

Mathias: Det er Mathias fra Roskilde Universitet.

Lisbeth: Hej.

Mathias: Ja, vi havde jo en aftale om interview i dag.

Lisbeth: Ja.

Mathias: Ja, vi er jo som sagt meget glade for, at du gider at tage dig tid til at snakke lidt med os.

Lisbeth: ja, selvfølgelig.

Mathias: Lige nu er det mig og Lisbeth fra min gruppe som sidder her.

Lisbeth: Ja, det er fint.

Mathias: Ja, er det i orden med dig, at vi optager interviewet?

Lisbeth: Ja.

Mathias: Vi er jo som sagt fra første semester på Roskilde Universitet, og vi er meget interesseret i og undersøge, hvordan patienter med diabetes 2 ligesom, altså for det første hvordan deres kommunikation med sundhedsfagligt personale fungerer og hvordan kommunikation kan være lidt skæv alt efter hvilken social baggrund, patienten har. Altså hvordan man ligesom prøver at agere med sin sygdom og om man tager imod de ekstra tilbud, man kan se i har.

Men jeg tænke på til at starte med, om du bare ville kort beskrive hvordan en generel behandlingsforløb starter, hvis man som ny patient med diabetes kommer ind hos her?

Lisbeth: Ja, for det første tager vi jo ikke så mange af de nydiagnosticerede, som vi har gjort tidligere. Det er noget med overenskomsten med praktiserende lægers organisation og sådan noget, så som regel skal man have nogle komplikationer for man kan komme ud hos os, altså komplikationer til sukkersygen. Der er jo nogen som måske opdager, at de har sukkersyge samtidig med, de får opdaget,

med

at de har en blodprop i hjertet og så har de jo allerede en komplikation til deres sukkersyge, nemlig deres hjertesygdom, og så kommer de ud hos os. Når de så kommer hos os, så har de først et indledende besøg eller en indledende besøgsrunde, som varer cirka et halvt år, hvor de får fire besøg... ej det så faktisk et år... ej et halvt års tid varer det. De får fire besøg, hvor de starter at snakke med en sygeplejerske og så efter en uges tid, så kommer de ind hos lægen, med mindre der er et eller andet akut der skal gøres, der gør at de skal ses før af vores læger. Sygeplejerskerne laver noget indledning og udspørger om ting, som også skal stå i journalen, og det bliver så fulgt op af jeg som læge, der så optager en fuld journal på patienten og sætter nogle ting i gang. Når de er her i det her første rul, så er det sådan, at hver gang de har været hos mig, så kommer de ind hos sygeplejersken til opfølgning, og det kan jo være en god idé, for der kan jo være noget jeg siger, som de måske har svært ved at forstå, og så er det rigtig godt, at de kommer ind hos sygeplejersken bagefter, som faktisk gentager det hele plus lærer dem op, hvis de nu skal tage ny medicin eller skal lære at stikke sig og sådan noget. De kommer også til sådan noget øjenfoto og fodterapeut i vores regi, og det er så også i det der indledende forløb, at vi kan henvise til dem til intensiv diætist forløb og vi har også nogle muligheder for at sende dem til noget superviseret træning. Når de så har været hos mig i alt... sådan så de har i alt har haft fire... altså det første hos sygeplejersken og så tre hos læger, og det er alle sammen, hvornår de har været hos lægen, så går de direkte ind sygeplejersken bagefter. Når de så har været der med i alt fire fremmødetider, så vi er vi henne på et halvt til trekvart år, der så er gået. Så tager vi stilling til, om de skal blive ved med at være hos os eller om de skal tilbage igen til deres egen læge. Det er klart, at hvis vi i de forløb har fundet ud af, at de har en masse følgesygdomme til sukkersyge og en påvirkning eller en blodprop i hjertet eller noget andet, så får de lov til at blive hos os, hvis ikke de har nogle følgesygdomme og de har sådan relativt styr på diabetes, og vi har lagt en god behandlingsplan, så ryger de hos deres egen læge.

Mathias: Okay, og i den behandlingsplan bliver der taget højde for hvordan patienten har levet tidligere eller levet med andre sygdomme... altså bliver der taget højde for...

Lisbeth: Altså det er jo det, vi afdækker i løbet af den første periode, som jeg lige beskrev for dig. Vi ved jo netop også, at det er brug for meget fokus omkring livsstil, fordi vi kan selvfølgelig godt begynde at lægge medicin på dem, men det er jo også vigtig, at vi får lært dem, hvad det vil sige at have sukkersyge. Så der kommer det her med diætisten og motionstilbuddet ind, og så er vi faktisk også lige startet op sådan en form for... hvad skal man kalde det... diabetesskole, hvor de kan komme nogle eftermiddags gange også sammen med en pårørende og få noget undervisning i, sammen med nogle andre, type 2 diabetes og hvad er type 2 diabetes overhoved. Det der også er rigtig fint ved de der møde gange, det er jo, at de møder nogle andre, der har diabetes. Så man har mulighed for noget erfaringsudveksling ik?

Mathias: Jo...

Lisbeth: Og så bliver de jo også opfordret til at tage kontakt til diabetesforeningen, som jo har en helt masse kurser og tilbud, men det er de ressourcestærke, der benytter sig af det.

Mathias: Ja, det er nemlig det jeg tænkte på at...

Lisbeth: Ja, det kræver noget overskud, og det er derfor vi sådan har sat flere og flere ting i gang i vores regi, for i virkeligheden kunne vi jo bare sige, jamen diabetesforeningen har jo et langt udbud af alt muligt, så bare henvise dem til det. Men det ved vi godt, at de ressourcestærke kommer jo ikke afsted til det.

Mathias: Nej altså, er det resourcesvage...

Lisbeth: Undskyld, de resourcesvage kommer ikke afsted til det, ville jeg selvfølgelig sige. Det kræver jo et vis overskud at planlægge sådan nogle ting på egen hånd.

- Mathias: Ja præcis, og det du refererer til med de der kurser, er det det i... er det jeres foodlab...
- Lisbeth: Ja, det er foodlab for eksempel ja. De kommer alle sammen til noget individuel diætistvejledning, og hos diætisten får de så oplysninger og de forskellige kurser, der kører i foodlab.
- Mathias: Ja...
- Lisbeth: Så vi prøver så vidt muligt at kombinere, at de både har noget individuel rådgivning, men at de også kan komme afsted til noget gruppeundervisning, men for nogle patienter, der fungerer det der gruppeundervisning jo ikke.
- Mathias: Nej, hvilke overvejelser gør i jer for at få inkluderet den lidt sværere gruppe, altså hvilke tiltag kan man tage for at de også bliver inkluderet....
- Lisbeth: Jamen det er jo netop at sørge for, at der også er noget individuel rådgivning, fordi de lidt sværere grupper måske har lidt... på nogle måder kan have det lidt sværere med det der hold og har lidt sværere ved at blive hørt, har måske sværere ved at melde sig, fordi man ikke føler, at man måske kan bidrage på samme måde, som nogle mere ressourcestærke patienter. Omvendt så er det jo for nogle super godt at komme på et hold og møde nogle andre, som har det ligesom en selv. Det kan både være en fordel, men det kan også være en ulempe, hvis man er ressourcevag ik.
- Mathias: Jo.
- Lisbeth: Så kan det selvfølgelig være udfordringer, hvis man også har en anden etnisk baggrund, for så er der helt klart nogle sproglige udfordringer. Jeg ved de arbejder i foodlab på også at udvikle sådanne nogle tilbud til folk med forskellige etniske baggrunde, men der jo selvfølgelig nogle sproglige udfordringer, vi kan jo ikke have fire forskellige tolke stående og simultatolk stående samtidig, altså så bliver det jo et meget dyrt kursus ik?
- Mathias: Jo, det er klart.

- Lisbeth: Så det er klart, at hvis ikke du kan sproget, så hæmmer det hvad vi kan gøre... hvad vi kan tilbyde... Altså kører det på individuel rådgivning, fordi så kan vi gøre det via en telefontolk. Vi prøver også at få startet nogle motionshold for kvinder kun, fordi det jo for nogen jo kan være en barriere og skulle træne sammen med mænd, og så prøver vi netop for at tage hensyn til, at man måske har en anden etnisk baggrund, der gør, at det ikke er velset, at man træner i samme lokale som mænd, og så laver sådan nogle rene kvindekurser ik.
- Mathias: Okay, interessant. Nu snakkede du om, at man for eksempel kunne tage en konsultation over telefonen, er det den primære kommunikationsform, hvis det skal foregå på anden måde end ansigt til ansigt? Er det så over telefonen?
- Lisbeth: Det tror jeg ikke, at jeg sagde. Altså vi gør det primært med fremmøde, vil jeg sige. Telefon er sådan noget, hvis de skal have svar på nogle blodprøver, altså et eller andet opfølgning efter en konsultation, så ringer jeg enten til folk eller også skriver jeg til dem. Men det at jeg skriver til dem, det forudsætter jo også, at de har adgang til E-boks, og det har vi jo rigtig mange patienter... ældre medborgere og anden etniske baggrund eller bare social udsatte, som jo ikke går ind og tjekker deres E-boks.
- Mathias: Er der nogle informationer, der kommer og sundhedsplatformen? Altså minSundhedsplatform?
- Lisbeth: Ja, altså det er jo ikke alle, der er logget på der, så vi kan ikke forudsætte, at folk selv kan gå ind og læse der, så vi agerer ligesom som om, man ikke har adgang til den. Det vil sige, at hvis jeg vil have, at de skal have en eller anden besked, så skal jeg enten ringe til dem... nogle gange ringer jeg jo til deres hjemmesygeplejerske, hvis det er den vej, det går lettest, eller også skriver jeg et brev til dem. Hvis de er frmeldt E-boks, det kan man godt gå op på borgerservice og sige "det kan jeg simpelthen ikke overskue" eller "Jeg har ikke nogen computer", så får du det jo med almindelig sneglepost og med almindeligt brev. Hvis det bare handler om svar på nogle almindelige blodprøver. Det ser fint ud vi skal bare fortsætte behandlingen eller et eller

andet, ikk? Men hvis jeg har lovet dem svar, så skal de jo have en eller anden form for opfølgning.

Mathias: Og så vil det så være fra lægens egen mund det kommer fra?

Lisbeth: Ja. Men så har sygeplejerskerne også, de har et tæt samarbejde med hjemmeplejen f.eks. Hvis der er en eller anden patient der skal starte insulin behandling op, så sørger sygeplejerskerne f.eks. for at der kommer hjemmesygeplejerske og måler et blodsukker og giver dem insulinen. Det er hjemmesygeplejersken der ringer til os og fortæller hvad viser blodsukkeret så hvis vi f.eks. skal vurdere i insulindosis og andet, ikk'. Så vi ligesom kan klare en helt masse uden patienten nødvendigvis skal være meddeleren, hvis patienten ikke har ressourcer til det. Det bedste er at patienten er inddraget, men nogle gange har vi jo nogle der simpelthen ikke kan overskue det og ikke har ressourcerne til at ringe frem og tilbage og give svar på blodsukker og så kan de så klare det ved at kontakte hjemmeplejen.

Mathias: Ja okay. Nu kom jeg så til at tænke på at der er så meget information som man som patient selv kan finde på internettet og gennem alle mulige former for medier. Er det noget i oplever, at folk i højere grad benytter sig af. Altså finder alternativer til den behandling som i står for?

Lisbeth: Ja. De kommer og spørger "nu er der kommet en eller anden artikel i den der gratis omdelt søndagsavisen, og hvad synes du om det her? Skal jeg begynde på det her medicin?" Det er der mange der kommer med, men det er jo ikke som du snakkede om før. Det er jo ikke de resourcesvage der gør det. Det er jo den resourcestærke population, som er inde og google og som har hørt om noget nyt medicin. Det kan også være de har hørt det i fjernsynet, at nu er der et eller andet nyt diabetes medicin på vej, og kan jeg få det. Så ja, det gør de i stigende grad.

Mathias: Opstår der nogle problemer når folk går lidt deres egne veje eller prøver at finde råd til behandling, uden for jeres anvisninger.

Lisbeth: Ja, altså der kan jo ske det, at folk er stoppet med noget medicin som vi har startet dem op på. Eksempel, hver sommer er der en eller anden periode hvor det sådan lidt er agurketid, og der plejer BT f.eks. at køre sådan nogle kampagner hvor de skriver om sundhed og medicin. Og der er næsten altid sådan en kampagne med hvor forfærdeligt det der statinbehandling er. Statin er sådan noget kolesterolsænkende medicin. Og det er jo fuldstændig rigtigt at der er nogle patienter som ikke skal have kolesterolsænkende behandling. Alle mennesker skal jo ikke gå og spise kolesterol medicin, men netop diabetespatienter som har en kæmpe risiko for at få hjertekarsygdomme, der kan det være rigtig fornuftigt at de får behandlingen. Og der har vi lidt en tendens til efter sommerferien at der synes jeg at der er lidt flere der er stoppet med medicinen efter der har kørt sådan en kampagne f.eks. i BT eller Ekstrabladet. Det har kæmpe impact. Det er jo et stort problem for os, for vi er nødt til at sige til patienten at det kan godt være at det står i Ekstrabladet, men lige præcis dig, du har faktisk brug for noget kolesterolsænkende medicin, og det er derfor at vi har startet det op på dig. Så kommer de igen til kontrollen i august-september, efter sommerferien og har læst alle de der artikler, og så er de stoppet.

Mathias: Er det et generelt problem for type 2 patienter. Altså har de sværere ved at opretholde den compliance.

Lisbeth: Jeg tror ikke det er specielt for type 2 diabetes. Jeg tror det kan være svært for patienter der får rigtig meget medicin og se nytten i hvorfor det er jeg får lige dette medicin, og især hvis det er noget der også giver dem bivirkninger. Der er det vores rolle som behandlere at få forklaret godt nok, hvorfor er det jeg synes det er vigtigt du tager lige denne medicin, oven i alle de andre piller du får i forvejen. For nogle kan det lidt flyde sammen, hvad er mod hvad og hvis jeg så føler at jeg har det skidt, måske bare pga. almindelig snue eller

influenza eller sådan noget, så er det jo ikke nødvendigvis pga. bivirkninger, så er det ikke nødvendigvis ensbetydende med at jeg skal stoppe med min medicin. Og det kan være svært for nogle, især måske nogle af de ressourcetsvage, at skelne mellem, hvad for noget medicin... et eller andet vitamin tilskud betyder ikke så meget at jeg holder pause med og hvad er virkelig noget møg at jeg pludselig vælger at stoppe med, sådan fra den ene dag til den anden. Der er noget medicin der kan give nogen nogle frygtelige bivirkninger, hvis man bare stopper sådan overnight.

Mathias: Er der nogle hjælpemidler til patienter til at danne overblik over hvilken type medicin... altså hvad de tager og hvornår de skal tage det og hvorfor de tager det?

Lisbeth: Ja, altså der findes nogle apps. Der findes en der hedder "Min Medicin" bl.a., hvor man dels får nogle påmindelser om at recepten er ved at udløbe på apoteket. Der er forskellige apps som der kan hjælpe med at sætte en alarm, så man husker at tage pillerne. Og så er der jo selvfølgelig de der medicindoseringsæsker. Så der er jo forskellige hjælpemidler til at man kan huske at tage medicinen. Men det er jo vores opgave at forklare dem, hvad er indikationen for de forskellige piller. Og der er overraskende mange der ikke har styr på hvad de får af medicin, og der ikke ved hvorfor de får de forskellige piller og mod hvad. Så er det klart, at hvis man ikke ved hvorfor man tager det, og hvad indikationen er, så er risikoen for at man stoppe med at tage medicinen også ret stor.

Mathias: For at komme lidt tilbage til det med kost og motion, især kost. Der er jo nye kostråd og nye opdagelser på det område nærmest dagligt, med hvilke madvarer der er gode og hvilke der er dårlige, og sådan noget. Hvordan forholder i jer til det? Altså hvilken anbefaling går i ligesom ud fra? Nu tænker jeg på at kartofler har jo både været sunde og usunde, bare inden for det her år nærmest.

Lisbeth: Ja.

Mathias: Hvilket råd, eller hvilke råd er ligesom jeres råd?

Lisbeth: Ja. Altså vi har jo nogle guidelines, som siger også omkring kostenbefalinger. Det man kan sige sådan helt overordnet, det er at for, at man skal spise på en bestemt måde, f.eks. low carb eller high fat, eller alle de der forskellige kombinationer der ligger, så kræver det jo at der er nogle gode studier der viser, at det virker, også ud over et halvt år eller et år. Problemet med rigtig rigtig mange af de kure der kommer på markedet, er jo at der ikke rigtig er noget evidens for at det virker på lang sigt. Så det vores diætister gør er jo ofte at de finder en... Det handler jo grundlæggende om, at hvis man vejer for meget og hvis man har sukkersyge, så skal man have en diæt, hvor der er et mindre antal kalorier i, end det man får i forvejen. Så det er sådan helt grundlæggende budskabet faktisk, og så lige præcis hvor meget af det der skal være kød, altså protein, og hvor meget der skal være fedt og hvor meget der skal være kulhydrat, det ligger der jo i virkeligheden ikke rigtig gode studier for. Så en kur der fungerer godt for den ene bliver med diætisten aftalt, at du kører den her kur, og så er der nogle andre hvor en anden kur fungerer bedre, og så får de lov til at køre det. Men det er klart, der er nogle kure, der er f.eks., det ved jeg ikke om i har hørt om, det dér der hedder KETO-kur.

Mathias: Jo, den kender jeg godt til.

Lisbeth: Det er sådan noget hvor man fuldstændigt udelukker kulhydrater f.eks. det kan være noget problematisk hvis man f.eks. har type 1 diabetes, at fuldstændig udelukke kulhydrater, fordi når man fuldstændig udelukker kulhydrater, så gør det også at folk rigtig ofte er nødt til at skære rigtig meget ned på deres insulinforbrug. Der er jo en nedre grænse for hvor lidt insulin du kan nøjes med, når du har type 1 diabetes, simpelthen fordi du ikke selv laver insulin. Det giver dem en øget risiko for at få syre i blodet. Så der kan nogle af de der kure godt være lidt farlige for dem. Der er det jo vigtigt at vi kommer

ind og vejleder dem og siger til dem, at du ikke bare kan følge sådan en kur og så bare stoppe fuldstændig med din insulinbehandling.

Katrine: Er det også gældende for type 2 diabetikere?

Lisbeth: Det kan det være for nogle, især den der KETO-kur, der er jo nogle, selvom man har haft type 2 diabetes i rigtig mange år, f.eks. 25 år, så har man stort set ingen egen produktion af insulin tilbage, så de fleste af dem, de får faktisk også insulin. De er ikke type 1 diabetikere, men de har sådan en udslukt egen produktion af insulin, og så er de i virkeligheden i samme situation i forhold til KETO-kur. Så vi vil rigtig gerne have at de fortæller os, hvis de går over på sådan en kur, fordi så kan vi jo hjælpe dem og vejlede dem i forhold til deres medicin.

Katrine: Oplever i nogensinde at patienter tilbageholder information, hvis det er at de går imod jeres sundhedsfaglige råd?

Lisbeth: Ja og nej. Problemet er jo at nogle gange vi ikke får spurgt specifikt nok ind til det. Altså hvis jeg spørger "tager du den medicin der står på din medicinliste" og sådan nogle ting og så kan de sige "ja, det gør jeg". Det de så har glemt at fortælle mig er så hvis de er begyndt på et eller andet nyt urtemedicin, eller noget alternativt. Der er jo noget af det der urtemedicin der f.eks. kan påvirke deres lever. Så klør jeg mig i håret, og kan ikke finde ud af hvorfor de lige pludselig har påvirket levertal. Så viser det sig, at de er begyndt at drikke en eller anden kinesisk te, eller sådan noget, men de tænker jo ikke den kinesiske te som medicin, det er jo bare kosttilskud. Så der miskommunikerer vi nogle gange, kan du følge mig i det?

Katrine: Ja, sagtens.

Lisbeth: Så jeg tror nødvendigvis ikke at det altid er sådan at de bevidst tilbageholder oplysninger, og tænker "nu bliver Lisbeth sur, hvis jeg er begyndt på noget

som hun synes er alternativt”, de tænker simpelthen ikke på det som medicin. Fordi hver gang man tager et eller andet kosttilskud kan det jo have noget interaktion med noget af det andet medicin, hvor det simpelthen gør at det virker dårligere eller det kan give nogle bivirkninger.

Mathias: Og jeg går ud fra at det også er primært er mere ressourcestærke patienter som selv opsøger alternativer?

Lisbeth: Det synes jo jeg endeligt er meget bredt. men ja, der er dels en gruppe af nogle ressourcestærke, men der er jo også nogen som er ressource svage som har svært ved at forstå ved det er vi gøre i sundhedsvæsenet, og hvorfor vi gør det. Og vi er ikke altid gode nok til at forklare dem hvorfor de skal tage det medicin som jeg skriver ud på recepten. Og så fravælger de det, og så har de en veninde der har prøvet et eller andet, kosttilskud man kan købe i en alternativ forretning, og så bruger de det i stedet for. Og har måske en større tiltro til venindens ord, end til mine ord som læge. Det vægter lige højt, og så kan det være at hun vælger venindens råd, og stopper alt sin diabetes medicin, og blodtryksmedicin og kolesterolmedicin. Så det er begge grupper vi kan se, gør det.

Mathias: Er det også er også et spørgsmål om ressourcer, det med at have tillid til lægen? Oplever man det i højere grad hvis man er mere ressourcestærk, eller er det svært at sige noget om?

Lisbeth: Det kan være svært sådan endegyldigt at sige, men der er jo nok sige at generelt i vores samfund er der kommet en generel skepsis mod ekspertdommet og ekspertvældet ikke? Alle er deres egen bedste læge eller rådgiver. Det glæder jo inden for alt muligt. Man stiller spørgsmål ved autoriteter. Det er jo super godt ved det danske samfund, at vi ikke bare tror blindt på autoriteter, men nogle gange kan man også sætte så meget spørgsmålstejn ved det, så man vælger en alternativt behandling i stedet for at følge sin kræftbehandling, og så ender det jo med at man dør, fordi man så

spiser urter i stedet for at tage sin kemoterapi. Så det er nok en generel tendens der er i samfundet. Men igen er der også lidt en sammenhæng mellem social baggrund og uddannelsesniveau, i forhold til hvor meget man tyer til eksempelvis alternative medicin, frem for den konventionelle medicin.

Katrine: Kan du prøve at uddybe det? altså er det folk med højere uddannelsesniveau som tyer til urtemedicin eller omvendt?

Lisbeth: Det har jeg ikke noget statistik for. Det kan jeg ikke sige endegyldigt. Altså vi ser det i alle grupper, men medicin compliance, altså det at man får taget medicinen til tiden, og man får taget den rigtige medicin og så videre. Det er der jo mange undersøgelser der har vist er afhængige af uddannelsesniveau og socialt niveau. Og jo lavere social status, jo lavere uddannelsesniveau du har, jo svære er det ofte at følge og have medicin compliance. Måske fordi man ikke altid har forstået hvorfor det er at man skal tage de her piller. Og så forstår jeg da godt at motivationen for at tage dem er særligt stor.

Mathias: Og jeg går ud fra, at det også er derfor i opfordrer til at man kan tage pårørende med, så man er flere med inde til de her konsultationer.

Lisbeth: Helt sikkert. nogle beder vi om "Kan du ikke godt tage din kone med, eller et eller andet næste gang". Fordi jeg godt kan hører at det er lidt svært at forstå, måske. Hvad det er der foregår. Og det handler ikke nødvendigvis om etnicitet, altså det handler ikke om en sprogbarrierer, det handler også om en forståelsesbarrier. Så har vi jo også mange gamle, altså ældre mennesker. Og der er det sådan noget med at hører ordentligt hvad vi får sagt. Altså at de simplethen hører dårligt. Så de ikke opfatter eller tør sige "Ved du hvad? jeg har faktisk ikke kunne hører hvad det var du sagde. gider du ikke lige at gentage det?" Der skal alligevel lidt mod til at sige det.

Mathias: Jeg har ikke flere spørgsmål

Katrine: Det har jeg faktisk. Jeg synes at det er en ret interessant samtale det her i forhold til [vores projekt]. Jeg ikke hvor meget du ved om det her projekt, fordi det her projekt handler om at vi skal konstruerer og designe noget. Og vi har på baggrund taget baggrund i nogle cases, hvor at vi har fulgt deres forløb, og noget af det har vi fra andet empiri i andre afhandlinger, og så har vi også selv været ude og foretage 2 interviews. Og det vi står nu og kan se nogle gennemgående problematikker i, det er netop det som du også adresser her, altså mangel på information. Vi har nogle patienter som går mod lægefaglige råd, og nogle patienter som tager behandlingsforløbet i egen hånd, nogle andre som følger det til punkt og prikke. Der er stor diversitet i forhold til hvordan de vælger at tage deres behandlingsforløb. Og der er selvfølgelig flere problemstillinger inden for det, men det vi står med i et produkt nu, det er en ide til et værktøj til at videregive den information på bedst mulig vis. så vi står lidt med en applikation som vil kunne, både have sådan en "Min side", hvor der netop er information om medicin. Der kunne være en anden funktion hvor man kan følge sin udvikling i sygdomsforløbet, men så i høj grad også en bedre kommunikation skille mellem lægefagligt personale og patienten selv. Og en videnspost, som kan være skræddersyet til den enkelte patient ud fra hvad det er for en type behandlingsforløb patienten står med. Så man netop undgår at der bliver søgt til relevant viden. Netop så patienten lære at forstå at være tilfælde af diabetes kan variere fra patient til patient, og dermed også behovene. I den forbindelse kunne vi bare godt tænke os hører om du også finder det relevant, med den korte beskrivelse af sådan et produkt. om det kunne være aktuelt på markedet?

Lisbeth: Ja, jeg ved at findes, det er så for en helt anden kategori, det er gravide med diabetes. Der findes en rigtig god app som det i virkeligheden er gravid der på et tidspunkt har udviklet fordi hun så på et tidspunkt har været gravid med diabetes. Som jeg ved er rigtig populær hvor der så også er nogle behandler ind over, for at sikre sig at det der står i appen også er korrekt. De gravide er selvfølgelig en lidt speciel gruppe fordi det er nogen som virkelig søger information Og som er top motiveret, så det er sådan lidt en anden kategori

Men det er netop det samme, hvor de har det sådan at der også er en vidensbank og beskrivelse af forløb, og hvorfor får man det forskellige medicin og til hvilken indikation og sådan noget. Den kunne i måske kigge på. Bare som inspiration, jeg ved godt det er lidt til en anden kategori af patienter end det i beskæftiger jer med. Men ellers synes jeg at det lyder som en god ide. Har i snakket med diabetes foreningen? Hvad de har?

Katrine: Vi har været inde og undersøge de 3 forskellige apps. Men vi har udover det også lavet en undersøgelse af, igen også en undersøgelse der ligger op til mange forskellige problemstillinger. Det er faktisk kun en 1/3 af diabetes patienter som anvender de apps, og ud af den 1/3 er det kun en 1/3 del af dem som bliver ved med at bruge de apps efter 3 måneder.

Lisbeth: Hvad er det for nogle apps? Er det de der kulhydrats tællings app og sådan nogen?

Katrine: Ja der er en af dem, og så er den en anden app som er sådan en kalender app, som planlægger behandling bedre. Og så var der en tredje app, jeg kan ikke huske hvad den hedder, for den blev lukket ned Der var ikke brugere nok.

Lisbeth: I skal være opmærksomme på at den der kulhydrattællings app, den er jo primær til type 1. Altså du har ikke brug for at tælle kulhydrater på den måde hvis du er type 2 patient. Så det kan også være en grund til at der ikke er så mange der bruger den. At den simpelthen er relevant for en meget specifik gruppe. Men det der også nogle gange er herdelen, det er jo at den gruppe vi har rigtig svært ved at nå, dem skal vi nå på nogle andre måder end at de for eksempel skal læse en helt masse. For det er det der er svært. Altså så tænker vi rigtig akademisk "så laver vi sådan en vidensbank, så kan man gå der ind og søge og sådan noget". Hvad nu hvis man ikke bryder sig om at læse? Vi har måske også en eller anden barrierer i forhold til at det er nogle mennesker som agerer på en helt anden måde end det vi er vant til i behandlersystemet.

Katrine: Hvad nu hvis man så kunne sige at en af de videre udviklinger vi så kunne lave til den modellering vi står med nu, er at der kunne være nogle videoer eller illustrationer som kunne forklare dem bedre?

Lisbeth: Det tror jeg faktisk også kunne være en tilgang, fordi så fanger du nogle af dem. For ligegyldig hvor let læseligt du forsøger at lave det, så bare det der er en lang tekst, det er barrierer nok. Altså hvis nu man er lidt ordblind eller sådan noget, så kan det jo være rigtig svært. Især fordi der er måske nogen i den gruppe som, du kan sagtens være ordblind og det er ikke noget problem, men du tilhører måske en gruppe hvor der aldrig rigtig er blevet taget hensyn til din ordblindhed, og aldrig rigtig har fået nogle af de redskaber som man jo kan få til at hjælpe med ordblindhed. Men ja, det tror jeg, sådan lidt mere illustrativt i virkeligheden, det tror jeg vi mangler lidt faktisk. Det kunne være spændende.

Katrine: Jeg har faktisk heller ikke mere.

Vi afslutter her interviewet, og takker Lisbeth for hendes hjælp.