



Slutevaluering

Kompetenceudvikling i praksissektoren

Dato: 13.04.2022

Udarbejdet af:

Projektleder Stense Kromann Vestergaard, porteføljeleder Jeanne Houen og chefkonsulent Betina Højgaard.

Godkendt af:

Projektejer, uddannelseschef Ulla Bjerre-Christensen, SDCC.

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	3
2	Indledning	5
	2.1 Baggrund	5
	2.2 Formål med projektet.....	6
	2.3 Udvikling af projektindsatsen.....	6
3	Metode og metodiske overvejelser	10
	3.1 Projektets gennemførelse.....	11
	3.2 Dataindsamling og måleredskaber	11
4	Evaluerings af projektets målopfyldelse	13
	4.1 Fase 1: Forundersøgelsen	13
	4.2 Fase 2: Udvikling.....	15
	4.3 Fase 3: Pilottest og re-design.....	17
	4.4 Fase 4 og 5: Implementering og forankring.....	20
5	Evaluerings af projektets gennemførelse	21
	5.1 Hovedresultater fra tilfredshedsmålingen.....	21
	5.2 Opsamling og læring til kommende projekter	25
6	Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.	26
7	Referencer	28
	Bilagsliste	29

1 Resumé

Det supplerende behandlingsinitiativ (SBI) om ”*Kompetenceudvikling i praksissektoren*” har udviklet kompetenceaktiviteter til praksissektorens sundhedspersonale, som medvirker til at sikre værdifuld behandling og opfølgning for personer med type 2-diabetes. I projektet indgik som et delformål afprøvning af en eksplorativ og innovationsdrevet tilgang som metode til at koble det praktiske og teoretiske felt sammen.

Kompetenceaktiviteterne er blevet til gennem en involverende proces, hvor praktiserende læger, praksispersonale, konsulenter fra organisationer med fokus på efteruddannelse for almen praksis samt hospitalsansatte i samarbejde med fagkonsulenter har udviklet og drøftet læringsmål, læringsmetoder og forankringsmuligheder. Kompetenceaktiviteterne blev udbudt til praktiserende læger og personale fra almen praksis i nationalt regi primært gennem Praktiserende lægers nationale efteruddannelse (PLO-E). SDCC (Uddannelsesenheden) har været projektleder og ansvarlig for gennemførelsen af projektet.

Baggrund for udviklingen af et kursusforløb

I 2018 blev der indgået en ny overenskomst for de praktiserende læger, som betød, at almen praksis som udgangspunkt har behandlingsansvar for alle personer med type 2-diabetes for stratificeringsniveau 1 og 2. Det betød at en lang række borgere med type 2-diabetes, som tidligere havde modtaget behandling i et diabetesambulatorie på et hospital, i fremtiden skulle behandles af deres praktiserende læge. Ændringen skulle medføre flytning af op mod 25.000 personer med type 2-diabetes fra hospital til almen praksis på landsplan, svarende til cirka 5.000 personer i Region Hovedstaden. Med henblik på at klæde de praktiserende læger og deres praksispersonale bedst muligt på til at modtage denne gruppe af personer med diabetes, blev det besluttet at iværksætte et SBI-projekt, hvorigennem der skulle udvikles kompetenceaktiviteter til praktiserende læger og deres praksispersonale.

Eksplorativ og innovationsdreven tilgang

Projektet blev planlagt som et eksplorativt projekt, der forløb over 5 faser; 1) *Forundersøgelse*, 2) *Udvikling*, 3) *Pilot og re-design*, 4) *Implementering og evaluering* samt 5) *Forsat forankring*. Projektet blev gennemført med udgangspunkt i en kombination af tre forskellige tilgange:

- Design Based Research – med fokus på iteration, interaktion, samspil mellem teori og praksis samt variation i undersøgelsesmetoder.
- Samarbejdsdrevet innovation – med et mere detaljeret fokus på interaktioner, kompleksitet og magtbalancer samt innovationens forløb gennem ideudvikling og -udvælgelse til forankring.
- Virkningsevaluering og interventionsteori – der gav struktur og rammer til udvikling i form af delmål, aktiviteter og ressourcer gennem evaluering af årsags-virkningsforhold.

Fire kompetenceaktiviteter udviklet, testet og udbudt men uden tilslutning

Efter en lang og lærerig proces, med mange drøftelser og justeringer undervejs, var fire kompetenceaktiviteter færdigudviklet ved udgangen af 2019. De fire kompetenceaktiviteter havde fire forskellige tematikker og var baseret på forskellige læringsaktiviteter:

- **Medicinsk behandling** – adaptiv e-læring og gruppebaseret case-gennemgang
- **Organisering i almen praksis** – bestående af et webinar med gennemgang af en forandringsmodel
- **Patientcentreret tilgang** – e-læring om kommunikation og håndtering af de udfordringer sundhedsprofessionelle oplever i relation til deres patienter (relationstræthed) samt øvelser gennem både simulerede patientkonsultationer, rollespil og storytelling
- **Tværasektorielt samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og kommuner** – et dialogbaseret brætspil.

Alle fire kompetenceaktiviteter blev pilottestet. Herudover blev alle, på nær aktiviteten med det tværasektorielle samarbejde (det dialogbaserede brætspil), implementeret som en del af PLO-E's tilbud til praktiserende læger og praksispersonale via deres katalog og web-portal både i efteråret 2020 samt for- og efterår 2021. Dog uden at der var nok tilmeldte til at gennemføre aktiviteterne. Endvidere blev det dialogbaserede brætspil ikke implementeret grundet manglende efterspørgsel.

Tilfredshed med gennemførelsen af projektet

Der er generelt høj tilfredshed med projektets gennemførelse og den involverende og innovative tilgang. Det er lykkedes at bringe mange parter sammen på tværs af almen praksis, hospital og kommuner og udvikle nytænkende efteruddannelsesaktiviteter om type 2-diabetes. Der er dog udtrykt bekymring over og kritik af, om der har været arbejdet tilstrækkeligt med at afdække behovet for yderligere tilbud om type 2-diabetes i almen praksis – og om de innovative metoder har været for fremmedartet for de praktiserende læger og deres praksispersonale.

Overgang til drift

Det har ikke været muligt at tiltrække deltagere til kompetenceaktiviteterne. Desuden har det ikke været muligt, ud over Covid-19-pandemien, at identificere specifikke enkeltårsager til de manglende deltagere. Det betyder, at de fire kompetenceaktiviteter ikke udbydes for nuværende. Der er afsøgt forskellige muligheder for at implementere hele eller dele af de udviklede kompetenceaktiviteter, hvor det kunne være meningsfuldt. Status er, at dele af kompetenceaktiviteterne vil blive anvendt i Uddannelsesenheden på SDCC, og at der stadig afsøges flere muligheder.

Det er projektgruppens vurdering, at det er lykkedes at udvikle kompetenceaktiviteter af høj kvalitet med et stærkt fundament i både den diabetesfaglige- og uddannelsesteoretiske viden, og at den eksplorative og innovative tilgang kan have en positiv indvirkning på, hvordan der i fremtiden arbejdes med udvikling af efteruddannelsesstilbud til praksissektoren.

Tekstboks 1 - Baggrundsoplysninger om projektet

- **Formålet** er at udvikle og tilbyde relevant kompetenceudvikling til praksissektorens sundhedspersonale, som medvirker til at sikre værdifuld behandling og opfølgning for personer med type 2-diabetes.
- **Organisatorisk forankring:** SDCC (projektledelse) og relevante parter fra efteruddannelse og kvalitet inden for praksissektoren samt samarbejdspartnere fra hospitaler og kommuner.
- **Projektperiode:** August 2018 til januar 2022.
- **Økonomi:** 2,6 mio. kr.

2 Indledning

I indledningen beskrives baggrund og formål med projektet. Desuden gives en kort beskrivelse af projektets faser og den metodiske ramme, der ligger til grund for projektet.

2.1 Baggrund

Da overenskomsten for praktiserende læger, OK18, blev introduceret, beskrev den nye rammer for samarbejdet mellem sektorer (PLO, 2017). Det betød, at praktiserende læger inden sommeren 2020 skulle varetage diagnostik, behandling og opfølgning af alle personer med type 2-diabetes (T2D) for stratificeringsniveau 1 og 2 svarende til 85-90 % af alle personer med T2D i Region Hovedstaden (Region H). Forventningen om et øget antal personer med T2D i almen praksis og en formodet stigning i sygdomskompleksiteten blandt disse personer ledte til et ønske om at undersøge praktiserende lægers og praksispersonales behov for kompetenceudvikling med henblik på udvikling af kompetenceaktiviteter.

Gennem flere år har forskellige aktører rettet opmærksomhed mod behovet for kompetenceudvikling i det danske sundhedsvæsen både generelt og specifikt for praktiserende læger. Et fælles udspil fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Diabetesforeningen om at løfte diabetesindsatsen i primærsektoren i 2017 rettede fokus på fire områder:

1. Patienten i centrum
2. Sammenhængende indsats
3. Ulighed i sundhed
4. Kvalitet og tid (Nedergaard and Freitag, 2017).

Et andet bud på fremtidens kompetencebehov i sundhedssektoren kom gennem en undersøgelse fra Region H i samarbejde med Aalborg Universitet i 2018. I undersøgelsen fremhæves omstillingsparathed, evnen til individuel tilpasning af tilbud og evnen til at finde løsninger med kolleger i tværsektorielt regi - herunder med borgere og pårørende - som kompetencer, der ville blive behov for blandt sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen afdækker også, at det praktiske og det teoretiske-videnskabelige felt forventes koblet tættere sammen i fremtiden, og at der skal være et stærkere samarbejde mellem undervisning og udvikling for at sikre kompetencerne i sundhedsvæsnets (Larsen *et al.*, 2018).

Den tilgængelige viden om effekten af kompetenceudvikling i almen praksis, der styrker behandling og opfølgning af personer med T2D, var relativt sparsom. Et systematisk review af Bloom (2005) finder, at de mest effektive metoder til at ændre praktiserende lægers behandling og patient outcome er interaktive metoder, og at metoder som præsentationer, tekstmateriale og kliniske retningslinjer har lille eller ingen effekt (Bloom, 2005). Et andet internationalt litteratur review med fokus på effekten af interventioner til fremme af alment praktiserende lægers håndtering af personer med T2D viser, at der er sparsom evidens på området. Der indgik 13 studier i reviewet, hvor interventioner kun i begrænset omfang (38,5%) havde haft positiv betydning for et eller flere af udfaldene: Tilfredshed med interventionen, ændret vidensniveau, adfærdændringer i praksis eller for patient outcome. Reviewet viser ligeledes blandede resultater af effekten af de anvendte undervisningsmetoder (Thepwongsa *et al.*, 2014).

2.2 Formål med projektet

Formålet med projektet var at udvikle og tilbyde relevant kompetenceudvikling til praksissektorens sundhedspersonale, som medvirker til at sikre værdifuld behandling og opfølgning for personer med T2D. I projektet indgik som et delformål afprøvning af en interaktiv og eksplorativ tilgang som metode til at koble det praktiske og teoretiske felt sammen. Denne del evalueres også. Som led i dette blev også afprøvet en ny samarbejdskonstellation med en gruppe aktører indenfor efteruddannelse til praksissektoren.

Projektet er et Supplerende Behandlingsinitiativ (SBI). Formålet med evalueringen af SBI'et er at sikre dokumentation af projektets effekter og tilfredshed med gennemførelse af projektet, skabe læring til brug for eventuel idriftsættelse af projektet og til udvikling af fremtidige SBI'er. Gennem evalueringen skabes et grundlag for vurdering og beslutning om projektets overgang til drift og evt. udbredelse til andre kommuner.

Supplerende Behandlingsinitiativer – i daglig tale kaldet SBI'er – er strategiske udviklingsprojekter, hvor der samarbejdes på tværs af fagspecialer og sektorer om at opnå forbedringer skabt ved blandt andet at integrere ny viden i eksisterende forebyggelse og behandling, skabe kvalitetsløft gennem ændret organisering af ydelser og tage ny teknologi i anvendelse.

Parallelt med projektet er gennemført forskning i udviklingsprocesser som forventes offentliggjort i 2022.

Deltagere i projektgruppen

SDCC

Ulla Bjerre-Christensen, uddannelseschef, SDCC (projektejer)
Stense Vestergaard, projektleder SDCC (projektleder)

AHH

Ole Snorgaard, overlæge og Steno Partner Koordinator, AHH (partner)
Maj-Britt Fogelstrøm, projektkoordinator, AHH (deltog frem til april 2021)

PLO-e

Berit Lassen, praktiserende læge, lægefaglig konsulent, PLOe
Jette Elbrønd, praktiserende læge, lægefaglig konsulent, PLOe
Pia Birgitte Kofoed, praktiserende læge, lægefaglig konsulent PLOe
Bent Gringer, konsulent, PLO (2019 og frem)

RIV

Gitte Mailandt, praksissygeplejerske, bestyrelse, RIV
Helle Bjerregård, praksissygeplejerske, RIV (2020 og frem)

KAP-H

Michel Kjeldsen, praktiserende læge, faglig koordinator, KAP-H
Mark Lee Larsen, praktiserende læge, efteruddannelsesvejleder, KAP-H
Lars Rytter, praktiserende læge, hospitalspraksiskonsulent, Syd KAP-H (2018-2019)
Helle Middelfart, praktiserende læge, specialepraksiskonsulent, Midt KAP-H
Anders Rask Hansen, praktiserende læge, praksiskoordinator, KAP-H (2019 og frem)

Københavns kommune

Charlotte Glümer, chef, Center for Diabetes og Hjertesygdomme (2018)

2.3 Udvikling af projektindsatsen

Interventionen var tilrettelagt i fem faser, som gennemgås nedenfor, hvorefter den metodiske ramme beskrives.

Interventionen

Indledningsvist blev der gennemført en *Forundersøgelse* (fase 1), dvs. en analyse baseret på en audit af henvisninger fra almen praksis til diabetesambulatorier, en kvalitativ forundersøgelse af behov for kompetenceudvikling i almen praksis og en mindre litteraturgennemgang af effekt af efteruddannelse for praktiserende læger om T2D. På baggrund af forundersøgelsen blev projektet etableret.

Figur 1 – Oversigt over de fem faser i projektindsatsen



Fase 2 (Udvikling) omfattede udvikling af kompetenceaktiviteter for praktiserende læger og praksispersonale og i nogen udstrækning deres samarbejdspartnere på tværs af sektorer. Der blev taget afsæt i forundersøgelsen og deltagernes erfaringsgrundlag, ligesom fasen var kendetegnet ved, at der ikke på forhånd var fastlagt form og indhold af hvilke kompetenceaktiviteter, som ville være relevante til kompetenceudvikling af praksissektorens sundhedspersonale.

Centralt for udviklingsfasen var arbejdet på møder i projektgruppen og i de aktivitetsspecifikke udviklingsgrupper. Projektgruppemødernes temaer fulgte elementerne i interventionsteorien: Udvikling af delmål, udvikling af læringsmål, udvikling af rammen for kompetenceaktiviteter og evalueringsstrategi, udvikling af implementeringsplan samt tilpasning af de udviklede kompetenceaktiviteter. På projektmøderne var der en blanding af faciliterede procesøvelser, oplæg og diskussion. Mellem hvert møde bearbejdede projektlederen materialet til et færdigt oplæg. Fire parallelle udviklingsforløb med hver deres udviklingsgruppe – bestående af projektgruppemedlemmer og fageksperter - udviklede de fire kompetenceaktiviteter i perioden maj til oktober 2019. Udviklingsgrupperne blev etableret i andet kvartal af 2019 og fungerede til udgangen af tredje kvartal 2019, hvor kompetenceaktiviteterne var færdigudviklet.

I Fase 3 (*Pilottest og re-design*) blev tre af de udviklede kompetenceaktiviteter udbudt nationalt gennem PLO efteruddannelse (PLO-E) og et fjerde blev testet i Region H. Formålet var at gennemføre kompetenceaktiviteterne, som de var tiltænkt at skulle implementeres ved en efterfølgende overgang til drift og at evaluere på læring, proces og form. Projektgruppen skulle på baggrund af det indsamlede data fra pilottesten afgøre om, og i hvilket omfang og form, kompetenceaktiviteterne var bæredygtige og kunne bidrage til opfyldelse af formålet for projektet. Resultaterne fra evalueringen blev aktivt anvendt i en tilpasnings- og re-design-proces af kompetenceaktiviteterne.

De to sidste faser handlede om *Implementering* samt *evaluering* (fase 4) og *Forankring* (fase 5), hvor de deltagende organisationer skulle indarbejde kompetenceaktiviteterne i deres rutiner og procedurer for at sikre forankring. Der udvikles i denne sammenhæng procedurer og mål for kvalitetssikring efter projektperiodens udløb.

I praksis viste det sig svært at rekruttere deltagere - både under pilotforløbet og til selve implementeringen. Det kom til at præge kompetenceaktiviteterne i de to afsluttende faser. Kompetenceaktiviteterne blev udbudt af PLO-E og selvom der blev forsøgt på forskellig vis at implementere indsatsen i en tid med nedlukninger og Covid-19 restriktioner, så lykkedes det ikke, hvilket resulterede i aflysninger som følge af få deltagere.

I designet af interventionen indgik, at der sideløbende med og efter implementering af kompetenceaktiviteterne skulle indsamles data til evaluering. Intentionen var at evaluere på effekter og proces blandt de primære, sekundære og tertiære målgrupper. Dataindsamlingen blev ikke gennemført, da kompetenceaktiviteterne ikke blev implementeret, jf. ovenfor.

Den metodiske ramme for gennemførelse af projektet

Med afsæt i den sparsomme viden og evidens om undervisningsmetoder og indhold blev projektet planlagt som et eksplorativt udviklingsprojekt. Udgangspunktet for projektet var det identificerede behov for kompetenceudvikling både i sundhedsvæsenet generelt og specifikt på diabetesområdet. Projektet var baseret på tre tilgange, der, i synergi med hinanden, skulle danne ramme for struktur, styring og kvalitetssikring:

1. Design Based Research
2. Samarbejdsdrevet innovation
3. Virkningsevaluering og interventionsteori

De tre tilgange gennemgås kort nedenfor, og efterfølgende skitseres samarbejdspartnerne i projektet.

1. Design Based Research

Design Based Research (DBR) blev anvendt som overordnet tilgang til udvikling af kompetenceaktiviteterne. Tilgangen sikrede en forankring af arbejdet i et felt af uddannelsesudvikling for sundhedsprofessionelle og forbinder teori og praksis. Centralt for tilgangen er, at der tages udgangspunkt i en udfordring og på baggrund heraf stræbes mod at udvikle både interventioner og viden (McKenney and Reeves, 2013). DBR bliver i stigende grad anvendt i forbindelse med uddannelse af sundhedsprofessionelle og har været anvendt til at evaluere uddannelses- og læringsaktiviteter i mange forskellige settings, herunder efteruddannelse og kompetenceudvikling på arbejdspladser.

DBR bygger på fem elementer:

1. En iterativ proces af design, evaluering og re-design,
2. udvikling i virkelige settings,
3. test og udvikling af både teori og praksis,
4. brug af mixed-methods og
5. interaktion mellem udviklere, undervisere, deltagere og eksperter (Anderson and Shattuck, 2012; Dolmans and Tigelaar, 2012).

Anvendelsen af DBR har betydet, at der i planlægningen af projektet har indgået flere iterationer, hvor kompetenceaktiviteterne er blevet afprøvet i den praksissetting, hvor de efterfølgende vil skulle implementeres. Udviklingen af kompetenceaktiviteterne er sket i et samarbejde mellem praktiserende læger, praksispersonale, ansatte på hospitalsafdelinger og i kommuner samt uddannelsesudviklere. Samarbejdet har haft til hensigt at sikre, at kompetenceaktiviteterne passer til den kontekst, de skal udfoldes i, og at de har et stærkt fundament i både den diabetesfaglige- og uddannelsesteoretiske viden. Anvendelsen af DBR som ramme for projektet har desuden betydet, at evalueringen er baseret på både kvalitative og kvantitative metoder.

For yderligere at præcisere og konkretisere hvordan der skulle arbejdes med elementerne samarbejde og evaluering, blev DBR suppleret med tilgangene ”*Samarbejdsdrevet Innovation*” og ”*Virkningsevaluering og interventionsteori*”.

2. Samarbejdsdrevet Innovation

Den foreskrevne interaktion i DBR konkretiseres gennem tilgangen ”*Samarbejdsdrevet Innovation*”. Denne tilgang egner sig særligt til komplekse udfordringer i et felt med mange aktører som eksempelvis behandling af diabetes. En af grundantagelserne i ”*Samarbejdsdrevet Innovation*” er at samarbejde imellem og via inddragelse af forskellige aktørers perspektiver sikrer relevans og ejerskab til innovationen. Innovationen skal her forstås som den tilstræbte forandring, dvs. i dette tilfælde kompetenceaktiviteterne der udvikles (Sørensen and Torfing, 2018).

3. Virkningsevaluering og interventionsteori

For at sikre strukturen i projektforløbet og den tilhørende evaluering af projektet blev der taget afsæt i virkningsevaluering. Virkningsevaluering blev valgt med ønske om at holde fokus på både effekt og implementering samt at evaluere årsags-virkningsforhold. Virkningsevalueringen baseres på en interventionsteori, som udvikles til det konkrete projekt. Interventionsteorien anskueliggør elementerne formål, delmål, aktiviteter, målgruppe og ressourcer, og antagelserne eller teorierne om deres sammenhæng ekspliciteres. Ekspliciteringen af sammenhæng mellem elementerne i interventionen danner rammen for udvikling af interventionen, og dermed skaber interventionsteorien kobling mellem praksis og teori. Antagelserne eller teorierne kan tage afsæt i praksisbaserede erfaringer, der formuleres som antagelser eller forventede præmisser for virkning og effekt. Og de kan antage form af videnskabeligt formulerede teorier om eksempelvis læring og professionel handlekompetence (Rogers *et al.*, 2000). Processen med at eksplicitere antagelserne og teorierne i projektet har været en dynamisk proces, der har vekslet mellem input fra projektgruppen og projektleders krystallisering og teoretisering af disse.

Virkningsevaluering har sat rammen for evalueringen af nærværende projekt gennem en tydelig eksplicitering af antagelserne om relationerne mellem elementerne formål, delmål, aktivitet og ressourcer, og dermed skabt grundlag for vurdering af effekt, proces, implementerings- og teorifejl. Tilgangen foreskriver en systematisk proces, hvor hvert led i teorien undersøges og ekspliciteres (Dahler-Larsen, 2009).

Samarbejde om udvikling og implementering

Med udgangspunkt i DBR og ”*Samarbejdsdrevet Innovation*” blev der ved projektets opstart arbejdet målrettet med at involvere relevante parter og afstemme projektet med eksisterende tilbud og aktører.

For at sikre kvalitet og synergi i uddannelses tilbuddene til praksissektoren, og ligeledes for at undgå konkurrence og dobbeltarbejde, blev der indgået samarbejde med Kvalitet i Almen Praksis Region H (KAP-H), PLO-E og Relations-opbyggende, inspirerende videndeling – efteruddannelse for personale ansat i almen praksis og speciallægepraksis (RIV). Ligeledes var der indgået samarbejde med Center for Diabetes i Københavns Kommune for at sikre relevans og kobling mellem sektorerne. Som en del af samarbejdet indgik også repræsentanter fra praksis herunder en hospitalskonsulent fra Amager og Hvidovre Hospital (AHH) og specialepraksiskonsulent fra optageområde Midt i Region H. Samarbejdet indebar udarbejdelse af rammerne for konkrete kompetenceaktiviteter samt udvikling, pilotafprøvning og evaluering af kompetenceaktiviteterne til de praktiserende læger og praksispersonale.

Yderligere blev der inddraget en brugergruppe bestående af seks personer med T2D, der undervejs gav feedback på eksempelvis case-beskrivelser.

3 Metode og metodiske overvejelser

Der er opstillet følgende fælles porteføljemål for effekten af SBI-projekterne:

- Mål for flere sunde leveår med fokus på behandling af høj kvalitet og lighed i sundhed
- Mål for brugeroplevelse med fokus på bedre sammenhængende forløb og øget brugerinddragelse.
- Mål for organisatorisk og økonomisk bæredygtighed med fokus på mere effektivt sundhedsvæsen.

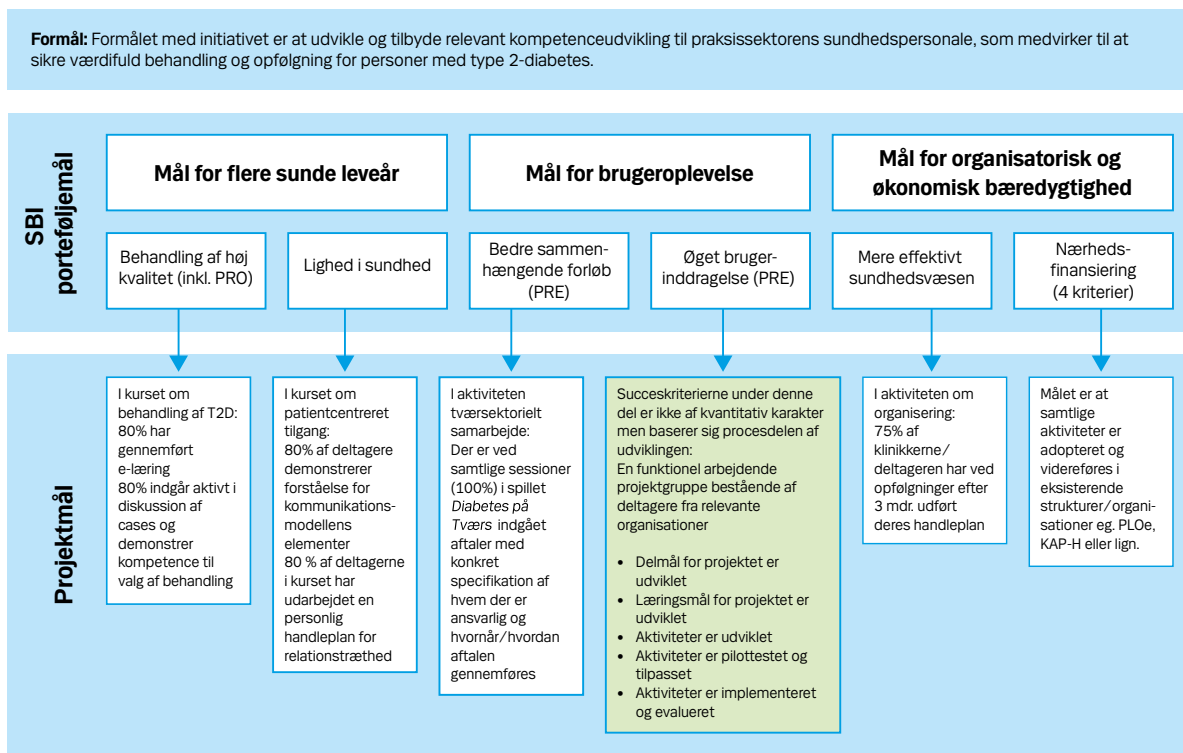
Projektet har i en evalueringsplan (se *Bilagsrapport Bilag 1*) beskrevet, hvordan projektets mål relaterer sig til porteføljemålene, jf. projektets målhierarki i Figur 2.

Projektets målhierarki

Der er til projektet opstillet både proces- og resultatmål (se Figur 2). Som følge af få deltagere i pilottesten og at implementering ikke blev gennemført, er det ikke muligt at følge op på sundhedsmål m.m. Derfor vil evalueringen have sit primære fokus på evaluering af processen og brugeroplevelsen, hvor brugerne i denne kontekst vil være de aktører, som har indgået i processen. Der er ligeledes ikke sket en opdatering af projektets Mini-MVT ifm. slutevalueringen.

Figur 2 – Projekts målhierarki

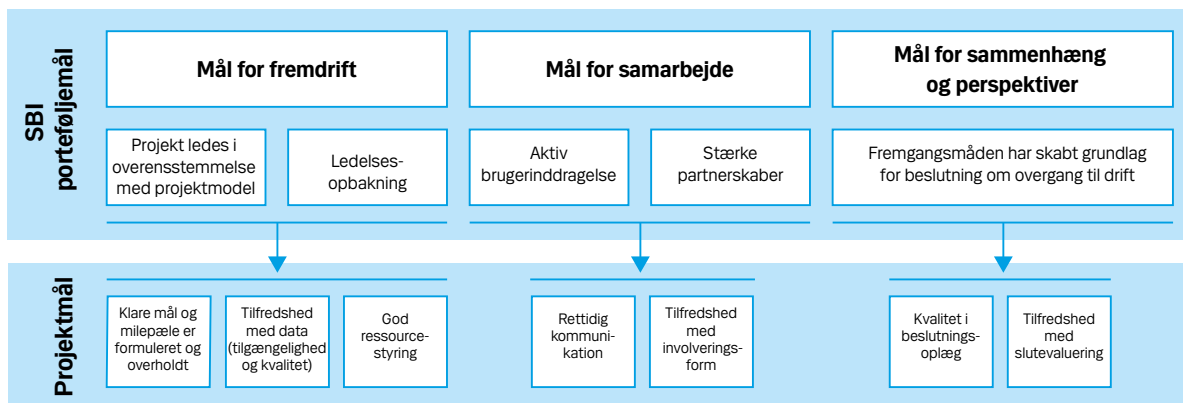
Der er evalueret på projektets målopfyldelse ift. processen og brugeroplevelsen (fremhævet med grøn). Det har ikke været muligt at evaluere øvrige projektmål.



3.1 Projektets gennemførelse

Projektets gennemførelse evalueres med udgangspunkt i de syv projektmål, der er listet i Figur 3.

Figur 3 – Effektmål for porteføljen



Projektets gennemførelse er undersøgt med et generisk spørgeskema, der er udviklet af SBI-teamet. Spørgeskemaet er udsendt til 13 personer, som har taget del i udviklingen af kompetenceaktiviteterne. Ud over de generiske spørgsmål, er der i projektet formuleret fem selvvalgte spørgsmål, der også indgår i spørgeskemaet. Spørgeskemaet er udsendt via SurveyXact og er vedlagt i *Bilagsrapport Bilag 2*.

3.2 Dataindsamling og måleredskaber

For at afdække behovet for kompetenceudvikling i almen praksis ifm. overflytningen af personer med T2D fra hospital til praksissektor blev der som forundersøgelse til dette projekt gennemført en audit og en kvalitativ undersøgelse. Audit blev gennemført på 175 henvisninger fra almen praksis til diabetesambulatorierne i Region H i foråret 2018. Den kvalitative forundersøgelse, blev udført af et eksternt analysebureau (Is it a bird¹) og bestod af 16 interviews med professionelle (hhv. 10 alment praktiserende læger og 6 praksispersonaler), samt 6 interviews med personer med T2D.

Som led i pilottesten, og for at få input til eventuelt behov for re-design, blev der gennemført registrering af baggrundsdata, fremmøde, log-in ved e-læring samt spørgeskema om forventninger og tilfredshed. Desuden blev der gennemført deltagerobservation, fokusgruppeinterview, telefoninterview og evalueringsovelser. I Tabel 1 er til illustration af dataindsamling i pilottesten vist eksempel på opstilling af delmål, læringsmål og evalueringsform for kompetenceaktiviteten med fokus på *”Organisering i almen praksis”*.

1 <https://isitabird.dk/>

Table 1 – Eksempel på opstilling af delmål, læringsmål og tilhørende evalueringsmetode af kompetenceaktiviteten omhandlende ”Organisering i almen praksis”.

Kompetenceaktivitet	Delmål	Pilot	
		Læringsmål	Metode
Organisering i almen praksis	<ul style="list-style-type: none"> Hensigtsmæssig organisering af praksis herunder ledelse, handlingsvejledning, organisationstilgang og rollefordeling Målsætninger for personale – læring og ansvar 	<p>Forstå organiseringspunkter</p> <p>Identificere egne udfordringer</p> <p>Beslutte egen fremtidig organisering</p> <p>Beskrive egen fremtidig organisering</p> <p>Diskutere elementer i egen organisering</p> <p>Prioritere elementer til egen organisering</p>	<p>Registrering af grundoplysninger ved tilmelding</p> <p>Fremmødere registrering ved log-in og opgaveløsning</p> <p>Dokumentanalyse</p> <p>Uploadede dokumenter fra 4 klinikker – udfordringer og handleplan</p>

På samme måde som pilottesten, var effektevalueringen af implementeringen planlagt til at omfatte forskellige evalueringsaktiviteter, der var målrettet hver enkel kompetenceaktivitet. I tillæg til målene fra pilottesten indgik mål om ændringer i praksis baseret på spørgeskemaundersøgelser, journalgennemgang og udtræk fra forløbsplaner.

Styrkerne ved evalueringens dataindsamling er følgende:

- En bred vifte af forskellige metoder er løbende anvendt til indsamling af primært kvalitative data.
- Procesdata er indsamlet og anvendt i en formativ proces, der muliggør kontinuerlig tilpasning og læring.
- En person udenfor projektet har forestået en midtvejsprocesevaluering af projektet.

Svaghederne ved evalueringens dataindsamling er følgende:

- Begrænset anvendelse af kvantitative metoder, fordi deltagergrundlaget var for spinkelt i pilottesten og den planlagte spørgeskemaundersøgelse af implementering ikke blev gennemført, da der ikke foregik implementering grundet aflysninger af kompetenceaktiviteterne.
- Projektleder har forestået en stor del af procesevaluering – dette kan medføre bias.

4 Evaluering af projektets målopfyldelse

Der er til projektet opstillet både proces- og resultatmål jf. kapitel 3. Der er i Tabel 2 givet et overblik over målopfyldelse, hvoraf det fremgår, at der i det følgende kun kan følges op på målopfyldelse af de fem oplyste procesmål i Tabel 2.

Tabel 2 – Samlet overblik over målopfyldelse for øget brugerinddragelse (brugerne i dette projekt er de sundhedsprofessionelle) (ekskl. mål vedrørende pilot og implementering)

Procesmål	Succeskriterierne under denne del er ikke af kvantitativ karakter, men baserer sig på procesdelen af udviklingen, jf. evalueringsplan (<i>Bilagsrapport Bilag 1</i>).
Delmål for projektet er udviklet	Afsluttet primo 2019
Læringsmål for projektet er udviklet	Afsluttet primo 2019
Kompetenceaktiviteter er udviklet	Afsluttet ultimo 2019
Kompetenceaktiviteter er pilottestet og tilpasset	Afsluttet primo 2020
Kompetenceaktiviteter er implementeret og evalueret	Ikke gennemført
Resultatmål	Se Figur 2, projektets målhierarki
Syv mål knyttet til pilot, implementering og drift	Målopfølgning er ikke mulig

I følgende afsnit beskrives projektets tre første faser – herunder også procesevalueringen af fase to og tre. Der er i kapitlet desuden en kort opsamling på fase fire og fem om implementering og forankring.

Figur 4 – Oversigt over de fem faser i projektindsatsen



4.1 Fase 1: Forundersøgelsen

Afdækningen af kompetencebehovet i almen praksis og erfaring med udvikling af kompetenceaktiviteter bestod af tre dele: En audit af henvisninger, kvalitativ forundersøgelse gennemført af en ekstern

konsulent og en litteraturgennemgang. Resultater, erfaringer og forslag til udviklingsområder fra forundersøgelsen dannede grundlag for det videre udviklingsarbejde.

I forundersøgelsen (se Tabel 3) viste *audit* af henvisninger fra almen praksis til diabetesambulatorierne i Region H i foråret 2018, at en overordnet årsag til henvisningerne fra praksissektor var, at behandlingsmålet ikke var opnået (68 %). Derudover var der mere konkrete problemstillinger vedrørende den farmaceutiske behandling herunder 3. valg af medicin (21 %), kompleks intensiveret behandling (18 %) og opstart af insulinbehandling (17 %).

Den kvalitative forundersøgelse (se Tabel 3) blandt praktiserende læger og praksispersonale identificerede udfordringer på tre niveauer: Almen praksis i sundhedssystemet, almen praksis som klinik og almen praksis i mødet med personer med T2D. Med udgangspunkt i fundene fra den kvalitative forundersøgelse blev der afholdt to workshops, hvor henholdsvis alment praktiserende læger og praksispersonale bidrog til at formulere mulige løsningsrum. Resultatet af undersøgelsen var et oplæg til fire løsningsrum: 1) organiserede kontrolforløb, 2) kvalificeret medicinsk behandling, 3) udvidet sygdomsforståelse og 4) peer-to-peer vidensdeling. Oplæggene indgik i den efterfølgende udviklingsfase.

Tabel 3 – Forundersøgelsens tre dele

Tiltag	Formål	Metode	Resultater
Audit	Undersøge kvalitet af henvisninger fra almen praksis til endokronologiske afdelinger – herunder hvilke problematikker der er årsag til henvisning.	Gennemgang af 175 henvisninger: <ul style="list-style-type: none"> Amager og Hvidovre Hospital (64) Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (30) SDCC (50) Nordsjællands Hospital (31) 	Den overvejende problematik er, at behandlingsmålet ikke er opnået (68 %). Primært problematikker omkring farmaceutisk behandling og til dels om compliance, psykosociale problemstillinger, svær overvægt og ønsker om patientuddannelse, træning og diætist.
Kvalitativ undersøgelse	Afdække hvordan projektgruppen kan sikre, at fremtidige tilbud om kompetenceløft opleves som relevante af både sundhedsprofessionelle og personer med T2D.	Interviews med ti alment praktiserende læger fordelt på solopraksis og kompagniskab fra områderne; Byen, Syd, Nord og Midt. Interview med seks praksispersonale fra områderne; Byen, Nord og Syd. Interviews med seks personer med T2D – samt co-creation workshops med hhv. læger og praksispersonale om løsningsmuligheder.	Fire løsningsrum: -Skabe koordineret samspil mellem virksomhedsdrift og kontrolforløb. -Assistere almen praksis til at vælge de bedste farmakologiske kompromisser. -Opbygge viden om T2D gennem differentierede tilbud. -Inspirere til udvikling gennem sparring på tværs af klinikker.
Litteraturgennemgang	Afdække eksisterende viden om udvikling af kompetenceudvikling til praktiserende læger.	Systematisk litteratursøgning i PubMed og ERIC.	Foreløbig gennemgang af 16 systematiske reviews viser sparsom evidens på området – kun et review specifikt om diabetes.



4.2 Fase 2: Udvikling

I udviklingsfasen blev der over en periode på 13 måneder afholdt seks projektgruppemøder. På møderne blev der prioriteret i udfordringer for området samt udviklet delmål, læringsmål og skitser for aktiviteter.

Resultatet var, at der blev nedsat fire udviklingsgrupper, som skulle udvikle det specifikke indhold i fire kompetenceaktiviteter. Fokusområdet for hver af de fire kompetenceaktiviteter blev: Medicinsk behandling, organisering i almen praksis, patientcentreret tilgang og tværsektorielt samarbejde (se Tabel 4). Herefter gennemgik og tilpassede projektgruppen kompetenceaktiviteterne, så de var klar til pilottest. For en mere detaljeret gennemgang af delmål, aktiviteter og varighed se *Bilagsrapport Bilag 3*.

Tabel 4 – Beskrivelse af de fire udviklede kompetenceaktiviteter.

Fokusområde for kompetenceaktiviteten	Formål	Målgruppe	Indhold	Antal delaktiviteter/tid
Medicinsk behandling	Kompetence til at vælge mellem behandlingsmuligheder. Overblik over handlemuligheder.	Praktiserende læger Praksispersonale	Adaptiv e-læring efterfulgt af en faciliteret case-baseret session.	a) 1 time til e-learning b) ½ fælles dag
Organisering i almen praksis	Hensigtsmæssig organisering af praksis herunder ledelse, handlingsvejledning, organisationstilgang og rollefordeling.	Praktiserende læge og praksispersonale fra samme klinik (obligatorisk)	Et klinikbaseret webinar med udgangspunkt i deltagerens oplevede udfordringer og med en trinvis gennemgang af forandringsmodel med udarbejdelse af handlingsplan til egen klinik.	a) 2 timer forberedelse i egen klinik b) 2½ time webinar sammen i egen praksis c) 20 minutter til besvarelse af opfølgende spørgeskema om handlingsplan til klinikken.
Patientcentreret tilgang	Personcentreret behandling Sætte individuelle målsætninger med personer med T2D. Kendskab til kommunikationsmodeller/-værktøjer Handleplan for relationstræthed.	Praktiserende læge Praksispersonale	E-læring om en kommunikationsmodel og om relationstræthed, simulerede konsultationer med patientundervisere med supervision af psykolog, storytelling med deling af egne erfaringer og forumspil som en mulighed for at øve sig.	a) 2 gange e-læring (hvh. 20 og 30 min.) b) b) ½ dag med simulerede konsultationer c) 1 dag med storytelling og forumspil

Fokusområde for kompetenceaktiviteten	Formål	Målgruppe	Indhold	Antal delaktiviteter/tid
Tværsæktorielt samarbejde	Fællesstrategier for overgang mellem sektorer for personer med T2D Gensidig viden om tilbud og praksisser mellem sektorer: hospital, almen praksis og kommune.	Praktiserende læge Praksispersonale Kommunale sundhedsprofessionelle Hospitalsansatte fra diabetes-ambulatorie/endokrinologisk afdeling.	Dialogbaseret brætspil med fokus på indsigt i de andre sektors rammer og mulighed for lokale aftaler.	a) 2 timer lokalt og sammen f.eks. i en lægepraksis, på kommunen eller hospital.

Procesevaluering af arbejdet i udviklingsfasen (fase 2)

Procesevalueringen er primært gennemført i forbindelse med arbejdet i projektgruppen – men også i relation til arbejdet i de mindre udviklingsgrupper. Med afsæt i de tre tilgange, der var valgt som metodisk ramme for projektet (se kapitel 2.3), blev procesevalueringen rettet mod blandt andet samarbejde, innovation, iterationer samt elementerne delmål, aktiviteter, ressourcer og sammenhængen mellem disse. Tabel 5 viser et overblik over fokus i procesevalueringen i *Udviklingsfasen*.

Tabel 5 – Procesevaluering ift. arbejdet i projektgruppen i udviklingsfasen (fase 2)

Evalueringsstema	Opfølgning på...	Evaluering i forbindelse med projektgruppemøder
Design Based Research (DBR)	Samarbejde, udvikling, iteration, teoribaseret og mixed metoder	<ul style="list-style-type: none"> • Øvelser • Mini-surveys • Ekstern evaluering (evalueringsskulent fra SDCC)
Samarbejdsdrevet Innovation	Samarbejde, inddragelse, ligeværd, åbenhed, ærlighed, gensidig afhængighed, tillid og tryghed Ideudvikling, ideudvælgelse, implementering og spredning/forankring	
Virkningsevaluering og interventionsteori	Alle trin – formål, delmål, ressourcer, aktiviteter samt sikring af sammenhæng	

Processen ved de enkelte projektgruppemøder blev evalueret afslutningsvis ved hvert møde. Gennem øvelser, der fokuserede på forventninger, form og niveau samt mini-survey med fokus på samarbejde, ligeværd og gensidighed, blev procesevalueringen brugt til at skabe forståelse for processen og som udgangspunkt for tilpasninger. Desuden blev arbejdet i de fire udviklingsgrupper evalueret (se *Bilagsrapport Bilag 4*). Endeligt blev der efter udviklingsfasen gennemført en midtvejsprocesevaluering, som er beskrevet senere i kapitlet.

Projektgruppen

Overordnet har der været stor opbakning til og positivitet omkring processen i projektgruppen. Selvom processen var anderledes og dermed for nogle uvant, var tilbagemeldingerne præget af nysgerrighed og lyst til at indgå i processen. Ved de første møder var der usikkerhed blandt deltagerne – både i forhold til hvad formålet var, hvordan vi skulle nå dertil – og om vi overhovedet kunne nå i mål. Dette ledte til nogle tilpasninger i måden, som projektgruppemøderne blev faciliteret på.

Herunder et par eksempler på konkrete tilpasninger, som den formative brug af procesevalueringen bidrog til i udviklingsfasen:

- Mere tid til de enkelte punkter og øvelser på møderne – dels for at give bedre tid til at forklare og forstå baggrunden for øvelserne og dels for at have bedre tid til selve øvelserne
- Mindre kompleksitet i de teoretiske oplæg fra projektleder

Midtvejsprocesevaluering

Som opsamling på det relativt intense udviklingsforløb blev der gennemført en midtvejsprocesevaluering, forestået af en evalueringsskyndig medarbejder fra SBI-teamet, SDCC. Evalueringen fokuserede på, hvad der fungerede godt og mindre godt, og hvordan processen havde påvirket det, der var blevet udviklet.

Samlet set var deltagerne imponerede over forløbet og roste, at det havde været for en spændende proces. En bedre præsentation af deltagerens viden var ønsket, da bedre kendskab til de andres styrker ville være med til at tydeliggøre, hvordan alle kan bidrage til samarbejdet. Derudover blev der lagt vægt på, at det er vigtigt at sikre deltagerens kendskab til de anvendte pædagogiske modeller. Deltagerne var positivt indstillede overfor den stramme styring af processen. Deltagerne gav udtryk for, at den stramme styring skabte et godt afsæt for gruppens arbejde, der medførte, at alle i gruppen blev hørt. Hermed oplevede gruppens medlemmer at føle sig ligeværdige og således opstod en følelse af ejerskab ift. proces og produkt. Den stramme styring af udviklingsforløbet skabte dog hos nogen bekymring ift. om det medvirkede til at bremse kreativiteten, og der var ønske om en mindre stram tidsplan.

Variationen mellem oplæg og opgaver medvirkede til en kreativ proces, som af deltagerne blev opfattet som aktiverende og motiverende. Tiden følte dog for nogle knap, og de savnede tid til at tale. Deltagerne oplevede samarbejdet og sparringen som givtigt ift. outputtet.



4.3 Fase 3: Pilottest og re-design

De fire udviklede kompetenceaktiviteter blev pilottestet i 2020-2021.

- *Kurserne med fokus på et af de tre områder: Medicinsk behandling, Organisering i almen praksis og Patientcentreret tilgang (se Bilagsrapport Bilag 5, 6 og 7).*

Tre af kompetenceaktiviteterne blev udbudt som kurser i samarbejde med PLO-E. De tre kurser blev pilottestet i begyndelsen af 2020. Der var oprindeligt planlagt, at hvert kursus skulle afholdes to gange. Der viste sig dog ikke at være tilstrækkeligt med deltagere hertil, hvorfor hvert kursus kun blev gennemført én gang med et minimum af deltagere (henholdsvis 8, 5 og 6 deltagere). Det betød, at den oprindelige evalueringsplan for pilottesten måtte revideres, da de mere kvantitative metoder ikke ville give meningsfulde data.

- *Brætspillet med fokusområde på tværsektorielt samarbejde (se Bilagsrapport Bilag 8).*

Pilottesten af den fjerde kompetenceaktivitet - brætspillet - var oprindeligt planlagt til at blive gennemført i sommeren 2020, men da Covid-19-pandemien i lange perioder forhindrede samling af deltagere fra alle tre sektorer, blev tre ud af fem pilottests gennemført i sensommeren 2020 og de sidste to pilottests i sensommeren 2021.

Det blev tydeligt både under rekruttering af deltagere til pilottestenen og i den følgende periode, hvor tilmeldingen til de implementerede kurser foregik, at det var svært at tiltrække deltagere. Udfordringerne med få tilmeldte til pilottesten gjorde, at evalueringsmetoderne måtte tilpasses særligt de kvantitative opgørelser, da de ikke var meningsfulde at gennemføre med det lave deltagerantal. Resultaterne viste ikke desto mindre, at der generelt var stor tilfredshed med aktiviteterne, og deltagerne oplevede at have lært noget og var blevet inspireret af læringsmetoderne.

Fokus for pilottesten var at afdække sammenhæng i de enkelte kompetenceaktiviteter, oplevelsen af tilfredshed med temaet, sværhedsgraden, læringsmetoderne og oplevet relevans. Data blev indsamlet via spørgeskemaer, registrering af e-læringsgennemførelse og indsendt dokumentation fra deltagerne samt evalueringsøvelser og telefoninterviews.

Efter pilottestene blev resultaterne præsenteret for projektgruppen, og på baggrund heraf tog projektgruppen stilling til om kompetenceaktiviteterne var levedygtige, og om der skulle foretages justeringer og tilpasninger. Alle fire kompetenceaktiviteter blev gennem pilottesten vurderet som relevante og meningsfulde, men erfaringerne førte også til justeringer og tilpasning af indhold. Særligt skal fremhæves, at der blev reduceret i kompetenceaktiviteternes sværhedsgrad og stoftrængsel samt skabt tydeligere kommunikation om indholdet i kursusbeskrivelserne. I Tabel 6 er beskrevet eksempler på hvilke mål, der blev evalueret, hvilke metoder der blev brugt til evalueringen og hvilket re-design det ledte til.

Tabel 6 – Eksempler på evalueringsparametre i pilottesten og re-design

Fokusområde for kompetenceaktiviteten	Mål	Metode	Re-design
Medicinsk behandling (e-læringsdel)	Tid for gennemførelse og sværhedsgrad af materialet.	Registrering ved login på e-læring og fokusgruppe	Nedjustering af sværhedsgraden og reduktion af spørgsmål
Organisering i almen praksis	Forståelse af forandringsmodel	Telefoninterview	Ingen ændring
Patientcentreret tilgang	Sammenhæng og overblik	Evalueringsøvelse on site	Gennemgang af forløbsplaner blev et frivilligt modul
Tværsæktorielt samarbejde (spil)	Formulering af fælles aftale	Observation og fokusgruppe	Aftalen blev nedprioriteret, fokus blev i stedet rettet mere mod den læring de tager med hjem hver især

Concept Group Mapping af arbejdet i fase 3

I tillæg til den løbende evaluering af projektgruppemøder blev der ved udgangen af projektets fase 3 'Pilottest og re-design' gennemført en evaluering blandt projektgruppedeltagerne med metoden Concept Group Mapping (CGM). CGM er en metode, der kan anvendes til at skabe overblik over prioriteringer (se *Bilagsrapport Bilag 9*). Projektgruppen blev først bedt om at bidrage med idéer til projektet via en brainstorm, hvor de besvarede et fokuseret udsagn: "Det har haft betydning for processen og samarbejdet i projektgruppen og projektgruppemøderne, at...". Der blev genereret 32 udsagn, som projektgruppen grupperede under temaer og ratede med fokus på vigtighed og tilstedeværelse. Seks personer fra projektgruppen deltog i den del af rating-processen, der omhandlede vigtighed og to personer gennemførte rating af tilstedeværelse.

Formålet med denne del af procesevalueringen var at få indblik i, hvad der kendetegnede projektet og hvordan projektgruppen prioriterede de forskellige fokuspunkter.

Fundene var i hovedtræk ikke overraskende og adskilte sig ikke mærkbart fra opsamlingerne fra de forrige procesevalueringer. Eksempelvis blev udsagn som "Plads til visioner og drømme i forhold til at tænke decentralt" og "God mulighed for ideudvikling" blandt topscorerne ift. vigtighed og tilstedeværelse men også et udsagn som "God stemning" scorede højt. I den anden ende af skalaen lå f.eks. "Intet tidspres", som var mindre betydningsfuldt og i mindre grad til stede. Resultatet af evalueringen blev integreret i det videre arbejde.

Bedre kommunikationsstrategi for at øge deltagersøgning

Behov for at få flere deltagere blev et tema for projektgruppen ad to omgange i 2020 og 2021. Først med drøftelse af udfordringer og barrierer for deltagelse. Det resulterede i iværksættelse af en kommunikationsplan medio 2020, som medførte:

- at alle tre kompetenceaktiviteter, der blev tilbudt som kurser via PLO-E, kom med i det årlige katalog for året 2021.
- at PLO-E informerede om kurserne i deres nyhedsmail.
- at der blev udgivet to podcast i samarbejde med Månedsskrift for almenpraksis (Ny læringsmetoder dec. 2020. & jan. 2021), og der blev publiceret en artikel i fagbladet Ipraksis nov. 2020.
- at SDCCs kommunikationsmedarbejder arbejdede for at skabe opmærksomhed om kurserne, f.eks. ved SoMe-opslag
- at projektgruppens deltagere blev opfordret til at udbrede kendskab til kurserne i deres netværk, og der blev lavet Facebook-opslag i relevante grupper.

I foråret 2021 var det stadig en udfordring at tiltrække deltagere, og dette blev tematiseret på to projektgruppemøder. På det første møde blev barrierer udover Covid-19-pandemien identificeret og vægtaget i forhold til vurderet betydning. På det efterfølgende møde blev det besluttet, hvordan disse barrierer bedst muligt kunne imødekommes (se Tabel 7).

Tabel 7 – Årsager til lavt deltagerantal og foreslået håndtering heraf

Årsag (prioriteret betydning)	Opfyldelse (vurdering)
1. Kort frist/annoncering	Længere frist fra kurserne bliver offentliggjort til de afvikles, og kurserne lægges i PLO-E's årlige katalog
2. Konkurrence	Øget formidling gennem flere medier
3. Mættet marked (type 2-diabetes)	Fokus mere på multimorbiditet i formidling og kurser, når det er muligt
4. Manglende kendskab	Formidling om aktiviteterne i PLO-E nyhedsbrev + katalog, podcast x 2 i månedsskrift for alm. praksis, artikler i fagblade samt netværksformidling
5. Nye metoder	Ingen ændring. Is i maven. Det tager tid for folk at vænnes til nye uddannelsesmetoder
6. For travlt/presset (generelt)	Ingen ændring. Det er en præmis, at praktiserende læger har travlt.

Årsag (prioriteret betydning)	Opfyldelse (vurdering)
7. Forvirring over dato/tilmelding/hjemmeside	Ændret – mere simpelt
8. What's in it for me	Formidling – mere fokus på hvad deltageren får ud af at deltage
9. Timing (januar) – ikke mange læger tager på kursus i januar	Udbudt i forårs – og efterårsmåneder i stedet
10. Blød profil – mere fokus på tale end på tal	Formidle det som styrke
11. Jeg ved det hele/-behov	Fokuserer på de nye vikler I formidling af aktiviteterne
12. Ikke en pause	Formidling – det er værd at bruge tid på at lære noget
13. Tværprofessionelt	Formidle det som en styrke
14. Tidspunkt 'arbejdstid'	Ingen ændring



4.4 Fase 4 og 5: Implementering og forankring

Implementeringen var i første omgang planlagt til at foregå i efteråret 2020 og foråret 2021, men blev forlænget for at tage højde for, at fysisk fremmøde var underlagt Covid-19 restriktioner i længere perioder ad gangen i 2020 og 2021. I 2021 blev der gennemført et sidste forsøg på at gennemføre de fire kompetenceaktiviteter. Da deadline for tilmeldinger nærmede sig, blev det dog tydeligt, at der ikke var nok deltagere til at gennemføre de tre planlagte kurser i PLO-E-regi. Projektgruppen vurderede, at yderligere tiltag for at implementere de fire kompetenceaktiviteter ikke ville have succes, og derfor blev der truffet beslutning om at afslutte projektet. Dog skulle SDCC arbejde videre med implementering af kompetenceaktiviteten - brætspillet *Diabetes på Tværs* - i eksisterende efteruddannelses tilbud eller lignende.

5 Evaluering af projektets gennemførelse

I dette kapitel evalueres projektet i forhold til opstillede projektmål for projektets gennemførelse, som udmøntes i en række spørgsmål med udgangspunkt i følgende:

1. Klare mål og milepæle
2. Rettidig kommunikation
3. Tilfredshed med data
4. God ressourcestyring og organisering
5. Grundlag for beslutning om overgang til drift
6. Fem evalueringsspørgsmål (selvvalgte spørgsmål udvalgt af projektlederen)

Der er udsendt et elektronisk spørgeskema til 13 personer og 10 personer har helt eller delvist besvaret spørgeskemaundersøgelsen, dvs. en svarprocent på 77 %.

Projektlederen for projektet, Stense Kromann Vestergaard, har – sammen med SBI-konsulenten – stået for udvælgelsen af respondenterne. Respondenterne er projektejer fra SDCC, projektgruppedeltagere og samarbejdspartnere (praktiserende læger, sygehuslæger m.fl.).

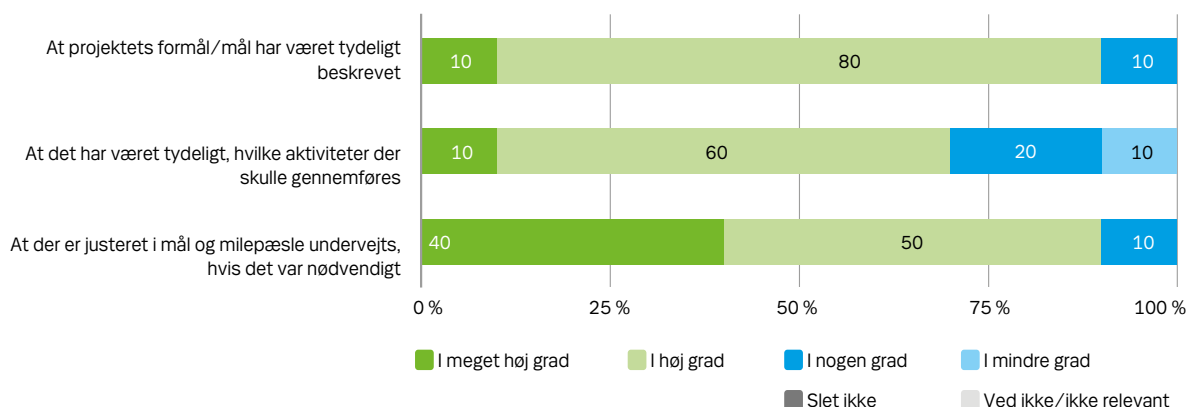
5.1 Hovedresultater fra tilfredshedsmålingen

Nedenfor gennemgås de enkelte målinger af tilfredshed i relation til de projektmål/temaer, der er nævnt ovenfor.

Projektmål 1: Klare mål og milepæle

Spørgeskemaundersøgelsen viser følgende ift. om klare mål og milepæle er formuleret og overholdt:

Figur 5 – Resultater vedr. klare mål og milepæle (N=10)



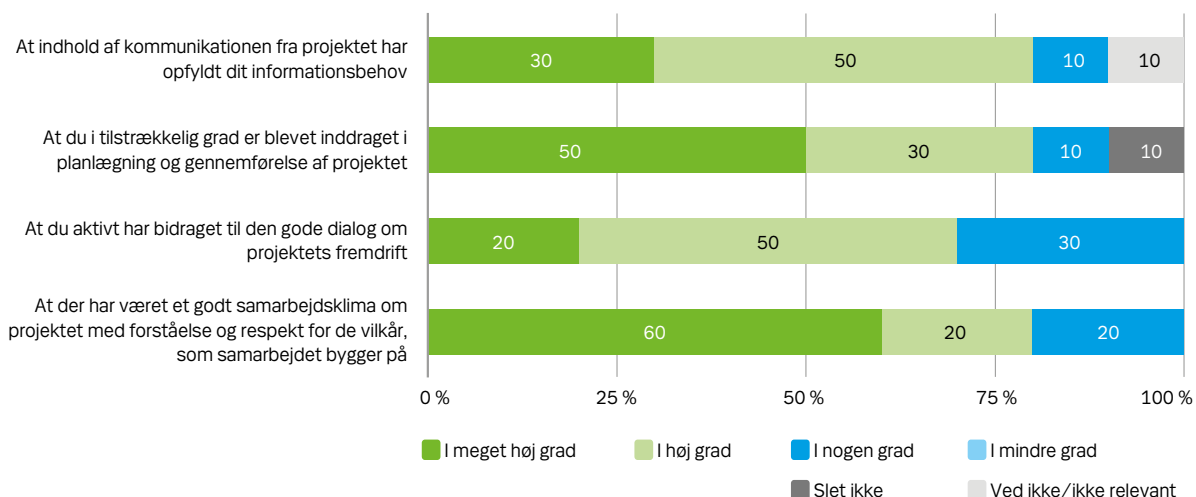
Det fremgår af Figur 5, at flest respondenter (80 % og 60 %) svarer, at de i høj grad er enige i, at projektets formål/mål har været tydeligt beskrevet, og at det har været tydeligt hvilke aktiviteter, der skul-

le gennemføres. Der er endnu større tilfredshed hvad angår den løbende justering i mål og milepæle undervejs, når det har været nødvendigt. Hertil svarer 90 %, at de i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med indsatsen på dette område.

Projektmål 2: Rettidig kommunikation

Se figuren nedenfor for resultaterne om rettidig kommunikation.

Figur 6 – Resultater vedr. rettidig kommunikation (N=10)

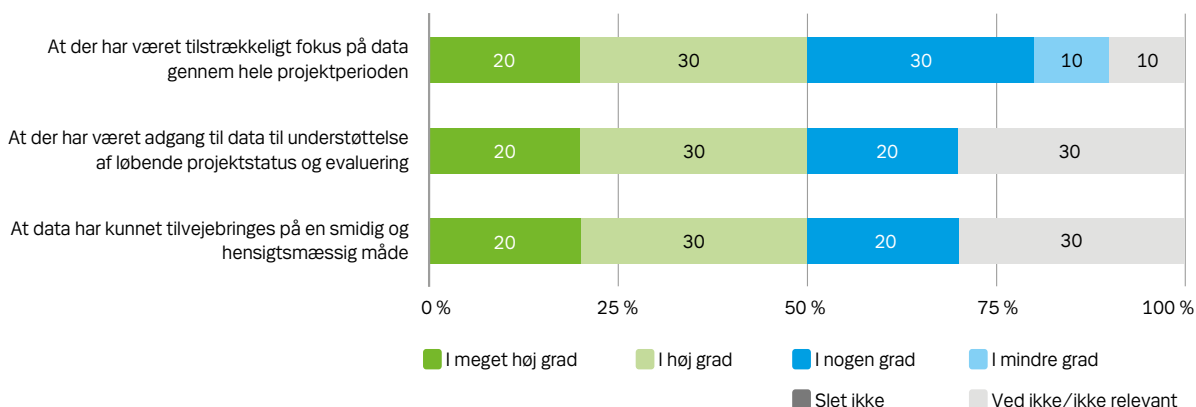


I forhold til projektmålet om rettidig kommunikation, er tilfredsheden med projektgennemførelsen høj. 80 % er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med kommunikation, inddragelse og samarbejds-klima. Lidt færre er tilfredse med deres eget bidrag til den gode dialog om projektets fremdrift. Der foreligger ikke kommentarer til at belyse graden af tilfredshed med eget bidrag, som er forholdsvis lav sammenlignet med andre projekter.

Projektmål 3: Tilfredshed med data

Figur 7 viser resultaterne med hensyn til tilfredshed med data.

Figur 7 – Resultater vedr. tilfredshed med data (N=10)

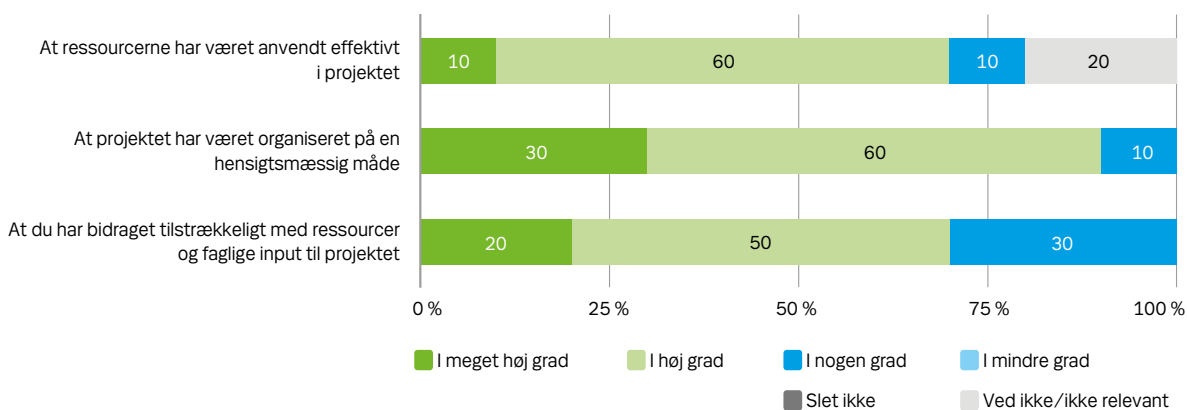


Halvdelen af respondenterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med datadelen af projektet. Den anden halvdel er kun i nogen eller mindre grad tilfredse, eller de har svaret ”ved ikke/ikke relevant” til spørgsmålene. Det kan skyldes, at det ikke som planlagt var muligt at indsamle data i pilottesten til at afdække, hvorvidt kompetenceaktiviteterne opfyldte projektets resultatmål, jf. Tabel 2.

Projekt mål 4: God ressourcestyring og organisering

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om god ressourcestyring og organisering er gengivet i figur 8.

Figur 8 – Resultater vedr. god ressourcestyring og organisering (N=10)

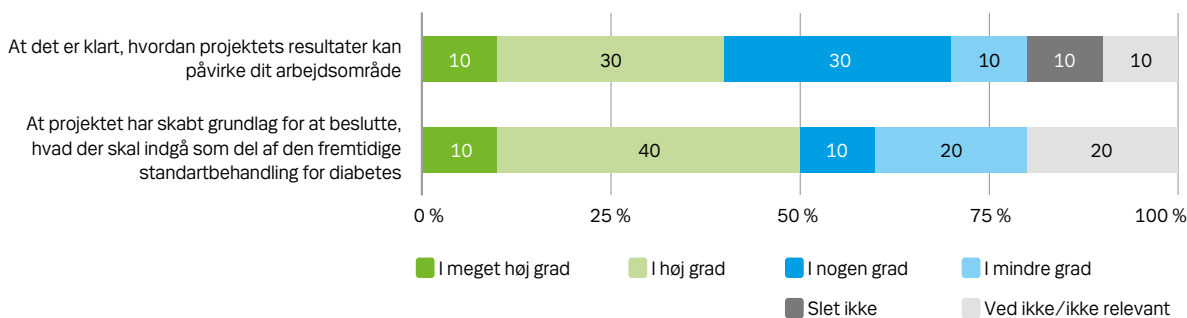


Af figuren om god ressourcestyring og organisering fremgår det, at halvdelen af respondenterne er godt tilfredse, mens den anden halvdel i nogen eller mindre grad er tilfredse. Der er også enkelte, der svarer ”ved ikke/ikke relevant” til spørgsmålene. Som supplement hertil pegede deltagerne på i midtvejsprocesevalueringen, at det ville være hensigtsmæssigt i fremtidige projekter med en mere grundig introduktion til projektets formål og forløb mhp. at gøre processen klar fra start, og at det på forhånd blev meldt ud, hvad der forventes af deltagerne.

Projekt mål 5: Grundlag for beslutning om overgang til drift

Af Figur 9 fremgår resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om grundlag for beslutning om overgang til drift.

Figur 9 – Resultater vedr. grundlag for beslutning om overgang til drift (N=10)

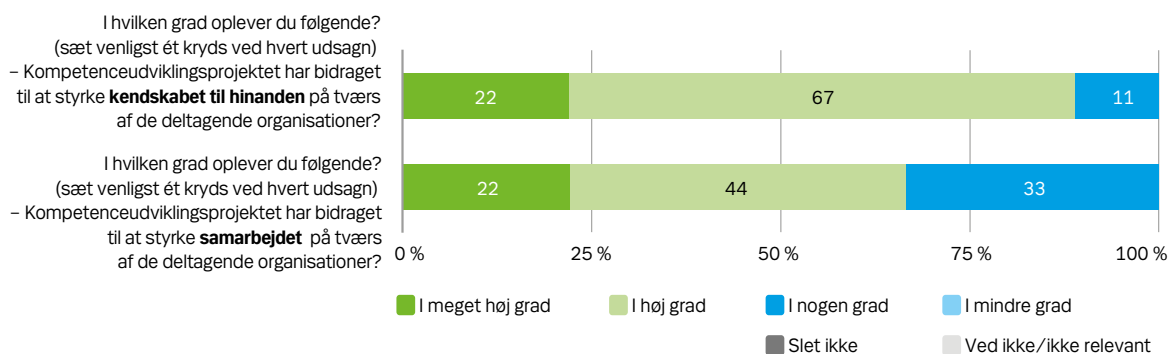


Cirka halvdelen af respondenterne er godt tilfredse med, hvorvidt projektet har skabt grundlag for beslutning om overgang til drift, mens den anden halvdel i nogen eller mindre grad er tilfredse. Der er enkelte, der svarer "ved ikke/ikke relevant" til spørgsmålene.

Projektmål 6: Selvalgte evalueringsspørgsmål

Projektlederen har sammen med SBI-konsulentten valgt fem ekstra spørgsmål, som respondenterne skulle svare på. De to første spørgsmål handlede om, hvorvidt projektet har bidraget til at styrke kendskab og samarbejde på tværs af deltagende organisationer, se Figur 10.

Figur 10 – Resultater vedr. kendskab og samarbejde på tværs af deltagende organisationer (N=9)



Ca. 90 % af respondenterne finder, at kendskabet til hinanden er blevet styrket i meget høj grad eller i høj grad, mens dette gælder for 66 % af respondenterne i relation til samarbejdet på tværs.

Respondenterne har også svaret på, hvad de oplevede som projektets største styrker og svagheder. Tre respondenter har svaret på disse spørgsmål, jf. Tekstboks 2.

Tekstboks 2 – Respondenternes svar på spørgsmål om største styrke og svaghed ved projektet

Svar på spørgsmål om styrker:

“Fælles udvikling af aktiviteter og samarbejde.”

“Friheden til at tænke og afprøve nye koncepter.”

“At vi på tværs af faggruppe har nået til konsensus for hvad vi ville have videreformidlet.”

Svar på spørgsmål om svagheder:

“Manglende overensstemmelse mellem behovsanalysen og en forventet efterspørgsel som udeblev.”

“Løst defineret i starten med risiko for at man mister moment Visionært, men for vidtgående for den gennemsnitlige bruger. Ikke kun corona årsag til svigtende interesse for kurser.”

“At komme 'ud over rampen' idet det har vist sig svært at få målgruppe til at tilmelde sig tilbuddet.”

Projektdeltagerne peger på udviklingsprocessen, samarbejdet og evnen til at opnå konsensus som styrker ved projektet, mens overvejelser om hvorvidt kompetenceaktiviteterne passede til virkelighedens behov, var den primære udfordring, der nævnes af respondenterne.

Det sidste selvvalgte spørgsmål til respondenterne var, hvad de havde lært af at deltage i projektet. Til dette svarer en person, at han/hun er blevet bekræftet i sin skepsis overfor om vedkommende ville lære noget i projektet: *"Var skeptisk, og mener at jeg (desværre) fik ret – det vil sige ikke så meget."* En anden person finder, at vedkommende har lært, at *"at selv om alt bliver planlagt og vi arbejder meget målrettet med brugerinddragelse og udvikling med brugerne, så er det ikke nødvendigvis udtryk for, at slutproduktet bliver taget imod af brugerne, som ikke er dem, der har udviklet aktiviteterne."* En tredje respondent forklarer, at vedkommende har lært: *"at processer og samarbejde kan gøres endnu bedre med en kreativ, grundig og vedholdende facilitator."*

Som afsluttende kommentarer skriver to personer følgende:

"De fleste praktiserende læger efterspørger fortsat en kombination af faktuel evidensbaseret viden og casebaseret dialog med speciallæge om rehabilitering og behandling. De "traditionelle" [red., kurser] er fortsat efterspurgt og evalueres højt."

"Meget spændende og lærerigt forløb. Jeg kunne godt have tænkt mig en større tilslutning til produktet."

5.2 Opsamling og læring til kommende projekter

Generelt tegner sig et billede af, at det er lykket at skabe et udviklingssamarbejde med en gruppe aktører indenfor efteruddannelse af praksissektoren, der ikke tidligere har samarbejdet om konkrete udviklingsaktiviteter. Herunder også at skabe et stort drive og momentum for at bidrage til processen samt nysgerrighed i forhold til nye udviklings- og uddannelsesmetoder.

Evaluering af projektets fremgangsmåde sker på tværs af alle supplerende behandlingsinitiativer og skal bidrage til at styrke kommende projekter. Der er særligt tre læringspointer, som er vigtige at tage med fremover:

- Til fremtidige forløb pegede deltagerne på, det ville være hensigtsmæssigt med en mere grundig introduktion til projektets formål og forløb samt at det på forhånd blev meldt ud, hvad der forventes af deltagerne. Derudover blev en bedre præsentation af deltagernes viden efterspurgt, da bedre kendskab til de andres styrker ville være med til at tydeliggøre, hvordan alle kan bidrage til samarbejdet.
- Uanset en grundig behovsanalyse og anvendelse af en mindre brugergruppe undervejs, er der risiko for, at der ikke er noget "publikum". Jo mere nytænkende projekter er, jo mere er der behov for aktiviteter rettet mod at imødegå denne risiko.
- Selvom det ikke er lykket at implementere kompetenceaktiviteterne og måle deres effekt på læring eller adfærd hos sundhedsprofessionelle i praksissektoren, er projektet lykket med at afprøve et ambitiøst projektdesign til gennemførelse af eksplorative udviklingsprojekter. Og måske nogle af disse mere indirekte effekter af processen fremadrettet kan have en positiv indvirkning på både samarbejde og udvikling af efteruddannelse i primærsektoren om behandling og opfølgning af personer med T2D i praksissektoren.

6 Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.

Nærværende kapitel omhandler både overvejelser i forhold til fremadrettet anvendelse af de fire kompetenceaktiviteter og i forhold til drift af projektdesigns målrettet kompetenceudvikling af praksissektoren.

Overgang til drift – anvendelse af de fire kompetenceaktiviteter

Som slutevalueringen allerede har tydeliggjort, har den største udfordring i dette projekt været at tiltrække deltagere til de udviklede tilbud. Tilbuddene har været udbudt gennem PLO-E, hvor læger og konsultationssygeplejersker normalt finder hovedparten af kursustilbud, der ikke er udbudt af industrien. Der er igennem projektet forsøgt at tage forbehold for eventuelle barrierer ved at tilpasse tilbudene og ved at skrue op for formidlingen.

Det har ikke været muligt at identificere specifikke enkeltårsager til de manglende deltagere. Forhold som konkurrence fra industrien, en mætning i efterspørgslen på kurser om T2D og Covid-19-pandemien har været oppe at vende. Samtidig er det også værd at bemærke, at den forventede omfangsrige udflytning af personer med T2D fra ambulatorier til almen praksis som følge af OK18, ikke blev en realitet i praksis (Nordskilde, 2019). Dermed har der måske ikke været så stort et pres på de praktiserende læger og praksispersonale for at opnå nye færdigheder.

Der arbejdes fortsat i 2022 med at afsøge og opdyrke muligheder for at implementere dele af de udviklede kompetenceaktiviteter, hvor det kunne være meningsfuldt, jf. Tabel 8. Status er, at det endnu ikke er lykket.

Tabel 8 – Overblik over, hvad der er afsøgt ift. implementering af kompetenceaktiviteterne

Kompetenceaktivitet	Målgruppe	Status
Medicinsk behandling: Adaptiv e-læring efterfulgt af en faciliteret case-baseret session (se kursusbeskrivelse i Bilagsrapport Bilag 5).	Praktiserende læger Praksispersonale	<ul style="list-style-type: none"> Aftale indgået ved projektopstart med PLO-E om, at de skulle videreføre aktiviteten. PLO-E har ifm. evaluering valgt i samråd med projektgruppen at droppe dette grundet manglende deltagerinteresse.
Organisering af almen praksis: Et klinikbaseret webinar med udgangspunkt i deltagerens oplevede udfordringer og med en trinvis gennemgang af forandringsmodel med udarbejdelse af handlingsplan til egen klinik (se kursusbeskrivelse i Bilagsrapport Bilag 6).	Praktiserende læge og praksispersonale fra samme klinik (obligatorisk)	<ul style="list-style-type: none"> Do.

Kompetenceaktivitet	Målgruppe	Status
Patientcentreret tilgang:	Praktiserende læge	• Do.
E-læring om en kommunikationsmodel og om relationstræthed, simulerede konsultationer med patientundervisere med supervision af psykolog, story-telling med deling af egne erfaringer og forumspil som en mulighed for at øve sig (se kursusbeskrivelse i Bilagsrapport Bilag 7).	Praksispersonale	
Tværsæktorielt samarbejde:	Praktiserende læge	• Præsentation for samordningsudvalg i Nord
Dialogbaseret brætspil med fokus på indsigt i de andre sektorer rammer og mulighed for lokale aftaler (se introbeskrivelse til brætspillet i Bilagsrapport Bilag 8).	Praksispersonale Kommunale sundhedsprofessionelle Hospitalsansatte	• Dialog med samordningsudvalg i Byen; KAP-H og PLO_K om at integrere brætspillet i nogle af deres aktiviteter.

Overgang til drift – kommende projektdesigns

Udvikling af kompetenceaktiviteterne er sket i et samarbejde mellem praktiserende læger, praksispersonale, ansatte på hospitalsafdelinger og i kommuner samt uddannelsesudviklere. Den metodiske ramme, herunder anvendelse af DBR i kombination med sammensætning af en alsidig projektgruppe, har ført til, at kompetenceaktiviteterne er blevet afprøvet i den praksissetting, hvor de efterfølgende skulle implementeres. Det er projektets vurdering, at det er lykket at udvikle kompetenceaktiviteter, som passer til den kontekst, de skal udfoldes i, og med et stærkt fundament i både den diabetesfaglige- og uddannelsesteoretiske viden.

Det der er lykket på den procesrelaterede side kan måske have en positiv indvirkning på, hvordan der fremadrettet arbejdes videre med udvikling af efteruddannelse om behandling og opfølgning af personer med T2D i praksissektoren.

Tabel 9 sammenfatter argumenter for og imod overgang til drift.

Tabel 9 – Overgang til drift – hvad taler for og imod?

Dette taler for overgang til drift	Dette taler imod overgang til drift
<ul style="list-style-type: none"> Pilotafvikling af alle fire kompetenceaktiviteter viste tegn på positive resultater ift. både læring og tilfredshed mhp. at øge kvalitet for behandling og opfølgning af personer med T2D. Særligt om projektdesign Generelt tegner sig et billede af, at det er lykket at skabe et udviklingssamarbejde med en gruppe aktører indenfor efteruddannelse af praksissektoren, der ikke tidligere har samarbejdet om konkrete udviklingsaktiviteter. Herunder også at skabe et stort drive og momentum for at bidrage til processen samt nysgerrighed i forhold til nye udviklings- og uddannelsesmetoder. 	<ul style="list-style-type: none"> Svært at vurdere effekten grundet manglende data til at vurdere målopfyldelse. Meget svært at få målgruppen til at tilmelde sig kompetenceaktiviteterne, mens der stadig er søgning på nogle af "de traditionelle uddannelser". Brug af anderledes læringsmetoder i kompetenceaktiviteterne har måske været for fremmedartet for den primære målgruppe (de praktiserende læger og praksispersonale) eller for svære at tage i anvendelse (f.eks. det dialogbaseret brætspil med en deltagerkreds bestående af repræsentanter fra almen praksis, kommune og hospital).

7 Referencer

- Anderson, T. and Shattuck, J. (2012) 'Design-based research: A decade of progress in education research?', *Educational Researcher*, 41(1)
- Bloom, B. S. (2005) 'Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3)
- Dahler-Larsen, P. (2009) *Nye veje i evaluering: håndbog i tre evalueringsmodeller. Academica.*
- Dolmans, D. H. J. M. and Tigelaar, D. (2012) 'Building bridges between theory and practice in medical education using a design-based research approach: AMEE Guide No. 60', *Medical Teacher*, 34(1), pp. 1–10. doi: 10.3109/0142159X.2011.595437.
- Larsen, K. et al. (2018) 'Fremtidens kompetencer i sundhed', pp. 1–42. Fremtidens Kompetencer i Sundhed 2018 AAU og Region H.
- McKenney, S. and Reeves, T. C. (2013) 'Systematic Review of Design-Based Research Progress: Is a Little Knowledge a Dangerous Thing?', *Educational Researcher*, 42(2), pp. 97–100. doi: 10.3102/0013189X12463781.
- Nedergaard, H. and Freitag, C. (2017) 'Type 2-diabetes og almen praksis - styrkelse af primærsektoren og mere lighed i sundhed'. Diabetes foreningen & Praktiserende Lægers Organisation
- Nordkilde H (2019) Overflytning af diabetespatienter er langt fra målet. *Dagens Medicin* 10/05/19
- PLO (2017) 'Redegørelse for forhandlingsaftalen af 14 . september 2017 mellem RLTN og PLO'.
- Rogers, P. J. et al. (2000) 'Program theory evaluation: Practice, promise, and problems', *New Directions for Evaluation*, 2000(87)
- Sørensen, E. and Torfing, J. (2018) *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. 1. udgave. Edited by E. Sørensen and J. Torfing. Kbh: Jurist- og Økonomforbundet.
- Thepwongsa, I. et al. (2014) 'Type 2 diabetes continuing medical education for general practitioners: What works? A systematic review', *Diabetic Medicine*, 31(12)

Bilagliste

Bilag 1: Evalueringsplan – Kompetenceudvikling i praksissektoren

Bilag 2: Spørgeskema om projektets gennemførelse

Bilag 3: Beskrivelse af projektets fire kompetenceaktiviteter

Bilag 4: Evaluering af udviklingsgrupper

Bilag 5: Kursusbeskrivelse Medicinsk behandling af personer med med type 2-diabetes

Bilag 6: Kursusbeskrivelse Organisering af behandling og opfølgning af type 2-diabetes i almen praksis

Bilag 7: Kursusbeskrivelse Patientcentreret tilgang

Bilag 8: Introark til brætspillet

Bilag 9: Evaluering blandt projektgruppedeltagere efter metoden Concept Group Mapping (CGM)