske udfordringer, hvilket ifølge informanterne vanskeliggjorde transporten til Sundhedscentret.

"Men det er vel også noget med økonomi, man skal jo selv betale for at komme herind ... Vi kan også godt se, de gange hvor der så er nogen som måske er socialt udsatte, som har fået bevilliget transport, det hjælper gevaldigt til at de faktisk møder op." – Informant nr. 3

Dette udsagn var der enighed om. På trods heraf blev denne tilkendegivelse udfordret ved, at det ikke kun var økonomiske udfordringer, som vanskeliggjorde transporten til Sundhedscentret, men også, at transporten til Sundhedscentret var tidskrævende for mange deltagere.

”Og der er vel også nogle gange det der med transport, de synes de bruger for lang tid på at komme frem og tilbage, det kan også godt være en hindring.” – Informant nr. 2

Dette var oplevelser som informanterne havde til fælles, hvorfor der var enighed blandt informanterne om, at afstanden til Sundhedscentret havde en betydning for frafald.

Ligeledes havde informanterne erfaret, at deltagere med multisygdomme ofte faldt fra patientuddannelsen.

”Ja, og så multisygdomme. Jo flere og jo mere syge de er, jo flere forskellige ting jo større er frafaldet jo også.” – Informant nr. 1

Blandt andet havde informanterne oplevet at deltagere, som under patientuddannelsesforløbet blev diagnosticeret med kræft eller skulle have en hofte- eller hjerteoperation ofte faldt fra. Blandt informanterne var der dermed enighed om, at den sygdomsmæssige belastning af deltagerne havde betydning for frafaldet, hvilket også blev tydeliggjort i opsummeringsøvelsen.

Endvidere mente informanterne, at yngre deltagere ofte faldt fra. Dette blev begrundet med, at de yngre deltagere ofte var erhvervsaktive, hvorved det var vanskeligt at følge forløbet tilstrækkeligt. Endvidere frafaldt de yngre deltagere ofte forløbet fordi de følte sig for unge i forhold til de øvrige deltagere.

”Nej, det var fordi de andre ikke havde samme alder. Det var i virkeligheden det. Hvor han følte sig for ung.” – Informant nr. 4

Blandt informanterne blev det diskuteret om motivation ved patientuddannelsens opstart havde betydning for frafald. En informant udtrykte, at ifølge kliniske retningslinjer ville deltagere ikke få noget ud af patientuddannelsesforløbet, og muligvis falde fra, hvis de ikke

var motiverede ved opstart. Dette var informanten dog uenig i da deltagere, som var umotiverede ved opstart, måske blev motiveret undervejs i forløbet.

”Vi oplever jo netop mange af de der måske ikke er særligt motiverede, men måske bliver det lidt undervejs og alligevel ender med at få noget godt ud af det ikke.” – Informant nr. 1

En anden informant havde modsat oplevet, at deltagere, som var motiverede ved opstart undervejs i forløbet kunne blive umotiveret og dermed falde fra. Det var dermed tvivlsomt hvorvidt motivation ved patientuddannelsens opstart var betydende for frafaldet.

Der var derimod enighed blandt informanterne om, at nogle deltagere, som frafaldt, måtte have manglende moral idet de udeblev fra patientuddannelsesforløbet uden at give besked herom.

”Jeg ved ikke om det er manglende moral altså eller hvad det er ... Det er måske hele livet de bare har sådan noget med ikke at give besked og bare blive væk ... Og sådan shopper rundt i tilbud og prøver lidt her og prøver lidt der og ikke gør noget færdigt.” – Informant nr. 1

Informanterne oplevede endvidere, at nogle deltageres forventninger til forløbet ikke blev indfriet, hvorfor de faldt fra.

”Nu når I kommer måske og lægger lidt krav om at de skal være med og være aktive i fysisk træning eller måske lidt deltagende i plenum ... Hvis jeg havde regnet med at jeg skulle være passiv her, og så skal jeg være aktiv.” – Informant nr. 3

Informanterne anså dermed både demografiske, praktiske og sygdomsmæssige forhold som værende af betydning for deltagerfrafaldet på Sundhedscentret. Desuden var patientrelaterede forhold så som moral og forventninger ifølge informanterne betydende for frafaldet.

4.2.2 Barrierer ved dataregistreringer

Fokusgruppeinterviewet gav ligeledes indsigt i hvilke barrierer informanterne så ved dataregistrering i forbindelse med frafald fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Der var bred enighed om, at det var problematisk, at der ikke forelå en definition på frafald,

hvorved registrering ville vanskeliggøres. Dermed var det først og fremmest nødvendigt med en klar definition på frafald for at registreringen var brugbar.

"Det jeg ser umiddelbart, det er jo en klar definition af hvad er frafald og hvad er ikke frafald. Det er det første krav i hvert fald man skal have, hvis man skal bruge det til noget." – Informant nr. 1

Informanterne gav udtryk for, at uden en klar definition ville registreringerne ikke kunne benyttes til sammenligninger hverken på tværs af kommuner eller internationalt, fordi frafald opgøres og defineres på forskellig vis.

"Altså jeg sidder jo lige præcis når jeg skal sidde og lave de tal indberetninger til Kronikerenheden hvor de spørger om frafald. Og når man ikke har nogen definition, hvad er så frafald, så er det min fornemmelse af er de faldet fra... Altså det er noget mærkeligt noget." – Informant nr. 1

Dette udsagn medførte en undren hos afdelingslederen om hvorvidt Kronikerenheden, som har til hensigt at dokumentere og evaluere sundhedsindsatser på kronikerområdet, var bevidst om denne problematik. Hertil gav informanten, der havde ansvar for indberetningerne, udtryk for, at hun gav besked hver gang at det var problematisk at registrere frafald, da det kun var baseret på hendes egen fornemmelse.

"Jeg skriver en note hver gang at det er rigtig svært at lave det her." – Informant nr. 1

Ifølge informanten var Kronikerenheden ligeledes klar over at dette var et problem, hvorfor informanten anså registrering og indberetning af frafald som spild af tid. De andre informanter tilsluttede sig denne udmelding.

"Nogen gange så synes man måske det er spild af tid hvis det ikke skal bruges til noget ikke." – Informant nr. 1

Informanterne var ligeledes interesseret i, at der forelå anvisninger om hvad et acceptabelt frafald var, hvilket Sundhedscentret kunne stræbe efter.

"I forhold til det der med frafald, så tænker jeg, det er også vigtigt at finde ud af hvad er acceptabelt frafald. Altså hvad skal man, måske er det ikke altid vi kan gå efter de 100 %, men hvad skal man så gå efter skal man sige." – Informant nr. 2

Gennem diskussionen angående manglende definition af frafald blev informanterne enige om, at tidsperspektivet ligeledes var en barriere i forbindelse med dataregistrering. De var bekymrede over for hvor tidskrævende det ville være, da de tidligere havde erfaret at opstart og implementering af nye procedurer kunne være problematisk.

"Det skal man bare regne med at det lyder ikke af så meget, det var måske kun 5 eller 6-7 ting man skal notere, men det kan hurtigt blive meget. Så det er hvert fald det der med tiden." – Informant nr. 2

Informanterne var ligeledes enige om, at det nuværende IT-system var tidskrævende, hvor det blev eksemplificeret med at det tog ti minutter at logge ind i selve systemet. De tilkendegav både eksplicit og implicit, at der var yderligere barrierer forbundet med at registrere i dette system.

"Det er ikke designet til formålet, skal vi sige det sådan... Ja, det er designet til sygeplejen ikke, eller hjemmeplejen." – Informant nr. 4

Der var tydelige frustrationer angående IT-systemet, idet de mente, at det var problematisk at anvende deres nuværende registreringer til statistiske beregninger. De gav udtryk for, at det eneste systemet kunne anvendes til i dag, var den lovmæssige dokumentation der er påkrævet.

"Det system vi har det er jo ikke lige bygget op efter vores ønsker vel altså" – Informant nr. 1

De manglede et system, der var let tilgængeligt og som enkelt kunne anvendes til statistiske beregninger således, at registreringerne kunne benyttes til udvikling og forskning.

"Ja, at det skal kunne bruges til noget, det skal være et system hvor man kan trække nogle tal ud." – Informant nr. 4

Til trods for, at informanterne så flere barrierer ved IT-systemet, var de ligeledes bevidste om at et nyt IT-system ikke ville være den fuldendte løsning, idet deltagere der faldt fra ofte var vanskelige at komme i kontakt med for at undersøge den reelle årsag til frafald og få oplysningerne der skulle registreres.

Informanterne gav også udtryk for, at det var problematisk, at der sjældent var et formål med dataregistreringen, hvilket var hæmmende herfor. Dermed var det vigtigt, at der var et formål med registreringen og at dem der skulle udføre registreringen var bevidste om dette formål.

*"... det skal være et formål med dataregistreringen og det tror jeg er rigtig rigtig vigtigt." –
Informant nr. 2*

En informant italesatte, gennem deling af sin erfaring, at det var nødvendigt at afklare formålet på forhånd i stedet for at registrere mange ting, som alligevel ikke blev anvendt.

"...I stedet for at nu registrerer vi noget også finder vi ud af en eller anden, et mål på et tidspunkt, men at man finder ud af hvad vil vi gerne registrere.." – Informant nr. 2

Vigtigheden af, at der forelå et formål for registreringen og klare retningslinjer for hvad der skal registreres blev endvidere tydeliggjort, idet informanterne udtrykte et ønske om, at der fra nationalt niveau blev afgjort hvilke registreringer der skulle foretages, således at frafaldet og årsagerne hertil på tværs af kommuner og diagnoser kunne sammenlignes.

*"...de data vi så registrerer, så skal det være noget som vi bliver enige om, ikke bare i vores kommune eller to andre kommuner, men det er nationalt hvor man siger; det er de data vi gerne vil bruge.... så gør alle det, også er det ens også er det sammenlignelig kan man sige." –
Informant nr. 2*

Informanterne havde flere vigtige overvejelser angående barrierer ved dataregistrering i forbindelse med frafald fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Det var tydeligt, at de havde fælles erfaringer og syn på de nævnte barrierer, idet der ofte blev opnået konsensus omkring de diskuterede emner. Samtlige informanter var enige om, at det var problematisk, at der ikke var en klar definition af frafald, registreringer var tidskrævende og IT-systemet var

ikke anvendelig til formålet. Ligeledes manglede de et klart formål med registreringen og det var problematisk at registreringerne ikke var ensartede på tværs af diagnoser og kommuner.

4.2.3 Fordele ved dataregistrering

Der var enighed blandt informanterne om, at der ligeledes var fordele ved dataregistrering. Informanterne mente, at dataregistreringer kunne bidrage til at tydeliggøre hvilke behov, som på nuværende tidspunkt ikke blev tilgodeset og på baggrund heraf kvalificere og udvikle patientuddannelsen således færre deltagere faldt fra.

”Vi får den fordel at vi måske, hvis vi finder ud af hvad det er for nogle problemer der kan være, så finder vi jo så ud af, hvor vi måske kan blive lidt mere specifikke i forhold til hvordan vi så skal strikke det her sammen, så vi kan ramme dem der falder fra.” – Informant nr. 2

Enigheden herom blev ligeledes illustreret gennem opsummeringsøvelsen, hvor fælles svar blev noteret.

Desuden kunne registreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes, ifølge en informant, bidrage til at skabe dokumentation for, at forløbene havde effekt og deltagerne havde gavn heraf.

”Rent registreringsmæssigt, så er der selvfølgelig den fordel at vi har nogle beviser i forhold til hvad er det vi går og gør i forhold til andre omkring os politikere og så videre. At det vi gør giver og batter også noget til den store del som nyder godt af tilbuddet.” – Informant nr. 2

Dette var der dog ikke enighed om, idet effekten af forløbene ikke nødvendigvis blev klarlagt via frafaldsregistreringer.

”Men det kan du ikke nødvendigvis se på frafaldsregistreringer. Ikke andet end hvis vi har et meget lille frafald, så er det noget borgeren kan bruge” – Informant nr. 4

Informanterne mente endvidere, at registreringer i forbindelse med frafald ville bidrage til, at de frafaldne deltagere ikke ville blive glemt og overladt til sig selv. Det ville derimod være muligt at tilbyde dem at følge et alternativt tilbud eller et patientuddannelsesforløb på et mere passende tidspunkt.

”Altså en oversigt over dem som er frafaldet så at de ikke bliver glemt, for det sker jo ... For vi har jo ikke noget sted sådan et sikkerhedsnet hvor vi tænker, dem skal vi tilbage til, dem skal vi runde igen, det har vi jo egentligt ikke, og det kunne jo være hvis man havde det dokumenteret noget bedre så kunne man måske.” – Informant nr. 1

Samtlige informanter var enige herom, hvilket også blev belyst i den fælles opsummeringsøvelse. Informanterne så dermed flere fordele ved dataregistreringer i forbindelse patientuddannelse relateret til type 2 diabetes og mente det var brugbart i forhold til at kvalificere forløbene, illustrere effekt og bevare forbindelsen til deltagere som falder fra.

5 Syntese

I de følgende afsnit vil den viden, som er blevet generet gennem fokusgruppeinterviewet, blive sat i relation til eksisterende identificerede litteratur. Dette skal bidrage til at besvare problemformuleringen herunder første og andet underspørgsmål samt udarbejde anbefalinger til Sundhedscentret.

5.1 Kendetegn hos deltagere som frafalder

Blandt informanterne var der stor tilslutning til, at deltagere med sociale problemer, så som få ressourcer, lav uddannelse og dårlig økonomi, ofte faldt fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Dette blev ligeledes illustreret i et tidligere studie, idet det blev fundet, at deltagere med lav uddannelse og indkomst ofte faldt fra (37). Denne tilkendegivelse og dette fund er ikke overraskende, idet det er velkendt, at uddannelse og indkomst udgør sociale determinanter for sundhed (62). Flere mennesker med lav uddannelse og indkomst kan have et ønske om at forbedre deres sundhed, men oplever ofte en række barrierer herfor som eksempelvis, at sund kost er for dyrt i forhold til deres budget (63). Til trods for at indkomst og uddannelse er velkendte determinanter for sundhed, er det i andre studier blevet vist, at uddannelse og økonomisk status ikke har betydning for frafald i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes (12,35,36,40). Dermed er det endnu uklart hvorvidt sociale problemer er relateret til frafald og bør derfor undersøges yderligere, idet informanterne udtrykte stor enighed om, at det havde betydning for frafaldet.

Informanterne tilkendegav endvidere, at deltagere med lang afstand til Sundhedscentret og tidskrævende transport ofte faldt fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes.

Tilsvarende blev det i tre studier fundet, at afstand til tilbuddet havde betydning for frafald, hvorfor et studie anbefalede, at patientuddannelses tilbuddet bør finde sted tæt på patientens hjem (35,40,41). Dog blev lang afstand i dette studie defineret som 160 km fra Sundhedscentret, hvilket ikke er sammenligneligt med afstande i den nordjyske kommune (35). Deltagerens afstand til Sundhedscentret anses alligevel som en relevant oplysning at registrere for at afprøve de sundhedsprofessionelles hypotese om, at deltagere med lang afstand til Sundhedscentret oftere falder fra.

Ifølge informanterne faldt yngre deltagere ofte fra patientuddannelsesforløbene, hvilket ligeledes blev vist i tidligere studier (37,38). Informanterne mente, at deltagerne følte sig for unge i forhold til de øvrige deltagere. Desuden kan det være problematisk for yngre deltagere, der er i arbejde at deltage i et patientuddannelsesforløb, som primært foregår i dagtimerne. Fuldtidsjob, husarbejde og familiepligter er tidskrævende, hvorfor yngre deltagere muligvis ikke prioriterer deltagelse i patientuddannelsesforløb. Dog viste et andet studie, at ældre deltagere ofte faldt fra, mens to andre studier ikke fandt en sammenhæng mellem alder og frafald (35,36,39). Grundet informanternes tilkendegivelse og den divergente litteratur er det fortsat usikkert hvorvidt alder er relateret til frafald, men oplysninger herom bør registreres med henblik på at undersøge om dette er et forhold, der kendetegner deltagere der falder fra.

I forhold til patienter med multisygdomme mente informanterne, at disse ofte faldt fra patientuddannelsen relateret til type 2 diabetes. Et lignende fund blev gjort i et tidligere studie, idet det blev vist, at deltagere med dårlig helbredstilstand ofte faldt fra (37). Tilkendegivelsen og fundet kan forklares ved, at patienter kan opleve multisygdomme og dårligt helbred som en fysisk barriere for at kunne deltage i aktiviteter i forbindelse med patientuddannelsen, samt at patienterne, grundet helbredet, kan have manglende psykisk overskud til deltagelse i det gruppeorienterede forløb. Dermed er det tænkeligt, at sygdomsmæssige forhold er af betydning for deltagerfracfaldet på Sundhedscentret og bør derfor registreres.

Ifølge fire studier er det vist, at livsstilsrelaterede forhold, så som rygning og overvægt var betydende for frafald i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes (12,39,40,42). Dette forklares ved, at rygning og overvægt, i denne kontekst, kan medføre en følelse af skam hos deltageren og dermed frafald (35,40,42). Informanterne i fokusgruppeinterviewet gav dog ikke udtryk herfor og ligeledes fandt to studier ingen sammenhæng mellem BMI og frafald fra patientuddannelse (7,35). Hvorvidt de sundhedsprofessionelles manglende tilkendegivelse angående disse aspekter skyldes, at de ikke opleves på Sundhedscentret eller det var en forglemmelse vides ikke. Det er dermed usikkert hvorvidt livsstilsrelaterede forhold har betydning for frafaldet på Sundhedscentret og bør derfor undersøges yderligere.

Informanterne tilkendegav, at nogle deltagere, som frafaldt havde manglende moral, idet de udeblev fra patientuddannelsesforløbet uden at give besked herom. Desuden oplevede de, at nogle deltageres forventninger til forløbet ikke blev indfriet, hvorfor de faldt fra. Disse fund var ikke forventet, idet de ikke er blevet undersøgt i tidligere studier, hvilket kan skyldes at oplysninger om deltagerens moral og forventninger kan være vanskeligt at måle. På trods heraf, synes aspekterne væsentlige i forbindelse med frafald på Sundhedscentret, idet informanterne gav udtryk herfor.

5.2 Barrierer og fordele ved dataregistreringer

På baggrund af den valgte forandringsstrategi er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle har positive holdninger til forandringen, hvorfor de sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering er blevet undersøgt (32). For at kunne fremme disse positive holdninger er det vigtigt at reducere de identificerede barrierer og fremhæve fordelene for derigennem at opnå en succesfuld implementering af en ny registreringsprocedure på Sundhedscentret (45,55). Ifølge den valgte forandringsstrategi samt den identificerede litteratur nødvendiggør succesfuld implementering endvidere, at de centrale aktører i forbindelse med forandringen, også fremadrettet, inddrages i og får indflydelse på forandringsprocessen (29,55,64).

I modsætning til litteraturen blev det, gennem fokusgruppeinterviewet, tydeliggjort at de sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering ikke var påvirket af alder og anciennitet, idet samtlige informanter både så fordele og barrierer ved dataregistrering.

5.2.1 Barrierer

Blandt informanterne var der stor enighed om, at en manglende definition på frafald var en stor barriere for dataregistrering. Uden denne definition blev frafaldet vurderet ud fra den sundhedsprofessionelles egen fornemmelse, hvorved det ikke var muligt at foretage sammenligninger. Eksempelvis kan nogle registrere deltagere som værende frafaldne hvis de blot udebliver fra én undervisningsgang, mens andre registrerer frafald hvis deltagere er udeblevet fra undervisningen halvdelen af gangene (12,37). Denne problematik var der dog ikke fokus på i den identificerede litteratur, hvilket kan skyldes, at litteraturen ikke omhandlede frafald, men dataregistreringer generelt. For at sikre relevante og anvendelige registreringer er det vigtigt, at der foreligger en klar definition af frafald således at frafaldsregistreringen ikke bliver baseret på de sundhedsprofessionelles egne fornemmelser.

Det vil endvidere være fordelagtigt, at definitionen udarbejdes nationalt eller regionalt, således resultaterne kan sammenlignes på tværs af landets kommuner.

Informanterne var enige om, at IT-systemet, som blev anvendt til registrering, ikke var designet til formålet, hvorfor dataregistrering blev anset som tidskrævende. Lignende fund blev gjort i den identificerede litteratur, hvor et flertal af studierne fandt, at de sundhedsprofessionelle oplevede IT-systemerne som en barriere for registrering (32,44-46,48-52,55,64,65). Ifølge litteraturen var IT-systemerne ulogiske, upålidelige og understøttede ikke praksis, hvorfor IT-systemerne og dataregistreringerne også blev oplevet som tidskrævende (43,45-48,50,52,55,64,65). Det vurderes derfor, at der er behov for et IT-system, som er hurtigt, brugervenligt og tilpasset de daglige rutiner og arbejdsgange på Sundhedscentret for at forbedre dataregistrering (32,46,48-50).

Ifølge informanterne var det ligeledes problematisk, at der ikke var et klart formål med dataregistreringen samt at der blev foretaget forskelligartede registreringer på tværs af diagnoser og kommuner, da det blev anset som spild af tid hvis de ikke blev anvendt. Dette var ikke barrierer, som blev illustreret i litteraturen, hvorfor dette fund ikke var forventet. Dog var det ifølge litteraturen vigtigt, at de sundhedsprofessionelle opfattede registreringer som nødvendig, hvorfor kommunikationen mellem administrationen og de sundhedsprofessionelle var afgørende herfor (43,65).

I henhold til litteraturen var der endvidere flere barrierer ved dataregistreringer såsom, økonomi, de sundhedsprofessionelles datafærdigheder og reduceret patientkontakt samt bekymring angående datasikkerhed og fortrolighed i forbindelse med personfølsomme oplysninger (44,45,47,49,51,52,54,64,65). Disse aspekter gav informanterne på Sundhedscentret ikke udtryk for, hvorfor det er tænkeligt, at disse ikke opleves relevant på Sundhedscentret samt at der i Danmark muligvis er større tradition for at indsamle og opbevare personfølsomme oplysninger end i andre lande (26,47).

5.2.2 Fordele

Blandt informanterne og i litteraturen var der enighed om, at der ligeledes var fordele forbundet med dataregistrering. Informanterne mente, at dataregistreringer kunne bidrage til at tydeliggøre hvilke behov, som ikke blev tilgodeset i det eksisterende

patientuddannelses tilbud og på baggrund heraf kvalificere og udvikle patientuddannelsen således færre deltagere faldt fra. Et lignende fund blev gjort i et tidligere studie, idet det blev vist, at sundhedsprofessionelle så bedre kvalitet af sundhedsydelserne som følge af brugen af elektroniske registreringssystemer (53).

Informanterne var endvidere enige om, at registreringer i forbindelse med frafald ville bidrage til, at de frafaldne deltagere ikke ville blive glemt og overladt til sig selv. Dette blev ikke undersøgt i identificerede litteratur, hvilket formentlig skyldes, at litteraturen omhandlede sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering generelt og ikke blot i forbindelse med frafald.

Endvidere tilkendegav informanterne at dataregistreringer kunne bidrage til, at skabe dokumentation for, at forløbene havde effekt og deltagerne havde gavn heraf. Som tidligere beskrevet ytrede informanterne ligeledes ønske om, at registreringssystemet kunne benyttes til udvikling og forskning. Lignende fund blev gjort i den identificerede litteratur, idet det blev vist, at brugen af registreringssystemer medførte, at patientoplysninger blev opbevaret og indsamlet systematisk, hvilket blandt andet var gavnligt i forbindelse med forskning (49,54).

5.3 anbefalinger

Gennem fokusgruppeinterviewet og den eksisterende litteratur er det tydeliggjort, at både demografiske, praktiske, sygdomsmæssige, livsstils- og patientrelaterede forhold kan have betydning for frafald og bør dermed registreres på Sundhedscentret med henblik på at undersøge om disse er kendetegnende for deltagere der falder fra. Det er dermed væsentligt blandt andet at registrere konkrete oplysninger om uddannelse, indkomst, alder, erhverv, afstand til Sundhedscentret, transport, multisygdom, helbredstilstand, BMI, rygning samt patientens moral og forventninger til patientuddannelsen. Det er dog vigtigt at have i betragtning, at disse anbefalinger blandt andet er dannet på baggrund af den sparsomme eksisterende litteratur, med dets fejl og mangler, hvorfor det er tænkeligt at andre forhold ligeledes kan kendetegne deltagere, der falder fra patientuddannelsesforløbene og dermed også bør registreres. Derfor er der fortsat behov for yderligere undersøgelser omhandlende frafald fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes.

For succesfuldt at implementere ovennævnte registreringer på Sundhedscentret er det vigtigt at reducere de identificerede barrierer. Dermed må der forud for implementeringen af registreringerne udarbejdes en definition på frafald. Den identificerede litteratur angiver ikke en almen gyldig definition herpå, hvorfor definitionen med fordel bør udarbejdes regionalt eller nationalt, således at resultaterne kan sammenlignes på tværs af landets kommuner. Hvorvidt deltageren er faldet fra bør bestemmes ud fra en procentangivelse, idet patientuddannelsesforløbene er af varierende intensitet og længde. Patientuddannelsesforløbene relateret til type 2 diabetes på Sundhedscentret er et intensivt forløb på 12 uger, hvorfor det vurderes at deltagelse i samtlige undervisningsgange er essentielt. Dog bør der være forståelse for enkelte udeblivelser, idet der i hverdagslivet også kan være andre forpligtelser. Hvilken konkret procentangivelse, som bør anvendes til at definere frafald bør foretages i samråd med de sundhedsprofessionelle og nationale eller regionale instanser, således de inddrages i processen og deres viden og erfaringer udnyttes. For at reducere barriererne er der desuden behov for et IT-system, som er hurtigt, brugervenligt og tilpasset de daglige rutiner og arbejdsgange på Sundhedscentret og at et klart formål med dataregistreringen kommunikerer fra administrationen til de sundhedsprofessionelle. De identificerede fordele ved dataregistrering bør ligeledes fremmes og drages nytte af for at opnå succesfuld implementering af de ovennævnte registreringer på Sundhedscentret.

6 Diskussion

I de kommende afsnit diskuteres de metodiske valg foretaget i nærværende projekt samt deres anvendelighed i problembearbejdningen. Endvidere diskuteres resultater i forbindelse med forbedring af dataregistreringer på Sundhedscentret i den nordjyske kommune.

6.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Til trods for, at nærværende projekts metodiske tilgang tager udgangspunkt i et fokusgruppeinterview, hvorved der inddrages aspekter fra humanvidenskaben, er det med henblik på at kunne belyse de forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra og på sigt måle objektivt og kvantitativt hvorvidt en reducere af frafaldet har fundet sted. Dermed overskygger den naturvidenskabelige tilgang de øvrige traditionelle videnskaber i projektets overordnede formål.

Succeskriterierne for patientuddannelsesforløb relateret til type 2 diabetes tager ligeledes primært afsæt i naturvidenskaben, idet effektmålene på forhånd er besluttet af de sundhedsprofessionelle og udgør blandt andet vægttab og reduktion af blodsukkerniveauet. Dette kan anskues som en naturvidenskabelig og biomedicinsk tankegang (66).

På trods af at projektets overordnede formål bygger på et naturvidenskabelig fundament, er det dog ikke muligt kun at anskue problemstillingen ud fra en naturvidenskabelig position. En forståelse for de sundhedsprofessionelles perspektiv på dataregistreringer og deres oplevelse af årsager til frafald er nødvendig for at forbedre registreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes, hvorfor humanvidenskaben er blevet inddraget. Dog er projektets anvendte metoder, knyttet til denne videnskabsteoretiske tilgang, blevet udfordret af den valgte forandringsstrategi, da der er truffet nogle metodiske valg, som ikke nødvendigvis var truffet uden brug af denne strategi.

6.2 Strategi for forandring

Den valgte strategi, Deltagende udvikling, er som tidligere beskrevet demokratisk og bygger på et harmonisk perspektiv med en opfattelse af, at alle mennesker er interesserede i at samarbejde til det fælles bedste (29). Det er dog tvivlsomt hvorvidt alle organisationer er baseret på samarbejde og harmoni, hvorfor der kan stilles spørgsmålstejn ved om strategien

bygger på et for positivt og naivt menneskesyn (29). Modstand mod forandring i en organisation kan sandsynligvis ikke helt undgås hvis der sker væsentlige forandringer for organisationens medlemmer. Modstanden mod forandringen er i nærværende projekt, gennem forandringsstrategien, søgt imødekommet på en konstruktiv måde med henblik på at reducere denne. Dog er det vanskeligt at vurdere om modstand mod forandring er blevet reduceret i nærværende projekt, idet forandringsprocessen netop kun er påbegyndt og forandringen på nuværende tidspunkt ikke er en realitet for de sundhedsprofessionelle på Sundhedscentret.

Ved anvendelse af den valgte forandringsstrategi er forandringsprocessen lang og tidskrævende, hvilket organisationer ikke altid har ressourcer til, hvorfor et alternativ hertil er blevet overvejet (29). Forandringsstrategien, diktatorisk forandring, giver mulighed for en hurtigere forandringsproces, idet der ikke gives plads til alternative perspektiver, deltagelse og indflydelse fra medarbejdere (29). Brugen af denne strategi vil dog ofte skabe modstand, idet medarbejdere vil føle sig udeladt (29), hvorfor denne type forandringsstrategi kan medføre en mislykket forandringsproces og anses derfor ikke som brugbar i nærværende projekt.

6.2.1 Forandringsstrategiens betydning for metodiske valg

Den valgte strategi for forandring har som tidligere nævnt haft betydning for metodiske valg i nærværende projekt. Ved anvendelse af denne strategi var det essentielt at skabe rammer for dialog og diskussion medarbejderne imellem, hvorfor et fokusgruppeinterview blev foretrukket frem for eksempelvis individuelle interviews (29).

Grundet den valgte forandringsstrategi, var det endvidere vigtigt at få indsigt i de sundhedsprofessionelles perspektiv på dataregistrering, da en forudsætning for en vellykket og holdbar forandring er, at medarbejderne bliver inddraget i og har positive holdninger til den kommende forandring (32). Der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt det har været muligt at få tilstrækkelig indsigt i de sundhedsprofessionelles perspektiv på dataregistrering gennem et fokusgruppeinterview. Individuelle interviews havde muligvis givet dybere indsigt i den enkelte sundhedsprofessionelles perspektiv på dataregistrering, idet informanterne ville have haft mulighed for at komme mere til orde (56). Det vurderes dog, at informanterne, i nærværende fokusgruppeinterview, gav hinanden plads og tid til at komme til orde.

Fokusgruppeinterviewet gjorde det ligeledes muligt, at iagttage informanternes sociale interaktion og de havde mulighed for at være kritiske over for hinandens tilkendegivelser. Ved anvendelse af individuelle interviews havde det været muligt at spørge mere ind til den enkelte informants perspektiver og erfaringer, men fokusgruppeinterviewet gav mulighed for at studere gruppedynamikken samt at afdække medarbejdergruppens meninger, idéer og praksisser om de givne emner. Dette gav viden om graden af konsensus og diversitet blandt informanterne.

Det er dog tænkeligt at brugen af metoden fokusgruppeinterview og valg af informanter var hæmmende for, at specificke barrierer for dataregistrering med tilknytning til de øvrige informanter blev nævnt. Det kan eksempelvis tænkes, at lederens tilstedeværelse medførte, at de sundhedsprofessionelle ikke tilkendegav visse barrierer, hvilket ville have været undgået ved individuelle interviews. Dog vurderes det, at informanternes deltagelse var relevant i forhold til, at de i den daglige praksis skal kunne samarbejde om implementering af forandringen.

6.3 Fokusgruppeinterview

I de følgende afsnit diskuteres yderligere metodiske valg og analyseprocessen i forbindelse med fokusgruppeinterviewet.

6.3.1 Rekruttering

Informanterne blev rekrutteret gennem en kontaktperson på Sundhedscentret samt skriftlig information om projektet og interviewet, fremsendt via e-mail fra ledelsen på Sundhedscentret. At ledelsen var involveret i rekrutteringsprocessen kan have medført, at nogle informanter følte sig forpligtet til at deltage i interviewet. Havde ledelsen derimod ikke været inddraget i rekrutteringsprocessen er det risiko for, at flere af medarbejderne havde takket nej til deltagelse, hvilket begrundes inkludering af ledelsen i rekrutteringsprocessen. Det er endvidere muligt, at kun medarbejdere, der ønskede at forbedre dataregistreringer, deltog i fokusgruppeinterviewet, hvorved kun de positive syn på forbedring ville fremkomme i diskussionen. Dog blev der gennem fokusgruppeinterviewet tilkendegivet både positive og negative holdninger angående dataregistrering, hvorfor dette tilsyneladende ikke var tilfældet.

6.3.2 Størrelsen af fokusgruppen

Fokusgruppen bestod af 4 informanter, hvilket anses som en lille fokusgruppe, idet det anbefales, at en fokusgruppe består af 6-12 informanter (56). Med en mindre fokusgruppe er der risiko for, at interaktionen er mangelfuld og der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved hvorvidt tilstrækkeligt forskellige synspunkter blev fremdraget angående registreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes (56). Derfor kunne antallet af informanter, som deltog i fokusgruppeinterviewet, med fordel have været større, idet flere perspektiver på problemstillingen var blevet tilkendegivet, hvilket kunne have bidraget til at øge overførbareheden af resultaterne (67). Dog deltog samtlige medarbejdere, der berøres af forandringen i fokusgruppeinterviewet, hvorfor antallet af deltagere var tilstrækkeligt. Endvidere bestod informanterne af begge køn og flere faggrupper med varierende alder og anciennitet, hvorved der blev sikret forskellighed blandt informanterne og et nuanceret datamateriale blev genereret (56). Desuden havde informanterne rum til at udfolde deres oplevelser og erfaringer samt tid til at spørge ind til og kommentere hinandens udtalelser. En mindre fokusgruppe medførte endvidere, at moderator havde lettere ved at styre dialogen under interviewforløbet.

Den sociale interaktion og dermed den genererede empiri kan være blevet påvirket af, at informanterne havde forskellige roller og status på Sundhedscentret. I en heterogen fokusgruppe er der risiko for, at interaktionen er mindre åben, konfliktfokuseret eller forhindret (56). Det var dog relevant at foretage interviewet på en heterogen gruppe og inkludere samtlige medarbejdere, som berøres af forandringen, da der er risiko for mere implicite forståelser og mere ensartede tilkendegivelser i en homogen gruppe. I hvor høj grad gruppen var heterogen er dog diskutabelt, da samtlige informanter er sundhedsprofessionelle og arbejder inden for samme fagområde. Informanterne beskæftiger sig med samme patientuddannelsesforløb og kan, fra deres hverdag, have opbygget et fælles værdigrundlag og mange fælles erfaringer. Dette blev illustreret under fokusgruppeinterviewet, idet informanterne ofte opnåede konsensus omkring de diskuterede emner.

6.3.3 Analyse af den genererede empiri

Analysen af empirien blev foretaget med henblik på at besvare problemformuleringen og de to underspørgsmål. Den sociale interaktion og den genererede empiri kan være blevet påvirket af, at spørgsmålene i fokusgruppeinterviewet var strukturerede, hvor informanterne i begrænset omfang fik mulighed for at tale frit ud fra egne referencerammer om emnet, hvilket ville have været tilfældet ved anvendelse af mere åbne spørgsmål (56).

Struktureringen var dog nyttig i forhold til besvarelse af problemformuleringen og den begrænsede tid afsat til fokusgruppeinterviewet.

Til trods for anvendelsen af strukturerede spørgsmål, tilkendegav informanterne forhold, som lå ud over problemformuleringen. Disse forhold blev ikke fremanalyseret, hvorfor eksempelvis informanternes ideer til forbedring af patientuddannelsesforløbet ikke blev medtaget i analysen. Analysen er udarbejdet fra projektgruppens perspektiv, hvorfor et andet perspektiv og en anden forforståelse muligvis kunne have bidraget til analysen.

6.3.4 Kvalitetskriterier

Der blev iværksat en række tiltag for at højne kvaliteten af fokusgruppeinterviewet i nærværende projekt. Blandt andet blev interviewguiden afprøvet på forhånd på flere sundhedsprofessionelle for at højne gyldigheden, hvorved der blev vurderet at spørgsmålene repræsenterede det de havde til hensigt at belyse (34). Informanterne fik endvidere tilbud om at modtage en tilbagelægning af interviewet, hvorved de fik mulighed for at give kommentarer herpå og derigennem bekræfte at informantens udsagn blev forstået rigtigt. Overvejelser og valg i forbindelse med fokusgruppeinterviewet er blevet eksplicit begrundet, med henblik på at øge gennemsigtigheden, så det for læseren er muligt at gennemskue hvorfra konklusionerne drages. Desuden blev transskriberingen udført af to gruppemedlemmer, med henblik på at foretage korrektioner, således at nøjagtigheden og pålideligheden af transskriptionen højnes (60). Klare og fastsatte retningslinjer for transskriberingen bidrog endvidere til at øge reproducerbarheden heraf.

6.4 Litteratursøgning

I de kommende afsnit diskuteres de to systematiske litteratursøgninger og den identificerede litteratur.

Størstedelen af litteraturen, identificeret ved søgningerne, blev frasorteret efter gennemlæsning af studierne titler og abstracts, hvorved det er tvivlsomt, hvorvidt søgningerne har været tilstrækkeligt præcise. Det er dog vurderet, at en omfattende bred søgning, som reducerer risikoen for at forbigå relevante studier, er mere fordelagtig end en snæver søgning.

6.4.1 Litteratursøgning relateret til første underspørgsmål

Litteratursøgningen relateret til første underspørgsmål var omfattende, hvilket blandt andet kan skyldes brugen af fritekst-søgeordet "drop-out". "Drop-out" anvendes ofte i forbindelse med eksperimentelle studier, hvor en frafaldsrate angives. Dermed kan brugen af dette søgeord have medført mange irrelevante studier uden særligt fokus på frafald. Disse studier blev dog efter vurdering af titler og abstract fravalgt. Deltagere i eksperimentelle studier kan være aflønnet og føler sig muligvis mere forpligtiget til at deltage, hvorfor resultaterne ikke nødvendigvis vil afspejle de forhold, som kendetegner patienter der falder fra patientuddannelsesstilbud i kommunal praksis. En udeladelse af dette søgeord ville dog have medført, at relevante studier ikke blev identificeret, hvilket begrundes heraf.

Yderligere søgeord kunne muligvis have medført en mere udtømmende litteratursøgning. Søgeordet "attendance" kunne have været inddraget i den strukturerede litteratursøgning, men da ordet oftest omhandler patienter, som bevidst fravælger tilbuddet inden opstart, blev dette søgeord udeladt (5). Endvidere er søgeordene "adherence" og "compliance" fravalgt da de ofte undersøger om patienterne efterlever de principper de har lært i forbindelse med patientuddannelsen efter afslutning og ikke om de falder fra undervejs (5).

6.4.2 Litteratursøgning relateret til andet underspørgsmål

Litteratursøgningen relateret til andet underspørgsmål blev ikke foretaget i den sundhedsvidenskabelige database Embase, hvorved der er risiko for, at relevante studier blev forbigået. Embase er dog en database, som overvejende indeholder litteratur omhandlende farmakologi og biomedicin, hvilket ikke anses som værende relevant i forhold til problemstillingen relateret til andet underspørgsmål (68).

Søgningen blev afgrænset til blot at identificere studier publiceret indenfor de seneste 5 år, hvorved der er risiko for, at ældre relevante studier relateret til problemstillingen blev

udeladt. Der er dog sket stor udvikling indenfor brugen af elektroniske registreringssystemer i sundhedsvæsenet de seneste år, hvorfor det vurderes at kun den nyeste litteratur er væsentlig. Desuden foreligger der talrige studier til belysning af problemstillingen, hvorfor det var nødvendigt at begrænse søgningen således, at kun studier af høj relevans for problemstillingen blev identificeret.

Søgningen blev foretaget ved brug af to søgeblokke omhandlende henholdsvis dataregistrering og sundhedsprofessionelles perspektiver. Ved inddragelse af en søgeblok yderligere, omhandlende type 2 diabetes, kunne søgningens præcision have været højnet. Brugbar litteratur angående sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering i forbindelse med type 2 diabetes var dog begrænset, hvorfor søgningen blev foretaget uden denne blok. Desuden blev det vurderet, at de sundhedsprofessionelles syn på dataregistrering ikke nødvendigvis var afhængig af et sundhedsfagligt område.

6.4.3 Kvalitet af den identificerede litteratur

Størstedelen af litteraturen identificeret ved søgningen relateret til første underspørgsmål var angivet som kohortestudier, der har evidensgrad 2b i et evidenshierarki fra Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, hvilket klassificerer evidens og styrke (69). Flere af studierne blev dog i den kritiske litteraturvurdering vurderet som værende nested case-control studier. Disse anses som havende tilnærmelsesvis samme evidensgrad som kohorte studier, idet der ved denne type design er reduceret risiko for recall bias, hvilket er tilfældet ved case-control studier, som ligger et evidensniveau lavere (69,70). En stor del af den identificerede litteratur relateret til første underspørgsmål var af nyere dato, hvorfor kun få systematiske reviews, som er et studiedesign, der generelt rangerer højt i evidenshierarkiet, blev identificeret. Derimod blev der identificeret flere systematiske reviews i forbindelsen med søgningen relateret til andet underspørgsmål foruden kvalitative studier. Evidensniveauerne i evidenshierarkiet skal dog ikke forstås alt for firkantet, idet selv studier med studiedesigns rangeret højt i evidenshierarkiet, kan indeholde fejl (71,72). Derfor er det væsentligt at anvende en metode til kritisk vurdering af litteraturen (71). Kvaliteten af de identificerede studier blev i nærværende projekt bevidstgjort gennem den systematiske litteraturvurdering, hvor styrker og svagheder blev beskrevet (tabel 3 og 4).

Det er endvidere vigtigt at være bevidst om, at der er en række begrænsninger i forbindelse med at sammenligne de identificerede studier på tværs. Der er fundet stor variation i studierne identificeret ved søgningen relateret til første underspørgsmål blandt andet i form af patientuddannelsens indhold og varighed, studiepopulation, definition af frafald samt undersøgelse af forskellige parametre, som kan have betydning for frafald.

Litteraturen identificeret ved søgningen relateret til andet underspørgsmål omhandler overvejende sundhedsprofessionelles syn på dokumentation og dataregistrering i elektroniske patientjournaler. Det er usikkert hvorvidt elektroniske patientjournaler kan sammenlignes med det dataregistreringssystem, som er muligt at anvende i den nordjyske kommune, hvorfor fundene i de identificerede studier ikke kan overføres uden forbehold. Det vurderes dog, at nogle af de sundhedsprofessionelles perspektiver i forbindelse med dokumentation og registrering ikke blot er relateret til de elektroniske systemer, men eksempelvis også arbejdsbyrde, arbejdsmiljø og motivation.

Den strukturerede litteratursøgning har primært identificeret udenlandske studier, hvorfor studierne ikke kan overføres til dansk kontekst uden forbehold. Dog er flere af studierne fra Canada, som har flere ligheder med det danske sundhedssystem. Eksempelvis er indbyggerne i Canada og Danmark omfattet af en offentlig sygesikring og sundhedsudgifterne er nogenlunde ens i forhold til bruttonationalproduktet (73,74). Derudover er levealderen sammenlignelig og der er høj forekomst af kroniske sygdomme i begge lande (3,75-77). Endvidere sammenlignes det danske velfærdssamfund ofte med det canadiske, hvorfor det i nærværende projekt vurderes, at de canadiske studier til en vis grad kan overføres til dansk kontekst (78).

6.5 Patientperspektiv

Forbedring af registreringsprocedure kræver ændringer i de sundhedsprofessionelles arbejdsrutine, men vil også påvirke patienterne i en vis grad. Eksempelvis kan registrering af personfølsomme oplysninger skabe frygt blandt patienterne angående hvorvidt disse oplysninger kan blive misbrugt. Ligeledes kan det tænkes at dataregistrering kan medføre at de sundhedsprofessionelle får mindre tid til den enkelte patient, hvorved patienten kan opleve et ikke tilfredsstillende forløb. Dette perspektiv er i mindre grad blevet inddraget i nærværende projekt.

I nærværende projekt er det vægtet højt, at frafald på sigt kan måles objektivt. Foruden de demografiske, sygdomsspecifikke, livsstilsrelaterede og praktiske forhold, som kan have betydning for deltagerfrafaldet, blev det gennem fokusgruppeinterviewet ligeledes belyst at patientmæssige forhold kan have betydning herfor. Det er vigtigt at være bevidst om, at en objektiv evaluering af frafald, blandt andet baseret på baggrundsinformationer, kan være mangelfuld, da viden om patientmæssige forhold ikke nødvendigvis kan indsamles herigennem.

Eksempelvis kan det tænkes, at deltagere med dårlig oplevelse i forbindelse med patientuddannelsesforløb har større tilbøjelighed til at falde fra. Et studie har blandt andet vist, at rygere har en større tendens til at falde fra, hvorfor det er blevet diskuteret om en forklaring herpå var, at rygerne oplevede stigmatisering (35). Det kan endvidere tænkes, at deltagerne oplever stigmatisering hvis de ikke er i stand til at påtage sig det ansvar der forventes fra behandlingssystemet og politisk side, hvilket kan medføre frafald fra patientuddannelsen. Det er derfor vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er bevidste herom, for at undgå eller minimere stigmatisering og derved eventuelt reducere frafaldet (4).

Det kan endvidere drages tvivl om hvorvidt patientuddannelsen respekterer individets autonomi fuldt ud, da der kan foreligge forudbestemte værdier for sund livsstil, som er defineret af de sundhedsprofessionelle, hvilket kan medføre frafald. Deltagerne kan blive gjort bevidste om, hvad der er sundt og usundt - hvad der samfundsmæssigt set må anses for et godt og ønskværdigt liv. Patientens og den sundhedsprofessionelles opfattelse af sundhed, sygdom og lidelse er ikke nødvendigvis sammenfaldende, da opfattelserne kan være dannet ud fra forskellige perspektiver (79). Eksempelvis kan den sundhedsprofessionelles opfattelse være dannet gennem uddannelse og arbejdsrelateret erfaring, mens patientens opfattelse kan være dannet på baggrund af hverdagslivet, andre behandleres fortællinger samt erfaringer fra familie og omgangskreds. Det er problematisk hvis disse forskelligartede opfattelser ikke kan forenes grundet eksempelvis forskelligt sprog og mål, hvilket kan medføre kommunikationsvanskeligheder, non-compliance, utilfredshed, meningsløshed samt konflikter og dermed eventuelt frafald (79,80).

Det er derfor essentielt, at der sker en udveksling af information både fra de sundhedsprofessionelle og fra deltageren. Information fra de sundhedsprofessionelle er

relevant, da deltageren på baggrund heraf får sundhedsfaglig indsigt i sygdommen, men ligeledes er information fra deltageren, eksempelvis omhandlende håndtering af egen sygdom og kendskab til aktuel og fremtidig livssituation, et vigtigt aspekt for den sundhedsprofessionelle (81). Hermed kan patienten medinddrages og forløbet kan blive tilrettelagt på baggrund af patientens værdier, mål og livssituation, hvorved patientens mulighed for fastholdelse kan øges (81). Dermed kan patienten opnå kompetencer og selvstændighed i forbindelse med sin sygdom (10), hvilket kan føre til øget autonomi og bedre egenomsorg.

7 Konklusion

Nærværende projekt havde til formål at forbedre dataregistreringer i forbindelse med patientuddannelse relateret til type 2 diabetes på et sundhedscenter i en nordjysk kommune, med henblik på, at Sundhedscentret på sigt kan belyse forhold, som kendetegner deltagere, der falder fra og på baggrund heraf udvikle tiltag, der kan bidrage til at reducere frafaldet. Projektet blev udformet med udgangspunkt i den valgte forandringsstrategi, *Deltagende udvikling*, for derigennem at minimere modstand mod forandring.

Gennem et fokusgruppeinterview og en systematisk litteratursøgning er det tydeliggjort, at både demografiske, praktiske, sygdomsmæssige, livsstils- og patientrelaterede forhold kan have betydning for frafald og bør dermed registreres på Sundhedscentret med henblik på at undersøge om disse er kendetegnende for deltagere der falder fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Det er væsentligt blandt andet at registrere konkrete oplysninger om uddannelse, indkomst, alder, erhverv, afstand til Sundhedscentret, transport, multisygdom, helbredstilstand, BMI, rygning samt patientens moral og forventning til patientuddannelsen.

Gennem fokusgruppeinterviewet samt en yderligere systematisk litteratursøgning, blev der ligeledes belyst en række barrierer og fordele ved dataregistrering, som er nødvendig at have i betragtning for at forbedre dataregistreringer på Sundhedscentret. Blandt informanterne og litteraturen var der enighed om, at IT-systemet ikke var egnet til formålet og registreringer var tidskrævende. Endvidere oplevede informanterne, at forskelligartede registreringer, manglende formål og manglende definition på frafald vanskeliggjorde dataregistreringer. Dataregistrering kunne dog bidrage til forskning og kvalificering af patientuddannelses-tilbuddet samt at skabe dokumentation for, at forløbene havde effekt og sikre, at frafaldne deltagere ikke blev overladt til sig selv, hvilket blev anset som fordele. For succesfuldt at implementere en ny registreringsprocedure på Sundhedscentret er det væsentligt fremadrettet at reducere de identificerede barrierer og fremhæve og drage nytte af fordelene.

Ifølge den valgte forandringsstrategi samt den identificerede litteratur er det nødvendigt at centrale aktører i forbindelse med forandringen, også fremadrettet, inddrages i og får indflydelse på forandringsprocessen for derved at minimere modstand mod forandring og opnå en succesfuld implementering heraf.

8 Perspektivering

Forbedrede dataregistreringer kan fremadrettet medføre, at Sundhedscentret kan identificere de deltagere der falder fra og dermed tilrettelægge patientuddannelsesforløbet efter deres behov, hvilket forventes at øge deltagernes mulighed for gennemførelse, hvorved færre sygdomsrelaterede komplikationer opstår og de kroniske sygdommes belastning af sundhedsvæsenet og individet mindskes. Resultaterne i nærværende projekt er blandt andet dannet på baggrund af sparsom litteratur, hvorfor det er tænkeligt at andre forhold ligeledes er kendetegnende for deltagere som falder fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes. Derfor er der behov for mere viden om hvilke konkrete oplysninger, som skal registreres. Inden dette kan undersøges yderligere er det dog nødvendigt, at en definition af frafald foreligger. Denne definition bør med fordel udarbejdes nationalt eller regionalt, således resultaterne kan sammenlignes på tværs af landets kommuner.

Problematikken i nærværende projekt ses ikke kun i patientuddannelsesforløb relateret til type 2 diabetes, idet frafaldsproblematikken også er kendt blandt andre sygdomsgrupper. Det vurderes, at flere af resultaterne fra nærværende projekt er af generel karakter, idet der i den eksisterende litteratur er gjort lignende fund og derfor kan overføres til andre relevante sammenhænge. Det kan dermed formodes, at resultaterne fra nærværende projekt kan overføres til andre kommunale patientuddannelsesforløb.

Nærværende projekt har haft fokus på frafald fra patientuddannelse relateret til type 2 diabetes og hvordan dataregistreringer hertil forbedres. Det er dog ligeledes problematisk at flere patienter med type 2 diabetes ikke bliver henvist til eller fravælger at starte i patientuddannelsesforløbene. Dette er, i tillæg til den store frafaldsproblematik, medvirkende til at en stor andel af patienter med type 2 diabetes ikke opnår de potentielle positive effekter af de eksisterende patientuddannelsesforløb. Dermed er rekruttering og fravalg ligeledes relevante problemstillinger i relation til patientuddannelse med henblik på, at flest mulige patienter med type 2 diabetes kan få gavn af tilbuddet. Problemstillingerne bør undersøges separat, idet patienter, som fravælger at starte i tilbuddet formentlig er anderledes end de, der starter og senere falder fra samt at årsagerne til manglende henvisninger sandsynligvis findes blandt de sundhedsprofessionelle (5).

9 Referencer

- (1) Jørgensen SJ. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. : Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (2) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007 : 2004, 2005, 2006. Kbh.: Nota; 2013.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. 2014; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom>. Accessed 3/20/2014, 2014.
- (4) Willaing I, Folmann NB, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning : en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. Version: 1,0 ed.: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (5) Due TD. Hvem falder fra rehabiliteringen? <http://interventionsforskning.dk/UserFiles/File/Hvemfalderfrarehabiliteringen.pdf> ed. København: TrygFondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed; 2011.
- (6) Marthedal AB, Johansen KS, Nielsen A, Hansen Anne R, Jensen MB. Lær at leve med kronisk sygdom : evaluering af udbytte, selvvurderet effekt og rekruttering. Kbh.: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (7) Gucciardi E. A systematic review of attrition from diabetes education services: Strategies to improve attrition and retention research. Can J Diabetes 2008 /;32(1):53-65.
- (8) Gucciardi E, Cameron JI, Liao CD, Palmer A, Stewart DE. Program design features that can improve participation in health education interventions. BMC Med Res Methodol 2007 /;7.
- (9) Norman K, Bergmann M, Mikkelsen M, Due TD, Blom A. Patientrettet forebyggelse i kommunerne : en kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner. : TrygFondens Forebyggelsescenter; Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2011.
- (10) Hørder M, Andersen SE. Patientuddannelse : en medicinsk teknologivurdering. Version: 1,0 ed.: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (11) Tønnesen H, Søndergaard L, Jørgensen T, Overgaard D, Kristensen I, Barfod S, et al. Terminologi : forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (12) Spikmans FJ, Brug J, Doven MM, Kruijzena HM, Hofsteenge GH, van Bokhorst-van der Schueren MA. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? J Hum Nutr Diet 2003 Jun;16(3):151-158.

- (13) Gucciardi E, Demelo M, Offenheim A, Grace SL, Stewart DE. Patient factors associated with attrition from a self-management education programme. *J Eval Clin Pract* 2007 /;13(6):913-919.
- (14) Schepelern Johansen K, Rasmussen PS, Christiansen AH. Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse? : evaluering af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden. : Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2012.
- (15) Sundhedscenter Vesthimmerland. Rehabilitering - Borgere med diabetes type 2. Available at: <http://sundhedscenter.vesthimmerland.dk/media/2808050/ny-diabetesfolder-2013.pdf>. Accessed 5/5/2014, 2014.
- (16) Knudsen KL. Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver : en pragmatisk tilgang. Kbh.: KL; 2008.
- (17) Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. : Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (18) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsloven. LBK nr 913 af 13/07/2010.
- (19) Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Educ Couns* 2001 Aug;44(2):107-117.
- (20) Mainz J, Lund Sørensen P, Kjølbye M, Sloth A, Ulrichsen H. Vi bruger alt for meget tid på registrering. *Politiken* 2013 18. november;2:5-6.
- (21) Mainz J, Hundrup Y. Dokumentation og kvalitetsudvikling : 9. Kvalitetsudvikling. Kbh.: Nota; 2013.
- (22) Lægeforeningen. Overlæger: Vi bruger mere tid på dokumentation og mindre tid på patienterne. Available at: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Nyheder?public_visningsType=1&public_nyhedsId=92599. Accessed 5/8/2014, 2014.
- (23) Høiby N, Geertsen M, Abildgaard M. Verdens bedste sundhedsvæsen – 40 år efter. Available at: <http://www.b.dk/kommentarer/verdens-bedste-sundhedsvaesen-40-aar-efter>. Accessed 5/8/2014, 2014.
- (24) Jensen J. Åh nej! Ikke endnu et skema, Astrid Krag. Available at: <http://www.information.dk/478108>. Accessed 5/8/2014, 2014.
- (25) Nielsen S. Bent Hansen lover opgør med unødvendig registrering. Available at: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/politik/bent-hansen-lover-opgor-med-unodvendig-registrering/>. Accessed 5/8/2014, 2014.
- (26) Vallgård S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010.

- (27) Kotter JP, Schlesinger LA. Choosing strategies for change. : Harvard Business Review; 1979.
- (28) Bovey WH, Hede A. Resistance to organizational change: the role of cognitive and affective processes. Leadership & Organization Development Journal 2001;22(8):372-382.
- (29) Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer : indføring i organisation og ledelse. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2008.
- (30) Birkler J. Videnskabsteori : en grundbog. 1. e-bogsudgave, 1. oplag ed.: Munksgaard Danmark; 2007.
- (31) Christensen A. Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter. : Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (32) Huryk LA. Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. J Nurs Manage 2010 /;18(5):606-612.
- (33) Buus N, Kristiansen H, Tingleff E, Rossen C. Litteratursøgning i praksis: begreber - strategier - modeller. : Dansk Sygeplejeråd; 2008.
- (34) Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. Kbh.: Nota; 2013.
- (35) Graber AL, Davidson P, Brown AW, McRae JR, Wooldridge K. Dropout and relapse during diabetes care. Diabetes Care 1992 1992/;15(11):1477-1483.
- (36) Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart DE. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. BMC Health Serv Res 2008 2008/;8.
- (37) Irvine AA, Mitchell CM. Impact of community-based diabetes education on program attenders and nonattenders. Diabetes Educ 1992 /;18(1):29-33.
- (38) Simmons D, Fleming C. Prevalence and characteristics of diabetic patients with no ongoing care in South Auckland. Diabetes Care 2000 2000/;23(12):1791-1793.
- (39) Kawahara R, Amemiya T, Yoshino M, Miyamae M, Sasamoto K, Omori Y. Dropout of young non-insulin-dependent diabetics from diabetic care. Diabetes Res Clin Pract 1994 1994/;24(3):181-185.
- (40) Gucciardi E, DeMelo M, Booth G, Tomlinson G, Stewart DE. Individual and contextual factors associated with follow-up use of diabetes self-management education programmes: a multisite prospective analysis. Diabet Med 2009 May;26(5):510-517.

- (41) Funnell MM, Arnold MS, Fogler J, Merritt JH, Anderson LA. Participation in a diabetes education and care program: experience from the diabetes care for older adults project. *Diabetes Educ* 1998 /;24(2):163-167.
- (42) Benoit SR, Ji M, Fleming R, Philis-Tsimikas A. Predictors of dropouts from a San Diego diabetes program: a case control study. *Prev Chronic Dis* 2004 /;1(4):A10.
- (43) Blake-Mowatt C, Lindo JLM, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev* 2013 /;60(3):328-334.
- (44) Yan H, Gardner R, Baier R. Beyond the focus group: understanding physicians' barriers to electronic medical records. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012 /;38(4):184-191.
- (45) McGinn CA, Grenier S, Duplantie J, Shaw N, Sicotte C, Mathieu L, et al. Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: A systematic review. *BMC Med* 2011 2011/04;9.
- (46) Howard J, Clark EC, Friedman A, Crosson JC, Pellerano M, Crabtree BF, et al. Electronic health record impact on work burden in small, unaffiliated, community-based primary care practices. *J Gen Intern Med* 2013 /;28(1):107-113.
- (47) Hackl WO, Hoerbst A, Ammenwerth E. "Why the hell do we need electronic health records?". EHR acceptance among physicians in private practice in Austria: a qualitative study. *Methods Inf Med* 2011 /;50(1):53-61.
- (48) Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI, Johansson PE. Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics J* 2010 /;16(1):63-72.
- (49) Chao WC, Hu H, Ung COL, Cai Y. Benefits and challenges of electronic health record system on stakeholders: A qualitative study of outpatient physicians. *J Med Syst* 2013 /;37(4).
- (50) Stevenson JE, Nilsson G. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study. *J Adv Nurs* 2012 /;68(3):667-676.
- (51) Holden RJ. What stands in the way of technology-mediated patient safety improvements?: a study of facilitators and barriers to physicians' use of electronic health records. *J Patient Saf* 2011 /;7(4):193-203.
- (52) Whittaker AA, Aufdenkamp M, Tinley S. Barriers and facilitators to electronic documentation in a rural hospital. *J Nurs Scholarsh* 2009 /;41(3):293-300.
- (53) de Veer AJ, Francke AL. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010 /;47(7):846-854.

- (54) Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: Physicians; perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. *Fam Pract* 2012 /;29(5):601-608.
- (55) Laramée AS, Bosek M, Shaner-McRae H, Powers-Phaneuf T. A comparison of nurse attitudes before implementation and 6 and 18 months after implementation of an electronic health record. *CIN Comput Informatics Nurs* 2012 /;30(10):521-530.
- (56) Halkier B. Fokusgrupper. 2nd ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
- (57) Halkier B. Kvalitative metoder : en grundbog. Fokusgrupper. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
- (58) Tanggaard L, Brinkmann S. Kvalitative metoder : en grundbog. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
- (59) Colucci E. "Focus groups can be fun": the use of activity-oriented questions in focus group discussions. *Qual Health Res* 2007 Dec;17(10):1422-1433.
- (60) Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (61) Kristiansen S. Kvalitative metoder : en grundbog. Kvalitative analyse redskaber. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
- (62) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed : årsager og indsatser. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (63) Thorsager L, Schneider M. Socialt udsatte borgeres sundhed : barrierer, motivation og muligheder : undersøgelse som led i projekt Lighed i Sundhed. Version: 1.0 ed.: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (64) Boyer L, Samuelian J-, Fieschi M, Lancon C. Implementing electronic medical records in a psychiatric hospital: A qualitative study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2010 /;14(3):223-227.
- (65) Goldberg DG, Kuzel AJ, Feng LB, DeShazo JP, Love LE. EHRs in primary care practices: Benefits, challenges, and successful strategies. *Am J Managed Care* 2012 /;18(2):e48; e54.
- (66) Folkesundhed : i et kritisk perspektiv. Kbh.; Kbh: Dansk sygeplejeråd; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009.
- (67) Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning: fem artikler fra Nordisk medicin 1997. : Forskningsenheden for Almen Medicin; 1999.
- (68) Korsbek L, Bendix AF, Kidholm K. Profil af en systematisk søgning : søgeområde, databaser og afrapportering. *Ugeskrift for læger* 2006;168(14):1431-1434.

- (69) University of Oxford. Levels of Evidence. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Accessed 5/5/2014, 2014.
- (70) Ernster VL. Nested case-control studies. *Prev Med* 1994;23(5):587-590.
- (71) Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. Kbh.: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering; 2001.
- (72) Juul S. Epidemiologi og evidens. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard; 2012.
- (73) Grantcharov TP. Sundhedssystemet i Canada. *Ugeskrift for læger* 2007;169(51):4456-4457.
- (74) Butler J, Foot C, Bomb M, Hiom S, Coleman M, Bryant H, et al. The International Cancer Benchmarking Partnership: An international collaboration to inform cancer policy in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the United Kingdom. *Health Policy* 2013;112(1):148-155.
- (75) Danmarks statistik. Nyt: Middellevetid 2011/2012. Available at: <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2013/NR076.pdf>. Accessed 5/5/2014, 2014.
- (76) Public Health Agency Canada. Preventing Chronic Disease Strategic Plan 2013-2016. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_plan-plan_strategique-eng.php. Accessed 5/5/2014, 2014.
- (77) Statistics Canada. Life expectancy, at birth and at age 65, by sex and by province and territory. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/health72a-eng.htm>. Accessed 5/5/2014, 2014.
- (78) Ib H. Fremtidens velfærd og globaliseringen. Kbh.: Velfærdskommissionen; 2005.
- (79) Jensen S. Mellem håb og afmagt : om ALS-patienter og lægemidlet riluzole. Kbh.: DSI - Institut for Sundhedsvæsen; 1997.
- (80) Kleinman A. Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Reprint. ed. Berkeley, Calif.: University of California Press; 1980.
- (81) Ross LF, Rothstein MA, Clayton EW. Mandatory extended searches in all genome sequencing: "Incidental findings," patient autonomy, and shared decision making. *JAMA* 2013;310(4):367-368.