

En undersøgelse af diabetespatienters forventninger til nærhospitaler



Diabetesforeningens bygning. Med tilladelse fra Diabetesforeningen.

Andrea Emilie Rasmussen, 70046

Kandidatspeciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

02-01-2023

182.101 tegn inkl. mellemrum

Vejleder: Christina Dilling Munk

Roskilde Universitet

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
1. Abstract	4
2. Indledning	5
2.1 Min motivation	5
2.2 Problemfelt	5
3. Problemformulering	8
3.1 Arbejdsspørgsmål	8
3.2 Begrebsafklaring	8
4. Diabetes	9
5. Supersygehuse	11
6. Nærhospitaler	12
7. Tværsektorielt samarbejde	15
8. Sundhedsfremmeperspektivet	17
9. Teori	18
9. 1 Setting-tilgangen	19
9. 2 Empowerment-tilgangen	21
9. 3 Community health-tilgangen	23
10. Videnskabsteori	25
10.1 Den filosofiske hermeneutik	25
10.2 Fordomme	27
11. Metode	28
11.1 Mixed methods	28
11. 2 Population og stikprøve	29
11.3 Opbygning af spørgeskema	29
11.4 Pilottest	31
11.5 Semistruktureret interview	31
11.6 Fokusgruppeinterview	32
11.7 Analysestrategi	33
11.8 Ethiske overvejelser	35
12. Empiri	36
12.1 Baggrundsdata	36
12.2 Interviews	39
13. Analyse	39
Surveyanalyse	40
13.1 Holdningsspørgsmål	40
13.2 Test af sammenhænge	47

13.3	Åbent spørgsmål	50
13.4	Delkonklusion survey	59
	Interviewanalyser	60
13.5	Fokusgruppeinterview analyse	60
13.6	Delkonklusion fokusgruppeinterview	66
13.7	Semistruktureret interview analyse	67
13.8	Delkonklusion semistruktureret interview	71
14.	Diskussion	72
14.1	Diskussion af fund	72
14.2	Diskussion af metode	73
14.3	Diskussion af teori	77
15.	Konklusion	78
16.	Referenceliste	80
17.	Bilag	85
	Bilag 1: Opbygning af survey	85
	Bilag 2: Samtykkeerklæring til interview 1	85
	Bilag 3: Interviewguide til interview 1	85
	Bilag 4: Transskriberet interview 1	85
	Bilag 5: Høringssvar fra Diabetesforeningen	85
	Bilag 6: Samtykkeerklæringer til fokusgruppeinterview	85
	Bilag 7: Interviewguide til fokusgruppeinterview	85
	Bilag 8: Transskriberet fokusgruppeinterview	85
	Bilag 9: Empiri fra survey målt i frekvens	85
	Bilag 10: Mail til respondenter om survey	85
	Bilag 11: Chi i anden tests	85
	Bilag 12: Sammenhænge i data	85

1. Abstract

The purpose of this master's thesis is to investigate how Danish community hospitals can meet the Danish Diabetes Association's members' needs for treatment and management of their diabetes. Community hospitals stem from a political desire to reduce the geographical distance between patients and treatment facilities, as the performance of highly specialized treatments are being centralized in new super hospitals. Additionally, the community hospitals must help to strengthen cross-sector collaboration, ensure coherence across sectors and a coherent course of treatment. This thesis contributes to the literature by presenting a new data set from a survey of Danish Diabetes patients conducted in collaboration with the Danish Diabetes Association, a focus group interview with two respondents from the survey and a semi-structured interview with an employee from the Danish Diabetes Association. Using a philosophical hermeneutics approach as an overall framework, I apply theorist Antonovsky's concept of salutogenesis as well as the setting approach, the empowerment approach and the community health approach in my analysis.

Through the chosen methods and theories, it has given the results that the members do not consider community hospitals to be a health-promoting setting for their treatment if their distance to treatment increases and the transport options do not improve. In addition, it is important for the members to retain influence and participate in their treatment, despite the fact that they do not expect community hospitals to be able to accommodate this.

The patients express a desire for having several different types of healthcare professionals available at the community hospital with the potential for receiving multiple consultations in a single day. The members have high expectations of the health professionals' knowledge and skills. They expect the health professionals to be specialized in diabetes and able to address their other disorders besides diabetes. However, they are worried about whether there will be a shortage of health professionals at the community hospitals.

The Danish Diabetes Association advocates that increased interdisciplinary and cross-sectoral collaboration will contribute to better utilization of the existing health professionals. However, it might be difficult to carry out in practice due to silo mentality. I have gained a new insight into the fact that community hospitals can have a preventive function, and educate health professionals and citizens in community health to keep citizens with diabetes healthy.

2. Indledning

Dette kapitel er det indledende kapitel, som har til formål at give læseren en forståelse af, hvad min motivation for projektet har været. For at indsnævre projektet er fokus gået fra at omhandle supersygehuse til at fokusere på nærhospitaler. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i personer med diabetes, da de i fremtiden kan få regelmæssig kontakt med nærhospitaler.

2.1 Min motivation

Idéen til mit speciale stammer fra mit første semester på kandidatuddannelsen i februar 2021, hvor vi under gruppedannelse til semesterprojektet på Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier blev bedt om at brainstorme projektemner. Jeg havde kort tid forinden læst kritiske nyhedsartikler om opførelsen af supersygehuset i Hillerød. Kritikken gik bl.a. på store forsinkelser og økonomiske rammer der blev overskredet (Boye, 2021 & Knudsen, 2021). Jeg har siden da undret mig over hvad supersygehusenes funktion var og begrundelserne bag opførelsen af dem. Jeg begyndte at læse om supersygehuse og erfarede, at det er et omfattende emne med komplekse problematikker, som ville blive for omfattende at belyse i en specialeafhandling. Jeg valgte at indsnævre projektet til at omhandle nærhospitaler, da problematikken vedrørende nærhospitaler taler ind i udfordringer relateret til afstand, tværsektorielt samarbejde og opgavefordeling. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i diabetespatienter, da de er en målgruppe som i fremtiden kan komme til at modtage behandling på nærhospitaler. De er aktører, som ofte er i kontakt med sundhedsvæsenet for deres kroniske sygdom. Det er derfor relevant at afdække deres forventninger og holdninger til implementeringen af nærhospitaler (Diabetesforeningen, 2022a).

2.2 Problemfelt

Dette afsnit beskriver udfordringer som afstand, opgavefordeling og tværsektorielt samarbejde, som er på spil i implementeringen af nærhospitaler. Slutteligt udfolder jeg eksisterende sundhedstilbud, som relaterer sig til de danske nærhospitaler.

Regionerne har i øjeblikket travlt med at bygge nye supersygehuse og samle behandlinger på færre sygehuse. Det betyder, at mange lokale sygehuse er lukket og at flere vil lukke de kommende år (Socialdemokratiet, 2018:10). Centralisering af behandlingstilbud med henblik

på at øge behandlingskvalitet kan føre til øget ulighed i adgang grundet forskelle i borgernes muligheder for at bevæge sig til og fra behandlingsstederne (Vrangbæk et al., 2020:134).

Hansen & Toft (2016) spår at når de nye supersygehuse står klar, får danskerne i gennemsnit 19,6 km til nærmeste sygehus med fælles akutmodtagelse målt i vejafstand. Til sammenligning var afstanden til nærmeste sygehus i gennemsnit 14,7 km i vejafstand i 2011 (Hansen & Toft, 2016:2). Dertil får 25% af befolkningen mere end 30 km til nærmeste sygehus. Det er især ældre over 80 år som får længere. Blandt dem er det 28,9%, som får mere end 30 km til nærmeste sygehus, hvilket næsten er en fordobling i andel med over 30 km til nærmeste sygehus fra 2011 (Hansen & Toft, 2016:3).

Socialdemokratiet påpeger ligeledes, at vejen til sygehuset mange steder er blevet længere, og at det efterlader et hul tættere på borgeren (Socialdemokratiet, 2018:10). Det er tanken, at nærhospitalerne skal løse afstandsproblematikken idet borgeren på nærhospitalet møder den samme kvalificerede behandling som på sygehuset blot tættere på (Socialdemokratiet, 2018:10-11; Regeringen, 2021:11), og at regioner og kommuner kan sikre sammenhængende tilbud tættere på borgeren (Sundhedsministeriet, 2021b:1). Af den grund ønsker regeringen, at der etableres op til 25 nærhospitaler, hvor dele af de almindelige og ukomplicerede sygehusfunktioner, hvor det vurderes fagligt forsvarligt, kan udføres tæt på borgernes bopæl, frem for at borgerne skal på sygehuset (Danske Regioner, 2022, Lynggaard & Nielsen, 2022).

Nærhospitaler er et aktuelt emne inden opgavefordelingen på sundhedsområdet, da hele det danske sundhedsvæsen står over for en stor omstilling de kommende år, hvor flere opgaver skal kunne løftes af blandt andet kommuner og almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2022:5).

Derudover lever danskerne længere. Andelen af danskere over 60 år vil stige fra knap 1,5 millioner i 2018 til knap 2 millioner i 2050, hvilket svarer til, at næsten hver tredje dansker vil være over 60 år i 2050, mens det i 2018 er omkring hver fjerde. Det giver en række udfordringer i sundhedsvæsenet. Mange sygdomme er aldersrelaterede, og det kan derfor forventes, at der vil ske en hastig vækst i andelen af danskere med en eller flere kroniske lidelser. Flere vil lide af demens og funktionelle lidelser, og en stor andel af danskerne vil blive udsat for diabetes, kræft eller hjertesygdomme. Dette skaber et øget behov for behandling og pleje særligt i den sidste fase i livet. Det er desuden velkendt, at andelen af patienter med multisygdom (to eller flere kroniske lidelser) stiger med alderen (Vrangbæk, Birk & Kousgaard, 2020:135). Multisygdom er forbundet med øget sygdoms- og behandlingsbyrde. Eftersom det moderne specialiserede og centraliserede sundhedsvæsen

strukturelt og videnskæssigt er indrettet til behandling af enkelte sygdomme, udgør behandlingen af borgere med multisygdom en markant udfordring. Det kræver et koordineret og samarbejdende sundhedsvæsen på tværs af faggrupper, organisationer og sektorer. Flere peger på, at der er behov for nytænkning og reorganisering af sundhedsvæsenets strukturer, processer og vidensgrundlag bl.a. i form af øget patientinvolvering og udvikling af nye samarbejdsmodeller (Vrangbæk, Birk & Kousgaard, 2020:136).

Udfordringer med diabetes og multisygdomme kan potentielt blive løst med nærhospitaler, da de skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende sundhedstilbud, fordi flere aktører under samme tag kan understøtte stærkere samarbejde, koordinering og vidensdeling om borgernes forløb, tilgængelighed for borgerne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser (Sundhedsstyrelsen, 2022:5).

Behovet for og efterspørgslen om klare videnskæbellige beviser for at informere og understøtte beslutningsprocessen for sundhedspolitik er større end nogensinde (Wilkinson & Marmot 2003:5). Nærhospitaler, magen til de danske, er sparsomt belyst i den videnskæbellige litteratur. Der findes lignende udgaver af nærhospitaler i Sverige - vårdcentralen og community hospitals, som etableringen af de danske nærhospitaler kan være inspireret af. Vårdcentralen er et lægehus, hvor den første kontakt med det svenske sundhedssystem foregår hos. Det er ofte muligt at komme til samme dag (Øresunddirekt, 2022). Her arbejder speciallæger i almen medicin, specialuddannede sygeplejersker, distriktssygeplejersker samt rådgivere og psykologer. Vårdcentralen behandler: Infektioner såsom feber og ondt i halsen, psykisk sygdom som angst, søvnbesvær og depression, kroniske sygdomme, herunder diabetes, forhøjet blodtryk, astma eller KOL, allergier, svimmelhed, smerte samt sår. De kan derudover lægge forbindelse på sår, fjerne sting efter kirurgiske indgreb, måle blodtrykket, give råd og støtte til dem, der ønsker at ændre livsstil, f.eks. vedrørende rygning, kost og fysisk aktivitet eller alkohol, yde fodpleje og aflægge hjemmebesøg (Schöldéen, 2022).

Community hospitals ledet af almen praktiserende læger, som yder sundhedspleje findes allerede i bl.a. Nordsverige, i de tyndtbefolkede områder Norrbotten og Västerbotten. Disse community hospitals er pragmatiske løsninger tilpasset lokale sundhedsbehov uden en specifik definition. En international definition, som gælder i en svensk kontekst, er et hospital, hvor indlæggelse, pleje og udskrivelse af patienter er under direkte kontrol af en almen praktiserende læge. I Sverige er primær sundhedspleje hovedsægeligt organiseret i sundhedshuse frem for hos almen praktiserende læger. Sundhedshusene kan både være

offentligt eller privatejede (Hedman, Boman, Brännström & Wennberg, 2021:92). Her findes sundhedsprofessionelle som almen praktiserende læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og jordemødre. I Norrbotten og Västerbotten fungerer 14 community hospitals som sundhedshuse fordelt på tyndt befolkede kommuner, som dækker over næsten en fjerdedel af Sveriges samlede areal. Sammenlignet med almindelige sundhedshuse har community hospitals en bredere vifte af funktioner som røntgen og skadestuer (Hedman, Boman, Brännström & Wennberg, 2021:93). I Storbritannien er community hospitals ligeledes placeret uden for byområderne med undtagelse af tre i London. De adskiller sig fra de svenske i forhold til funktion. De yder akut lægehjælp, terminal- og ældrepleje samt rehabilitering og aflastning (Heaney, Black, O'Donnell, Stark & Teijlingen, 2006:309).

3. Problemformulering

Hvordan kan nærhospitalerne imødekomme Diabetesforeningens medlemmers behov for behandling og mestring af deres kroniske lidelse?

3.1 Arbejdsspørgsmål

Hvilke forventninger har Diabetesforeningens medlemmer til funktion, afstand og behandling på de kommende nærhospitaler?

Hvilke forventninger har Diabetesforeningens medlemmer til nærhospitaler som en empowermentskabende setting?

3.2 Begrebsafklaring

Nærhospitaler er en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet (Sundhedsstyrelsen, 2022:60).

Mestring er defineret som tanker eller handlinger, som er forsøg på at håndtere belastninger, der kan true den psykiske balance (Fromholt, 1992:149). Den gode mestring er aktiviteter, der både er hensigtsmæssige i forhold til situationen og medfører psykisk velbefindende (Fromholt, 1992:152).

4. Diabetes

I følgende afsnit beskrives hvad diabetes er, sygdommens omkostninger for samfundet og baggrunden for at samarbejde med Diabetesforeningen.

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i personer med diabetes og deres holdninger og forventninger til nærhospitaler, da patienter med type 1-diabetes og type 2-diabetes er udvalgte patientgrupper, som kan komme i kontakt med nærhospitaler i fremtiden. Sundhedsstyrelsen beskriver at hele eller dele af de ambulante forløb på hovedfunktionsniveau¹ kan varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en ambulant indsats på hovedfunktionsniveau og ikke kan varetages i almen praksis. Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen at sætte fokus på, at de tilhørende ambulante indsatser som f.eks. øjenbaggrundsundersøgelse ligeledes tilbydes (Sundhedsstyrelsen, 2022:38).

Type 1-diabetes og type 2-diabetes er de hyppigst forekommende typer diabetes. Type 1-diabetes rammer oftest børn eller yngre voksne, men der er også ældre mennesker, som pludselig får sygdommen. Forskerne ved ikke, hvad der udløser type 1-diabetes og sygdommen kan derfor heller ikke forebygges eller helbredes. Ved type 1-diabetes ophører insulinproduktionen i kroppen fuldstændigt. Det skyldes, at kroppens eget immunforsvar dræber de celler, som producerer insulin. Blodsukkeret skal derfor reguleres med flere daglige insulininjektioner eller med insulinpumpe. Det kan være svært at få blodsukkeret til at ligge inden for normalen hele tiden. Blodsukkeret bliver påvirket af fysisk aktivitet, det man spiser og drikker, men også andre ting som travlhed, følelser, hormoner og sygdom spiller ind (Diabetesforeningen, 2022b).

Type 2-diabetes rammer primært voksne. Sygdommen er meget arvelig, men udløses i mange tilfælde af overvægt, fysisk inaktivitet eller nogle former for medicin. Type 2-diabetes kan derfor i en vis grad forebygges. Ved type 2-diabetes mister kroppen gradvist evnen til at optage insulin og/eller producerer ikke tilstrækkeligt insulin. Det primære mål i behandlingen er at holde blodsukkeret så tæt på normalen som muligt. Nogle kan opnå dette med kost og

¹ Opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau (Sundhedsstyrelsen, 2022:60).

motion, andre har brug for at supplere med medicin, der øger insulinoptagelsen eller insulinproduktionen (Diabetesforeningen, 2022b).

Antallet af personer med diabetes er steget markant i Danmark og vurderes fortsat at stige. Mindst 280.000 danskere har diabetes, hvoraf 252.000 har type 2-diabetes (heraf 55% mænd) og 28.000 har type 1-diabetes (57% mænd) (Carstensen, Rønn & Jørgensen, 2020:5; Steno Diabetes Center Copenhagen, 2020:15). Det estimeres at 467.000 personer i Danmark vil leve med diabetes i 2030 (Carstensen, Rønn & Jørgensen, 2020:1), og at 360.000 danskere skønnes at have forstadie til type 2-diabetes/prædiabetes (Diabetesforeningen, 2022a). En ud af fem, af de personer der har prædiabetes, vil udvikle type 2-diabetes inden for 5 år (Nicolaisen, Pedersen, Thomsen, Lau, Sørensen, 2022:6).

Derudover har 35% følgesygdomme på diagnosetidspunktet (Gedebjerg, Almdal, Berencsi, Rungby, Nielsen, Witte, Friborg, Brandslund, Vaag, Beck-Nielsen, Sørensen & Thomsen, 2018:34). Disse kan være skader på bl.a. hjertet, nyrerne, øjnene og følesansen i fødderne. Risikoen for at få følgesygdomme øges, jo dårligere blodsukkeret er reguleret. Følgesygdomme kan forringe livskvaliteten betydeligt. Ca. en tredjedel af alle mennesker med diabetes har en hjertekarsygdom (i den øvrige befolkning er det 14 %), 8% har diabetisk øjensygdom (retinopati) og 1,6 % har fået foretaget amputationer (Diabetesforeningen, 2022a).

Den store forekomst af diabetes er dyrt for samfundet. I 2011 kostede sygdommen 31,8 mia. kr. hvert år. Tabt arbejdsindkomst udgør 13,2 mia. kr., plejesektoren koster 6,4 mia. kr., mens behandlingen hos praktiserende læger og hospitaler udgør 5,5 mia. kr., medicinudgifter udgør 1,1 mia. kr. og 5,6 mia. kr. går til måleudstyr og patienttid (Diabetesforeningen, 2022a).

Jeg har valgt at samarbejde med Diabetesforeningen, fordi jeg får mulighed for at nå ud til et større antal respondenter end ellers, skabt et netværk i forbindelse med at få kontakt til interviewpersoner og få sparring på surveysspørgsmål og -svarkategorier. Endvidere kan Diabetesforeningen anvende mine resultater i deres politiske arbejde med at varetage medlemmernes interesser (Ankersborg, 2011:171-172).

Diabetesforeningen er en interesseorganisation, der siden 1940 har støttet personer med diabetes. De har ca. 90.000 medlemmer og er en af Danmarks største patientforeninger (Diabetesforeningen, 2022d). De kæmper for at komme diabetes til livs, opdage sygdommen

i tide, forebygge at den udvikler sig, på sigt at kunne helbrede den samt dagligt løfte livskvaliteten for dem med sygdommen inde på livet (Diabetesforeningen, 2022c).

5. Supersygehuse

Dette afsnit beskriver planerne om opførelsen af supersygehuse i Danmark, som det er beskrevet af Sundhedsministeriet, idet nærhospitaler udspringer fra et politisk ønske om at bringe sygehusfunktioner tættere på borgeren (Sundhedsministeriet, 2021b:1, Socialdemokratiet, 2018:10).

Begyndelsen på supersygehusprogrammet stammer fra strukturreformen fra 2007, der omfattede en administrativ og politisk omlægning af sundhedssektoren. Før reformen varetog 13 amter sygehusene og var ansvarlige for en række andre politikområder. Strukturreformen erstattede amterne med fem regioner, der overtog det politiske og administrative ansvar for sundhedssektoren. Ifølge Sundhedsministeriet giver det mulighed for en storstilet modernisering af den danske sygehusinfrastruktur for at sikre adgang til moderne sundhedsydelse og forbedre kvaliteten på tværs af hele sundhedssystemet. En hjørnesteen i denne modernisering er Supersygehusprogrammet. De argumenterer ydermere for, at Superhospitalsprogrammet etablerer en bæredygtig sundhedssektor, hvor større og færre hospitaler er en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen som støtter patienter i at være aktive deltagere i deres behandling og på samme tid møder fremtidens sundhedskrav. Der er afsat 6,6 milliarder euro til programmet, som består af 16 projekter, der enten udvider eksisterende sygehuse eller bygger nye. Omdrejningspunktet for omstillingen af den danske sundhedssektor er, at patienter skal tilbringe så kort tid på hospitalet som muligt (Sundhedsministeriet, 2021a:4-6).

Hospitaler er til højt specialiseret behandling. Ikke-specialiseret behandling bør foregå uden for sygehuset, og Danmark satser derfor på at erstatte en væsentlig del af indlæggelserne med ambulante behandling. Behandling uden for sygehuset er mindre indgribende for patienterne og mere omkostningseffektiv end indlæggelse, og med en større andel af patienter, der behandles uden for hospitalet, vil sygehusene kunne fokusere deres ressourcer på kritisk syge eller tilskadekomne, som har behov for højt specialiseret pleje. Investeringen muliggør derfor en ny hospitalsinfrastruktur med større og færre sygehuse, der har stærkere, højt specialiserede fagmiljøer med kapacitet – både personale- og udstyrsmæssigt – til at håndtere

selv de mest kritiske og komplekse sager. Det betyder lukning af sygehuse, og målet er at begrænse antallet af sygehuse med akutmodtagelser fra 40 til 21 (Sundhedsministeriet, 2021a:4-6).

Der ses i øjeblikket en tendens til, at økonomiske og teknologiske ressourcer fordeles på nye måder mellem det almindelige og det specialiserede. I Danmark er opførelsen af de nye store supersygehuse et empirisk eksempel herpå, som ligeledes passer ind i tendensen til, at det fagprofessionelle arbejde relokaliseres i større enheder (Holm-Petersen C., Højgaard B. & VIVE, 2018:73).

6. Nærhospitaler

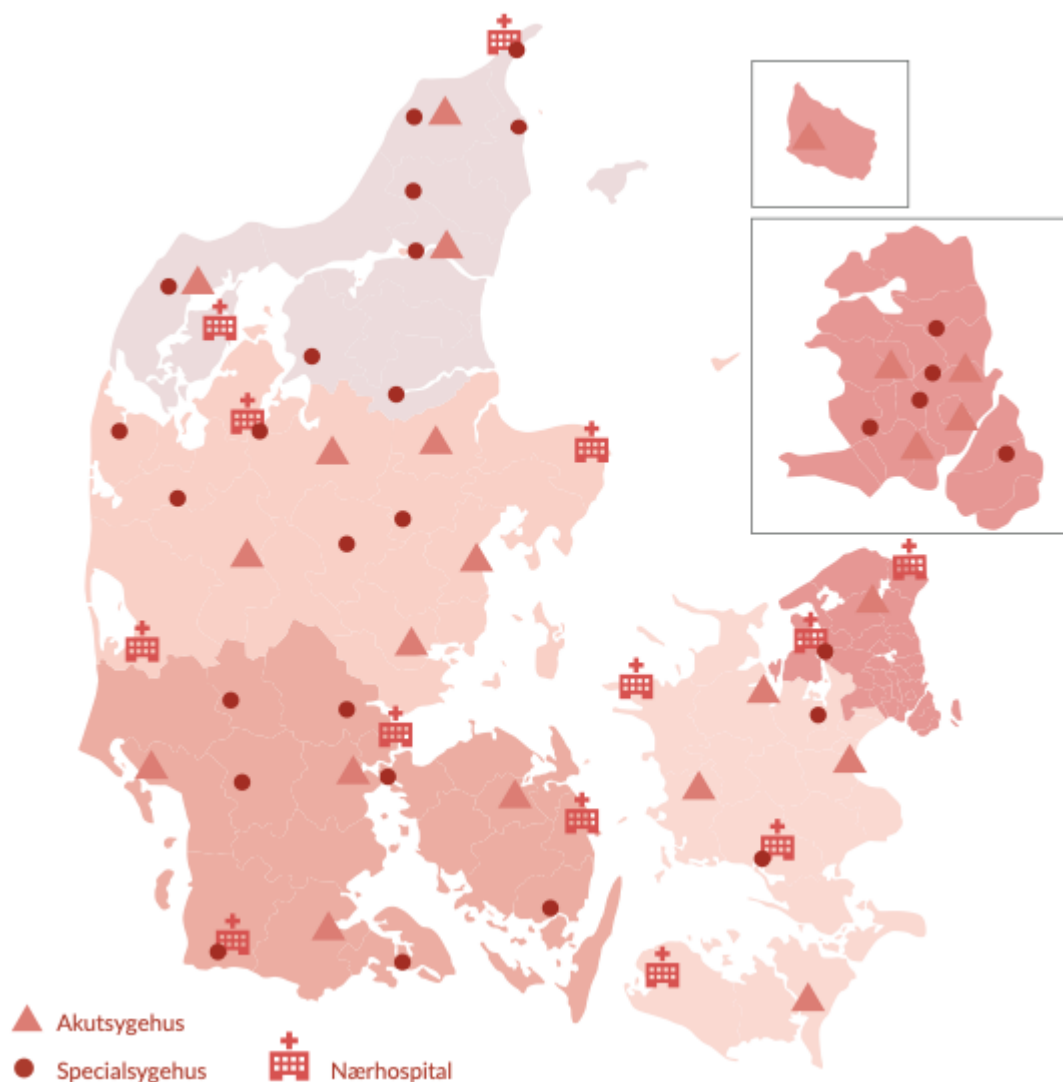
Hvor supersygehuse skal være institutioner som håndterer højt specialiserede behandlinger, skal nærhospitaler tage sig af den ikke-specialiseret behandling tættere på borgeren. Mange aspekter af nærhospitalernes konkrete virke er stadig uvisse, da konceptet er under udvikling hos myndighederne. Dette afsnit fremlægger sundhedsmyndighedernes udmeldinger om nærhospitalerne samt potentielle udfordringer og uløste problematikker.

Der er sket en opgaveopdeling, således specialiserede behandlinger bliver centraliseret og rykker længere væk, men ikke-specialiserede behandlinger og sundhedstilbud rykker tættere på borgerne, blandt andet i en række sundhedshuse. Nærhospitaler bygger blandt andet på de foreløbige erfaringer fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse (Sundhedsstyrelsen, 2022:17).

Imidlertid er der flere sundhedshuse, hvor man ikke får det optimale ud af, at funktioner og indsatser er placeret på samme matrikel i forhold til at skabe tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om patientforløbene, hvilket blandt andet kan skyldes lovgivning og praktiske omstændigheder. Sygehusfunktionerne, indsatser i kommuner og almen praksis fungerer ofte siloopdelte, selvom de forskellige tilbud og indsatser i patientforløbene varetages under samme tag. Det medfører, at der ofte sker et videnstab i patientforløb på tværs af specialer og sektorer, hvor de forskellige aktører har behov for fælles opdateret faglig viden, både generel viden om større målgruppers karakteristika og behov samt specifik viden vedr. de konkrete patientforløb (Sundhedsstyrelsen, 2022:25).

Regeringen har i maj 2022 indgået en aftale med Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner om at allokere op til fire mia. kr. af til opførelsen af nærhospitaler i perioden 2023-2028 (Danske Regioner, 2022). De foreslår op til 25 nærhospitaler med sygehusfunktioner, kommunale tilbud og almen praksis, som tilbyder borgere med f.eks. flere kroniske lidelser eller samtidig somatisk og psykiatrisk sygdom et sammenhængende og nært sundhedstilbud (Sundhedsstyrelsen, 2022:5). Regeringen foreslår 13 konkrete lokationer fordelt på tværs af landets fem regioner: Nykøbing Mors, Skagen, Grenaa, Skive, Tarm, Fredericia, Nyborg, Tønder, Kalundborg, Nakskov, Næstved, Frederikssund og Helsingør. De er illustreret i figur 1 med et sygehusikon (Regeringen, 2021:12). Forslaget til placeringen af nærhospitalerne er lavet ud fra en overordnet vurdering af bl.a. befolkningsgrundlaget, afstand til akutsygehus og sygdomsbilledet i områderne (Sundhedsministeriet 2021b:1).

Nærhospitaler kan etableres i eksisterende bygninger som nedlagte sygehuse og nuværende sundhedshuse, hvor der bygges om og til. Andre steder kan det være nødvendigt at bygge nye bygninger (sundhedsstyrelsen, 2022:21). Regionerne og kommunerne skal i fællesskab afklare hvor de resterende nærhospitaler skal placeres. De skal ansøge om midler fra nærhospitalspuljen til fælles projekter til bygninger, materiel og it-investeringer (Sundhedsministeriet 2021b:1). Puljen forventes at opslås første gang i efteråret 2022, hvor Sundhedsstyrelsens etableringsoplæg skal understøtte udarbejdelsen af ansøgningsmaterialet til den kommende pulje og derigennem beskrive rammer for organisering, funktioner og tilrettelæggelse af indsatser i nærhospitalerne (Sundhedsstyrelsen, 2022:55-56).



Figur 1: Forslag til placering af nærhospitaler (Regeringen, 2021:12).

Nærhospitaler kommer til at være en form for udvidet kommunalt sundhedshus med regionale sygehusfunktioner, som skal drives i fællesskab mellem kommunerne og regionerne (Socialdemokratiet, 2018:10-11). Udvalgte patientgrupper der kan modtage behandling på et nærhospital indebærer: Patienter med en eller flere kroniske sygdomme (herunder diabetes), patientgrupper som hyppigt har behov for kommunale indsatser, patienter som ikke har ressourcer til at deltage i indsatser på et akutsygehus f.eks. pga. lang afstand og manglende fysisk og/eller psykisk overskud, patientgrupper med længere forløb med begrænset kompleksitet som f.eks. gravide kvinder, patienter der har behov for et forebyggende tilbud og patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb med lokal anæstesi (Sundhedsstyrelsen, 2022:34-35).

Nærhospitalernes funktioner kommer til at bestå af ukompliceret diagnostik som røntgen, EKG, blodprøver og urinanalyser. Derudover kan nærhospitalet varetage CT og UL (Sundhedsstyrelsen 2022:33).

Det er tanken at borgerne på nærhospitalet vil kunne indgå i et behandlingsforløb, som involverer flere aktører, og at nærhospitalet derigennem kan tilbyde et mere sammenhængende behandlingstilbud, hvor kontrolbesøget på sygehuset, genoptræningen i kommunen og besøg hos egen læge kan ske under ét tag (Regeringen, 2021:11). Fysisk tilstedeværelse på nærhospitalet vil primært bestå af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, fysio- og ergoterapeuter, diætister, jordemødre og til visse funktioner også læger. Der vil ikke være tale om 1:1 udflytning af speciallæger fra akutsygehuset. Der bør foregå en vurdering af, hvilke lægelige opgaver der kan ske digitalt (Sundhedsstyrelsen, 2022:43).

7. Tværsektorielt samarbejde

Nærhospitalerne skal bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorer og almen praksis ved at fremme vidensdeling, koordinering og de rette tilbud af høj kvalitet i patientforløbene (Sundhedsstyrelsen, 2022:25).

Tværsektorielt samarbejde henviser til det samarbejde, som foregår mellem sundhedsprofessionelle i primær og sekundær sektor (Høgsgaard, 2018:203). Sundhedsvæsenet i Danmark er organiseret i to sektorer - en primær og en sekundær sektor (Høgsgaard, 2016:11). Den primære sektor består af praktiserende læger, apotekere, kommunal sundheds- og sygepleje, som dels drives som liberalt erhverv og dels af kommunerne. Den sekundære sektor betegnes som de sundhedsydelser, der varetages af sygehuse og speciallæger, og som drives af de fem regioner (Høgsgaard, 2018:203). De to sektorer har selvstændig økonomi og styring og er ansvarlige for hver deres del af pleje- og behandlingsarbejdet. Sektorerne består af solidt forankrede institutioner og fagspecialer, som er fyldt med traditioner og kulturer for, hvordan man forstår patienten og samarbejder med den anden sektor. Det er velkendt, at der i de to sektorer har forskellige traditioner og måder at tænke, forstå og agere på - en såkaldt silotænkning, som har betydning for det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen. Nødvendigheden om at styrke indsatsen og samarbejdet mellem sektorerne i sundhedsvæsenet er beskrevet i politiske udtalelser,

hensigtserklæringer og målsætninger siden den første kommunalreform i 1970 (Høgsgaard, 2016:11).

Udviklingen i sundhedsvæsenet har betydet, at ældre patienters indlæggelsestid på hospitalet bliver kortere og kortere (Høgsgaard, 2016:8), og den pleje, behandling og genoptræning, der tidligere udelukkende blev varetaget på sygehuset, er nu inden for flere områder overtaget af den kommunale sektor (Høgsgaard, 2018:203). Derudover er der sket en omstilling af behandling for udvalgte patientgrupper, så flere indsatser nu foregår uden for sygehusene, f.eks. behandling af patienter med diabetes eller KOL i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2022:16). De korte indlæggelsestider, færdigbehandling i den kommunale hjemmepleje og patienternes egne forventninger om et sammenhængende pleje- og behandlingsforløb betyder, at de sundhedsprofessionelles samarbejde og kommunikation på tværs af fag- og sektorgrænser må fungere tilfredsstillende. Dette er ingen enkel opgave, som der i årevis har været stor politisk og sundhedsprofessionel interesse for (Høgsgaard, 2016:9; Sundhedsstyrelsen, 2022:16).

Multisyge med diabetes skal ofte navigere mellem sektorerne i sundhedsvæsenet (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2022). Sundhedsstyrelsen argumenterer for, at nærhospitalerne vil kunne være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde, sikre sammenhæng på tværs af sektorerne og det sammenhængende forløb for patienterne (Sundhedsstyrelsen, 2022:8,18). Nærhospitalerne vil desuden bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet ved, at kompetencer fra akutsygehusene bliver lettere tilgængelige i det primære sundhedsvæsen, ved at komme tættere på både patienter og fagpersoner og ved i højere grad at kunne bidrage med rådgivning mv. Kommunerne kan f.eks. få bredere adgang, både fra akutsygehuset og nærhospitalerne, til lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse ved at samle kommunale, regionale og praksisfunktioner ét sted (Sundhedsstyrelsen, 2022:18).

Da flere sygdomme ofte forekommer hos den samme patient og det dermed vil være hensigtsmæssigt med flere af de anbefalede indsatser på hovedfunktionsniveau i nærhospitaler, bør der være fokus på samarbejde på tværs af specialerne enten fysisk eller virtuelt, så den samlede indsats i nærhospitalet er sammenhængende for patienten (Sundhedsstyrelsen, 2022:39). Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at der bør etableres teknologiske og virtuelle muligheder i nærhospitalet. Eksempelvis mulighed for at afholde tværsektorielle virtuelle konferencer med akutsygehuset eller øvrige aktører, f.eks. med almen praksis, kommuner og det øvrige praksisområde, med henblik på samarbejde og

sparring om konkrete problemstillinger, patienter mv. Ved hjælp af digitale løsninger kan almen praksis og andre aktører uden for nærhospitalerne kommunikere med de ambulante sygehusfunktioner og det kommunale personale, som er fysisk til stede i nærhospitalerne (Sundhedsstyrelsen, 2022:26).

Det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig betydeligt i en årrække, men der er fortsat udfordringer med at sikre samarbejde på tværs af specialer i sygehuset samt tværsektorielt og tværfagligt, så sammenhængende patientforløb understøttes (Sundhedsstyrelsen, 2022:16). Sundhedsstyrelsen har i deres anbefalinger om tværsektorielle forløb for borgere med type 2-diabetes allerede fokus på sygdomsmestring. Heri skal formidles viden om sygdommen og mulighederne for behandling og forebyggelse, skabe forståelse og motivation samt træne færdigheder tilpasset det aktuelle behandlingsbehov (Sundhedsstyrelsen, 2017:22). Derudover beskriver den nationale diabeteshandleplan, at de sundhedsprofessionelle i deres tværfaglige arbejde skal inddrage den enkelte borger langt mere i behandlingsforløbet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017:5). Patienter har i deres behandlingsforløb brug for struktur og organisatorisk sammenhæng, og patienters oplevelser og erfaringer medvirker til at forbedre og udvikle de strukturer, behandlinger foregår under. Høstrup & Høgsgaard argumenterer for, at patientinddragelse er et betydningsfuldt grundlag for at skabe sammenhængende patientforløb (Høstrup & Høgsgaard, 2018:199-200). Det taler ind i anvendelsen af empowerment-tilgangen på nærhospitaler (som jeg beskriver i afsnit 9.2), idet målet med empowerment er at øge muligheden for, at mennesker kan styre deres eget liv (Andersen & Bak, 2020:173).

8. Sundhedsfremmeperspektivet

Jeg læner mig op ad Antonovskys begreb salutogenese, da det var med til at udvide den almindelig kendte sundhedsforståelse og fjerne det snævre sygdomsfokus (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

WHO definerer sundhed som: *“A state of complete physical, social and mental wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1946:1315).

Antonovsky havde tre umiddelbare reaktioner på WHO's definition af sundhed. I starten var han positivt stemt over for definitionen idet det var et positivt begreb, et utopisk mål og umuligt at adskille den fysiske faktor fra den mentale og sociale. Dernæst negativt stemt, da

han anså definitionen for ubrugeligt og harmløst. Til sidst endte han med at være skeptisk idet det er et urealistisk scenarium og foreslår i stedet Dubos sundhedsdefinition: "*a modus vivendi enabling imperfect men to achieve a rewarding and not too painful existence while they cope with an imperfect world*". Antonovsky argumenterer for, at denne tilgang, trods det pessimistiske udtryk i kontrast til WHO's sundhedsdefinition, muliggør en dynamisk anskuelse, som er nødvendig i kampen om at gøre nogen forbedring mulig (Antonovsky, 1979:52-53).

En snæver definition på sundhed er, at sundhed er fravær af sygdom. En bred definition er den ovenstående, som WHO præsenterede i 1946. I forbindelse med sundhedsfremmearbejde henvises ofte til WHO's brede sundhedsbegreb. I den første snævre definition handler det om at kunne definere det uønskede, sygdom, i den anden om at definere mange aspekter af 'det gode liv', hvilket er en omfattende opgave. Desuden kan det være sværere at nå til enighed om, hvad det gode liv er, eller bør være, end om, hvad sygdom er.

En anden forskel er, at man, som Antonovsky også pointerer, sjældent er i en tilstand af fuldstændigt fysisk, mentalt og socialt velvære, mens man ofte kan være uden sygdom. Det betyder, at bestræbelserne på at opnå sundhed i den brede definition i princippet bliver en evig kamp. Der er ingen grænser for, hvor meget man kan gøre inden for sundhedsfremme, fordi målet er uopnåeligt. Der er næsten heller ingen grænser for, hvad man kan og bør gøre i bestræbelserne på at fremme sundheden. Mange forskellige sider af menneskers liv har betydning for deres sundhed, når den defineres så bredt. Da WHO i 1978 omformulerede sine mål, blev der inkluderet et mere håndgribeligt sundhedsbegreb: "Sundhed muliggør et socialt og økonomisk produktivt liv". Dermed gik man fra at se sundhed som et mål i sig selv til at se den som et middel (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014:18).

9. Teori

Dette afsnit redegør for Antonovskys begreb salutogenese, og hvordan det hænger sammen med de teoretiske begreber setting-, empowerment- og community health tilgangen.

Antonovsky har skabt neologismen salutogenese, oprindelsen (genesis) af sundhed (saluto) som en pendant til patogenese, oprindelsen af sygdom, i en sådan grad at vi har fokuseret på oprindelsen af sygdom og ikke kun diagnoser og terapi (Antonovsky, 1979:vii, 12-13).

Begrebet var været med til at udvide den almindelig kendte sundhedsforståelse og fjerne det snævre sygdomsfokus (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

Antonovsky peger på, at et salutogent paradigme hænger sammen med en kontinuumsmodel, hvor sundhed skal måles på et kontinuum, mens det patogene paradigme hænger sammen med dikotomien mellem sundhed og sygdom (Antonovsky, 1979:38-39). Antonovskys begreb salutogenese beskriver individets sundhed som en oplevelse af sammenhæng (sense of coherence) i et liv karakteriseret ved begribelighed (comprehensibility), håndterbarhed (manageability) og meningsfuldhed (meaningfulness). Hos det sunde menneske kan en stærk følelse af sammenhæng aktivere indre ressourcer til at mestre udfordringer og stress i dagligdagen. Senere kom der øget fokus på uretfærdigheden i den globale sociale ulighed i sundhed og på betydningen af sociale faktorer i arbejdet med sundhedsfremme og setting-tilgangen (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

Antonovsky argumenterer for, at svaret på spørgsmålet om salutogenese kan findes i oplevelse af sammenhæng, og at de tilsammen kaldes for den salutogenetiske model. Denne model er imidlertid kun en delvis konceptualisering af en af Antonovskys største mysterier i studiet af mennesker: Hvordan formår vi at holde os sunde? (Antonovsky, 1979:vii, 12-13).

Salutogenese hænger godt sammen med setting-tilgangen, da setting-tilgangen er kendetegnet ved en holistisk forståelse af sundhed, og ved at være integrerende og flerstrengt, idet sundhedsudfordringer løses gennem kombinerede indsatser i et samspil mellem individuelle, organisatoriske, sociale, miljømæssige, økonomiske og kulturelle faktorer. Lighed (equity), deltagelse (community participation), partnerskaber (partnership) og myndiggørelse (empowerment) udgør de fire kerneprincipper i setting-tilgangen (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

Med udgangspunkt i Antonovskys sundhedsbegreb, anvender jeg setting-, empowerment-, og community health-tilgangen til at analysere om nærhospitaler kan forventes at bidrage til diabetespatienters sundhed. De valgte teoretiske tilgange er udviklet på et deduktivt grundlag, som efterfølgende undersøges i en begrebsstyret analysestrategi, som kombineres med en induktiv analysestrategi i udformningen af koder der ikke er teoretisk forankret (Sonne-Ragans, 2017:190).

9. 1 Setting-tilgangen

En setting er defineret som det sted eller den sociale kontekst, hvor mennesker engagerer sig i dagligdagsaktiviteter, hvor miljømæssige, organisatoriske og personlige faktorer interagerer for at påvirke sundhed og trivsel (WHO, 1998:19).

En setting er hvor mennesker bruger og former miljøet, og dermed skaber eller løser problemer i relation til sundhed. Settings har normalt fysiske grænser, en række mennesker med definerede roller og en organisatorisk struktur. Indsatser for at fremme sundhed gennem forskellige settings kan tage mange forskellige former, ofte gennem en organisationsudvikling, herunder ændring af de fysiske rammer, organisationsstruktur, administration og ledelse. Settings kan også bruges til at fremme sundheden ved at nå ud til folk, der arbejder i dem, eller bruge dem til at få adgang til ydelser. Eksempler på settings er skoler, arbejdspladser, hospitaler, landsbyer og byer (WHO, 1998:19).

Setting-tilgangen anerkender således ikke kun at kontekster påvirker sundhed, den argumenterer også for, at sundhedsfremme kræver investering i de sociale systemer som mennesker tilbringer deres hverdag i (Dooris, 2007:329).

Grundlaget for setting-tilgangen blev skabt med WHO's strategier for sundhedsfremme "Health for All" fra 1980 og "The Ottawa Charter for Health Promotion" fra 1986. Dengang var den setting-baserede tilgang til sundhedsfremme nyskabende ved at gøre hverdagslivets settings og infrastrukturen omkring disse understøttende for befolkningens sundhed og ved at sætte fokus på mere bæredygtige strategier for sundhedsfremme på tværs af risikofaktorer (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:51).

Setting-tilgangen er karakteriseret ved at være en økologisk model for sundhedsfremme, have et systemisk perspektiv og et fokus på hele systemets organisatoriske udvikling og forandring (Dooris, 2005:55).

Den økologiske model for sundhedsfremme indebærer, at sundhed bestemmes af et komplekst samspil af miljømæssige, organisatoriske og personlige faktorer, som i vid udstrækning bestemmes uden for sundhedsydelse. Den repræsenterer et fokusskift fra sygdom til salutogenese, fra individer til befolkninger og fra et mekanistisk og reduktionistisk fokus på enkeltstående helbredsproblemer, risikofaktorer og lineær kausalitet – hen imod et mere holistisk syn, der fokuserer på at udvikle støttende sammenhænge inden for de steder, hvor mennesker leve deres liv (Dooris, 2005:56).

Det systemiske perspektiv indebærer at betragte settings som dynamiske komplekse systemer kendetegnet ved integration, indbyrdes forbundethed, indbyrdes sammenhænge og indbyrdes afhængighed mellem forskellige elementer. Systemperspektivet anerkender, at hver setting er en del af en større helhed, der fungerer som et åbent system i synergistisk udveksling med det bredere miljø og andre settings (Dooris, 2005:56).

Fokus på hele systemets organisatoriske udvikling og forandringer inkluderer systemtænkning og tilstræber at skabe forandringer på tværs af organisationer, som kan opnås ved at fokusere på organisationsudvikling og synlighed af indsatserne, ved at balancere top-down med bottom-up processer og ved at sikre, at initiativer drives af både folkesundheds- og økonomiske agendaer (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

Altså kan sundhedsproblemer sjældent forklares med lineære årsagssammenhænge eller løses gennem interventioner i enkeltstrengede settings som f.eks. skoler, da disse indsatser ofte er kortvarige og har begrænset effekt. Ifølge setting-tilgangen bør sundhedsfremme faciliteres gennem hverdagslivets rammer, henvende sig til borgere og fagpersoner, involvere forskellige offentlige sektorer, administrative niveauer, civilsamfundet og den private sektor (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:53). Interventioner som sikrer samspil og integration mellem hverdagslivets mange settings, både geografiske, organisatoriske, menneskelige og kommunikative, har gode muligheder for at fremme en sund livsstil (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:54).

Jeg vil anvende setting-tilgangen i analysen til at undersøge hvilke rammer nærhospitalet sætter og hvad det skal kunne for at imødekomme diabetesforeningens medlemmers behov for behandling og mestring af deres kroniske lidelse.

9.2 Empowerment-tilgangen

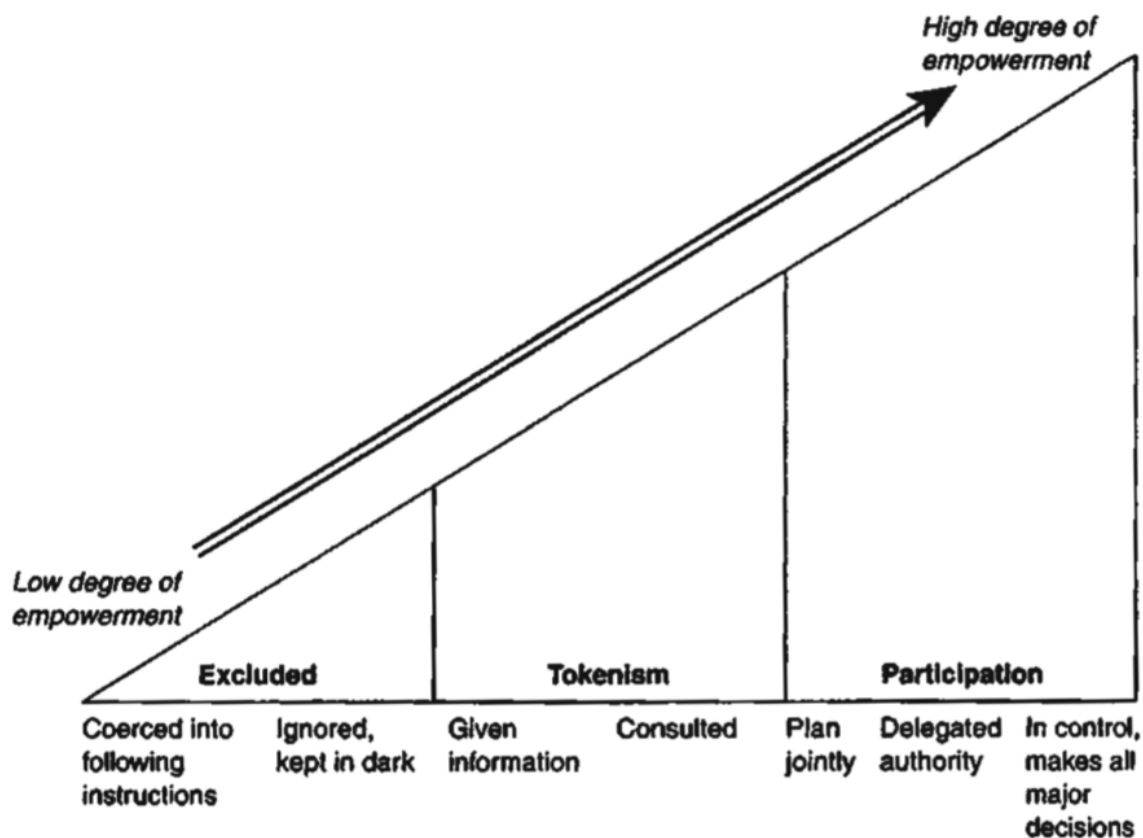
Empowerment er et komplekst og flersidet begreb, og bør både ses som en proces og et slutmål. Målet med empowerment er at øge muligheden for, at mennesker kan styre deres eget liv (Andersen & Bak, 2020:173). Empowerment dækker over processer, hvorigennem mennesker bliver i stand til og får mulighed for at modvirke afmagt og manglende kontrol over deres livsbetingelser og udvikle kollektiv handlingskapacitet til at forandre både samfundet og sig selv (Andersen, 2012:167).

Empowerment kan både undersøges på individuelt, organisatorisk og lokalsamfundsplan. Empowerment på det individuelle plan drejer sig om følelse af kontrol over eget liv. På det organisatoriske plan handler empowerment om, hvordan borgerinddragelse og direkte indflydelse kan passe ind i de organisatoriske rammer. På lokalsamfundsplan kan empowerment skabe grobund for deltagelse i fælles politiske indsatser, der kan medføre øget individuel empowerment og give beslutningskompetence til lokalområdet. Ideelt skaber

empowermentprocesser empowerment på alle tre niveauer, hvor et niveau påvirker det næste (Andersen & Bak, 2020:173).

Grundidéen er at empowerment kan minimere systemets indflydelse på og kontrol over borgerne, og bane vejen for større selvansvar og direkte indflydelse på eget liv. Borgerinddragelse kan ske via empowerment, da empowerment fokuserer på kollektiv bevidstgørelse og opbygning af handlekompetencer til at være et potentiale for omfordeling af magt, samfundets goder og social retfærdighed. Skabelsen af empowerment-processer fører i sig selv ikke altid til empowerment, idet der er forskel på borgernes muligheder for og evner til at frigøre deres ressourcer og udøve indflydelse. Fra de sundhedsprofessionelles side kræver det opmærksomhed på ulige muligheder, før alles handlekompetencer kan komme i spil (Andersen & Bak, 2020:174). I en sundhedsfremmesammenhæng giver relevante ressourcer adgang til og mulighed for at skabe sundhedsfremmende omgivelser og settings (Andersen, 2012:167). Fokus på empowermentprocesser retter altså perspektivet mod levevilkår, rettigheder og livsbetingelser for at få et sundt liv (Andersen & Bak, 2020:173).

I en dansk kontekst opdeles empowermentbegrebet ofte i mægtiggørelse og myndiggørelse. Mægtiggørelse refererer til de rammer og muligheder, som de samfundsmæssige institutioner og det politiske felt sætter for indflydelse. Myndiggørelse refererer til udviklingen af individer og fællesskaber, så de bliver i stand til at udnytte de muligheder for indflydelse der er til rådighed og skabelse af ny praksis (Andersen, 2012:167). For at fremme empowerment og dermed myndig- og mægtiggørelsen blandt borgere, er deltagelse en afgørende faktor. Jo mere borgere deltager, jo mere indflydelse vil de have og dermed mere magt og kontrol (Green, J. & Tones, K., 2010:45). Herunder ses en model over sammenhængen mellem graden af deltagelse og graden af empowerment:



Figur 2: Sammenhæng mellem deltagelse og empowerment (Green & Tones, 2010:46).

Ifølge modellen findes tre niveauer: Excluded, Tokenism og Participation. Jo mere informeret og indflydelsesrig borgeren er, jo mere stiger graden af deltagelse, hvilket medfører højere grad af empowerment. Målet er, ifølge modellen, at få borgeren til at deltage og være med til at træffe større beslutninger i eget forløb for at øge empowerment-niveauet hos borgeren (Rasmussen, Trier-Blom, Parvaiz & Mohamud, 2021:20).

Jeg vil anvende empowerment-tilgangen i analysen til at undersøge om nærhospitaler kan skabe empowerment hos borgere med diabetes.

9. 3 Community health-tilgangen

Community health-tilgangen bygger på begrebet community health som indebærer: *“the health status of a defined group of people, or community, and the actions and conditions that protect and improve the health of the community. People who are not organized or have no identity as a group or locality may constitute a population, but not necessarily a community”* (Andersen & Holm, 2020:82).

Et community kan forstås som et socialt system, et netværk, f.eks. af borgere med fælles praksis, interesser, ønsker eller behov. Community health-tilgangen har fokus på et løft af et samlet lokalområde eller en større gruppe af borgere, som danner en fælles situeret og praktiseret livsramme. Community health, også kaldet lokalsamfundsbaseede indsatser, supplerer individrettede sundhedstilbud og forebyggende sundhedsydelser. Community-tilgange trækker ofte på et ideal om nedefragenereret indsats ud fra gruppens kultur og ressourcer, suppleret med hjælp fra bl.a. myndigheder i forsøg på at skabe empowerment. Tilgangen forsøger at adressere hele community-gruppens levevilkår, sociale ressourcer og kultur, så der opnås større indflydelse over eget liv med den forudsætning om, at mennesker gerne vil og kan tage fat om egne levevilkår og livssituation, hvis de rette rammer og muligheder foreligger herfor, og at de gerne vil indgå i fællesskaber for at realisere det. Community health-tilgangen kan være baseret på en setting. Både settings- og communitybegrebet forsøger at samle en flerhed af borgere i deres kontekst. Forskellen mellem dem er, at et community er den fælles interesse der gør, at gruppen har et fællesskab. Settingen er stedets fysiske og institutionelle ramme, indhold og dynamikker (Andersen & Holm, 2020:78). Community vedrører mere den sociale relation mellem individerne. Praksisreglerne for aktørerne i institutionelle settings som skoler, arbejdspladser eller nærhospitaller danner en ramme for communities' virke. Der kan eksistere communities, som er mere upåvirket af rammerne. Arbejdet med communities er ofte bottom-up tiltag involveret i gruppens kultur og ressourcer. Interventioner i setting-tilgangen kan tage forskellige former. Nogle tilgange involverer settingens praksis, virke og rammer som en bevidst strategi for at adressere mennesket med dets praksisomgivelser. Andre tilgange benytter sig af, at målgruppen befinder sig i en setting (Andersen & Holm, 2020:79). Community health-tilgangen er kontekstuel og dynamisk, og er ikke en one fits all tilgang (Andersen & Holm, 2020:77). Community health-tilgangen tager således afsæt i lokale omstændigheder for at indgyde håb, engagement og mulighed (Andersen & Holm, 2020:79). Community health tilgangen har vist sig lovende i forhold til at kunne reducere den voksende ulighed i sundhed (Andersen & Holm, 2020:78).

Jeg vil anvende community health i analysen til at undersøge, om Diabetesforeningens medlemmer mener, at der er et behov for at indgå i fællesskaber på nærhospitaller for at tage fat om egen livssituation med diabetes.

10. Videnskabsteori

Jeg vil i dette afsnit redegøre for den videnskabsteoretiske retning hermeneutik og hvordan jeg vil anvende den filosofiske hermeneutik og bringe mine fordomme i spil i projektet.

Hermeneutik kommer af græsk og betyder fortolkning (Jουλ, 2012:107). Den fortolkende samfundsvidenskabelige praksis er ikke udelukkende knyttet til hermeneutikken, og indebærer bl.a. også andre fortolkende traditioner som fænomenologi og etnometodologi. Fortolkning har fået en betydelig plads inden for samfundsvidenskaberne, da vores forståelse af os selv, hinanden og omverdenen ikke er umiddelbar tilgængelig. Meningen bag tekster eller bag menneskets handlinger bringes frem gennem fortolkning. Fortolkning er situationsbestemt. Den samme tekst og de samme metoder kan fortolkes forskelligt og bevirker, at der findes talrige muligheder at fortolke samme sag på. Det har givet anledning til bekymring fra politikere og embedsmænd, idet der ikke findes et sikkert grundlag som evidensbaseret viden, som menneskers sociale samvirke og samfundet kan bygges på, da de hermeneutiske fortolkningsvidenskaber understreger, at viden er fortolkning (Jουλ, 2012:108). Fortolkninger er pr. definition usikre og bygger overvejende på forskerens evne til at fremfortolke den mening, der gemmer sig bag en tekst, en social handling eller produkterne heraf, og i mindre grad på præcise empiriske observationer eller målinger. Den hermeneutiske position bryder altså med positivismens fakta-paradigme, hvor ordentlig videnskab skal være sikker, objektiv, kontekstafhængig og værdifri (Jουλ, 2012:109). At der findes talrige mulige fortolkninger, er ikke lig med relativisme, hvor den ene fortolkning kan være lige så god som en anden. Fortolkningsopgaven drejer sig om at nå frem til den bedste fortolkning af en given sag og om at overbevise andre om, at det er den bedste fortolkning, alt taget i betragtning. Ingen fortolkning kan være endelig, universel og absolut sand. Hermeneutikken arbejder med en ontologi, som opfatter den sociale virkelighed som grundlæggende forskellig fra naturen, og en epistemologi, som opfatter erkendelse af den sociale verden som fortolkning, der altid er usikker og åben for diskussion (Jουλ, 2012:110).

10.1 Den filosofiske hermeneutik

Dette afsnit redegør for hvad den filosofiske hermeneutik er og hvordan jeg arbejder ud fra den.

At arbejde hermeneutisk indebærer en konstant bestræbelse på at komme til forståelse af den mening, der gemmer sig i en tekst. Den hermeneutiske cirkel er den metodologiske ramme for dette, som består i en konstant bestræbelse på at undersøge sammenhængen mellem helhed og del i teksten, der fortolkes. Hvis bestemte tekststeder ikke passer ind i helhedsbilledet der forsøges skabt, indebærer det en udfordring, som må løses ved at grave sig endnu dybere ned i tekstens dele og deres sammenhæng med helheden og hinanden (Juul, 2012:120).

Den hermeneutisk cirkel findes i forskellige udgaver afhængig af hvilken hermeneutisk skole det drejer sig om (Juul, 2012:110). Jeg arbejder ud fra den filosofiske hermeneutik og flytter mig ind i den hermeneutiske cirkel. Cirklen betegner forholdet mellem forskeren og genstanden, hvor cirklen i metodehermeneutikken henviser til relationen mellem del og helhed i den genstand der fortolkes (Juul, 2012:111). I den filosofiske hermeneutik står jeg som fortolker ikke uden for eller over for en verden, der skal fortolkes. Jeg er en del af denne verden (Juul, 2012:121).

Jeg vil aldrig nå frem til sandheden, da enhver fortolkning som nævnt per definition er usikker. Ud fra ét perspektiv kan man gøre noget andet sandsynligt end ud fra et andet. Det er problematisk for positivismen, der opfatter viden som sikker, universel, empirisk underbygget og værdifri (Juul, 2012:114-115).

En kritik af hermeneutisk fortolkning er, at konklusionerne ikke kan føres tilbage til et sikkert fundament som en årsag, der genererer en bestemt virkning. Ifølge kritikere bevirker den cirkulære struktur, at hermeneutisk fortolkning ikke bidrager til at skabe ny viden. Schleiermacher udtrykker, at hermeneutikken har den opfattelse, at den hermeneutiske cirkel ikke er uhensigtsmæssig. Den er en uendelig opgave, som hverken kan eller skal bringes til afslutning i en objektiv eller sand forståelse. Mit hermeneutiske arbejde består i at granske teksterne for deres meningsindhold ved konstant at sammenligne tekstens enkelte dele og ved at undersøge deres forhold til hinanden. Målet er at opnå en sammenhængende og modsigelsesfri forståelse af interviewpersonerne og respondenternes meninger og intentioner. Dette gør jeg i analysen af surveyen og de to interviews, hvor jeg udvikler en række kodeprocedurer til at understøtte fortolkningsarbejdet (se afsnittet 11.7). Mit fortolkningsarbejde drejer sig om at udnytte teksten konstruktivt til at forstå problemet der undersøges (Juul, 2012:116).

10.2 Fordomme

I dette afsnit vil jeg redegøre for begrebet fordomme, eksplicitere mine fordomme og hvorfor jeg bringer dem i spil.

I Gadamers filosofiske hermeneutik er forskeren ikke en neutral observatør, der med sine videnskabelige metoder skal finde sandheden om virkeligheden. Derfor bringer jeg mine fordomme i spil i forståelsesprocessen. Disse fordomme er ikke biased eller hindrer forståelsen. Tværtimod er de produktive for erkendelsen og uden dem ville jeg ikke være i stand til at stille relevante spørgsmål eller erfare noget (Juul, 2012:122).

Ifølge Gadamer kan begrebet fordom altså både rumme negative og positive betydninger, da fordom betyder en dom, der fældes på forhånd, før man grundigt har undersøgt alle saglige afgørende momenter (Juul, 2012:123).

Alle fordomme er ikke bevaringsværdige, og nogle fortjener at gå til grunde (Juul, 2012:124). Jeg forsøger således i min analyse ikke at finde bekræftelse for alle mine fordomme, men teste dem ved at sætte dem i spil med nye erfaringer fra surveyen og interviews. Erkendelse sker i horisontsammensmeltning, hvor forskellige horisonter (mine egne og det jeg analyserer) indgår i en samtale med hinanden og derigennem forandrer sig. I den hermeneutiske cirkel foregår der en pendling mellem mine fordomme og de nye erfaringer fra den sociale virkelighed, som aktiveres, når fordommene anvendes i min analyse (Juul, 2012:125). Horisontsammensmeltningen indebærer ikke at jeg overtager den andens meningshorisont. Derimod betyder det at jeg er i stand til at forstå det, den anden kommunikerer om. Herved får jeg provokeret min egen forståelse og udvidet min horisont, som er en grundbetingelse for, at jeg kan revurdere mine fordomme (Juul, 2012:126).

Mine fordomme

Jeg forventer, at nogle medlemmer af Diabetesforeningen vil være positivt stemte overfor nærhospitalerne, da nærhospitalerne giver dem tryghed ift. behandlingen er tæt på, og flere aktører er samlet under ét tag. Jeg forventer, at størstedelen af medlemmerne (over 50%) vil være negativt stemte over for nærhospitalerne, da de ikke forstår meningen med nærhospitaler eller syntes deres nuværende behandling fungerer fint, og derfor har svært ved at gennemskue fordelene ved de strukturelle forandringer som nærhospitalerne kan skabe i sundhedssystemet. Idet nærhospitaler ikke er opført og implementeret endnu, forventer jeg, at nogle ikke vil kende til nærhospitaler, og har svært ved at forholde sig til hvad

nærhospitalernes funktion konkret bliver, og hvordan det kan gavne dem i deres behandling. Jeg forventer afstand kan spille en væsentlig rolle, da der er offentliggjort 13 konkrete placeringer for nærhospitalerne. Jeg forventer medlemmerne har svært ved at forholde sig til hvor de resterende nærhospitaller kan placeres, og hvilken betydning det kan have for dem. Derudover forventer jeg, at det ikke er alle borgere, som får kortere til behandling via et nærhospital taget de 13 mulige placeringer i betragtning. Jeg er kritisk overfor, om det er muligt at skabe empowerment og community health i den nye setting som nærhospitaller på sigt kan blive.

11. Metode

Dette afsnit redegør for den anvendte forskningsmetodologi mixed methods, der kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode. Der redegøres for survey, semistruktureret- og fokusgruppeinterview samt hvordan og hvorfor der er gjort brug af disse.

11.1 Mixed methods

Mixed methods defineres som et design til at indsamle, analysere og blande både kvantitative og kvalitative data i en undersøgelse for at forstå et forskningsproblem. Mixed methods er altså ikke en metode i sig selv, men betegner forskning, der benytter sig af et forskningsdesign, som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. Definitionen indebærer, at mixed methods tager udgangspunkt i et forskningsproblem, hvor formålet er at skabe ny viden, som kan være med til at forstå og finde løsninger til et samfundsmæssigt problem (Jæger, 2019:327).

I dag er brugen af mixed methods blevet et signifikant og kontroversielt emne i kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder med angiveligt forskellige paradigmatisk antagelser. Striden er indlejret i samfundsvidenskabernes sociopolitiske kontekst, der ofte indebærer et metodologisk hierarki, hvor de kvantitative metoder befinder sig øverst, og de kvalitative metoder henvises til en hjælperolle (Kvale & Brinkmann, 2015:170). Min hensigt med at arbejde med mixed methods er ikke at placere en af metoderne højere i hierarkiet end en anden. De forskellige metoder anvendes til at besvare forskellige spørgsmål; kvalitative metoder vedrører, hvordan noget sker eller opleves, eller hvad slags noget er, mens kvantitative metoder vedrører hvor meget af en slags (Kvale & Brinkmann, 2015:171).

Fælles for survey og interview er, at formålet med dataindsamlingen er at få adgang til Diabetesforeningens medlemmers holdninger, opfattelser og oplevelser af nærhospitaler (Jæger, 2019:333). Jeg anvender de kvantitative og kvalitative metoder i et sideløbende forløb, hvor jeg undersøger problemstillingen samtidig gennem dels en kvantitativ, dels en kvalitativ delundersøgelse, hvorefter resultaterne analyseres sammen (Jæger, 2019:335).

11. 2 Population og stikprøve

Surveyen er udarbejdet i samarbejde med Diabetesforeningen, og sendt ud elektronisk til Diabetesforenings medlemmer via nyhedsbrevet Diabetesliv, som udkommer hver 14. dag. Populationen er alle personer med diabetes i Danmark. Stikprøven er dem som udvælges til at repræsentere hele populationen, som i dette tilfælde er de abonnenter på nyhedsbrevet som har diabetes. Stikprøvens maksimale størrelse er ca. 75.000 abonnenter på nyhedsbrevet. Respondenterne er den del af stikprøven, der faktisk deltager i surveyen (Bay & Rathlev, 2017:31-32).

11.3 Opbygning af spørgeskema

Jeg anvender invitationsbrevet til at 'sælge' undersøgelsen på en inspirerende måde, da det er spørgeskemaets ansigt udadtil, og kan have stor betydning for om respondenterne er motiverede til at deltage i undersøgelsen (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:61). Jeg oplyser respondenterne om, at formålet er at skabe empiri til mit speciale, at opførelsen af nærhospitaler er en aktuell dagsorden i samfundet, at regeringen forventer diabetikere vil komme i kontakt med nærhospitaler i forbindelse med kontrol og behandling, og at besvarelserne kan hjælpe Diabetesforeningen med at varetage respondenternes interesser indenfor nærhospitaler. Jeg oplyser derudover om, hvordan de er blevet udvalgt til at deltage, hvem der anvender data, hvor lang tid det tager at deltage, tidsfristen for deltagelse, anonymitet samt kontaktinformation ved spørgsmål (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:62). Jeg har gjort mig overvejelser om ikke at tilbyde incitamenter for at deltage som lodtrækningsgaver, da incitamenter kan have en utilsigtet effekt idet de kan signalere at undersøgelsen er mindre seriøs. En fordel ved at tilbyde incitamenter er imidlertid, at de har påvist positiv effekt på svarprocenter i almindelige befolkningsgrupper og således øger datakvaliteten (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:64).

Jeg starter surveyen med at spørge ind til baggrundsoplysninger som køn, alder mm. og oplysninger som skal afdække andre væsentlige karakteristika for populationen. Spørgsmål om sundhed kan være følsomme, og det kan derfor være mere hensigtsmæssigt at starte med de knap så følsomme spørgsmål (Christensen, 2017:382).

Derefter stiller jeg ikke-sensitive spørgsmål om respondenternes adfærd, om hvor og hvor ofte de går til konsultation for deres diabetes samt hvordan de transporterer sig derhen. Jeg har været opmærksom på at formulere spørgsmålene klart, således respondenterne forstår spørgsmålene efter hensigten, bruge ord som alle forstår, og at der dels er en svarmulighed for alle, dels at der kun er én svarmulighed i spørgsmål om f.eks. alder. I spørgsmål om f.eks. transport, hvor det er muligt at vælge fra en liste af svarmuligheder, har jeg tilføjet en åben 'andet'-kategori, så respondenterne har mulighed for selv at tilføje deres svar (Clement, 2017:117-118).

Idet jeg er interesseret i at afdække respondenternes holdninger og forventninger til nærhospitalet, har jeg formuleret holdningsspørgsmål. Jeg har gjort mig overvejelser om ikke at stille ledende spørgsmål, og passe på med at stille spørgsmål, der stiller krav til respondentens viden eller kompetencer. Derfor har jeg inddraget svarkategorien 'ved ikke' om spørgsmål, der drejer sig om behandling på nærhospitalet (Clement, 2017:121-123).

Jeg har forsøgt at skabe balance i ordinale skaler ved at gøre brug af Likert-skalaen til spørgsmål, hvor respondenterne skal erklære sig meget tilfreds, tilfreds, hverken tilfreds eller utilfreds, utilfreds og meget utilfreds med opførelsen af nærhospitalet, samt i hvilken grad de forventer at have mulighed for at påvirke deres behandlingsforløb på nærhospitalet. Jeg har gjort overvejelser omkring, at skalaen skal være balanceret således at der er ligevægt mellem de negative og positive svarmuligheder for at undgå en uhensigtsmæssig vægtning af spørgsmålene og svarene (Clement, 2017:124-125).

Ved holdningsspørgsmål, hvor det kunne tænkes respondenterne, ikke har en holdning har jeg tilføjet svarkategorien 'ved ikke' eller 'ikke relevant' (Clement, 2017:130).

Jeg har gjort mig overvejelser omkring skemalængden, idet lange undersøgelser kan afskrække folk fra at deltage eller få dem til at droppe ud undervejs. En tommelfingerregel siger, at det ikke må tage mere end 15 minutter for almindelige respondenter i en almindelig undersøgelse. Jeg har skrevet i invitationsbrevet, at det tager ca. 5-7 minutter at besvare (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:60).

Gennemførelse af survey kræver tålmodighed og påmindelser er hensigtsmæssige at benytte sig af. Der kan være forskellige årsager til, at respondenterne ikke har deltaget endnu. Nogle har blot brug for selve påmindelsen, andre har brug for en ekstra opfordring til at deltage, og andre igen skal motiveres til at prioritere at deltage trods en travl hverdag. Jeg har udsendt to påmindelser. Den første kom med andet nyhedsbrev to uger efter surveyen blev udsendt. Der var en fejl i linket i påmindelsen, og der blev ugen efter derfor sendt endnu en påmindelse i en særskilt mail (se bilag 10) (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:64).

11.4 Pilottest

Jeg har pilottestet spørgeskemaet på syv respondenter ved at give dem lov til at prøve spørgeskemaet først, hvorefter de blev spurgt ind til deres oplevelse. Jeg har udført pilottest for at minimere fejl, forbedre flow ift. rækkefølgen på spørgsmålene og sikre spørgsmålene bliver forstået korrekt. Pilottest kan sikre, at data ikke bliver ubrugelig og at respondenterne tager godt imod undersøgelsen og vil gennemføre den (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:60).

11.5 Semistruktureret interview

Det kvalitative forskningsinterview er en ofte anvendt metode til dataindsamling, som giver os mulighed for at lære noget om verdenen omkring os. Formålet er at opnå ny viden, som interviewpersonen kan bidrage med i en dialog med interviewerens (Poulsen, 2019:97).

Det semistrukturerede interview er karakteriseret ved, at interviewerens forbereder en række temaer og forslag til spørgsmål i en interviewguide. Samtidig er interviewerens åben for ændringer af spørgsmålenes rækkefølge og form, så det bliver muligt at følge interviewpersonens svar. Det semistrukturerede interview giver mulighed for at tilpasse spørgsmål og stille opfølgende, ny, ikke-forberedte spørgsmål afhængig af, hvordan samtalen udvikler sig. Jeg har interviewet en medarbejder fra Diabetesforeningens public affairs afdeling for bl.a. at få en indsigt i Diabetesforeningens arbejde med politiske beslutningsprocesser vedrørende Diabetesforeningens høringssvar på Sundhedsstyrelsens Faglig ramme for etablering af nærhospitaler (Poulsen, 2019:98). Jeg har aftalt med interviewpersonen, at vedkommende får en kopi af det transskriberede interview således passager kan undlades. Fordelen ved denne aftale er, at samtalen kan flyde mere frit, og interviewpersonen ikke behøver være bange for, hvad vedkommende kommer til at sige, særligt når der er tale om en politisk-administrativ forening, hvor politiske emner kan være

sprængfarlige (Poulsen, 2019:103). Jeg har anvendt hele materialet, da informanten ikke gav udtryk for, at passager skulle undlades.

Forud for interviewet udarbejdede jeg en interviewguide, som hjælper mig med at omsætte problemformuleringen og teoretiske begreber til konkrete spørgsmål. Derudover er interviewguiden en hjælp i selve interviewsituationen, hvor jeg kunne støtte mig til den. Jeg var bevidst om at være aktivt lyttende og ikke blive bundet af interviewguidens spørgsmål, så samtalen kunne udfolde sig (Poulsen, 2019:103). Jeg inddelte interviewguiden i temaer med underspørgsmål. Temaerne var med til at skabe overblik og struktur, og fungerede som en tjekliste undervejs i interviewet (Poulsen, 2019:104). Jeg afsluttede interviewet med at sige, at jeg ikke havde flere spørgsmål og opfordrede interviewpersonen til at tilføje noget (Poulsen, 2019:109).

11.6 Fokusgruppeinterview

Metoden fokusgruppe er valgt da den skal bidrage med at kvalificere surveyen (Damgaard, 2019:135). Dataindsamling over internettet er i rivende udvikling, og samfundsvidenskaberne balancerer generelt mellem entusiasme, skepsis og agtpågivenhed (Damgaard, 2019:141). Jeg har gennemført en e-fokusgruppe via videokonference, da det muliggjorde at jeg kunne inkludere medlemmer fra Diabetesforeningen på tværs af regioner og var økonomisk overkommelig (Damgaard, 2019:142). En fokusgruppe består som regel af seks til ti personer, ledet af en moderator. Den er kendetegnet ved en ikke-styrende interviewstil, hvor det primært handler om at få mange forskellige synspunkter frem vedrørende det emne, der er i fokus for gruppen. Moderatorens rolle er at præsentere emnet, der skal diskuteres og facilitere samspillet. Moderatoren har til opgave at skabe en permissiv atmosfære, hvor personlige og modstridende synspunkter på emnet kan komme til udtryk (Kvale & Brinkmann, 2015:205). Jeg forsøgte at skabe en permissiv atmosfære, ved at have mit kamera tændt og opfordre deltagerne til at gøre det samme, da jeg forventede det vil være nemmere for deltagerne at åbne op overfor en fremmed, når de kan sætte ansigt på vedkommende (Kvale & Brinkmann, 2015:206). En ulempe ved e-fokusgrupper er, at metoden ikke indeholder samme element af observation, hvor deltagerne i grupper fysisk og verbalt reagerer på spørgsmål og stimuli. En fordel ved fokusgruppeinterviewet er, at gruppesituationen får den enkelte deltager til at reflektere over, uddybe og nuancere sine egne svar, også selvom budskabet i svarene i sig selv ikke ændres eller påvirkes af gruppedynamikken (Damgaard, 2019:132).

Formålet med fokusgruppen er ikke at opnå enighed eller præsentere løsninger på de spørgsmål fra surveyen, der diskuteres, men at få forskellige synspunkter frem. Fokusgruppeinterview er velegnet til eksplorative undersøgelser på et nyt område, da det kollektive samspil kan bringe flere spontane ekspressive og emotionelle synspunkter frem, end når der anvendes individuelle interview (Kvale & Brinkmann, 2015:205-206). Den største udfordring ligger i at få folk til at deltage. Dette viste sig også at gøre sig gældende her. Folk deltager ofte kun, hvis de får en gave eller deltagelse i et lotteri. Belønningen var immateriel, idet deltagerne fik mulighed for at give deres mening til kende om nærhospitaller (Damgaard, 2019:142). Ydermere havde jeg reflekteret over, ikke at give deltagerne noget de skulle forberede på forhånd, da mange vil takke nej til at deltage, hvis forberedelserne bliver for omfattende tidsmæssigt eller følelsesmæssigt (Damgaard, 2019:138).

Udvælgelsen af deltagere er udført på den baggrund, at der efter to uger var syv respondenter i surveyen, som havde skrevet deres mail i forbindelse med at blive kontaktet til et interview om nærhospitaller. Af de syv var der to der vendte tilbage på min mail, hvorfor e-fokusgruppen af praktiske årsager blev to deltagere (Damgaard, 2019:136).

Jeg havde på foran lavet en interviewguide med temaer og underspørgsmål, og havde planlagt at afviklingen gerne måtte følge en forholdsvis løs struktur som en samtale mellem informanterne, så længe spørgsmålene blev afdækket. Jeg var som moderator dog ikke fluen på væggen, men bød velkommen, introducerede interviewet, sikrede at samtalen mellem deltagerne holdt sig inden for temaerne, sikrede at alle kom til orde og afslutningsvist takkede deltagerne for deres tid og indsats (Damgaard, 2019:138-139).

11.7 Analysestrategi

Jeg anvender den kvantitative metode og den kvalitative metode i min analyse. I alle tre delanalyser koder jeg materialet i temaer og benytter teorien som dåseåbner i fortolkningsprocessen (Jensen, 2001:7). Jeg anvender det åbne spørgsmål fra surveyen til at kvalificeres respondenternes besvarelser i de lukkede spørgsmål og få skabe nye erfaringer.

Den kvantitative del i analysen vil jeg præsentere med datapræsentation, da det giver et overblik over datamaterialet vha. histogrammer (Hussain, 2019:261).

Derudover vil jeg udføre den statistiske chi i anden test. Jeg anvender testen som et redskab til at afgøre en mulig sammenhæng mellem to variabler i en kontingenstabel, som indeholder antal observationer og hvordan disse er opdelt i kategorier. F.eks. antal km respondenterne

bor fra en større by på den ene led i tabellen og i hvilken grad de er enige i at kunne se meningen med at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital. I arbejdet med tabeller antager jeg, at der ikke er nogen sammenhæng mellem de to variabler (Hussain & Nielsen, 2019:281). Jeg opstiller også en kontingenstabel for antal forventede observationer for at udregne p-værdien, som jeg bruger til at be- eller afkræfte mine nulhypoteser (H_0). P-værdien er udregnet via formelen CHI2.TEST i Excel. Jo større forskel der er mellem mine observationer og de forventede observationer, jo højere bliver chi i anden værdien (teststørrelsen). Jo højere chi i anden værdien er, jo lavere bliver p-værdien, givet frihedsgrader (Hussain & Nielsen, 2019:283).

Jeg har opstillet nulhypoteser for hver test. Er p-værdien over 0,05 (5%) fører det til en forkastelse af nulhypotesen, mens en p-værdi under 0,05 fører til en accept (Hussain & Nielsen, 2019:288).

Jeg har valgt at lave 13 chi i anden test, og ikke teste alle mulige kombinationer af variabler, da jeg ville kunne finde to variabler, som viste en sammenhæng med en statistisk signifikant p-værdi, som kunne skyldes en tilfældighed. Otte chi i anden tests er udført for at udfordre mine tidligere beskrevne fordomme, og de resterende fem er drevet af empirien (se bilag 12). Svarkategorierne 'ikke relevant' har jeg undladt at inddrage i mine chi i anden tests, da det kan være et udtryk for, at respondenterne mener, at spørgsmålet ikke er relevant for dem.

Jeg argumenterer for, at jeg anvender den hermeneutiske videnskabsteoretiske retning i min analyse, da der er kvalitative aspekter i surveyen. Jeg bruger data fra surveyen til at fortolke respondenternes svar og frembringe en mening. Jeg anvender hovedsageligt lukkede spørgsmål i surveyen, som jeg vil fortolke kvalitativt. Jeg anvender den sidste side i surveyen "Har du yderligere kommentarer til nærhospitalet kan du skrive dem nedenfor", som et åbent spørgsmål, hvor respondenterne i et åbent tekstfelt kan give unikke svar (i modsætning til at give respondenterne svarmuligheder at vælge imellem). Her kan respondenterne ytre deres holdninger og komme med øvrige kommentarer om nærhospitalet, som de mener er relevante at få med. Med dette kvalitative aspekt får respondenterne frihed til at skrive præcis, hvad de mener om emnet, der kan afsløre uventede muligheder, udfordringer eller udsagn (SurveyMonkey, 2022). Respondenternes udsagn i det åbne tekstfelt lægger således op til fortolkning. Jeg vil kode respondenternes udsagn ved at kategorisere dem i temaer, udvælge citater fra temaerne og tolke herpå.

Jeg vil analysere mine interviews på samme måde som det åbne spørgsmål. Forud for analysen af det semistrukturerede interview og fokusgruppeinterviewet har jeg optaget lyden og transskriberet dem (Poulsen, 2019:109). Jeg har gennemlæst transskriptionerne for at danne mig et overblik over materialet. Dernæst gennemlæser jeg dem igen for at kode materialet. Jeg anvender koderne til at systematisere materialet og skabe overblik. Koderne identificerer de tekststykker, der omhandler et bestemt analytisk element (Poulsen, 2019:111). Morgan argumenterer for, at det ikke er nødvendigt at vælge mellem enten en teori- eller empiridrevet undersøgelse. Derfor er mit projekt baseret på en abduktiv tilgang, hvor jeg veksler mellem teori og empiri (Jæger, 2019:327). Jeg anvender deduktive temaer ud fra de teoretiske begreber setting, empowerment og community health, og induktive temaer ud fra empirien som opstår undervejs i analysen. Kodningen af interviewmaterialet er en proces, hvor koderne ofte ændrer sig undervejs, og hvor nye koder opstår. Når nye koder opstår genkoder jeg. Ud fra kodningen skriver jeg første udkast til min analyse, hvor jeg samler alle relevante citater under hvert tema og skriver hvad pointerne er til dem (Poulsen, 2019:112).

11.8 Ethiske overvejelser

Jeg har indhentet informeret samtykke via invitationsbrevet i surveyen og samtykkeerklæringer for semistruktureret interview og fokusgruppeinterview (se bilag 1, 2 og 6). Jeg gjort dette for at sikre, at dem der deltager i survey og interview kan træffe beslutninger om dette på et informeret grundlag. De får således at vide hvordan deres viden bliver brugt og formidlet. Derudover bliver de informeret om, at deres deltagelse er frivillig, og at de til enhver tid kan trække deres samtykke tilbage (Kristensen, 2019:85).

Respondenterne i surveyen er fuldt anonymiseret. Deltagerne i de forskellige interviews har fået sløret deres identitet. Deres navne og jobtitel er udeladt, så det ikke kan lede til identifikation af dem (Kristensen, 2019:89-90).

Datamaterialet behandles fortroligt gennem processen, da surveyen opbevares hos SurveyXact. De behandler min data fortroligt i overensstemmelse med lovgivningen. De har tavshedspligt også hvis samarbejdet mellem Roskilde Universitet skulle ophøre. Hele systemet er sikker indhegnet af effektiv firewall og antivirus, som opdateres en gang i timen, så uvedkommende ikke har adgang hertil (SurveyXact, 2022). Derudover bortskaffer jeg datamaterialet på sikker vis efter opgaven er bedømt (Kristensen, 2019:88).

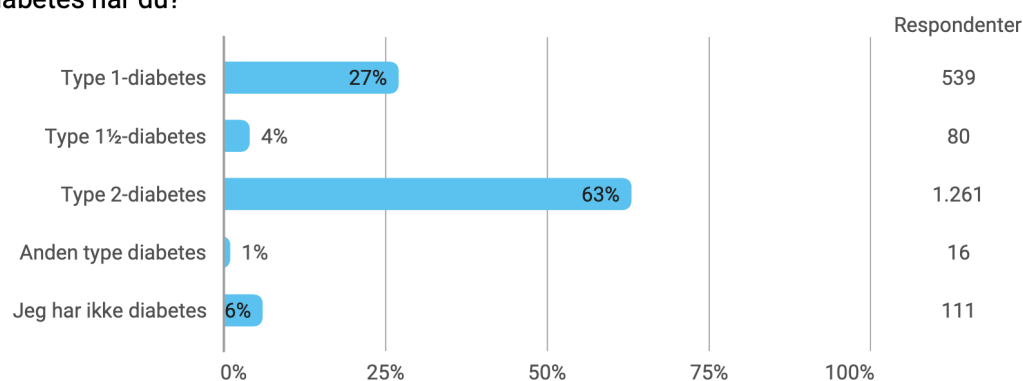
12. Empiri

I dette afsnit vil jeg præsentere baggrundsdata fra surveyen. Dernæst vil jeg kort præsentere semistruktureret- og e-fokusgruppeinterview. Empirien danner baggrund for min analyse.

Surveyen blev sendt ud via Diabetesforeningen gennem nyhedsbrevet Diabetesliv d. 13/10-22 og d. 27/10-22 og en særskilt reminder-mail d. 3/11-22. Der blev lukket for besvarelser d. 4/11-2022. Hovedparten af besvarelserne kom efter den særskilte mail blev sendt ud. Jeg endte med 2.008 besvarelser, hvoraf 1.670 er gennemførte og 338 indeholder nogen svar. Empirien kan ses i bilag 9. Respondenter uden diabetes og respondenter som modtager specialiseret tilbud hos Steno Diabetes Center, falder udenfor inklusionskriterierne, da der ikke vil være specialiserede funktioner på nærhospitaller (Sundhedsstyrelsen, 2022:31).

12.1 Baggrundsdata

Hvilken type diabetes har du?



Figur 3: Type diabetes.

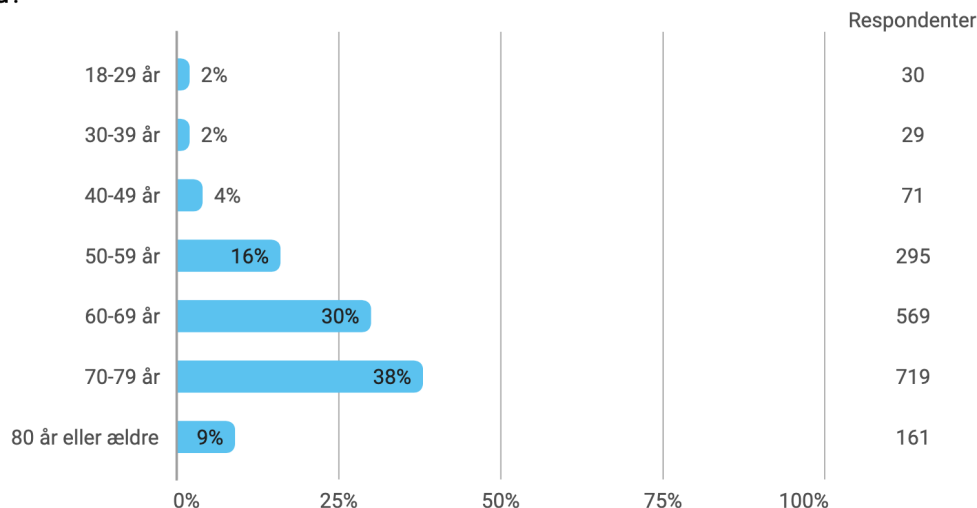
Størstedelen af respondenterne har type 2-diabetes. 63% af respondenterne har type 2-diabetes, 27% har type 1-diabetes, 4% har type 1,5-diabetes, 1% har en anden type diabetes og 6% har ikke diabetes. Det afviger fra den generelle population, hvor ca. 10% har type 1-diabetes og ca. 90% har type 2-diabetes² (jf. afsnit 4).

Kønsfordelingen ser nogenlunde lige ud blandt mænd og kvinder. 47% af respondenterne er mænd og 53% er kvinder. Der er lidt flere kvinder der har besvaret surveyen sammenlignet med den generelle population med diabetes, hvor 55% mænd har type 2-diabetes og 57% mænd har type 1-diabetes (Carstensen, Rønn & Jørgensen, 2020:5; Steno Diabetes Center

² Her tages der ikke højde for type 1,5-diabetes og andre typer diabetes.

Copenhagen, 2020:15). Det kan tyde på, at stikprøven ikke er fuldstændig tilfældig, hvilket kan give bias. Forskellen mellem kønnene er ikke stor, og begge køn er godt repræsenteret.

Hvor gammel er du?



Figur 4: Aldersfordeling.

Den største gruppe respondenter er mellem 70-79 år. Det tyder på, respondenterne er mere tilbøjelige til at svare jo ældre de er, og at personer med diabetes typisk er ældre.

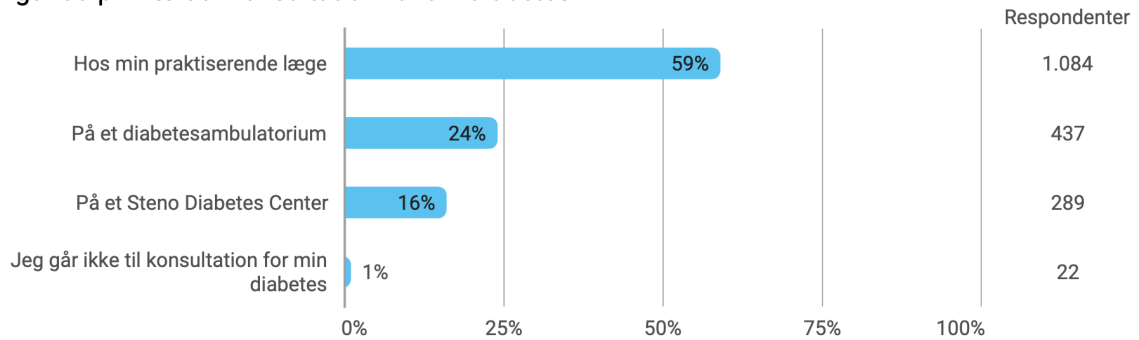
Region Hovedstaden er mest repræsenteret og Region Nordjylland er mindst repræsenteret. 28% bor i Region Hovedstaden, 22% i Region Syddanmark, 22% i Region Midtjylland, 18% i Region Sjælland og 11% i Region Nordjylland, hvilket svarer nogenlunde med befolkningsfordelingen i regionerne (Region Nordjylland, 2021).³

Størstedelen af respondenterne har kort til den nærmeste større by med 50.000 eller flere indbyggere. 26% er bosiddende i en by med 50.000 eller flere indbyggere, 19% har 1-10 km til den nærmeste større by, 17% har 11-20 km, 14% har 21-30 km, 8% har 31-40 km og 17% har 41-50 km. Det kan skyldes urbanisering, at den største gruppe respondenter er bosiddende i en by med 50.000 eller flere indbyggere.

³ Befolkningen er fordelt på regionerne således: 1,9 mio i Region H, 0,6 mio i Region Nordjylland, 1,3 mio i Region Midtjylland, 1,2 mio i Region Syddanmark og 0,8 mio i Region Sjælland (Region Nordjylland, 2021).

Respondenternes uddannelsesniveaue er spredt. De fleste, 32%, har en mellemlang videregående uddannelse, 21% har en erhvervsuddannelse, 16% har enten grundskoleuddannelse eller en kort videregående uddannelse, 10% har en lang videregående uddannelse, 4% har en gymnasial uddannelse og 2% har en anden uddannelse.

Hvor går du primært til konsultation for din diabetes?

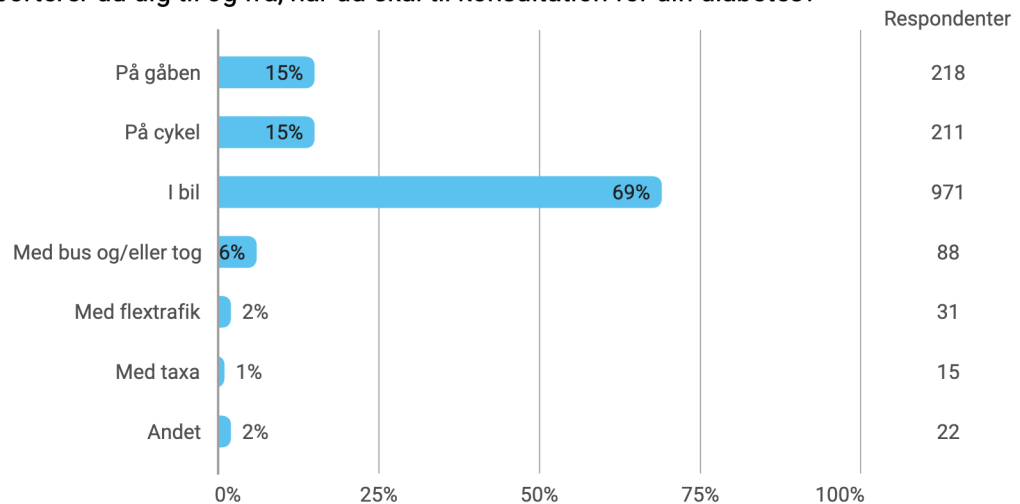


Figur 5: Konsultationssted.

Størstedelen af respondenterne, 59%, går til konsultation for deres diabetes hos deres egen læge. 24% går til konsultation på et diabetesambulatorium. Dette stemmer nogenlunde overens med, at 63% af respondenterne har type 2- diabetes, og 27% har type 1-diabetes.

46% går til konsultation hver tredje måned, 36% hvert halve år, 13% én gang om året, 4% oftere end hver tredje måned og 1% går sjældnere end én gang om året til konsultation for deres diabetes. Dette stemmer overens med, at kontrol hos egen læge for personer med type-2 diabetes typisk foregår hver 3. til 6. måned (Almdal, 2021), og at kontrol på et diabetesambulatorium for personer med type-1 diabetes typisk foregår 2-4 gange om året (Almdal, 2022a; Almdal, 2022b).

Hvordan transporterer du dig til og fra, når du skal til konsultation for din diabetes?



Figur 6: Transportmiddel til konsultation.

Størstedelen af respondenterne, 69%, transporterer sig til og fra konsultation for diabetes i bil. Dette kan skyldes, at ca. 75% af respondenterne ikke bor i en større by med 50.000 eller flere indbyggere.

12.2 Interviews

Jeg har udført to interviews, et semistruktureret med en medarbejder fra Diabetesforeningens public affairs afdeling, og et e-fokusgruppeinterview med to respondenter fra surveyen, som har opgivet deres mailadresse med henblik på at deltage i et interview om nærhospitaler. Det semistrukturerede interview blev udført d. 12/10-2022 og varede ca. 35 minutter. Der er 18 spørgsmål i interviewguiden. E-fokusgruppeinterviewet blev udført d. 4/11-2022 og varede 1 time og 45 minutter. Interviewguiden består af 30 spørgsmål. Den fulde empiri kan ses i bilag 4 og 8.

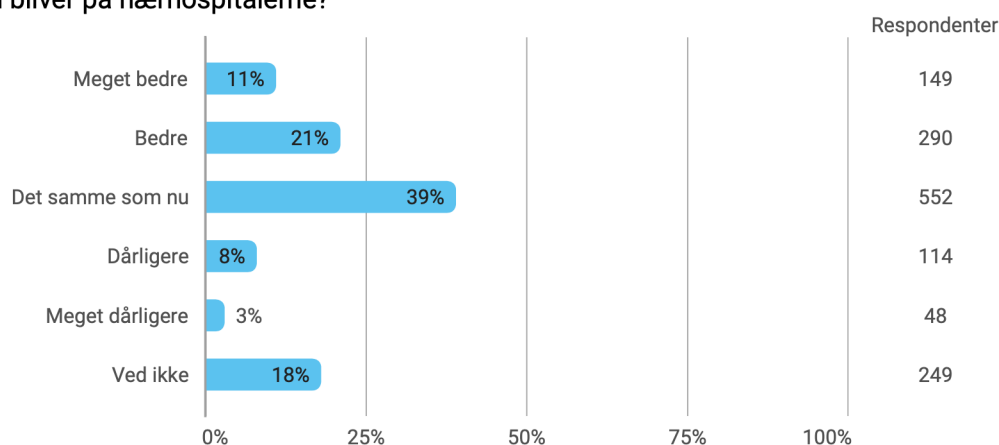
13. Analyse

I dette afsnit vil jeg analysere holdningsspørgsmål, test af sammenhænge og åbent spørgsmål fra surveyen samt fund fra de to interviews. Jeg vil opsummere survey-, fokusgruppeinterview- og semistruktureret interviewanalyse i delkonklusionsafsnit.

Surveyanalyse

13.1 Holdningspørgsmål

Sammenlignet med den diabetesbehandling du modtager i dag, hvordan forventer du, at kvaliteten af behandlingen bliver på nærhospitalerne?



Figur 7: Forventning til kvalitet af behandling på nærhospitaler.

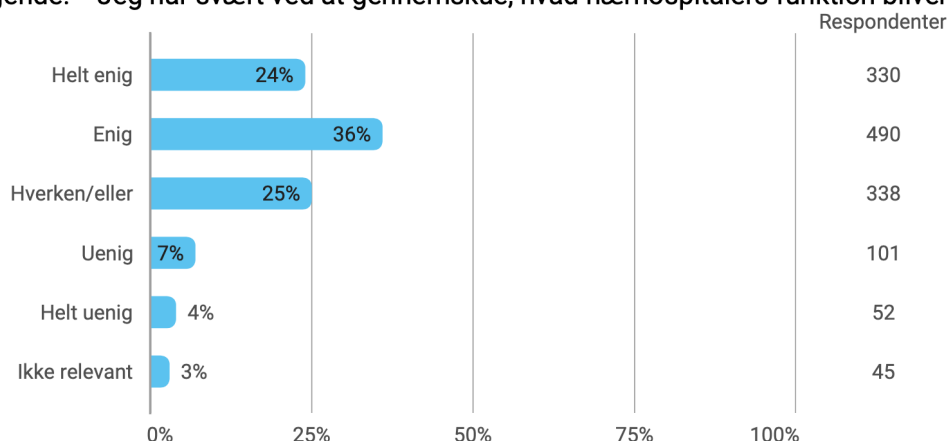
Størstedelen af respondenterne forventer at modtage den samme kvalitet i deres behandling på nærhospitaler, som den de modtager i deres nuværende behandling.

Hele 32% forventer, at de vil modtage bedre kvalitet på nærhospitalerne, hvilket tyder på, at respondenterne er mere positivt stemte overfor kvaliteten nærhospitalerne kan tilbyde end negative, da det kun er 11% som har svaret, at de forventer kvaliteten af behandlingen på nærhospitaler vil være dårligere. Det overrasker mig, at så mange respondenter er positive. Det fører til at min fordom om, at størstedelen af respondenterne (over 50%) ville være negativt stemte over for nærhospitalerne, må gå til grunde.

At næsten en tredjedel af respondenterne forventer at få bedre eller meget bedre kvalitet i deres behandling på nærhospitalerne tyder på, at et øget fokus på tværsektorielt samarbejde kan højne kvaliteten på nærhospitaler og skabe grobund for empowerment.

Samtidig er der hele 18%, som har svaret 'ved ikke'. Det tyder på, at respondenterne ikke er klar over, hvad behandlingen kan indeholde på de kommende nærhospitaler. Det overrasker mig, at der er så mange respondenter, som har svaret 'det samme som nu' eller 'ved ikke', da nærhospitalerne vil have flere sundhedsprofessionelle samlet under et tag og varetage simple sygehusfunktioner, som egen læge ikke kan varetage. Det tyder på, at respondenterne har svært ved at forholde sig til nærhospitaler som setting, da de endnu ikke er etableret og derfor ikke har fysiske grænser, sundhedsprofessionelle med definerede roller og en tydelig organisatorisk struktur.

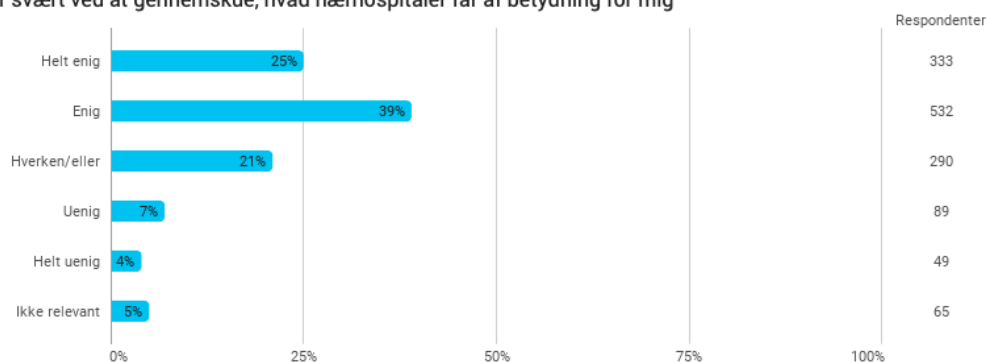
Hvor enig er du i følgende: - Jeg har svært ved at gennemskue, hvad nærhospitalers funktion bliver



Figur 8: Nærhospitalers funktion.

Størstedelen, 60%, har svært ved at gennemskue hvad nærhospitalers funktion bliver. Kun 11% svarer at de er uenig. Det bekræfter min fordom om, at nogle respondenter kan have svært ved at forholde sig til, hvad nærhospitalers funktion konkret bliver. Det peger på, at der på nuværende tidspunkt ikke har været nok borgerinddragelse, og at der er grobund for empowerment, hvis de organisatoriske rammer på nærhospitalerne indebærer borgerinddragelse og indflydelse.

Hvor enig er du i følgende: - Jeg har svært ved at gennemskue, hvad nærhospitaler får af betydning for mig



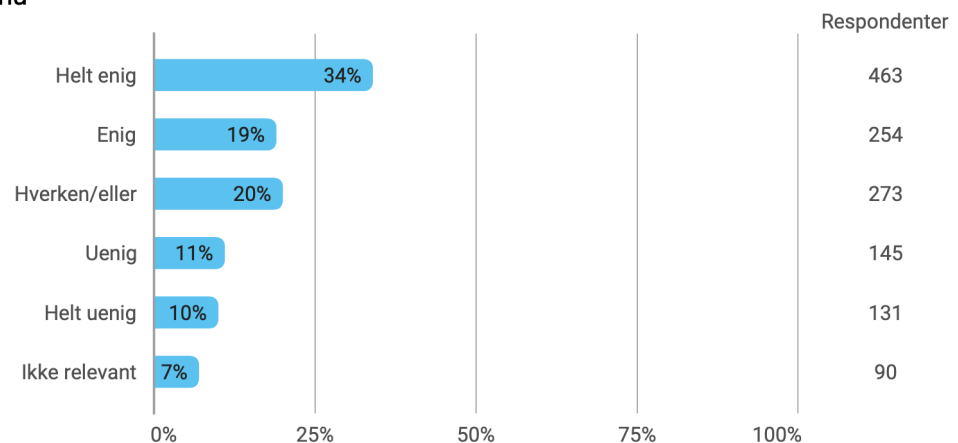
Figur 9: Nærhospitalers betydning.

Størstedelen, 64%, har svært ved at gennemskue hvad nærhospitaler kommer til at betyde for dem. Det indikerer, at respondenterne har svært ved at forholde sig til hvordan nærhospitaler kan påvirke deres behandling, dagligdagsaktiviteter og de sociale kontekster de indgår i.

Det tyder ligeledes på, at respondenterne ikke oplever at have kontrol over egne livsbetingelser, da de ikke at kan gennemskue hvad nærhospitaler får af betydning for dem.

Det indikerer, at respondenterne ikke udvikler kollektiv handlingskapacitet til at forandre både samfundet og sig selv, når det er uklart hvad nærhospitalet får af betydning for respondenterne. Det peger på, at empowerment ikke sker fra første dag nærhospitalet bliver implementeret, men at det skal foregå som en løbende proces. Det peger desuden på, at der ikke sker community health med det samme, da disse ofte trækker på et bottom-up indsats, og respondenterne endnu ikke er en del af et community på nærhospitalet.

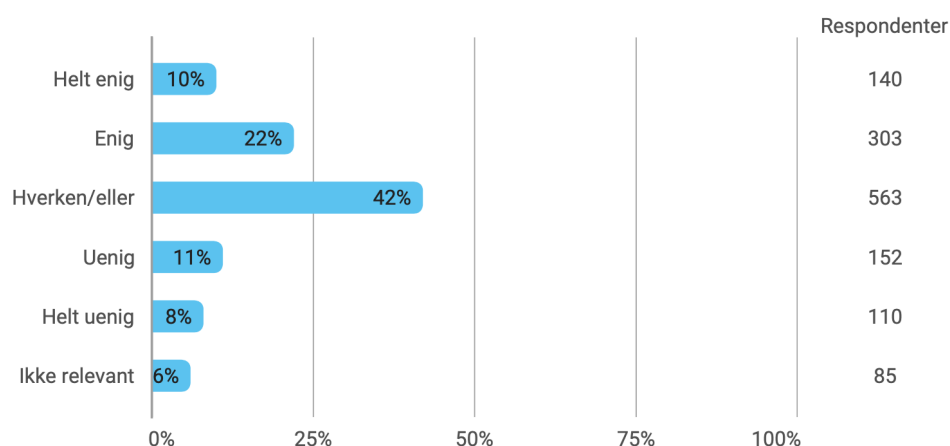
Hvor enig er du i følgende: - Jeg tror, at jeg får længere afstand til konsultation på nærhospital sammenlignet med nu



Figur 10: Forventninger til længere afstand til konsultation sammenlignet med nu.

53% forventer, at de får længere afstand til konsultation på et nærhospital, sammenlignet med 21% som tror de får kortere afstand. Det overrasker mig, at de fleste respondenter tror, at de får længere afstand til konsultation for deres diabetes på et nærhospital sammenlignet med deres nuværende, da en af årsagerne til implementeringen af nærhospitalet er, at mindske afstanden til behandling. Det tyder på, at respondenterne mener, at de 13 lokationer regeringen har foreslået, forlænger deres afstand til konsultation, og at de har svært ved at forholde sig til hvor de resterende lokationer skal etableres for at mindske afstanden. Det udfordrer community health-tilgangen, hvis længere afstand gør, at respondenterne ikke befinder sig i deres lokalmiljø under deres konsultation.

Hvor enig er du i følgende: - Nærhospitaler vil skabe en bedre oplevelse af sammenhæng i min diabetesbehandling

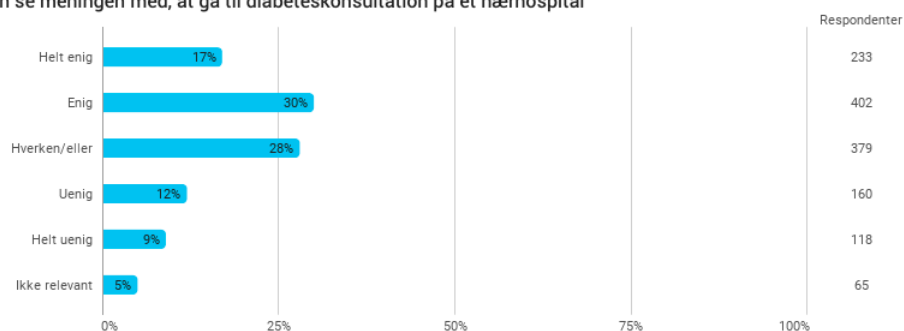


Figur 11: Forventninger til bedre oplevelse af sammenhæng i behandling på nærhospitaler.

32% forventer en bedre oplevelse af sammenhæng sammenlignet med 19% som forventer en forringelse. Fra et salutogenese perspektiv er dette positivt at borgeren forventer en bedre sammenhæng med de nye nærhospitaler. Det indikerer, at respondenterne er positivt stemte overfor, at nærhospitalssettingen skal indeholde flere sundhedsprofessionelle.

Det overrasker mig, at hele 42% af respondenterne hverken forventer, at nærhospitaler vil skabe en bedre eller dårligere oplevelse af sammenhæng i deres diabetesbehandling.

Hvor enig er du i følgende: - Jeg kan se meningen med, at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital



Figur 12: Mening med diabeteskonsultation på nærhospitaler.

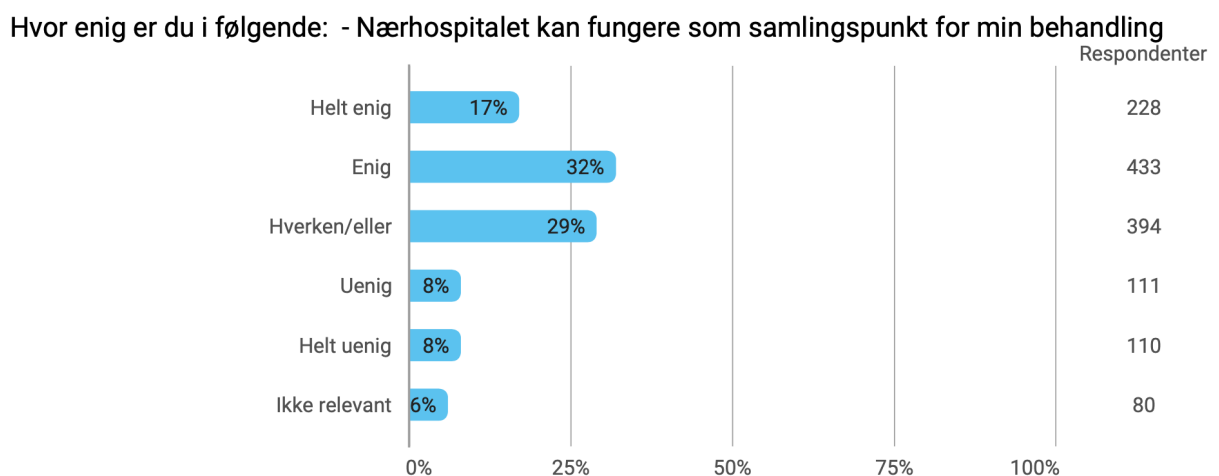
47% kan se meningen med at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital. Min fordom om, at størstedelen af respondenterne (over 50%) ville være negativt stemte over for nærhospitalerne, da de ikke forstår meningen med dem, må gå til grunde.

Respondenternes mener, at nærhospitaler er meningsfulde og vil skabe en bedre oplevelse af sammenhæng. Det indikerer jf. Antonovskys begreb salutogenese, at nærhospitaler kan forbedre respondenternes sundhed i kontinuumsmodellen.

Ydermere peger det på, at der er grobund for at skabe communities på nærhospitaler, da meningsfuldhed og oplevelse af sammenhæng kan føre til, at der skabes sociale relationer mellem individerne på nærhospitaler, som vil adressere deres sundhed i fællesskab.

Det overrasker mig, at 28% angiver, at de hverken kan eller ikke kan se meningen med at gå til konsultation, da jeg havde en forventning om, at flere ville svare uenig eller helt uenig.

Det peger på, at det er udfordrende at begribe nærhospitaler i sin helhed, når disse ikke er implementeret endnu samt håndtere nye transportmæssige udfordringer.

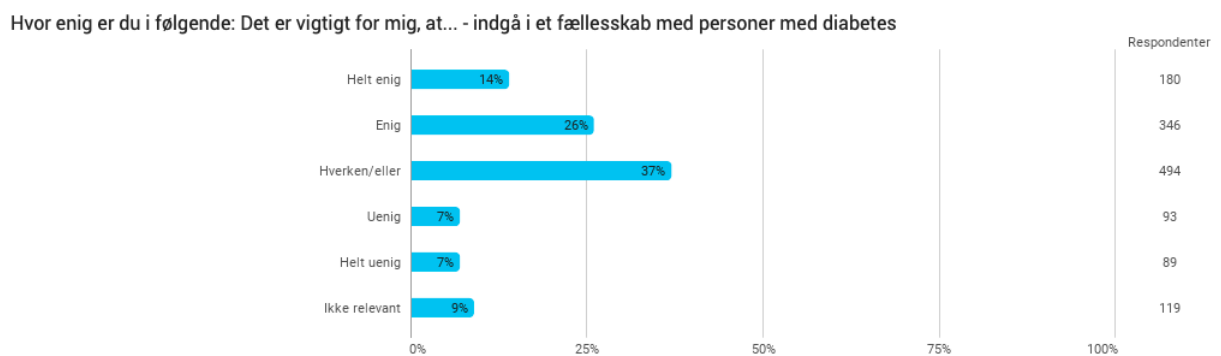


Figur 13: Nærhospitaler kan fungere som samlingspunkt for behandling.

49% forventer, at nærhospitaler kan fungere som samlingspunkt for deres behandling. Det indikerer, at der er grobund for community health, da den nye setting kan medføre, at respondenterne danner et netværk med fælles sundhedsinteresser. Det tyder på, at nærhospitalssettingen kan lykkes med at blive implementeret for personer med diabetes og skabe empowerment i form af kontrol over egen behandlingssituation. 29% er hverken enige eller uenige i, at nærhospitaler kan fungere som samlingssted for deres behandlings, hvilket tyder på, at det er uklart hvad nærhospitalernes funktion og betydning for den enkelte kommer til at blive. 16% forventer, at nærhospitaler ikke kan fungere som samlingssted for deres behandling. Det tyder på, at de er skeptiske over for nærhospitalssettingen og hvorvidt den kan skabe empowerment hos dem. Det peger på, at disse respondenter kan have andre behov for behandling end den, nærhospitaler kan tilbyde.

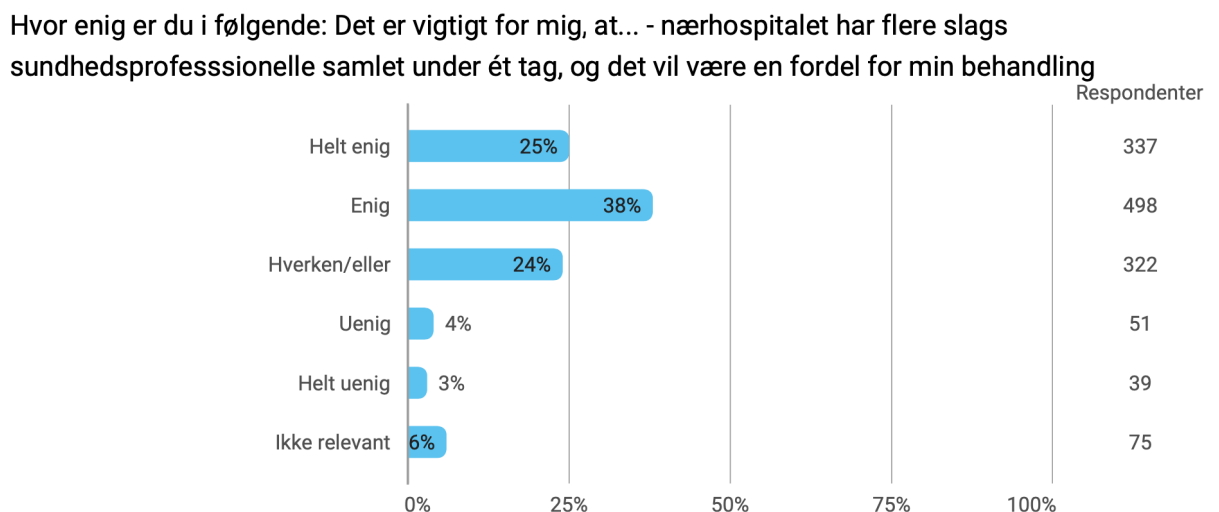
Størstedelen foretrækker at have under 30 minutter til det nærmeste nærhospital, da 46% er helt enige og 24% er enige. Respondenterne mener, at det er vigtigt de ikke skal bruge lang

transporttid for at komme til et nærhospital. 40% og 22% er hhv. helt uenige og uenige i, at det er vigtigt der er mellem 1 time og 1,5 time til det nærmeste nærhospital. Det samme gælder, når der er mere end 1,5 time til det nærmeste nærhospital. Her svarer 46% at de er helt uenige og 19%, at de er uenige. Det tyder på, at der ikke er grobund for at skabe empowerment, hvis respondenterne ikke får mulighed for at blive inddraget i beslutningen om, hvor deres behandling kommer til at foregå og ender med at skulle bruge lang transporttid på at komme til et nærhospital.



Figur 14: Vigtigheden i at indgå i fællesskaber med personer med diabetes.

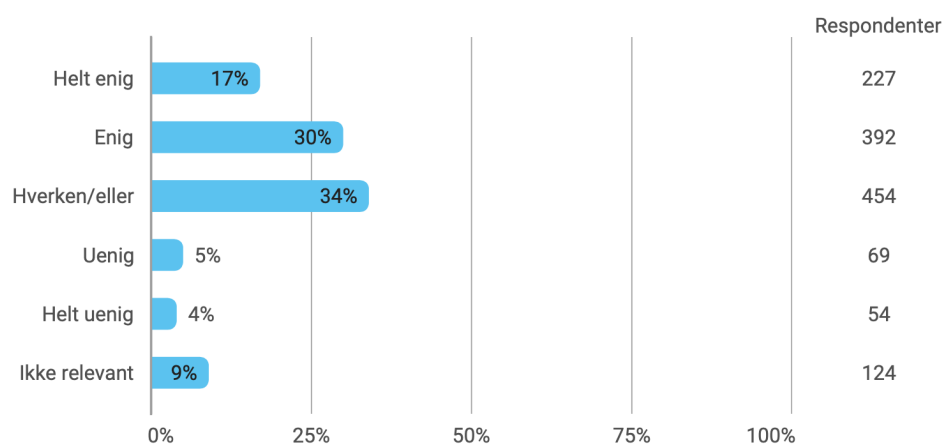
40% mener det er vigtigt at indgå i et fællesskab med personer med diabetes, mens 14% synes ikke det er vigtigt at indgå i et fællesskab. Respondenternes svar tyder på, at de er interesserede i at indgå i fællesskaber med personer med diabetes for at varetage egen og gruppens sundhed. Det indikerer, at der er grobund for, at lykkes med setting-, empowerment- og community health-tilgangen, hvis de rette rammer og betingelser er opfyldt på nærhospitalerne. Dette uddybes i afsnit 13.3.



Figur 15: Vigtigheden af flere sundhedsprofessionelle på nærhospitalet.

Det er vigtigt for 63% af respondenterne, at nærhospitalet har flere sundhedsprofessionelle på nærhospitalet, hvorimod 7% er uenige. Jeg tolker respondenterne svar som, at de foretrækker at blive tilset af flere faggrupper frem for f.eks. én læge i deres konsultation. Det tyder på, at fokus på tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde på nærhospitalet kan højne respondenternes sundhed.

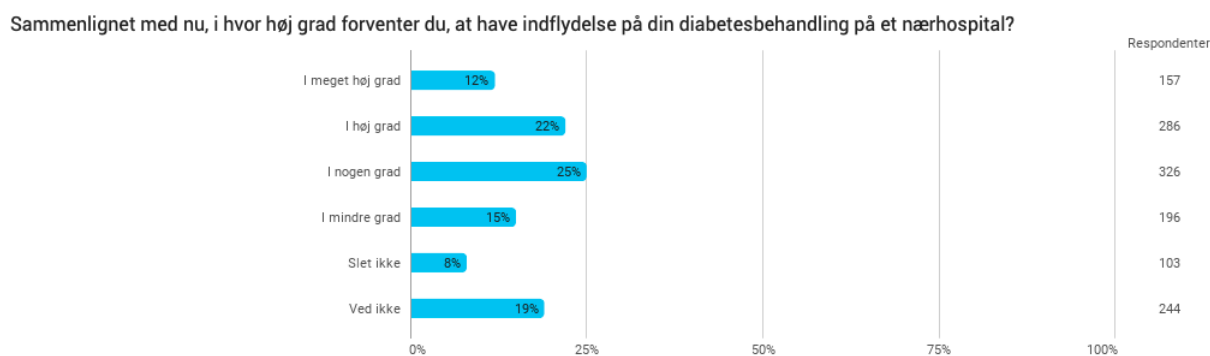
Hvor enig er du i følgende: Det er vigtigt for mig, at... - nærhospitalet kan fungere som mødested for ligesindede



Figur 16: Nærhospitalet kan fungere som mødested for ligesindede.

47% mener, at det er vigtigt at nærhospitalet kan fungere som mødested for ligesindede. Det peger på, at der er grobund for community health-tilgangen på nærhospitalet, hvis borgerne indgår i fællesskaber for at løfte deres sundhed.

19% oplever at have en meget høj grad af indflydelse i deres nuværende diabetesbehandling, 35% en høj grad indflydelse, 31% i nogen grad, 10% i mindre grad og 4% oplever slet ikke at have indflydelse. Dette tyder på, at respondenterne i forvejen oplever empowerment i deres diabetesbehandling. Jf. Green og Tones' model vil respondenter som er i kontrol og tager alle de vigtige beslutninger i deltagelsestrinnet opleve den højeste grad af empowerment. Det indikerer, at nærhospitalet kan skabe en endnu højere grad af empowerment end den nuværende ved at have fokus på deltagelse i behandlingen på nærhospitalet.



Figur 17: Forventninger til indflydelse på diabetesbehandling på nærhospitaler.

En tredjedel af respondenterne forventer at få en meget høj eller høj grad af indflydelse i deres diabetesbehandling på et nærhospital, en fjerdedel forventer at få indflydelse i nogen grad, 15% forventer i mindre grad at få indflydelse, 8% forventer slet ikke at få indflydelse og hele 19% har svaret 'ved ikke'. Der tegner sig et blandet billede af hvor høj grad af indflydelse de forventer at få i deres behandling på et nærhospital. Jeg havde forventet et tydeligere skel mellem graderne de forventer at få indflydelse på et nærhospital.

Sammenlignet med hvor høj grad af indflydelse de har i deres nuværende behandling, tyder det på, at respondenterne forventer de vil få en mindre grad af indflydelse i deres behandling på et nærhospital - og derigennem en mindre grad af empowerment end den de oplever i deres nuværende behandling. Det bekræfter min fordom om, at det er usikkert hvorvidt nærhospitaler kan skabe empowerment for personer med diabetes, da respondenterne forventer at få mindre indflydelse på nærhospitaler.

13.2 Test af sammenhænge

Jeg har udført otte chi i anden tests for at teste mine fordomme. Mine test af fordomme er ikke det samme som at falsificere i Poppersk forstand, da test i hermeneutikken snarere drejer sig om at bringe mine fordomme i spil, og lade dem indgå i en samtale om den sociale virkelighed mhp. at specificere og justere dem (Juul, 2019:130). Tabel 1 viser et overblik over de testede variable og resultatet af χ^2 -testen. I tilfælde af at p-værdien er under signifikansniveauet på 5% afvises nulhypotesen. Sammenhængene er analyseret ved inspektion af kontingenstabellerne i bilag 11.

Baggrundsvariabel	Holdningsvariabel	P-værdi
-------------------	-------------------	---------

Afstand til større by	Svært ved at gennemskue hvad nærhospitals funktion bliver	0,042*
Type diabetes	Svært ved at gennemskue hvad nærhospitals funktion bliver	0,535
Afstand til større by	Mening med konsultation på et nærhospital	0,011*
Region	Mening med konsultation på et nærhospital	0,904
Type diabetes	Jeg har svært ved at gennemskue, hvad nærhospitaler får af betydning for mig	0,190
Region	Længere afstand til konsultation på nærhospital sammenlignet med nu	0,268
Afstand til større by	Længere afstand til konsultation på nærhospital sammenlignet med nu	0,000*
Type diabetes	nærhospitaler vil være gavnlige for dem og deres behandling	0,557

Tabel 1: χ^2 -tests.

Hvis p-værdien er mindre end 0,05 markeres det med ‘*’, da den er statistisk signifikant.

Jeg kan afvise nulhypotesen om, at der ingen sammenhæng er mellem afstand til større by og hvor svært respondenterne har ved at gennemskue hvad nærhospitals funktion bliver. Det tyder på, at dem der bor i en by med 50.000 indbyggere eller flere og dem som bor 1-10 km

fra en større by driver denne sammenhæng, da der er hhv. 40,25% og 42,86%, som har svaret enig. Jeg justerer derfor min fordom til at være, at det ikke blot er nogle som har svært ved at forholde sig til hvad nærhospitalernes funktion konkret bliver, men at det især er dem der bor i en by med 50.000 indbyggere eller flere og dem som bor 1-10 km fra en større by. Det tyder på, at deres nuværende behandling ligger tæt på deres bopæl, og at de derfor kan have en lavere interesse for at sætte sig ind i hvad nærhospitalers funktion bliver.

Jeg kan ikke afvise nulhypotesen om, at der ingen sammenhæng er mellem type diabetes og hvor svært respondenterne har ved at gennemskue hvad nærhospitalers funktion bliver. Det tyder på, at hvor svært respondenterne har ved at gennemskue hvad nærhospitalers funktion bliver ikke er bestemt af type diabetes, men afhænger af om respondenterne bor i en større by eller 1-10 km derfra.

Jeg kan afvise nulhypotesen om, at der ingen sammenhæng er mellem afstand til større by og om respondenterne kan se meningen med at gå til konsultation på et nærhospital. Det tyder på, at de respondenter som bor i 41-50 km eller mere fra en større by driver denne sammenhæng, da der kun er 8,4% som svarer uenig og 6,3% som svarer helt uenig. Denne sammenhæng indikerer, at de respondenter, som bor 41-50 km eller mere fra en større by i højere grad kan se meningen med at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital. Det peger på, at deres nuværende behandling ligger langt fra deres bopæl, og de derfor kan have en højere interesse for, at deres konsultation fremadrettet kommer til at foregå på nærhospitaler. Det tyder på, at disse respondenter i højere grad forventer, at nærhospitaler vil blive en setting som kan påvirke deres sundhed positivt, og at det kan medføre empowerment på et individuelt plan. Jeg justerer min fordom til, at det især er dem som bor 41-50 km eller mere fra en større by, som i højere grad kan se meningen med at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital.

Jeg kan ikke afvise nulhypotesen om, at der ingen sammenhæng er mellem region og mening med konsultation på et nærhospital. Det tyder på, at mening med konsultation ikke er regionsbestemt, men afhænger af om respondenterne bor langt fra en større by.

Jeg kan ikke afvise min nulhypotese om, at der ikke er en sammenhæng mellem type diabetes og om de kan gennemskue hvad nærhospitaler får af betydning for dem. Som tidligere beskrevet har respondenterne svært ved at gennemskue hvad nærhospitaler kommer til at betyde for dem. At der ikke er en sammenhæng mellem de to variabler, tyder på, at type

diabetes er uafhængig af, om respondenterne kan gennemskue hvad nærhospitaler får af betydning for dem.

Jeg har tidligere beskrevet i surveyanalysen, at respondenterne bekræfter min fordom om, at det ikke er alle, som får kortere til behandling via et nærhospital taget de 13 mulige placeringer i betragtning. Jeg kan ikke afvise min nulhypotese om, at der ikke er en sammenhæng mellem region og forventet længere afstand til konsultation på nærhospital sammenlignet med nu. Jeg kan derimod afvise min nulhypotese om, at der ikke er en sammenhæng mellem afstand til større by og forventet længere afstand til konsultation på nærhospital sammenlignet med nu. Det tyder på, at respondenter som bor 31-40 km fra en større by driver denne sammenhæng, da der er 47,22% der har svaret helt enig og 8,33% som svarer uenig. Det indikerer, at de forventer deres konsultation fremadrettet kommer til at foregå længere væk på nærhospitaler sammenlignet med deres nuværende behandling. Disse respondenter vil muligvis opleve empowerment ved at blive inddraget i beslutningen om, hvor deres fremtidige behandling kommer til at foregå.

Jeg kan ikke afvise min nulhypotese om, at der ikke er en sammenhæng mellem type diabetes og om de forventer nærhospitaler vil være gavnlige for dem og deres behandling.

Jf. bilag 9 er der 15% som svarer 'ved ikke' til spørgsmålet om i hvor høj grad de forventer, at nærhospitaler som samler kommunale og regionale diabetesrelaterede tilbud, vil være gavnlige for dem og deres behandling. Jeg bekræfter min fordom om, at der vil være nogle respondenter, som har svært ved at forholde sig til hvordan nærhospitaler kan gavne dem i deres behandling. Det tyder på, at i hvor høj grad respondenterne forventer, at nærhospitaler vil være gavnlige for dem og deres behandling ikke er bestemt af hvilken type diabetes de har.

13.3 Åbent spørgsmål

Surveyens sidste side er et åbent tekstfelt til yderligere kommentarer om nærhospitaler, som 297 respondenterne udfyldte. Jeg har først gennemlæst kommentarerne, derefter kodede jeg citaterne i 12 indledende temaer. Efter endnu en gennemlæsning blev citaterne genkodet og samlet til fire temaer: setting, empowerment, community health og personale - tværsektorielt samarbejde.

Setting

Dette afsnit samler citater om livsvilkår - de samfunds- eller miljømæssigt forhold der medvirker til at fastlægge rammerne for hvordan borgerne lever, for at afdække hvordan placering, afstand og transportmuligheder har en indflydelse på hvordan nærhospitaler kan imødekomme medlemmernes behov for behandling og mestring af deres diabetes.

Placering

Det peger på, at respondenterne kun forholder sig til regeringens 13 forslag til placeringer af nærhospitaler, og ikke tager højde for, at der kan blive placeret op til 25 nærhospitaler, hvor et af dem potentielt kan være tæt på deres bopæl:

“Jeg vil aldrig komme på et nærhospital, hvis deres placering er som på kortet. Der er for langt og så kan man ikke kalde det for nærhospital når det kun gælder for nogen og ikke for andre”.

Det tyder på, at nærhospitalernes geografiske placering har stor indflydelse på, om respondenterne mener, at de vil gøre brug af dem i deres behandling. Respondenternes udsagn bekræfter min fordom om, at de har svært ved at forholde sig til hvor de resterende nærhospitaler kan placeres, og hvilken betydning det kan have for dem.

Det peger på, at respondenterne som bor langt fra regeringens foreslåede placeringer af nærhospitaler, ikke ser nærhospitaler som en settings der kan fremme deres sundhed.

Ift. setting-tilgangens økologiske model tyder det på, at respondenterne ikke anser nærhospitaler for at have et holistisk syn, der fokuserer på at udvikle støttende sammenhænge inden for de steder, hvor de lever deres liv.

Nogle respondenter er skeptiske overfor regeringens valg af placering af nærhospitaler:

“Det virker helt forkert at placere et hospital i et meget "tyndt" befolket område, der i øvrigt fortsat mister indbyggere”. Et eksempel flere respondenter peger på er nærhospitalet i Skagen: “Tåbeligt at ville placere et nærhospital i Skagen, hvor der bor så få mennesker. ALLE i Nordjylland, undtagen skagboere, vil få længere til behandling. Det ligger jo ikke centralt for noget. Flyt det længere ned til f.eks. Frederikshavn, Sæby eller Strandby”.

Det tyder på, at regeringens forslag til placering af nærhospitalerne ikke er i en social kontekst, hvor alle borgere med diabetes har deres hverdagsaktiviteter, og dermed ikke en setting som kan løse borgernes problemer i relation til sundhed. Det betyder, at min fordom om, at nærhospitalerne vil give borgere med diabetes tryghed ift. behandlingen er tæt på, må gå til grunde, da det ikke er alle respondenter, som får kortere afstand til behandling eller

oplever tryghed herved. Det bekræfter min fordom om, at det ikke er alle borgere, som får kortere til behandling via et nærhospital taget de 13 mulige placeringer i betragtning.

Afstand

Følgende citater tyder på, at lang afstand til nærmeste nærhospital vil blive en stor udfordring for respondenterne. Nogle vil fravælge nærhospitaler helt på denne baggrund:

“Jeg synes det vil være problematisk at skulle køre over 1 time i bil og over 2 timer med offentlig for at komme til kontrol...”.

Det tyder på, at nogle respondenter ikke kan få hverdagen til at hænge sammen med lang afstand til et nærhospital:

“Ved simpelthen for lidt. Og med arbejdstider, er diabetes tjek ikke noget der kan tage 3 timer indlæg transport på en hverdag”. Det peger på, at nogle respondenter ikke har deres dagligdagsaktiviteter tæt på de foreslåede nærhospitaler, og at nærhospitalerne ikke er placeret i en setting de benytter i forvejen.

Flere respondenter udtrykker utilfredshed ved, at nærhospitaler placeres langt fra de større byer:

“De er alt for lang væk fra de større byer. Så jeg kommer ikke til at bruge dem. Har været meget tilfreds med de tilbud jeg har fået i Aalborg Kommune. Og det forventer jeg skal fortsætte”.

Det indikerer, at forøget afstand til behandling på et nærhospital vil kunne forværre nogle respondenters mestring af deres diabetes. Det bekræfter min fordom om, at afstand er vigtigt for respondenterne, fordi flere forventer ikke at gøre brug af dem når afstanden til behandling øges.

Transport

Ud fra holdningsspørgsmålene fremgår det de fleste respondenter benytter bil til og fra konsultation, og at de foretrækker kort transporttid. Af det åbne spørgsmål fremgår det derudover, at respondenterne vægter transportmuligheder til nærhospitaler højt.

En respondent udtrykker: *“Sørg for der er ordentlige offentlige transportforbindelser, også når man er dårligt mobil. Ikke alle har egen bil. Her i kommunen henviser man bare til FlexTrafik”*.

Med ordentlige transportforbindelser mener respondenterne ikke flextrafik. En respondent uddyber hvorfor flextrafik ikke anses som en ordentlig transportmulighed:

“Set i lyset på min alder bliver jeg ikke ved med at køre bil, og med flextrafik bliver der langt at køre, desuden er der jo store problemer med flextrafik, og urimelig lang ventetid på at komme hjem igen”.

Såfremt der kun bliver etableret 13 nærhospitaler, og deres placering er som regeringen foreslår, vil nærhospitaler være uhensigtsmæssigt placeret ift. transportmuligheder for nogle borgere. Nærhospitaler har dermed risiko for at mindske tilslutningen hertil og påvirke behandling og mestring af deres diabetes negativt:

“Så vidt jeg kan se, vil mit nærhospital være uhensigtsmæssigt placeret i forhold til mit nuværende konsultationssted. Derfor vil jeg ikke kunne bruge det, da offentlig transport fra min bopæl vil være næsten umulig at bruge”.

Det tyder på, at nærhospitaler ikke vil blive en sundhedsfremmende setting, da nogle respondenter vil fravælge nærhospitaler, da manglende transportmuligheder hindrer nogle respondenteres mulighed for at deltage i egen behandling. Derudover anerkender setting-tilgangen ikke kun at kontekster påvirker sundhed, den argumenterer også for, at sundhedsfremme kræver investering i de sociale systemer som mennesker tilbringer deres hverdag i (Dooris, 2007:329). Som flere respondenter udtrykker, vil det derfor være hensigtsmæssigt at udbygge det offentlige transportnet for at give borgere med diabetes de bedste forudsætninger for at kunne mestre diabetes. Omend dette vil være en omkostningsfuld løsning for den offentlige sektor.

Det bekræfter yderligere mine fordomme om, at afstand spiller en væsentlig rolle for respondenterne, og at det ikke er alle borgere, som får kortere til behandling via et nærhospital taget de 13 mulige placeringer i betragtning.

Empowerment

Flere respondenter skriver, at de er tilfredse med deres nuværende behandling, hvor de gerne vil fortsætte med at være tilknyttet. Det skyldes bl.a. en følelse af tryghed, god opbakning og rådgivning, tillid til personalet, gennemgående sundhedsprofessionelle og kompetent personale. Nærhospitaler skal kunne imødekomme disse parametre for at kunne dække respondenternes behov for behandling og bidrage til at mestre af deres kroniske lidelse.

En respondent skriver: *“Jeg er tryk ved min praktiserende læge, der har helt styr på min diabetes”.*

Dette tyder på, at respondenterne på et individuelt plan har en følelse af kontrol over eget liv ved at gå til kontrol hos egen læge. Idet empowerment er en proces og et mål kan respondenterne få mulighed for at modvirke afmagt og manglende kontrol over livsbetingelsen

om, at behandlingen kan flyttes fra egen læge til et nærhospital. Det kan f.eks. ske gennem inddragelse og deltagelse på det organisatoriske plan i den nye nærhospitalssetting. Hvorvidt empowerment sker i praksis, afhænger af borgernes muligheder for og evner til at frigøre deres ressourcer og udøve indflydelse. Det kræver de sundhedsprofessionelle på nærhospitalerne er opmærksomme på ulige muligheder således alle borgernes handlekompetencer kan komme i spil (Andersen & Bak, 2020:174), og at de har for øje at informere og give indflydelse til borgeren, således der sker en øget grad af deltagelse fra borgerens side, hvilket kan medføre mere magt og kontrol og dermed empowerment hos borgeren.

Derudover overrasker det mig, at flere respondenter giver udtryk for, at det der giver dem tryghed i deres behandling er, at det er den samme læge eller sygeplejerske de møder i forbindelse med deres behandling. Min fordom om, at det vil give respondenterne tryghed at have flere sundhedsprofessionelle samlet under et tag må justeres, da det der giver borgerne tryghed er ikke, at flere forskellige sundhedsprofessionelle er samlet, hvis de kan risikere at møde forskellige sundhedsprofessionelle. Det er kontinuitet og stabilitet de eftersøger: *“Jeg har godt nok svært ved at se, at der kommer noget godt ud af at man måske ved hvert besøg i det nye regi, sandsynligvis skal møde fremmede, lægefaglige personer hver gang, man møder op. Så kan man forklare og forsvare sig hver 3. måned. Egen læge kender mig bedst. Og man har tillid til vedkommende”*.

Der er desuden flere respondenter, som er utilfredse med deres nuværende behandling. Et eksempel herpå er: *“Egen læge giver mig ikke den fornødne tid og rådgivning”*.

Det peger på, at nærhospitaler ikke ville være empowermentskabende, hvis borgerne i Green og Tones' model over sammenhæng mellem deltagelse og empowerment befandt sig på det ekskluderende trin. Som respondenter refererer til, er vedkommende blevet 'kept in the dark', da der ikke er givet den nødvendige rådgivning i den nuværende behandling. Det giver ikke respondenter mulighed for at blive inddraget eller deltage i egen behandling.

Det indikerer, at hvis manglende rådgivning sker på nærhospitaler, vil det på det individuelle plan skabe en følelse af tab af kontrol over eget liv, idet manglende rådgivning medvirker til, at borgerne ikke får mulighed for at opbygge handlekapacitet til at skabe forandring. På det organisatoriske plan handler empowerment om, hvordan borgerinddragelse og direkte indflydelse kan passe ind i de organisatoriske rammer (Andersen & Bak, 2020:173). Nærhospitaler skal derfor jf. respondentens svar også stille den nødvendige tid til rådighed, så de organisatoriske rammer fremmer inddragelse, indflydelse og deltagelse.

Af holdningsspørgsmålene fremgår det, at størstedelen har svært ved at gennemskue hvad nærhospitalet kommer til at betyde for dem. En respondent skriver: *“Det står uklart, hvor stor en rolle et nærhospital vil kunne gøre nogen forskel for mig. Min diabetes-behandling fungerer fint hos min læge. Min diabetes er velreguleret”*.

Det tyder på, at respondenterne ikke kan se empowerment på et organisatorisk plan ske endnu, da de nuværende rammer for behandling fungerer fint. Det indikerer, at respondenterne synes det er uklart hvad nærhospitalets funktion kommer til at blive, som det også fremgår af respondenternes svar i holdningsspørgsmålet. En anden respondent bakker op om dette ved at skrive: *“Det er svært at vide hvad et nærhospital evt. kan tilbyde”*. Det peger ligeledes på, at respondenterne har svært ved at modvirke afmagt over, at behandlingen muligvis flyttes til et sted uden klart definerede funktioner og sundhedstilbud. Det bekræfter min fordom om, at respondenterne har svært ved at gennemskue fordelene ved de strukturelle forandringer som nærhospitalet skaber i sundhedssystemet, og hvordan nærhospitalet kan gavne dem i deres behandling.

Community health

Som nævnt fremgår det af holdningsspørgsmålene, at respondenterne er interesserede i at indgå i fællesskaber med personer med diabetes. Det indikerer, at der er grobund for, at lykkes med community health-tilgangen, hvis de rette rammer og betingelser er opfyldt på nærhospitalet. Ud fra respondenternes udsagn tolker jeg, at nærhospitalet kan imødekomme respondenternes behov for mestring af deres kroniske lidelse ved at have fokus på hvordan forløb på nærhospitalet tilrettelægges på individ- og gruppeniveau, således der kan opstå fællesskaber, hvor respondenterne har samme baggrund og forudsætninger omkring håndtering af diabetes og sygdomsanskuelser.

Følgende citat understøtter, at respondenterne ønsker møder med ligesindede:

“Jeg har under en halv time til mit ambulatorie og er godt tilfreds, dog ville møder med ligestillede være godt”.

Dette udsagn passer ind i en community health-tilgang, da møder med ligesindede på nærhospitalet kan føre til, at borgere med diabetes skaber et netværk med fælles interesser, ønsker eller behov for at varetage egen og gruppens sundhed. Idealet med community health-tilgangen bygger på en nedefrageret indsats ud fra gruppens kultur og ressourcer, suppleret med hjælp fra bl.a. myndigheder i forsøg på at skabe empowerment. Det er af den grund både op til borgerne med diabetes at have kompetencerne til at kunne tage fat om egne

levevilkår og livssituation og nærhospitalerne at skabe de rette rammer og muligheder herfor (Andersen & Holm, 2020:78).

Sundhedsstyrelsen stræber efter en ensartethed i kvaliteten af behandlingen på nærhospitalerne og foreslår, at regionerne i samarbejde med kommunerne kan overveje at udarbejde forløbsbeskrivelser, som skal danne baggrund for nationale forløbsbeskrivelser på sigt (Sundhedsstyrelsen, 2022:7). Der kan sættes spørgsmålstegn ved, om der kan opstå communities eller fællesskaber på alle nærhospitaler, da community health-tilgangen tager afsæt i lokale omstændigheder for at indgyde håb, engagement og mulighed (Andersen & Holm, 2020:79). I min fordomme har jeg beskrevet, at jeg er kritisk overfor, om det er muligt at skabe community health på de kommende nærhospitaler. Jeg kan ikke med sikkerhed sige, hvorvidt det er muligt eller ej, da nærhospitalers fysiske og organisatoriske rammer ikke er kendte. Det tyder på, at der ikke er grobund for at skabe community health, hvis borgerne skal bruge lang tid på transport og nærhospitalerne dermed ikke indgår som en setting de har deres daglige aktiviteter i.

Personale - tværsektorielt samarbejde

Dette tema rummer ønsker til nærhospitalers behandlingsmuligheder, ønsker om at samle besøg hos flere faggrupper på samme dag og bekymringer for personalets kompetencer på nærhospitaler. Derudover stiller de høje krav til kvaliteten af behandlingen på nærhospitaler, og forventer at personalet kan tage hånd om alle deres lidelser og ikke kun deres diabetes.

Personale

Respondenternes ønsker bestemte faggrupper tilknyttet nærhospitalerne:

“Om fodterapeuter og tandlæger inkluderes, så alt er samlet, er det værd at tage den lange vej for”.

Derudover ønsker de behandling af flere sundhedsprofessionelle sker samme dag:

“Ønsker sygeplejerskebesøg, lægebesøg, øjenundersøgelse og fx. Diætist, fodterapeut besøg på samme dag”.

Det peger på, at samling af sundhedsprofessionelle øger borgere med diabetes empowerment og mestring af egen sygdom, hvis de ønskede sundhedsprofessionelle er til stede på nærhospitalerne. Det vil føre til, at de får kontrol over og indflydelse på hvad deres behandling skulle indeholde og hvor den skulle foregå, idet de ville kunne nøjes med at tage ét sted hen og sætte færre dage af til behandling. Det indikerer ydermere, at der er behov for

at fremme det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, da forskellige sundhedsprofessionelle vil være samlet under et tag og potentielt medvirke til en ny organisationskultur og ramme for diabetesbehandling.

Sundhedsprofessionelles kompetencer og viden

Respondenterne har forventninger til, at de sundhedsprofessionelle er kompetente og er specialiseret i diabetes:

En respondent skriver: *“Håber at det personale der skal arbejde med os, er uddannet med speciale i diabetes”*. En anden tilføjer: *“Personalet bør sætte sig ind den nyeste viden mht. diabetes”*. Det indikerer, at respondenterne ikke er villige til at gå på kompromis med kvaliteten af behandlingen trods muligheden for, at den kan foregå i en ny setting. Det indgyder håb ift. at skabe empowerment, hvis personalet lever op til respondenternes krav.

En respondent udtrykker, at det er: *“Vigtigt med meget professionelle faggrupper, selv om vi bor i Udkantsdanmark”*. En anden respondent udtrykker bekymring for, om det i praksis er muligt at få kompetente medarbejdere på nærhospitalerne: *“Det er svært at vide hvor kompetente de bliver”*. Det indikerer, at et højt kompetence- og vidensniveau er noget respondenterne vægter højt og giver dem en følelse af magt og kontrol over eget liv, hvis de bliver tilset af personale de mener er kompetente. Respondenterne er derimod skeptiske overfor, om dette kan lade sig gøre på nærhospitalerne. Det tyder på, at der ikke er grobund for empowerment.

Respondenterne ønsker at blive tilset af den samme sundhedsprofessionelle

Som nævnt ønsker respondenterne kontinuitet og stabilitet. Det tyder på, at det kan ske ved, at de bliver behandlet af de samme sundhedsprofessionelle på nærhospitalerne:

“På nærhospitalet vil det være ønskeligt at blive tilknyttet den samme læge/sygeplejerske hver gang”. Det tyder på, at respondenterne finder tryghed i at kende den fagperson de bliver behandlet af. Hvis nærhospitalerne efterkommer respondenternes ønske om at blive tilknyttet den samme sundhedsprofessionelle i deres behandling, tyder det på, at der vil være grobund for at skabe empowerment på det individuelle plan, da jeg udleder, at kontinuiteten fører til en følelse af kontrol over eget liv.

Hvis det ikke er muligt at sikre samme sundhedsprofessionelle i deres diabetesbehandling, indikerer det mangel på empowerment, da en respondent udtrykker frygt for uønskede konsekvenser på nærhospitaler:

“Jeg har svært ved at overskue konsekvenserne, hvis behandlingen samles på nærhospitaler. For øjeblikket taler jeg med den samme person hver gang, jeg er til kontrol i mit lægehus. Såfremt man samler behandlingen på et sted, frygter jeg underbemanding i personalegruppen, nye fagpersoner hver gang, kommunikationsproblemer m.m.”.

Bekymring for mangel på personale på nærhospitaler

En respondent beskriver: *“Alle nærhospitalers behandlinger afhænger af hvor meget og hvor kvalificeret personalet er. Fordi man laver nærhospitaler, kommer der jo ikke pludseligt mere personale”.* Det tyder på, at respondenterne er bekymret for, at der er mangel på sundhedsprofessionelle som der aktuelt er i sundhedsvæsenet, fortsat vil gøre sig gældende på nærhospitaler, og at det vil påvirke respondenterens behandling negativt, da der vil opstå udfordringer ved at løse opgaverne i borgernes behandling. Det giver mig en ny indsigt i, at der er flere udfordringer på spil, end dem jeg har beskrevet i mine fordomme. Det bekræfter min fordom om, at borgere med diabetes har svært ved at se hvordan nærhospitaler kan gavne dem i deres behandling, trods det i dette tilfælde handler om personalemangel og ikke uklare funktioner.

En respondent skriver i tråd hermed: *“Jeg tror at det ikke er læger og specialist sygeplejersker der tilser mig i nærhospitaler”.* Det tyder på, at vedkommende har ret. Sundhedsstyrelsen skriver, at det ikke vil være en forudsætning, at der altid er lægefaglige kompetencer på matriklen (Sundhedsstyrelsen, 2022:31). Det indikerer, at det vil påvirke muligheden at skabe empowerment, hvis respondenterne ikke er sikret, at der er lægefaglige kompetencer på nærhospitaler, som de efterspørger. Derudover lægges der op til lægekonsultationer kan foregå virtuelt (Sundhedsstyrelsen, 2022:16). Jeg undrer mig over, om virtuelle konsultationer vil føre til en distance mellem læge og patient og føre til, at borgerne med diabetes ikke opnår en følelse af mestring af egen sygdom.

Flere lidelser

Flere respondenter giver udtryk for, at de ønsker en holistisk tilgang fra de sundhedsprofessionelles side, og at de ikke kun ønsker behandling for deres diabetes på nærhospitaler, men også for deres andre lidelser:

“Et nærhospital giver ikke mening, hvis ikke det kigger på alle mine kroniske sygdomme samtidig eller det blot er for at ensrette behandlingen mere for at spare penge, hvis konsekvensen bliver at man ikke kigger på den enkeltes behov i stedet for”.

Et eksempel herpå er en borger med en anden kronisk lidelse: *“Hvis de skal laves, skal der Gigt og andre sygdomme med under samme ordning. Det fylder meget mere i hverdagen!”*. Det giver mig en ny indsigt i, at selvom Sundhedsstyrelsen lægger op til forskellige mulige målgrupper kan modtage behandling på et nærhospital, så er det ikke sikkert at det er den sygdom, som påvirker dem mest i deres hverdag. Det peger på, at der er behov for, at en holistisk tankegang etableres på nærhospitalerne: *“Jeg ønsker at blive set som et helt menneske, og ikke kun diabetes”*. En anden udtrykker dertil at blive set som et helt menneske skaber sammenhæng for vedkommende:

“Ønsker at ses som hel person, med forskellige skavanker, og om der er en sammenhæng og informeres derom”. Det stemmer godt overens med Antonovskys begreb salutogenese, idet det beskriver individets sundhed som en oplevelse af sammenhæng i et liv karakteriseret ved begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det tyder på, at borgere med diabetes oplever en stærkere mening med behandling på et nærhospital, hvis der tages hånd om alle deres sygdomme. Hvis de oplever en stærk følelse af sammenhæng, kan det aktivere indre ressourcer til at mestre udfordringer i dagligdagen, herunder udfordringer knyttet til deres diabetes (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:52).

Derudover fordrer udsagn om at blive set som en hel person behovet for tværsektorielt samarbejde, for at give borgere med diabetes de bedste forudsætninger for at mestre egen behandling og sygdom.

13.4 Delkonklusion survey

I surveyanalysen finder jeg overordnet seks fund:

- 1) Respondenterne har svært ved at gennemskue hvad nærhospitals funktion bliver og hvilken betydning det kan have for deres behandling. Det er især er dem der bor i en by med 50.000 indbyggere eller flere og dem som bor 1-10 km fra en større by, som har svært ved at gennemskue nærhospitals funktion. Nærhospitals placering har stor indflydelse på, om respondenterne mener, at de vil gøre brug af dem i deres behandling.
- 2) Afstand og transporttid er vigtigt. Respondenterne har svært ved at forholde sig til, hvor fremtidige nærhospitals kan placeres, og har nemmere ved at forholde sig til regeringens 13 forslag til placeringer af nærhospitals. Derfor forventer størstedelen, at nærhospitals vil skabe større afstand til behandling, og at afstand til nærmeste nærhospital vil blive er en stor udfordring. Nogle vil fravælge nærhospitals helt på denne baggrund. De fleste benytter bil til og fra konsultation, og foretrækker kort transporttid. Respondenterne vægter transportmuligheder til nærhospitals højt. Nærhospitals som bliver placeret

uhensigtsmæssigt ift. transportmuligheder har derved risiko for at mindske tilslutningen hertil og påvirke behandling og mestring af deres diabetes negativt.

3) Tilfredshed med nuværende behandling skyldes tryghed, opbakning, rådgivning, tillid, gennemgående sundhedsprofessionelle og kompetent personale. Nærhospitaler skal imødekomme dette for at dække respondenternes behov for behandling og bidrage til at mestring af deres kroniske lidelse og skabe en oplevelse af sammenhæng.

4) Respondenter ønsker tværfaglig behandling. Respondenterne ønsker at blive mødt af flere sundhedsprofessionelle på samme sted og dag. Derudover ønskes der kvalificerede sundhedsprofessionelle de ser tilknyttet nærhospitaler, som er gennemgående i deres behandling. Der ønskes følgende specifikke sundhedsprofessionelle: Læge, sygeplejerske, fodterapeuter, tandlæger, diætister og øjenlæge. Jeg har fået en ny indsigt i, at rekruttering af personale på nærhospitaler kan være en ny udfordring som etableringen af nærhospitaler potentielt kan stå overfor.

5) Det tyder på, at der er grobund for community health, da respondenterne er interesserede i at indgå i fællesskaber med personer med diabetes og deltage i møder med ligesindede på nærhospitaler for at varetage egen og gruppens sundhed. En hindring herfor er lang transporttid til nærhospitalerne.

6) Opførelsen af nærhospitaler fordrer ikke empowerment, da respondenterne forventer at få lavere grad af indflydelse på deres behandling på nærhospitaler sammenlignet med deres nuværende behandling. Det tyder på, at der er et stort potentiale for forbedring. Nærhospitalerne kan skabe en højere grad af empowerment ved at have fokus på indflydelse og deltagelse i behandlingen på nærhospitalerne.

Interviewanalyser

13. 5 Fokusgruppeinterview analyse

Setting

I surveyen svarer respondenterne, at de ikke vil have langt transporttid til behandling på et nærhospital. I nedenstående citat fremgår det, at informanterne fra fokusgruppeinterviewet har samme præferencer:

L: "Det bliver også noget rod for mig, hvis du skal tage 40 km hver gang du skal tage en blodprøve. Hvis de lægger behandlingen hos et nærhospital, bliver egen læge taget fra og så er det hos nærhospital blodprøverne skal tages, selvom lægen er tættere på".

Ifølge setting-tilgangen bør sundhedsfremme faciliteres gennem hverdagslivets rammer (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:53), og hvis informanterne skal modtage behandling i en ny setting, som de ikke har deres hverdagsliv i, tyder det på, at den ikke ville være sundhedsfremmende og imødekomme deres behov for kort afstand til behandling.

Derudover går transportmuligheder igen fra surveyens åbne spørgsmål:

L: *“Jeg vil meget nødig blive smidt i en handicapbus, hvor det tager tre timer for at komme 10 minutter til lægen”*. Det tyder på, at nærhospitalet vil blive en setting som hindrer mestring af egen sygdom. Det indikerer, at der er behov for at inddrage setting-tilgangens økologiske model, ved at investere i udbygning af transportnettet.

Informant L udtrykker en måde hvorpå nærhospitalet har potentiale for at blive en sundhedsfremmende setting:

L: *“Det er logisk for mig at samle behandling på én dag, for hvis man hver 14. dag skal rende frem og tilbage er det spild af tid”*. Det indikerer, at samling af behandlingstilbud på samme dag på nærhospitalet jf. setting-tilgangen skaber en kontekst, som løser en aktuel udfordring informant oplever ved at skulle transportere sig til forskellige behandlingstilbud ofte.

Empowerment

Følgende citat omhandler manglende mening med nærhospitalet:

I: *“Jeg tror jeg får lige så langt til behandling, så kan ikke se fordelene. Jeg har svært ved at se hvorfor vi både skal have sygehuse, sundhedshuse og nærhospitalet”*.

Det tyder på, at informanten ift. Salutogenesebegrebet ikke finder meningsfuldhed ved nærhospitalet som en sundhedsfremmende setting, da der findes sygehuse og sundhedshuse som kan varetage diabetesbehandling. Det modsiger respondenternes svar i surveyen om, at størstedelen kan se meningen med at gå til diabeteskonsultation på et nærhospital. Det indikerer, at informanten ikke har en oplevelse af sammenhæng, som hindrer at informanten aktiverer indre ressourcer til at mestre, at behandlingen muligvis flyttes til et nærhospital og de potentielle nye udfordringer som er forbundet hermed. Citatet peger på, at informanten ikke forventer, at nærhospitalet kan imødekomme informantens behov for kort afstand til behandling og skabe meningsfuldhed med behandlingen for at kunne mestre egen sygdom.

Derudover tyder det på, at informantens udsagn om, at vedkommende ikke kan se meningen med både at have sygehuse, sundhedshuse og nærhospitalet relatere sig til, at

begge informanter fortæller, at det er uklart hvad nærhospitalers funktion kommer til at blive.

Informant I uddyber:

“... Jeg tror ikke på nærhospitaler sådan som verdenen ser ud i dag, det må jeg indrømme. Der er så mange ting som ikke er planlagt i alt det her. Og ift. vores sundhedshuse, hvor vi ikke kan få den ekspertise som vi har bedt om, at få adgang til en diabetessygeplejerske i nogle timer, og det kan ikke lykkes for os. Så har jeg svært ved at se, at det kunne lade sig gøre på et nærhospital, så længe jeg ikke kender rammerne for hvad man kan få”.

Det tyder på, at mening og empowerment kan skabes på et organisatorisk plan, hvis personer med diabetes får mulighed for at få direkte indflydelse på de organisatoriske rammer ved at få f.eks. diabetessygeplejersker til rådighed på nærhospitalerne og i højere grad deltage i planlægningen af nærhospitalers tilbud.

Adspurgt om hvordan det ideelle nærhospital ser ud svarer informant L: *“For mit vedkommende en præventiv funktion frem for det vi allerede har på markedet. Vi har allerede en masse steder vi kan gå hen og få behandling på sygehuse og sundhedscentre. Hvis det var at forhindre folk i at blive syge, var det noget nyt og funktionelt, ellers kan jeg ikke se hvad pokker de skulle være der for”.*

Det tyder på, at informant L kan se meningen med nærhospitaler, hvis de får en forebyggende funktion. Informanten udtrykker, at der mangler forebyggende indsatser i informantens lokalmiljø fremfor flere settings til behandling af diabetes. Det tyder på, at forebyggende indsatser skaber grobund for empowerment, da diabetes ofte følges af multisygdom (Steno Diabetes Center Nordjylland, 2022). Sundhedsstyrelsens faglige ramme beskriver, at nærhospitaler skal tilbyde borgere med diabetes behandling og ikke forebyggende tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2022:37). Det tyder på, at der ikke er en indsigt i, at empowerment- og community health-tilgangene kan højne sundheden i lokalsamfundene, trods sundhedshuse bl.a. har fokus på forebyggende indsatser. Det peger på, at uddannelse af sundhedsprofessionelle og borgere med diabetes på nærhospitaler kan skabe forståelse for, at community health og empowerment kan medvirke til at holde borgere med diabetes sunde jf. Antonovskys salutogenetiske paradigme.

Community health

Det tyder på, at begge informanter ikke tror på, at nærhospitaler kan blive et samlingspunkt for ligesindede, og derigennem skabe neddefragerede lokalsamfundsbaseerede indsatser, som kan gavne personer med diabetes mestring af sygdommen:

I: *“Det tror jeg ikke rigtig på, for der er så mange andre måder at mødes med ligesindede, nu sidder jeg i Diabetesforeningen, hvor der er mulighed for at lave mad og dyrke motion med andre. Det tror jeg ikke har sin berettigelse, det tror jeg ikke de vil bruge penge på. Det behøver de ikke have, der er nok af andre tilbud, hvis man selv er opsøgende. I Diabetesforeningen har vi allerede snak med andre mennesker om hvordan de har det, der kan jeg ikke se nærhospitaler kan gøre godt for. Der skulle man bruge krudtet på noget andet”.*

En anden informant er enig og tilføjer:

L: *“Det eksisterer der så mange råd og vejledning om, og grupper på internettet... Vi kan allerede bruge hinanden som det er nu...”.*

Deres udsagn indikerer, at de ikke forventer at indgå i et netværk af borgere med diabetes på nærhospitaler, da de indgår i andre sociale settings, som opfylder deres behov for mestring af egen sygdom. Jeg er kritisk overfor, om det er muligt at implementere community health-tilgangen på nærhospitaler. Informanternes udsagn indikerer, community health-tilgangen ikke sker via nedefragenererede indsatser, da de sandsynligvis ikke kender til community health-tilgangen og hvad der kan gøre dem raske. Nærhospitaler kan imødekomme medlemmernes behov for mestring af deres kroniske lidelse ved at uddanne personalet og borgerne i hvad der gør dem raske og hvad community health er, således borgerne kan anvende tilgangen til at indgå i fællesskaber og tage afsæt i lokale omstændigheder for at opnå større indflydelse over eget liv.

Personale - tværsektorielt samarbejde

Informanterne ønsker at følgende faggrupper er til stede på et nærhospital:

L: *“Jeg vil gerne have diætist, fodlæge og tandlæge på nærhospitalet. Det kunne være rart at sådan nogle ting var samlet, for det har man svært ved at komme ud til”.*

En anden informant specificerer hvilken type sygeplejerske vedkommende ønsker:

I: *“En diabetessygeplejerske ville godt nok være relevant, det er en der har flere års erfaring og uddannelse inden for diabetes”.*

Som nævnt tyder det på, at empowerment kan skabes på et organisatorisk plan, hvis personer med diabetes får mulighed for at få direkte indflydelse på de organisatoriske rammer ved at få de ønskede sundhedsprofessionelle til rådighed på nærhospitalerne. Ydermere tyder det på, at deres oplevelse af sammenhæng kan styrkes, hvis de sundhedsprofessionelle på nærhospitaler ikke kun arbejder monofagligt, men også medtænker tværfagligt samarbejde i behandlingen.

Som det også fremgår i surveyen mener informanterne, at det er en god idé at samle flere sundhedsprofessionelle under et tag på nærhospitaler. De foreslår at personer med diabetes kan modtage behandling på et nærhospital på følgende måde:

L: *“Tandlæge, øjenlæge, fodterapeuter og læge samlet på én dag efter hinanden, i stedet for at tage til forskellige steder der hvor man bor. Og så er det op til en selv hvor mange man tager på en dag, som I (red. informant 1) siger, fast hver tredje måned og en hel dag, det ville være rart for mig”.*

Det indikerer, at informanterne vil opleve en højere grad af empowerment ved at deltage i eget behandlingsforløb og være med til at træffe større beslutninger om, hvor mange og hvilke sundhedsprofessionelle de skal se, den dag de er på nærhospitalet.

I kontrast til, at informanterne har klare ønsker om hvilke sundhedsprofessionelle de mener kan gavne deres behandling på nærhospitaler, så mener de ikke, at det er realistisk at samle disse på nærhospitalerne:

L: *“De når måske at samle to faggrupper, og jeg skal til ti forskellige, så skal jeg alligevel rundt. jeg har allerede en læge, sygeplejerske og fysioterapeut... det fungerer her, ellers så skal jeg bruge tre forskellige dage på det. Det er rart det er rundt om hjørnet, hvis jeg bliver utilpas”.*

En anden informant er enig og udtrykker, at fordi det ikke har været muligt at indføre diabetessygeplejersker på sundhedshuse, er det heller ikke realistisk på nærhospitaler:

I: *“Det ville da være ønsketænkning, men jeg tror bare ikke på det. Vi er naive, hvis vi tror på det, når vi ikke har fået alle de andre ting vi har ønsket (red. diabetessygeplejerske), så tror jeg ikke på det... Min holdning til det er, at vi vil komme til at rende uanset om det er nærhospitaler, sundhedshuse eller sygehuse”.*

Det peger på, at informanterne ikke forventer, at de opnår empowerment som mål, og derved får mulighed for at styre deres behandling, hvis behandlingen flyttes til et nærhospital.

Det tyder også på, at de eksisterende sundhedshuse ikke klarer opgaven med at holde dem sunde, og de ikke kan se hvorfor skulle nærhospitaler skulle kunne gøre det.

Det peger på, at informanterne ikke tror det er realistisk at samle relevante sundhedsprofessionelle på nærhospitalerne, da der er mangel på sundhedsprofessionelle:

L: *“På nuværende tidspunkt har vi ikke læger nok og sygeplejerskerne får ikke løn nok, så lad os endelig skabe nogle flere arbejdspladser som folk alligevel ikke vil have (ironisk tone).”*

Vi burde netop forbedre det vi har... Det er ikke glamourøst at være sygeplejerske, så hvis man forbedrer vilkårene, så fungerede det man allerede har måske bedre... ”.

Det tyder på, at informanten ser udfordringer ved at rekruttere personale på nærhospitaler. Det fremgik også af surveyen, at respondenterne forventede rekrutteringen af personale kunne blive en hindring for etableringen af nærhospitalerne. Som nævnt, giver det mig en ny indsigt i, at der er flere udfordringer på spil end dem jeg har beskrevet i mine fordomme. Hvis det er tilfældet, at nærhospitaler får udfordringer med at rekruttere personale, peger det på, at det vil påvirke personer med diabetes mulighed for empowerment negativt, da en høj grad af deltagelse kræver sparring med sundhedsprofessionelle jf. Green og Tones model.

En informant forventer, at kvaliteten af behandlingen på et nærhospital sammenlignet med den nuværende skal blive bedre:

L: *“Hvis det skulle være, så forventer jeg meget højere og bedre kvalitet”.*

Informanten har ligesom respondenterne i surveyen høje forventninger til, at hvis deres behandling skal flyttes til nærhospitaler, så skal den blive bedre end deres nuværende. Det tyder på, at informanten anser det som et trade-off, at få en bedre behandling mod at bruge ressourcer på at omstille sig til et nyt sted og behandlingstilbud. Det peger på, at afvejningen er en måde, hvorpå informanten i empowerment-processen mindsker en følelse af afmagt omkring muligheden for at skulle få flyttet behandlingen til et nærhospital.

Informant I er uenig: *“For mit vedkommende, kan jeg ikke se at jeg kan få en bedre behandling end den jeg får nu”.* Det tyder på, at informanten forventer kvaliteten af behandlingen på nærhospitaler ikke kan blive bedre end den nuværende, da informanten er tilfreds med den nuværende behandling og oplever empowerment herved.

Begge informanter forventer at få en lavere grad af indflydelse på et nærhospital sammenlignet med deres nuværende. Det stemmer overens med respondenternes besvarelser i surveyen. Informant L udtrykker, at vedkommende forventer personalet på nærhospitalet ikke vil have tid til at tage sig af de andre lidelser end diabetes eller være sparringspartnere:

L: *“... Ting skal kodes ind hos mig, hvis min mobil ikke bipper, så glemmer jeg at tage medicin, det kan min læge følge op på og se hvor diæten svigter og andre ting og sager. På et nærhospital vil jeg have spørgsmål og der er sat et vist antal tid til mig, og der er ikke tid til at tage sig af de andre ting... Man kender sin læge og har en sparringspartner, nærhospitalerne har ikke tid og økonomi til at være en sparringspartner hos den enkelte”.*

Det tyder på, at informanten har behov for, at de sundhedsprofessionelle på nærhospitaler agerer som sparringspartnere i behandlingen for, at informanten kan mestre diabetes og de andre lidelser. Det indikerer ydermere, at informanten anser mulighed for indflydelse i behandlingen som en væsentlig faktor for at opleve myndiggørelse. Det trækker tråde til empowerments deltagelsesaspekt, idet en sparringspartner kræver deltagelse fra både patient og den sundhedsprofessionelle.

13.6 Delkonklusion fokusgruppeinterview

Der er divergerende udtalelser som relaterer sig til muligheden for skabelse af empowerment-processer og empowerment som mål. Modsat respondenternes svar i surveyen, kan informanterne ikke se meningen med etableringen af nærhospitaler, pga. tilfredshed med eksisterende sundhedstilbud for personer med diabetes. De udtrykker ligesom respondenterne, at det er uklart hvad nærhospitalers funktion kommer til at blive, og at de forventer, at de vil få en lavere grad af indflydelse i deres behandling på nærhospitalerne sammenlignet med deres nuværende behandling. Det indikerer, at der ikke er grobund for empowerment på nærhospitaler.

Diabetesforeningen argumenterer i høringssvaret for, at den faglige ramme er uklar ift. hvad behandling for personer med diabetes skal indeholde på nærhospitaler. Der nævnes ikke konkrete forslag hertil. Det indikerer, at Diabetesforeningen ikke har inddraget deres medlemmer i udarbejdelsen af høringssvaret, da jeg har fået en ny indsigt i, at fokusgruppen ønsker diætister, fodterapeuter, tandlæger og diabetessygeplejersker er til stede på nærhospitalerne samt at nærhospitalet skal indeholde en præventiv funktion ift. følgesygdomme og andre lidelser. Analysen viser, at empowerment kan skabes ved at give personer med diabetes mulighed for at få indflydelse på, hvad nærhospitalernes funktion kommer til at blive, indgå i beslutningsprocessen om hvilke sundhedsprofessionelle der er til rådighed samt deltage i planlægningen af hvordan behandlingen skal foregå f.eks. samlet på én dag.

Derudover tyder informanternes udsagn på, at nærhospitalsettingen ikke vil være sundhedsfremmende, hvis den er placeret langt væk fra informanternes bopæl og hvis transportmulighederne er utilstrækkelige. En måde hvorpå informanterne anskuer nærhospitalerne som en sundhedsfremmende setting, er ved at samle behandlingen af forskellige sundhedsprofessionelle på én dag i forlængelse af hinanden på nærhospitalerne. Udover at give informanterne en følelse af kontrol over egen situation, så vil samling af

behandling på én dag også give informanterne transportmæssige fordele. Informanterne mener derimod ikke, at det er realistisk at samle de ønskede sundhedsprofessionelle på nærhospitalerne, da der aktuelt er mangel på sundhedsprofessionelle. Jeg har fået en ny indsigt i, at rekruttering af personale på nærhospitaler kan være en ny udfordring som etableringen af nærhospitaler potentielt kan stå overfor.

Analysen viser, at der ikke er incitament fra informanterne side om at skabe en nedefragenereret community health indsats, da de ikke kender til community health-tilgangen. Informanterne mener ikke, at der er et behov for at indgå i fællesskaber på nærhospitaler for at tage fat om egen livssituation med diabetes, da de indgår i andre sociale settings, som opfylder deres behov for mestring af egen sygdom. Det giver mig en ny indsigt i, at der ikke er grobund for at implementere community health-tilgangen på nærhospitaler, hvis nærhospitalerne ikke uddanner personalet og borgerne i hvad der gør dem raske og hvad community health er, således borgerne kan anvende tilgangen til at indgå i fællesskaber for at mestre egen behandling og sygdom. Dette fund står i modsætning til fund nummer 5 fra survey analysen, som fandt at der er interesse for at indgå i fællesskaber.

13.7 Semistruktureret interview analyse

Jeg har udført et interview med en medarbejder fra Diabetesforeningens Public Affairs afdeling. Først blev transskriptionen gennemlæst (se bilag 4), derefter oprettede jeg temaerne personale - tværsektorielt samarbejde og empowerment, som materialet blev kodet efter.

Personale - tværsektorielt samarbejde

Rationalet bag implementeringen af nærhospitaler beror bl.a. på et styrket samarbejde mellem den primære og sekundære sektor, hvor nærhospitaler skal bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus (Sundhedsstyrelsen, 2022:5). Diabetesforeningen peger på, at der har været et stort og berettiget fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem regioner og kommuner i implementeringen af nærhospitaler, men at samarbejdet i den primære sektor mellem kommunerne med fordel også kunne styrkes med implementeringen af nærhospitaler:

“I forbindelse med klyngerne, synes vi der er rigtig meget fokus på, at man med dem har villet... styrke samarbejdet mellem region og kommuner imellem sektorerne. Det er super vigtigt... men vi synes faktisk også der er et behov for at man kunne blive bedre til også at bruge klyngerne til at samarbejde kommunerne imellem, fordi det er sådan i dag, at nogle af

de små kommuner har ikke de samme muligheder for at tilbyde patientuddannelse og gode sundhedstilbud, altså patientrettet forebyggelse, som de store kommuner har. Simpeltthen fordi de ikke har volumen nok til det på borgersiden”.

Diabetesforeningen argumenterer for, at der med implementeringen af nærhospitaler er andre former for samarbejde, som har behov for at blive styrket. Det har givet mig en ny indsigt i, at det ikke kun er det tværsektorielle samarbejde som kan styrkes på nærhospitaler, men også det tværfaglige samarbejde kommunerne imellem.

Den måde, hvorpå Diabetesforeningen advokerer for, at nærhospitalerne kan bidrage til et styrket samarbejde kommunerne imellem er, ved at øge koordineringen omkring tilgængelige sundhedstilbud og sundhedsprofessionelle:

“Det man kan håbe på det var jo også med nærhospitalerne, altså udover at man putter almen praksis og nogle funktioner fra sygehusene, altså den regionale sektor ind, så kunne man også tænke sundhedstilbud, altså nogle af de her kommunale sundhedstilbud, som vi rigtig gerne ser bliver styrket og tilbudt til flere mennesker, at man også putter dem ind i nærhospitalerne. Fordi nærhospitalerne er jo også er en slags udvidet sundhedshus. Så det vil sige noget af det der foregår i kommunerne kunne så, og særligt de små kommuner som måske ikke har kapaciteten, kunne så foregå på nærhospitalet, så fik man for borgerne samlet flere ting og man kunne måske i højere grad bytte, kan man sige, kompetencer på tværs, sådan at det ikke er alle kommuner f.eks. omkring et nærhospital, der skal have diætister og fysioterapeuter, der ved noget om diabetes, men man kan dele nogle”.

Diabetesforeningen argumenterer for, at ved at flytte sundhedstilbud til nærhospitalerne, kan sundhedstilbuddene nå ud til flere borgere og afhjælpe manglen på arbejdskraft ved at benytte de sundhedsprofessionelle i de omkringliggende kommuner bedre. Det tyder på, at personer med diabetes vil få større mulighed for at skabe empowerment-processer på det individuelle plan og opnå en følelse af kontrol over eget liv, hvis de fik mulighed for at deltage i sundhedstilbud som f.eks. patientuddannelse. Det peger på, at det vil øge mestring af deres diabetes og viden om hvordan de forebygger følgesygdomme. Jeg stiller mig kritisk overfor, om nærhospitaler i praksis kommer til at benytte sig af de omkringliggende kommuners sundhedsprofessionelle. Kommunerne har inden sundhedsudspillet om etableringen af nærhospitaler haft mulighed for at samarbejde om udveksling af sundhedsprofessionelle og tilbyde borgerne mulighed for deltagelse i sundhedstilbud på tværs af kommunerne. Det er jf. sundhedslovens § 119 kommunernes opgave at varetage borgernes sundhed og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Der står således ikke noget om, at

det skal foregå i borgerens bopælskommune (Retsinformation, 2019). Jeg undrer mig over, hvordan etableringen af en ny nærhospitalsetting skulle ændre på kommunernes initiativ herfor, da de har haft mulighed herfor med de eksisterende sundhedshuse. Det indikerer, at nærhospitalet ikke vil ændre på samarbejdsstrukturen, da udveksling af sundhedsprofessionelle stiller krav til bl.a. øget koordinering.

Som det fremgår af surveyen og fokusgruppeinterviewet, ønsker medlemmerne en holistisk tilgang på nærhospitalet, hvor de bliver set som et helt menneske med flere lidelser og følgesygdomme, udover deres diabetes. Diabetesforeningen har lignende forventninger til nærhospitalets funktion:

“I den bedste af alle verdener, så kan man jo som person med type 2-diabetes møde op på sit nærhospital og både komme til sin praktiserende læge, fordi lægen måske har praksis der en gang om ugen, eller et eller andet, og man kan også blive tjekket for følgesygdomme, og få noget nogle af de sådan ambulante kan man sige ting”.

Diabetesforeningen håber på, at nærhospitalet kan imødekomme personer med diabetes behov for behandling ved at samle regionale og kommune funktioner under et tag, og tage højde for andre lidelser end diabetes. Det tyder på, at nærhospitalet kan styrke medlemmernes empowerment på det organisatoriske plan, hvis deres ønsker om at blive set som et helt menneske inddrages i behandlingen af diabetes.

Diabetesforeningen har konkrete forslag til, hvordan nærhospitalet bedre kan imødekomme Diabetesforeningens medlemmers behov for behandling af andre lidelser og følgesygdomme:

“Altså noget af det der virker ift. at forebygge følgesygdomme, det er at man får en form for patientuddannelses tilbud... Som kan hjælpe en med at få noget sygdomsmestring, noget træning og noget fysisk aktivitet. Altså vi plæderer sådan set for, at det skal man have. Og hvis nærhospitalet og klyngestrukturen kan være med til at styrke et samarbejde mellem almen praksis og kommunerne, og faktisk også kommunerne imellem til, at vi også får noget bedre patientuddannelse og vi får bredt det mere ud, altså at vi simpelthen får fat i flere og har en bedre kvalitet i patientuddannelsen, så er det jo kun en god ting kan man sige. Så det er noget vi også er optaget af i forbindelse med implementeringen af klynger og nærhospitalet”.

Diabetesforeningen argumenterer for, at nærhospitalet kan imødekomme personer med diabetes behov for behandling af diabetes, følgesygdomme og sygdomsmestring bedst i praksis, ved at give personer med diabetes mulighed for at deltage i patientuddannelses tilbud,

og at disse med fordel kan placeres på nærhospitaler for at skabe bedre tilbud og nå ud til flere borgere. Det giver mig en ny indsigt i vigtigheden af patientuddannelses tilbud. Det tyder på, at patientuddannelses tilbud kan føre til, at personer med diabetes får mulighed for at opnå større begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed omkring egen sygdom. Det indikerer, at personer med diabetes som deltager i disse tilbud, kan opleve en stærkere følelse af sammenhæng og aktivere indre ressourcer til at mestre udfordringer i dagligdagen relateret til deres sygdom.

Empowerment

Diabetesforeningen beskriver, at der er mange ukendte faktorer omkring nærhospitaler. Bl.a. nævner de, at der i Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitaler ikke definerer præcist hvor nærhospitalerne skal placeres, hvordan de skal organiseres, hvilke patientgrupper nærhospitalerne inkluderer samt hvordan deres behandling kommer til at forløbe:

“Så tror jeg det er ret svært at, altså fordi vi som forening har jo svært ved at mene noget om det, fordi der er så lidt helt konkret at spille bold op ad endnu. Og det vil jo formentlig være endnu mere svært for medlemmerne, som ikke har siddet og læst den faglige ramme, kunne jeg forestille mig”.

Diabetesforeningen argumenterer for, at der er meget de ikke ved om nærhospitaler, og at det vil være sværere for personer med diabetes at gennemskue meningen med nærhospitalers, da de ikke har læst den faglige ramme. Idet der generelt er sparsom viden om nærhospitaler, tyder det på, at personer med diabetes i øjeblikket ikke oplever empowerment, idet en manglende oplevelse af kontrol over livsbetingelser kan skabe afmagt og hindre udviklingen af handlekompetencer til skabe forandring på et individ- og samfundsmæssigt niveau. Jf. Antonovskys paradigme om salutogenese tyder det på, at medlemmerne ikke er placeret på det højeste niveau af sundhed, da ukendte faktorer kan påvirke oplevelsen af sammenhæng. Det stemmer overens med, at fokusgruppen ej heller kan se meningen med etableringen af nærhospitaler.

Diabetesforeningen udtrykker bekymring for, om nærhospitalerne vil forringe eksisterende tilbud for personer med type 1-diabetes:

“Vi har skrevet i vores hørings svar, at det er ret vigtigt, at man ikke får, hvad skal man sige, med nærhospitalerne får ødelagt et allerede velfungerende godt tilbud til type 1’erne på Steno centrene... Så vi forestiller os også, at det her primært vil være type 2’erne, der har

glæde af at komme på nærhospitalerne. Når det så er sagt, så er der jo en ting er, at du bliver fulgt omkring din diabetes, noget andet er at man på sigt kan få nogle følgesygdomme af forskellig art, hvor man kan have brug for også at komme til andre specialer. Og hvis nogle af dem f.eks. kommer til at ligge på nærhospitalerne, så kan der jo godt være nogle type l'ere, som kommer til i virkeligheden at gå flere steder”.”

Trods chi i anden testen viste, at der ingen sammenhæng var mellem type diabetes og om de forventer nærhospitalerne vil være gavnlige for dem og deres behandling, tyder citatet på, at personer med type 1-diabetes ikke kommer til at opleve empowerment som mål, ved ikke at have muligheden for, at styre hvor deres behandling kommer til at foregå. Det peger på, at personer med type 1-diabetes kan opleve afmagt over, at de muligvis vil komme til at indgå i flere settings i forbindelse med deres behandling. Jeg undrer mig over, om dette bliver tilfældet, da der som udgangspunkt ikke vil være specialiserede funktioner på nærhospitaler (Sundhedsstyrelsen, 2022:31).

13. 8 Delkonklusion semistruktureret interview

Jeg har fået en ny indsigt i, at det udover det tværsektorielle samarbejde kan styrkes med nærhospitalers opførelse, så kan det tværfaglige samarbejde kommunerne imellem også styrkes. Det styrkede samarbejde kommunerne imellem kan ske ved at øge koordineringen omkring tilgængelige sundhedstilbud og sundhedsprofessionelle. Jeg stiller mig dog kritisk overfor, om nærhospitaler i praksis kommer til at øge koordineringen mellem sundhedsprofessionelle og -tilbud, da de har haft mulighed herfor med de eksisterende sundhedshuse.

Ydermere har jeg opnået indsigt i, at nærhospitaler kan imødekomme personer med diabetes behov for behandling og mestring af diabetes og følgesygdomme, ved at give personer med diabetes mulighed for at deltage i patientuddannelses tilbud for at skabe bedre tilbud og nå ud til flere borgere. Det peger på, at deltagelse i patientuddannelses tilbud kan skabe empowerment-processer på det individuelle plan og bidrage til en følelse af kontrol over eget liv. Derudover kan empowerment på det organisatoriske plan ske ved, at nærhospitalerne inddrager medlemmernes ønsker om at blive set som et helt menneske i behandlingen, hvor der er fokus på deres andre lidelser og følgesygdomme.

Idet der er mangelfuld viden om nærhospitaler forestiller Diabetesforeningen, at medlemmerne har svært ved at gennemskue nærhospitalers funktion. Det tyder på, at de ikke oplever empowerment i øjeblikket. Diabetesforeningen mener det er u hensigtsmæssigt, hvis

personer med type 1-diabetes kommer til at modtage behandling for deres diabetes og følgesygdomme flere steder, f.eks. på Steno Diabetes Centre og nærhospitalet. Det indikerer, at de kan komme til at opleve afmagt og ikke vil opleve empowerment som mål, hvis de får en følelse af ikke at kunne styre, hvor deres behandling kommer til at foregå.

14. Diskussion

I dette afsnit vil jeg diskutere mine fund, metode og teori med henblik på at kvalificere analysens fund, fremhæve eventuelle forbehold og hvordan andre andre videnskabssteoretiske positioner og teoretiske begreber kunne være anvendt.

14. 1 Diskussion af fund

Fund nr. 2 fra surveyen gik ud på, at afstand og transporttid er vigtigt for medlemmerne. Nogle respondenter udtrykker utilfredshed ved, at nærhospitalet er placeret langt fra større byer. Det tyder på, at de ikke har forstået hensigten med, at nærhospitalet skal formindske afstanden til behandling for de borgere som har langt til et akutsygehus.

Fund nr. 4 fra surveyen gik ud på, respondenterne ønsker tværfaglig behandling. Jeg undrer mig over, om nærhospitalet kan mindske opbakningen til de eksisterende sundhedshuse og deres sundhedstilbud, hvis borgere med diabetes kan få bedre tilbud på nærhospitalet, og om nærhospitalet kan øge forskellen i behandlingen på tværs af landet for personer med diabetes, andre lidelser og multisygdom, som ikke vil være tilknyttet nærhospitalet.

Generelt er der i Danmark udfordringer ved at udvikle sundhedsfremmende settings. Kommunerne har formelle og uformelle krav samt nationale og kommunale agendaer, som har stor indflydelse på hvilke sundhedsfremmende initiativer der prioriteres. Et konstant pres på kommunens ressourcer om hurtigst muligt at få 'value for money' præger dagsordenen. Sundhedsfremmeindsatsen bliver derfor ofte ad-hoc-tiltag og kortvarige projekter, der ikke nødvendigvis involverer aktører og brugerne i settingen (Lau & Dybbroe, 2012:182). Mine fund tyder på, at der er et top-down perspektiv på implementeringen af nærhospitalet, som skal drives i samarbejde med kommuner og regioner, og en risiko for, at dette perspektiv fører til kortsigtede løsninger. Det giver et indtryk af et ønske om hurtigt at få dem implementeret for at få bedst value for money. Ydermere tyder mine fund på, at aktørerne og brugerne skal involveres mere i settingen, både inden nærhospitalet implementeres og

undervejs, således Sundhedsstyrelsens ad hoc tilgang ift. forløbsprogrammerne og andre uklarheder om nærhospitalerne elimineres. Derudover skal de sundhedsprofessionelle i nærhospitalssettingen uddannes således deres kompetencer understøtter muligheden for at facilitere empowermentbaserede tiltag. Dvs. de skal uddannes i empowerment-tilgangen, community health-tilgangen og have fokus på tværfagligt samarbejde og ikke kun monofaglig behandling (Lau & Dybbroe, 2012:182).

En kritik af hermeneutisk fortolkning er, at konklusionerne ikke kan føres tilbage til et sikkert fundament som en årsag, der genererer en bestemt virkning. Jeg kan ikke konkludere noget med sikkerhed i mine chi i anden tests, da jeg undersøger sammenhænge og ikke kausalitet.

14.2 Diskussion af metode

I dette afsnit vil jeg diskutere fordele og ulemper ved kvantitative- og kvalitative tilgange. Jeg vil diskutere opgavens validitet ud fra udvalgsbias samt reliabilitet i de kvantitative tilgange. I de kvalitative tilgange vil jeg diskutere validitet, reliabilitet og gennemsigthed.

Kvantitative tilgange

Kvantitativ metode har til formål at indsamle en stor mængde data, der kan sige noget om udbredelsen af et socialt fænomen, her hvilke holdninger og forventninger borgere med diabetes har til behandling på et nærhospital. Metoden er nyttig til at indsamle en større mængde data med henblik på, at det skal være repræsentativt for den målgruppe der undersøges. Ligesom alle andre metoder, har den kvantitative metode både styrker og svagheder. Dens styrker er især, at en survey er mindre tidskrævende, giver mulighed for større dataindsamling og dermed inddrager flere synspunkter. Den store mængde data kan også gøre det lettere at generalisere resultaterne fra stikprøven til populationen (Møller, 2019:212). Surveyen har også den fordel, at den giver ens spørgsmål i et fælles spørgeskema. En ulempe ved surveyen er, at den giver et ufleksibelt undersøgelsesdesign, der ikke kan ændres undervejs i dataindsamlingen. Det kan imidlertid også ses som en styrke, da præcision og neutralitet nemmere fastholdes under hele afviklingen (Møller, 2019:213).

Surveyforskningen kritiseres for at skære individer op i enkeltvariable. De enkelte spørgsmål i surveyen er målinger af ét kendetegn ved en respondent. Med surveyen måler jeg en række kendetegn, variabler, ved en respondent, for derefter at se sammenhænge mellem disse i hele gruppen af respondenter. Surveyforskningen kritiseres også for, at talopgørelser fremtræder

som objektive. Koblingen mellem surveyforskningen og positivisme er en fejl, da fortolkning er en vigtig del af surveyforskningen (Nielsen, Gundelach & Frederiksen, 2017:21-22). Det stemmer overens med min hermeneutiske position, da mine fortolkninger er usikre og ikke efterstræber en endelig og absolut sandhed, men den mening, der gemmer sig besvarelserne (Juul, 2012:109-110).

Jeg har udsendt surveyen elektronisk, hvor respondenterne selv udfylder surveyen via et link på nettet. Det er ofte en fordel for respondenterne, da det giver korte indsamlingsperioder og mere effektive rykkerprocedurer (Møller, 2019:211). Sammenlignet personlig, postalt/papir og telefonisk dataindsamlingsmetode har den internetbaserede dataindsamlingsmetode hurtig dataindsamlingshastighed, kan besvares i løbet af hele døgnet, giver respondenten mulighed for lang tid til at overveje svar, ringe mulighed for at overtale deltageren, ingen risiko for interviewerbias, anonymitet og lave omkostninger. Ulemper ved at anvende internetbaseret metode er, at skemalængden skal være kort, der tilbydes ingen hjælp til spørgsmålsforståelse og at der være flere ukomplette besvarelser (Rathlev, Hermansen & Bay, 2017:66-67). Surveyen er udarbejdet i samarbejde med Diabetesforeningens analysekonsulent, som har hjulpet med spørgeskemakonstruktionen i SurveyXact. Diabetesforeningen har kommet med rettelser til formuleringen af konkrete spørgsmål og svarkategorier samt hjulpet med at sætte aktiveringer op, således respondenter uden diabetes og respondenter som modtager specialiseret tilbud hos Steno Diabetes Center ikke besvarede surveyen, da de falder udenfor inklusionskriterierne. Det giver et mere gennemarbejdet og forståeligt survey. Sparringen har ydermere givet surveyen højere validitet, da jeg har fået ekspertsparring til formuleringen af spørgsmålene. Jeg har været opmærksom på, at Diabetesforeningen ikke har haft en skjult agenda i forhold til, om de ønskede at der blev stillet konkrete spørgsmål eller undladt andre. Dette har ikke været tilfældet.

Validitet og reliabilitet

Måden jeg er kommet i kontakt med respondenter i surveyen og deltagere i fokusgruppeinterviewet kan indeholde udvalgsbias (Bay & Rathlev, 2017:46), da de er rekrutteret med hjælp fra Diabetesforeningen. Det kan betyde, at jeg er kommet i kontakt med borgere, der har ressourcer til at melde sig ind i en forening og varetage egen sundhed og sygdom. Det kan betyde, at de muligvis ikke er repræsentative for hele populationen af personer med diabetes i Danmark. Det indikerer, at mine resultater ikke nødvendigvis kan generaliseres til hele populationen. Derudover er der muligvis udvalgsbias ift. hvilke

medlemmer, der har svaret på surveyen. Reminderen i den særskilte mail havde en kort tidsfrist på ca. halvandet døgn og lå på en hverdag. Det kan betyde, at de respondenter som har besvaret surveyen hovedsageligt er medlemmer, som går meget op i deres sundhed eller ikke har et arbejde og derfor har haft tid til at besvare surveyen.

Jeg ville have lavet en repræsentativitetsanalyse og sammenlignet fordelinger i baggrundsvariable for respondenterne i surveyen og hele populationen, hvis jeg havde mere tid og data for baggrundsvariable for hele populationen, for at undersøge om respondenterne er repræsentative for hele populationen.

For kvantitative tilgange handler reliabilitet om størrelsen på stikprøven er stor nok til at sikre statistisk signifikante resultater (Jensen & Kvist, 2019:56). De fleste analyseinstitutter bruger 1000 respondenter som en fornuftig størrelse i en politisk meningsmåling (Bay & Rathlev, 2017:45). Jeg argumenterer derfor for, at de 2008 respondenter jeg har fået i min survey er fyldestgørende for at kunne besvare min problemformulering.

Jeg har forsøgt at undgå at stille uklare spørgsmål i surveyen. Hvis spørgsmål er uklare og det er op til respondenterne at fortolke spørgsmålet, kan det give reliabilitetsproblemer idet de kan tolke uens. Det kan føre til, at jeg i sidste ende ikke med sikkerhed kan vide, hvad svarene på spørgsmålet betyder (Clement, 2017:117). Jeg har kvalificeret mine spørgsmål ved at pilotteste surveyen og sparre med Diabetesforeningen.

Kvalitative tilgange

Kvalitative metoder anvendes i projekter, hvor der ønskes at få en dybtgående indsigt i, hvordan bestemte fænomener gøres, siges, opleves, fremtræder eller udvikles. Hovedinteressen bliver ofte præsenteret som at forstå og fortolke bestemte aktiviteter og dens betydning, de tillægges bestemte personer (Kristensen & Hussain, 2019:18). Det kvalitative forskningsinterviews styrke er, at det giver adgang til personlig viden og erfaring. Interviewet giver indsigt i det fænomen eller begivenhed, der ønskes undersøgt, og som alene kan fremskaffes gennem interviews med relevante personer. Denne viden kan ikke tilegnes gennem andre typer kilder, da den er knyttet til interviewpersonens personlige erfaringer (Poulsen, 2019:97). Det semistrukturerede interview er ikke knyttet til et bestemt videnskabsteoretisk paradigme, og det er således muligt at anvende den abduktive tilgang og det hermeneutiske undersøgelsesdesigns. En ulempe er, at det ikke kan anvendes i en stram deduktiv, hypoteseafprøvende tilgang, eftersom alle begreber og begrebssammenhænge er fastlagt på forhånd (Poulsen, 2019:99).

En ulempe ved fokusgrupper er, at de ikke kan være repræsentative, hvilket kan opnås med surveydata. En anden ulempe ved at fokusgruppeinterviewet er, at det blev udført online, og dermed ikke indeholder observation af deltagerne. Jeg havde derfor ikke samme mulighed for at variere mine spørgsmål og stimuli i forhold til udviklingen i samtalen (Damgaard, 2019:131-132).

Reliabilitet, validitet og gennemsigtighed

For kvalitative tilgange handler reliabilitet om hvorvidt de inddragne cases reelt er eksempler på, hvad de argumenteres for at være, og hvad der ville ske, hvis andre lignende cases havde været inddraget i stedet for eller som supplement til de inddragne cases (Jensen & Kvist, 2019:56). Det er muligt, at deltagerne i fokusgruppeinterviewet ikke er repræsentative for populationen, og at de to deltagere tilfældigvis repræsenterer holdninger til sundhedsvæsenet som ikke deles af et bredere udsnit af populationen. Specifikt var de to deltagere meget skeptiske over for opførelsen af nærhospitaler, hvilket betyder at analysen bliver skævvredet, da der mangler perspektiver fra respondenter, som er mere positivt indstillede over for nærhospitalerne. Grundet projektets tidsmæssige ramme var det ikke muligt at lave flere fokusgruppeinterviews med et højere antal deltagere. Det havde været hensigtsmæssigt at lave en fokusgruppe med et større antal deltagere for at kunne kvalificere surveyen yderligere (Damgaard, 2019:135) og styrke reliabiliteten. Derudover gik det lave antal deltagere ud over dynamikken i e-fokusgruppeinterviewet (Damgaard, 2019:136). Der var nogle gange, hvor jeg som moderator kom mere i spil end jeg havde regnet med ved at sige: "Hvad tænker du om det?" og "Er du enig i det?". Havde der været et større antal deltagere, ville samtalen formentlig have været mere dynamisk, og jeg ville som moderator ikke have været nødsaget til at facilitere samtalen.

Kvalitetskriteriet validitet bliver i kvalitative undersøgelser også kaldt for gyldighed, som handler om hvorvidt jeg undersøger det jeg har sat mig for (Kristensen & Hussain, 2019:20). Deltagerne i fokusgruppen svarer på det de bliver spurgt om, og der er ikke nogle steder, hvor de modsiger deres tidligere svar. Der er ikke et validitetsproblem med det semistrukturerede interview, da jeg bruger det til at undersøge Diabetesforeningens holdninger og forventninger til nærhospitalerne, og ikke hvad informanten tænker Diabetesforeningens medlemmer forventer.

Gennemsigtighed i kvalitative undersøgelser handler om, at enhver læser til enhver tid kan se, hvordan undersøgelsen er udført. Jeg forsøger at leve op til dette ved at redegøre for mine

fordomme, begrundet valg af teori, empiri, samspillet mellem teori om empiri og valg af metode (Juul, 2012:128).

Den abduktive tilgang fungerede godt, da koderne som blev valgt inden analyserne gav stringens, og at jeg samtidig forholdt mig åbent overfor at inddrage nye temaer, når jeg stødte på mønstre undervejs i kodningerne. Ved kun at anvende den deduktive struktur risikerer jeg kun at søge spor i empirien, der bekræfter teorien, og overser de empiriske spor, der er i modstrid med teorien (Ankersborg, 2011:88).

14.3 Diskussion af teori

Jeg kunne i stedet for hermeneutikken have anvendt diskursteori. Ligesom i hermeneutikken ligger det også i diskursbegrebet, at en forståelse af sociale forholds mening er afgørende for at begribe, hvad der er på spil. Fortolkning er et centralt element i en samfundsvidenskabelig analyse (Hansen, 2012:237). Diskursbegrebet kommer fra sprogvidenskaben, hvor en diskurs betegner sproglige enheder, som er større end en sætning. Diskurser er den sammenhæng giver den enkelte sætning dens betydning. Diskursbegrebet ses ikke længere som en rent sproglig størrelse. Begrebet bruges ofte i den brede betydning: betydningshorisont eller en bestemt måde at tale om og forstå verdenen på. Havde jeg anvendt diskursteori, havde jeg i diskursanalysen rettet blikket mod de diskurser, der er i spil i konkrete fortolkningskonflikter frem for selve fortolkningerne. Diskursanalyser ligger i højere grad end hermeneutik vægt på de konflikter og magtkampe, der foregår mellem forskellige diskurser (Hansen, 2012:237).

Mennesker opererer ikke kun i én setting (Dooris, 2004:42). Derfor kan det være relevant for nærhospitaler at anvende supersetting-tilgangen i sundhedsfremmende indsatser, når nærhospitaler er implementeret for at skabe sammenhæng i patientforløbene. Supersetting-tilgangen bygger på setting-tilgangen og løfter setting-perspektivet til et bredere og mere komplekst niveau, som har fokus på samspillet mellem forskellige settings i lokalsamfundet (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:54). Supersetting-tilgangen er baseret på fem væsentlige principper: integration, deltagelse, empowerment, kontekst og viden (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:56). Supersetting-tilgangen operationaliseres i tre faser. I den første fase kortlægges lokalsamfundets demografi, ressourcer, organisation og perspektiver gennem en lokalsamfundsanalyse. Den anden fase udvikles og implementeres sociale og sundhedsfremmende interventioner gennem borgerinddragelse og samskabelse.

Den tredje fase evaluerer processer, virkninger og effekter af interventionen gennem borgerinddragelse og samskabelse. Fase to og tre foregår løbende og parallelt i takt med nye aktiviteter udvikles, gennemføres, evalueres og justeres (Andersen, Reinbach & Bloch, 2020:60). Diabetesforeningen har givet udtryk for, at de vil anvende min surveydata til at evaluere på, om nærhospitalerne lever op til medlemmernes forventninger efter implementering. Det hænger godt sammen med supersetting-tilgangen, fordi den bl.a. indeholder borgerinddragelse, empowerment og evaluering.

15. Konklusion

I dette afsnit besvares problemformuleringen ved at tage udgangspunkt i de vigtigste fund fra analysens delkonklusioner. Sluttelig vil jeg komme ind på horisontsammensmeltning.

Nærhospitaler udspringer fra et politisk ønske om at bringe sygehusfunktioner tættere på borgeren, da udførelsen af højt specialiserede behandlinger centraliseres på nye supersygehuse. Nærhospitaler skal løse afstandsproblematikken til de nye supersygehuse og taler ind i en tendens inden for opgavefordelingen på sundhedsområdet, hvor flere opgaver skal kunne løftes af blandt andet kommuner og almen praksis. Nærhospitalerne skal være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde, sikre sammenhæng på tværs af sektorerne og det sammenhængende forløb for patienterne.

Jeg har undersøgt hvordan nærhospitalerne kan imødekomme Diabetesforeningens medlemmers behov for behandling og mestring af deres diabetes. Min empiri er dannet ud fra surveydata indhentet i samarbejde med Diabetesforeningen, et fokusgruppeinterview med respondenter fra surveyen og et semistruktureret interview med en medarbejder fra Diabetesforeningen. Jeg har anvendt teoretikeren Antonovskys begreb salutogenese samt setting-tilgangen, empowerment-tilgangen og community health-tilgangen i min analyse.

Mine fund indikerer, at medlemmerne ikke anser nærhospitaler som værende en sundhedsfremmende setting for deres behandling, hvis deres afstand til behandling øges, og transportmulighederne ikke forbedres. De 13 konkrete forslag til nærhospitalernes placering er ikke i medlemmernes hverdagslivsrammer. Derudover er det vigtigt for medlemmerne at opnå indflydelse og deltage i deres behandling, trods de ikke forventer at nærhospitalerne kan imødekomme dette. Medlemmerne ønsker deres behandling på nærhospitaler varetages af specifikke sundhedsprofessionelle samlet på én dag, for at de kan se meningen med

etableringen af nærhospitaller. Medlemmerne har høje forventninger til de sundhedsprofessionelles viden og kompetencer. De forventer de sundhedsprofessionelle er specialiserede i diabetes og har fokus på deres andre lidelser udover diabetes. De er dog bekymrede for, om der vil blive mangel på sundhedsprofessionelle.

Diabetesforeningen advokerer for, at øget tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde vil kunne bidrage til bedre udnyttelse af de eksisterende sundhedsprofessionelle. Det kan muligvis være vanskeligt at udføre dette i praksis, medmindre der sker et opgør med silotænkningen i sundhedsvæsenet.

Jeg har fået en ny indsigt i, at nærhospitallerne kan have en præventiv funktion, og uddanne sundhedsprofessionelle og borgere i community health for at holde borgere med diabetes sunde.

Der er divergerende udsagn relateret til muligheden for at skabe empowerment i deres behandling på nærhospitaller. Medlemmerne mangler bl.a. viden om nærhospitalers placering, funktion og tilgængelige sundhedsprofessionelle, som kan påvirke deres oplevelse af sammenhæng og mestring af diabetes negativt. Nærhospitaller skal tydeliggøre dette for at imødekomme medlemmernes mestring af diabetes.

Der er divergerende holdninger til, om der er grobund for community health på nærhospitaller. Størstedelen af respondenterne i surveyen mener, at det er vigtigt at indgå i fællesskaber med personer med diabetes, og at nærhospitaller kan fungere som mødested for ligesindede. Fokusgruppen mener derimod ikke, at der er et behov for at indgå i fællesskaber på nærhospitaller, da de interagerer i sociale sammenhænge om deres diabetes på anden vis, som hjælper dem med at mestre deres diabetes.

I den hermeneutiske cirkel er der foregået en pendling mellem mine fordomme og de nye erfaringer jeg har tilegnet mig fra empirien, når jeg har bragt mine fordomme i spil i analysen. Jeg har opnået erkendelse i horisontsammensmeltningen, hvor forskellige horisonter (mine egne og det jeg analyserer) har indgået i en samtale med hinanden og derigennem har forandret sig. Det betyder, at jeg er blevet i stand til at forstå det, empirien kommunikerer om. Herved har jeg provokeret min egen forståelse og udvidet min horisont, som er en grundbetingelse for, at jeg kan revurdere mine fordomme. Det er ikke alle mine fordomme, som har vist sig at være bevaringsværdige. Nogle er bevaret, nogle er gået til grunde og andre er blevet justeret i lyset af nye erfaringer. Der har foregået en fortolkningsproces i afprøvningen af mine fordomme, hvor jeg har efterstræbt at forstå

nærhospitaler og hvad disse skal kunne for at imødekomme Diabetesforeningens medlemmers behov for behandling og mestring.

16. Referenceliste

- Almdal, T. (2021). *Diabeteskontrol, type 2*.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-2-hvem-behandler-hvad/diabeteskontrol-type-2/> [lokaliseret 29-11-2022].
- Almdal, T. (2022a). *Kontrol ved type 1-diabetes*.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-1-hvem-behandler-hvad/kontrol-ved-type-1-diabetes/> [lokaliseret 29-11-2022].
- Almdal, T. (2022b). *Type 1-diabetes*.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-type-1-hvad-er-det/type-1-diabetes/> [lokaliseret 29-11-2022].
- Andersen, H. M., & Holm, J. (2020). Community health—Et alternativ til individrettede sundhedsstrategier. I *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund—Mellem forskning, planlægning og praksis* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, J. (2012). *Sundhedsstrategier i et empowermentperspektiv*. I *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv* (1. udg.). Samfundslitteratur.
- Andersen, P. T., & Bak, C. K. (2020). Empowerment, brugerinddragelse og samskabelse i praksis. I *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund—Mellem forskning, planlægning og praksis* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, T. B., Reinbach, H. C., & Bloch, P. (2020). Supersetting-tilgangen til integreret sundhedsfremme i lokalsamfundet. I *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund—Mellem forskning, planlægning og praksis* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Ankersborg, V. (2011). *Specialeprocessen. Tag magten over dit speciale* (1. udg.). Samfundslitteratur.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping—New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (1. udg.). Jossey-Bass Publishers.
- Bay, H., & Rathlev, J. (2017). Population og stikprøver. I *SURVEY. Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.

- Boye, P. (2021). *14 meter lange jernspyd skal holde milliard-dyrt hospital på plads*.
<https://www.tv2lorry.dk/hilleroed/14-meter-lange-jernspyd-skal-holde-milliard-dyrt-hospital-paa-plads> [lokaliseret 12-10-2022].
- Carstensen, B., Rønn, P. F., & Jørgensen, M. E. (2020). Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030. *BMJ Open Diabetes Research & Care*.
- Christensen, A. I. (2017). Sundhed og patienter. I *SURVEY. Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Clement, S. L. (2017). Formulering af surveysspørgsmål. I *SURVEY. Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (1. udg.).
- Damgaard, B. (2019). Fokusgrupper. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Danske Regioner. (2022). *Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om gennemførelsen af sundhedsreformen*.
<https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/juni/regeringen-kl-og-danske-regioner-er-enige-om-gennemfoerelsen-af-sundhedsreformen> [lokaliseret 21-9-2022].
- Diabetesforeningen. (2022a). *Diabetes i Danmark*.
<https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark> [lokaliseret 10-11-2022].
- Diabetesforeningen. (2022b). *Forskellen på type 1 og type 2-diabetes*.
<https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/forskellen-pa-type-1-og-type-2-diabetes> [lokaliseret 10-11-2022].
- Diabetesforeningen. (2022c). *Om os*. <https://diabetes.dk/om-os> [lokaliseret 10-11-2022].
- Diabetesforeningen. (2022d). *Vision og strategi*.
<https://diabetes.dk/om-os/vision-og-strategi> [lokaliseret 10-11-2022].
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21.
- Dooris, M. (2007). Healthy Settings. I *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (1. udg.). Springer.
- Fromholt, P. (1992). Håndtering af psykiske belastninger—Mestring. I *Vejen til en god alderdom* (1. udg.). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gedebjerg, A., Almdal, T. P., Berencsi, K., Rungby, J., Nielsen, J. S., Witte, D. R., Friberg, S., Brandslund, I., Vaag, A., Beck-Nielsen, H., Sørensen, H. T., & Thomasen, R. W. (2018). Prevalence of micro- and macrovascular diabetes

- complications at time of type 2 diabetes diagnosis and associated clinical characteristics: A cross-sectional baseline study of 6958 patients in the Danish DD2 cohort. *Journal of Diabetes Complications*.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion – Planning and strategies* (2. udg.). SAGE.
- Hansen, B. H., & Toft, L. V. (2016). *ANALYSE Afstand til nærmeste sygehus: Fugleflugt eller vejafstand?*
<https://www.kl.dk/media/18668/afstand-til-naermeste-sygehus-fugleflugt-eller-vejafstand.pdf> [lokaliseret 22-9-2022].
- Heaney, D., Black, C., O'Donnell, C. A., Stark, C., & Teijlingen, E. (2006). *Community hospitals—The place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review*. BMC Public Health.
- Hedman, M., Boman, K., Brännström, M., & Wennberg, P. (2021). *Clinical profile of rural community hospital inpatients in Sweden—A register study*.
- Holm-Petersen, C., Højgaard, B., & VIVE (2018). *Højere kvalitet gennem samling af komplekse og specialiserede kliniske funktioner – En litteraturgennemgang af organisatoriske forudsætninger, fordele og udfordringer*.
- Hussain, M. A. (2019). Datapresentation og fordelinger. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Høgsgaard, D. (2016). *Tværasektorielt samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives: Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres*.
- Høgsgaard, D. (2018). *Tværasektorielt samarbejde i et sundhedsvæsen under forandring*. I *Sundhedsvæsenet under forandring* (1. udg.). Munksgaard.
- Høstrup, H. & Høgsgaard, D. (2018). *Det sammenhængende patientforløb*. I *Sundhedsvæsenet under forandring* (1. udg.). Munksgaard.
- Jensen, L. B. (2011). *Den sproglige dåseåbner - om at formidle faglig viden forståeligt* (1. udg.). Roskilde Universitetsforlag.
- Jensen, M. D., & Kvist, J. (2019). *Hvordan laver man en stærk analysestrategi?* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori—En indføring* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Jæger, B. (2019). Mixed methods. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.

- Knudsen, F. B. (2021). *Under skærpet tilsyn: Tidsplanen skrider under supersygehuset*. helsingordagblad.dk/artikel/hospital-nordsjælland-er-fire-år-forsinket-tidsplanerne-skrider-under-de-fleste-supersygehuse [lokaliseret 12-10-2022].
- Kristensen, C. J. (2019). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Kristensen, C. J., & Hussain, M. A. (2019). Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det? I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Lynggaard, E. H., & Nielsen, M. (2022). *Ny sundhedsaftale: Partier enige om at oprette op til 25 nærhospitaler*. <https://nyheder.tv2.dk/politik/2022-05-20-ny-sundhedsaftale-partier-enige-om-at-oprette-op-til-25-naerhospitaler> [lokaliseret 21-9-2022].
- Møller, J. K. (2019). Spørgeskemaet som metode til indsamling af egne data. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Nicolaisen, S. K., Pedersen, L., Thomsen, R. W., Lau, C. J., & Sørensen, H. T. (2022). Development of a 5-year risk prediction model for type 2 diabetes in individuals with incident HbA1c-defined pre-diabetes in Denmark. *BMJ Open Diabetes Research & Care*.
- Nielsen, R. S., Gundelach, P., & Frederiksen, M. (2017). Baggrund I *SURVEY. Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag
- Poulsen, B. (2019). Semistrukturerede interview. I *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Rasmussen, A. E., Trier-Blom, M., Parvaiz, M., & Mohamud, S. (2021). *Det brede sundhedsbegreb—Hvordan forstås sundhed i Københavns Kommunes dokumenter og blandt borgere med type 2-diabetes?* Roskilde Universitet.
- Rathlev, J., Hermansen, J., & Bay, H. (2017). Dataindsamling. I *SURVEY. Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Regeringen. (2021). *Tættere på II - Sundhed, uddannelse og lokal udvikling*.
- Region Nordjylland. (2021). *Regioner i Danmark*. <https://rn.dk/genveje/fakta-om-nordjylland/regioner-i-danmark> [lokaliseret 29-11-2022].
- Retsinformation. (2019). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903> [lokaliseret 20-12-2022].

- Schöldéen, Å. (2022). *Vårdcentralen – när du behöver träffa vårdpersonal*.
<https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/varden-i-stockholms-lan/vard-n-ara-dig/vardcentralen---for-alla-besvar-som-inte-ar-akuta-eller-livshotande/>
[lokalisert 13-10-2022].
- Socialdemokratiet. (2018). *Nærheden tilbage—Socialdemokratiets udspil til stærke lokalsamfund og velfærd tættere på borgerne*.
- Sonne-Ragans, V. (2017). Videnskabsteori i opgaven. I *Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (5. udg.). Samfundslitteratur.
- Steno Diabetes Center Copenhagen. (2020). *Diabetes demography, cardiometabolic risk factors, and acute- and chronic diabetes complications in a nationwide diabetes registry in Denmark. A retrospective nationwide cohort study to investigate diabetes related complications and mortality rates over time*.
- Steno Diabetes Center Nordjylland. (2022). *Nyt ph.d.-projekt vil styrke behandling af multisyge med diabetes*.
<https://stenodiabetescenter.rm.dk/service/nyhedsbase/2022/05/ph-d-portraet-af-jonas-dahl-andersen> [lokalisert 20-12-2022].
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Den nationale diabeteshandleplan*.
- Sundhedsministeriet. (2021a). *The Danish super hospital programme—A transformation of the Danish health care landscape*.
- Sundhedsministeriet. (2021b). *Faktaark—Nærhospitaler*.
<https://sum.dk/Media/637709177937351258/Faktaark%20-%20Nærhospitalerx.pdf>
[lokalisert 6-9-2022].
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes*
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Faglig ramme for etablering af nærhospitaler*.
- SurveyMonkey. (2022). *Gjennomføring av kvalitative undersøkelser*.
<https://no.surveymonkey.com/mp/conducting-qualitative-research/> [lokalisert 14-11-2022].
- SurveyXact. (2022). *Markedets sikreste datahåndtering*.
<https://www.surveyxact.dk/media/1326/markedets-sikreste-datahaandtering-august-2017-final-dk-pdf.pdf> [lokalisert 9-11-2022].
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udg.). Munksgaard.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*.

Øresunddirekt. (2022). *Vårdcentral (lægehus) i Sverige*.

<https://www.oresunddirekt.dk/dk/jeg-arbejder-i-sverige/sundhed/vaardcentral-laeghus-i-sverige> [lokaliseret 13-10-2022].

17. Bilag

Bilag 1: Opbygning af survey

Bilag 2: Samtykkeerklæring til interview 1

Bilag 3: Interviewguide til interview 1

Bilag 4: Transskriberet interview 1

Bilag 5: Høringssvar fra Diabetesforeningen

Bilag 6: Samtykkeerklæringer til fokusgruppeinterview

Bilag 7: Interviewguide til fokusgruppeinterview

Bilag 8: Transskriberet fokusgruppeinterview

Bilag 9: Empiri fra survey målt i frekvens

Bilag 10: Mail til respondenter om survey

Bilag 11: Chi i anden tests

Bilag 12: Sammenhænge i data