

Fremtidens patient

forløb

*Erfaringer og anbefalinger
fra projekt SmartClinic til
omlægning af ambulante
forløb*



Fremtidens patientforløb

**Erfaringer og anbefalinger fra projekt
SmartClinic til omlægning af ambulante forløb**



Interreg



Medfinansieret af
Den Europæiske Union

Öresund-Kattegat-Skagerrak

Kolofon

Fremtidens patientforløb: Erfaringer og anbefalinger fra projekt SmartClinic til omlægning af ambulante forløb

1.udgave, 1.oplag 2026

Tryk: Forskningsenheden i Staben
ISBN: 978-87-977531-0-1

Design: Ida Munch

Forfattere: Anne Nistrup, Maria Schmidt, Mette Bierbum Bacher, Camilla Ida Ravn-bøl og Maja Schøler

Tak til bidragsydere:

Lunds Universitet: Sanjib Saha
Sjællands Universitetshospital, sygehusledelsen: Morten Ziebell
Sjællands Universitetshospital, Medicinsk afdeling: Ole Hamberg m.fl.
Skånes universitetssjukhus, Mag- og tarm-

mottagning: Olof Grip m.fl.
Visikon: Anders Nejsum

Kilder citeret i bogen er anonymiseret under pseudonym, medmindre deres fulde navn er angivet. Kildernes rigtige navne er af redaktionen bekendt.

Reference: Bogen kan refereres og gengives med kildehenvisning

Kontakt: Forskningsenheden i Staben
på Sjællands Universitetshospital
v/ enhedschef Søren Tvilsted

www.forskning.eu

Lykkebækvej 2
4600 Køge

Projekt SmartClinic er støttet med midler af Interreg Øresund-Kattegat-Skagerrak

Indhold

8	Forord
10	Formål med hvidbogen
11	Baggrund
14	Formål og organisering
16	Metode
19	Introduktion til SmartClinic-modellen
22	Første princip: Klar kommunikation
23	Patientuddannelse
25	Forståelse af patientforløbet
27	Kommunikation mellem sundhedspersonale
28	Andet princip: Systematisk brugerinddragelse
29	Patientinddragelse
30	Tryghed og relationer

33	Medarbejderinddragelse	53	Patienternes erfaringer
34	Tredje princip: Digitale sundheds kompetencer	54	Sundhedsøkonomiske perspektiver
34	Digital omsorg	55	Samlet læring fra SmartClinic
36	Digitale kompetencer	59	Centrale anbefalinger til sundheds- væsenet
38	Lige adgang til digital sundhed	60	Anbefalinger til ledelse
40	Fjerde princip: Ledelse og organisatorisk forankring	61	Anbefalinger til klinisk praksis
41	Behovsstyret ambulatoriedrift	62	Anbefalinger til arbejdet med systematisk brugerinddragelse
43	Ledelsesforankring	64	Brugerpanelets anbefalinger til sundhedspersonalet
44	Kultur og implementering	66	Fremtidige perspektiver
47	Case: Patient i biologisk behandling	68	Referencer
49	Erfaringer fra projekt SmartClinic	69	Projektpartnere
51	Organisatoriske erfaringer		
52	Kliniske erfaringer		

Forord

Vi står midt i en af de største omstillinger af sundhedsvæsenet i nyere tid. Fremtidens sundhedsvæsen skal ikke måles på mængden af aktivitet inden for hospitalets mure, men på den værdi og sundhed, vi skaber for borgerne i deres hverdag. Målet er et sundhedsvæsen, hvor patienter oplever større sammenhæng, mere relevans og bedre muligheder for at få den rette hjælp på det rette tidspunkt.

Udviklingen af ambulatoriedriften er et tydeligt udtryk for denne transformation. Den udfordrer etablerede arbejdsgange og roller, men åbner samtidig for nye muligheder for at organisere og levere behandling, så ressourcerne anvendes bedre, og patienternes behov bliver det naturlige omdrejningspunkt.

Vi står over for en omfattende implementeringsopgave. Hvis vi skal lykkes med at skabe plads til flere patienter med reelle behandlingsbehov, må vi turde gøre mindre af det, der ikke skaber værdi. Det gælder især de rutinemæssige kontroller. Vi bør i højere grad spørge os selv, hvornår vi skaber mest sundhed for patienten, og hvordan patienterne kan få større indflydelse på, hvornår de har behov for kontakt med hospitalet.

Denne hvidbog samler erfaringer, resultater og centrale læringspunkter fra de danske og svenske projektpartnere, der har deltaget i EU Interreg SmartClinic projektet.

”Hvorfor holder vi vores kontroller i ambulatorierne i dag? Er det virkelig for patienternes skyld? Hvor meget sundhed rykker vi ved det? (...) Vi sætter alt for mange hakker, bare for at gøre det. Og ikke fordi vi i sidste ende egentlig helt har tænkt over, hvordan vi rykker sundhed”

- Morten Ziebell, Vicedirektør

Erfaringerne viser, at en mere behovsstyret ambulatoriedrift ikke alene er mulig, men også rummer et væsentligt potentiale for at styrke kvaliteten, patientoplevelsen og anvendelsen af sundhedsvæsenets ressourcer.

Jeg håber, at hvidbogen kan inspirere ledere, medarbejdere og beslutningstagere til at fortsætte udviklingen af et sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i patienternes behov og skaber større værdi for patienter, medarbejdere og samfund.

God læselyst.

Morten Ziebell

Vicedirektør, Sjællands Universitetshospital

Formål med hvidbogen

Denne hvidbog samler erfaringer og læringer fra EU Interreg-projektet SmartClinic og fungerer som et inspirations- og implementeringsværktøj for ledere, klinikere og beslutningstagere, der ønsker at gentænke organiseringen af ambulante patientforløb for mennesker med kronisk sygdom.

Hvidbogen beskriver udviklingen, implementeringen og evalueringen af en **generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb**.

Med afsæt i forskning, klinisk praksis og patienternes egne erfaringer præsenteres projektets centrale indsigter, erfaringer og anbefalinger til, hvordan modellen kan tilpasses og implementeres i andre afdelinger, specialer og sundhedssystemer.

Ambitionen er at inspirere til en ny måde at organisere ambulante patientforløb på, hvor opfølgning, behandling og kontakt tilpasses patienternes aktuelle behov, samtidig med at de sundhedsfaglige ressourcer anvendes, hvor de skaber størst værdi.

Baggrund

Sundhedsvæsenet står over for en grundlæggende udfordring. Antallet af mennesker med kronisk sygdom er stigende, og denne patientgruppe lægger beslag på en stor del af sundhedsvæsenets ressourcer. Samtidig oplever mange hospitaler et voksende pres på de ambulante klinikker med flere patienter, længere ventetider og begrænset kapacitet.

Den traditionelle organisering af ambulante patientforløb bygger i høj grad på planlagte kontrolbesøg med faste intervaller. Selvom denne tilgang har sikret kontinuitet i behandlingen, tager den ikke altid højde for, at patienternes behov varierer over tid. I praksis betyder det, at patienter med stabil sygdom ofte møder til rutinemæssige kontroller selv om der ikke er behov for ændringer i behandlingen, mens patienter med opblussen i sygdom kan opleve ventetid på vurdering og behandling.

Projekt SmartClinic blev igangsat for at undersøge, hvordan ambulante patientforløb kan organiseres anderledes, så opfølgning, behandling og kontakt i højere grad tager udgangspunkt i patienternes aktuelle behov frem for faste kontrolintervaller.



Formål og organisering

Projekt SmartClinic havde til formål at udvikle, implementere og evaluere en **generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb**.

Projektet tog udgangspunkt i patienter med inflammatorisk tarmsygdom (Inflammatory Bowel Disease, kaldet IBD), som kræver livslang opfølgning, men hvor sygdomsaktiviteten varierer betydeligt over tid. Mange patienter lever i lange perioder med stabil sygdom, mens andre har behov for hurtig adgang til specialiseret vurdering og behandling ved opblussen. IBD udgjorde derfor en velegnet ramme for at udvikle og afprøve en ny måde at organisere ambulante patientforløb på.

Projektet undersøgte, hvordan patienter med stabil sygdom kunne følges gennem

digitale kontrolforløb med selvmonitorering og patientuddannelse (**Clinic Online**), mens patienter med behov for vurdering og behandling fik hurtigere adgang til klinikken (**Clinic on Demand**). Målet var at skabe mere fleksible patientforløb, styrke patienternes rolle i egen behandling og samtidig anvende de kliniske ressourcer dér, hvor behovet var størst.

SmartClinic blev gennemført som et dansk-svensk samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital, Skånes universitetssjukhus, Lunds Universitet og virksomheden Visikon i perioden august 2023 til august 2026. På Skånes universitetssjukhus i Sverige blev SmartClinic gennemført på Mag- og tarmmottagningen, som et forskningsprojekt med ca. 1300 IBD-patienter, der enten indgik i et SmartClinic-forløb

eller modtog traditionel behandling (som kontrolgruppe). I Danmark blev projektet gennemført på Ambulatoriet for Medicinske Mave- og Tarmsygdomme på Sjællands Universitetshospital, som et udviklings- og kvalitetsprojekt med fokus på implementering.

Projektet kombinerede derved forskning, klinisk udvikling, digital innovation og systematisk brugerinddragelse med det formål at udvikle og afprøve en generisk model, der kan tilpasses og implementeres på tværs af hospitaler, specialer og lande.

En central del af projektet var etableringen af to brugerpaneler med IBD-patienter fra Danmark og Sverige. Gennem hele projektperioden bidrog panelerne med erfaringer, ønsker og perspektiver på livet med kronisk sygdom og var med til løbende at kvalificere udviklingen af modellen, patientinformation, de digitale løsninger og de nye arbejdsgange.

Fakta om Inflammatorisk tarmsygdom (IBD):

Ca. 1 % af befolkningen i Danmark og Sverige lever med IBD

Forekomsten er stigende, og IBD kræver ofte livslang opfølgning.

Patientgruppen kan overordnet opdeles i to hovedgrupper:

1) Stabile patienter uden opblussen i sygdom

2) Patienter med opblussen i sygdommen. Denne variation gør patientgruppen velegnet til afprøvning af behovsstyrede forløb.

På baggrund af projektets samlede erfaringer blev der udviklet en generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb. Denne model omtales i hvidbogen som SmartClinic-modellen.

Metode

Projektet har anvendt en iterativ og brugerinddragende tilgang, hvor udvikling, afprøvning, evaluering og tilpasning er foregået løbende gennem hele projektperioden. Metoden bygger på et tæt samarbejde mellem patienter, sundhedspersonale, forskere, ledelser og private virksomheder for at sikre, at løsningerne er både fagligt relevante, organisatorisk bæredygtige og anvendelige i praksis.

Metoden bestod af fem centrale elementer:

Tværregionalt samarbejde: Projektet blev gennemført i tæt samarbejde med løbende erfaringsudveksling om arbejdsgange, organisering og digitale løsninger. Forskelle og ligheder på tværs af de to hospitaler har bidraget til en robust, generisk model.

Organisatorisk udvikling og implementering: Nye arbejdsgange er udviklet og afprøvet i praksis. Samlet har projektet skabt ny viden om fleksibel og behovsstyret ambulatoriedrift.

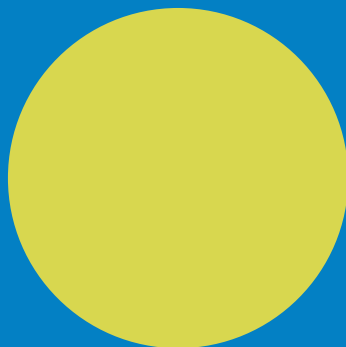
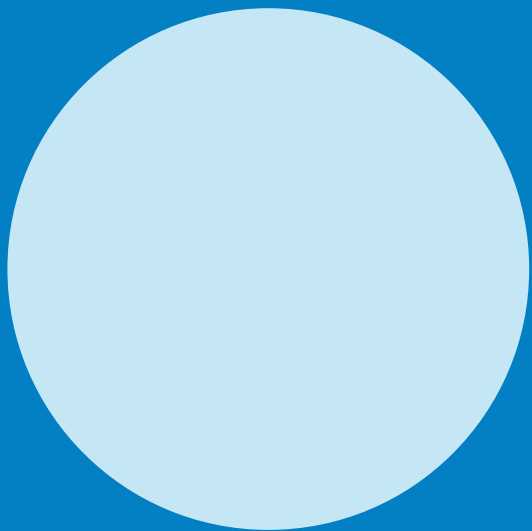
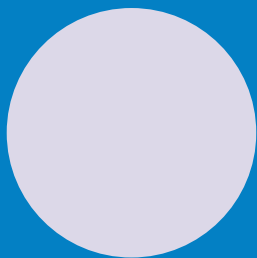
Kvalitative analyser: Data er indsamlet gennem semistrukturerede interviews og fokusgruppeinterviews med patienter, personale, brugerpanel og ledelse. Materialet er baseret på 26 patient-

interviews fra Sjællands Universitetshospital (i alderen 30 – 80 år), hvoraf otte interviews blev gennemført med patienter fra Reumatologisk Afdeling. Derudover blev der gennemført tre fokusgruppeinterviews med brugerpanelet samt fem fokusgruppeinterviews med sygeplejersker, sekretærer og speciallæger. Der er også foretaget tre semistrukturerede interviews med ledelsesrepræsentanter på henholdsvis afdelings- og sygehusledelsesniveau. Tematisk analyse har afdækket oplevelser, barrierer og implementeringsmuligheder.

Udvikling og afprøvning af digitale løsninger: Appen *Min IBD-behandling* blev

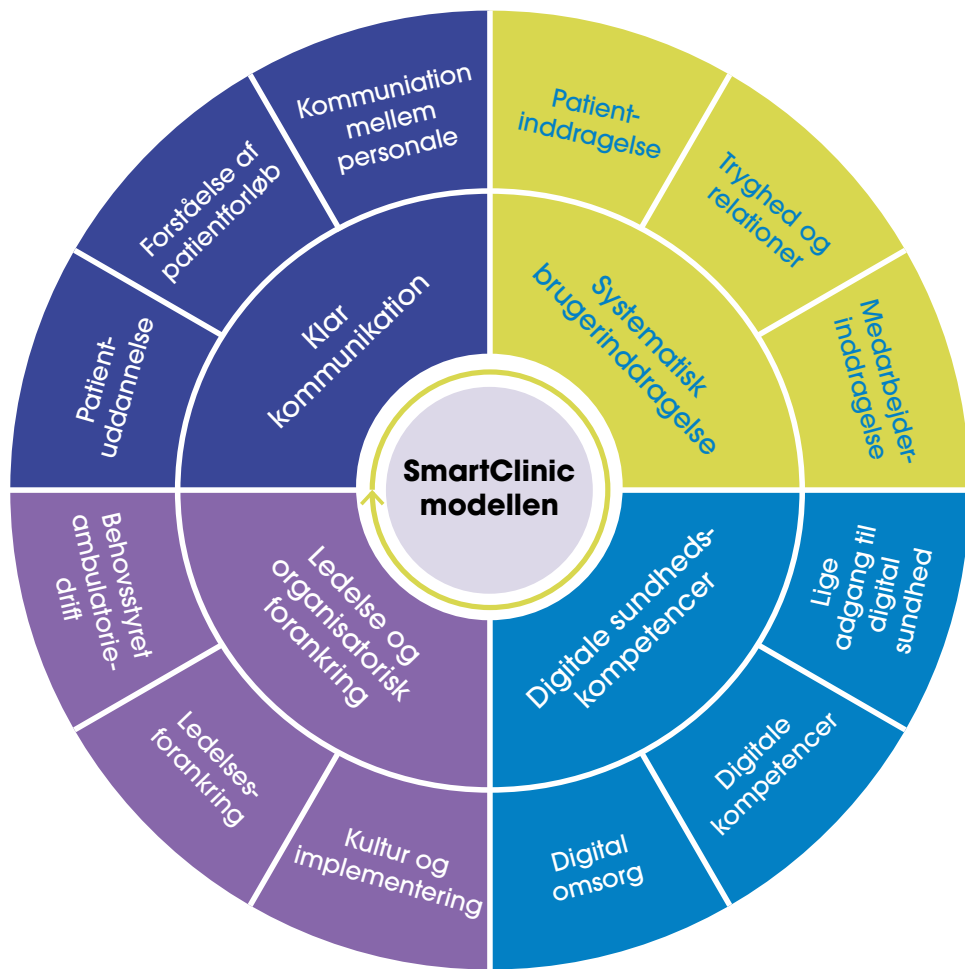
udviklet af virksomheden Visikon og videreudviklet gennem projektet på baggrund af erfaringer og feedback fra patienter og sundhedspersonale.

Brugerinddragelse: Et udvalg af patienter har aktivt deltaget i brugerpaneler på både dansk og svensk side (henholdsvis 17 og 6 deltagere), som blev faciliteret af projektpartnerne gennem workshops og gruppeinterviews. Panelerne bidrog løbende med erfaringer og feedback på patientforløb, kommunikation og digitale løsninger, herunder udviklingen af appen *Min IBD-behandling*, patientrettet informationsmateriale og SmartClinic-modellen.





Introduktion til SmartClinic-modellen



Introduktion til SmartClinic-modellen

SmartClinic-modellen er en generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb. Modellen bygger på, at patienters behov ændrer sig over tid, og at opfølgning, behandling og kontakt derfor skal tilpasses den enkelte patients aktuelle sygdomsaktivitet, livssituation og forudsætninger.

Patienter med stabil sygdom kan følges digitalt gennem **Clinic Online**, mens patienter med behov for hurtig vurdering og behandling tilbydes **Clinic on Demand**. De to forløb udgør tilsammen en fleksibel model, hvor patienterne får den rette opfølgning på det rette tidspunkt, samtidig med at de sundhedsfaglige ressourcer anvendes, hvor de skaber størst værdi.

Modellen bygger på fire gennemgående

principper, som tilsammen danner rammen for udvikling, implementering og forankring af behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb. Principperne udspringer af projektets forskning, kliniske erfaringer og systematiske brugerinddragelse og beskriver de områder, som viste sig at være afgørende for at lykkes med modellen i praksis.

Hvert princip udfoldes gennem en række centrale fokusområder, som beskriver de elementer, organisationer bør arbejde med, når modellen omsættes til klinisk praksis:

1. Klar kommunikation
2. Systematisk brugerinddragelse
3. Digitale sundhedskompetencer
4. Ledelse og organisatorisk forankring

Første princip:

Klar kommunikation

Klar og præcis kommunikation er en grundlæggende forudsætning for behovs-styrede patientforløb. Når patienter ikke længere følger et traditionelt forløb med faste ambulante kontroller, bliver det afgørende, at både patienter og sundhedspersonale har en fælles forståelse af, hvordan forløbet er organiseret, og hvad der forventes af patienterne.

Erfaringerne fra SmartClinic viser, at det ikke er tilstrækkeligt at informere én gang. Større ændringer i patientforløb kræver løbende og gentagen kommunikation, og information bør så vidt muligt gives både skriftligt og mundtligt. Patienterne skal blandt andet vide, hvad overgangen til det nye forløb betyder, hvad de selv skal gøre, og hvordan og hvornår de kan få

kontakt med ambulatoriet. Samtidig skal sundhedspersonalet have en fælles forståelse af de nye arbejdsgange og ansvarsområder.

Uklar eller uens kommunikation kan skabe usikkerhed hos både patienter og personale og gøre implementeringen af nye patientforløb vanskelig. Kommunikation handler derfor ikke alene om at formidle information, men også om at skabe forståelse, tryghed og fælles retning.

Derfor bygger SmartClinic-modellen på tre centrale fokusområder for tydelig kommunikation:

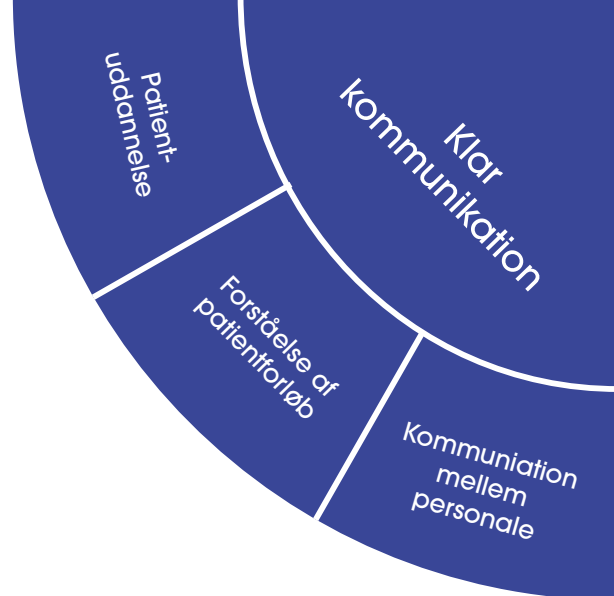
- Patientuddannelse
- Forståelse af patientforløbet
- Kommunikation mellem personale

Patientuddannelse

Patientuddannelse er en grundlæggende forudsætning for behovsstyrede patientforløb. Når opfølgningen i højere grad tilpasses patientens aktuelle behov frem for faste kontrolbesøg, bliver patientens forståelse af egen sygdom og behandlingsforløb endnu vigtigere.

Patientuddannelse skal give patienterne de nødvendige sundhedskompetencer til at forstå deres sygdom, genkende tegn på ændringer i sygdomsaktiviteten og vide, hvornår og hvordan de skal reagere. Det omfatter både viden om sygdom og behandling samt støtte til at anvende de digitale redskaber, der indgår i patientforløbet.

Patientinformationen i SmartClinic er udviklet efter en Health Literacy by Design-tilgang, hvor patienternes sundhedskompetence styrkes gennem en narrativ struktur, letforståelig visuel formidling og tydelige handlingsanvisninger. Tilgangen er relevant for alle patienter, da næsten fire ud af ti danskere oplever vanskeligheder med at finde, forstå, vurdere eller



”Det har været spændende at være med til at lave en on-demand-klinik, hvor vi har uddannet patienterne til at kunne være derhjemme, men også kunne sige til, når det var, at de har brug for noget lægefagligt eller sygeplejefagligt” (Sygeplejerske, Hanne)

anvende sundhedsinformation (Svendsen et al., 2020). Utilstrækkelig forståelse kan svække egenomsorg og rettidig handling og er forbundet med dårligere helbredsresultater, flere indlæggelser og højere omkostninger.

SmartClinic-projektet har gennem appen *Min IBD-behandling* fokuseret på patientuddannelse ved at omsætte kompleks viden om IBD, behandling og patientforløb til korte narrative tegnefilm i et enkelt sprog, med visuelle forklaringer og klare handlingsanvisninger.

Formålet er ikke alene at informere, men at gøre patienterne i stand til bedre at forstå deres sygdom, genkende relevante ændringer og vide hvornår og hvordan de skal reagere. Den visuelle formidling er udviklet og kvalificeret gennem løbende brugerinddragelse, så informationen tager udgangspunkt i patienternes spørgsmål, erfaringer og forskellige forudsætninger.

Erfaringerne fra SmartClinic viser, at patientuddannelse er en løbende proces og ikke en engangsindsats. Patienternes behov for information og støtte ændrer sig over tid og varierer afhængigt af syg-

domsaktivitet, erfaring med sygdommen og den enkelte patients ressourcer. Særligt ved overgangen til behovsstyrede og digitale patientforløb er det afgørende, at patienterne føler sig rustet til at tage aktiv del i monitoreringen af deres sygdom og ved, hvornår de skal reagere på ændringer i deres tilstand.

Patientuddannelse handler derfor ikke alene om at formidle viden, men om at styrke patienternes forudsætninger for at mestre deres sygdom og deltage aktivt i eget behandlingsforløb.

Forståelse af patientforløbet

Behovsstyrede patientforløb bygger på, at patienterne har en klar forståelse af, hvordan deres behandlingsforløb er organiseret. Når faste ambulante kontroller



erstattes af en mere fleksibel opfølgning, er det afgørende, at patienterne ved, hvilken type forløb de er tilknyttet, hvad de kan forvente af ambulatoriet, og hvornår de selv skal tage kontakt.

Patienterne bør derfor have en tydelig forståelse af:

- Hvilken type patientforløb de er tilknyttet, og hvornår de eventuelt overgår mellem digital opfølgning og behovsstyret kontakt i ambulatoriet.
- Hvordan kontakten til ambulatoriet foregår, og hvornår de selv skal reagere på ændringer i deres sygdom.
- Hvornår og hvordan ambulatoriet følger op og tager initiativ til kontakt.

"Jeg har jo kigget den der app igennem. Og der var sådan en ting, hvor jeg undrede mig over, at der stod det der med årlige blodprøver. Jeg får ikke nogen indkaldelse til årlige blodprøver" (Patient, Bent)

Bent beskriver en situation, hvor informationen i patientmaterialet ikke stemmer overens med den praksis, han oplever i sit behandlingsforløb. Det illustrerer, at selv mindre uoverensstemmelser kan skabe tvivl om, hvordan forløbet fungerer, og hvad patienten kan forvente.

Erfaringerne fra SmartClinic viser derfor, at information om patientforløbet skal være tydelig, sammenhængende og opdateret på tværs af alle kommunikationskanaler. Når patienter møder de samme budskaber – uanset om de får information mundtligt, digitalt eller skriftligt – styrkes både deres forståelse af forløbet og deres tryghed i den behovsstyrede opfølgning.

Kommunikation mellem sundhedspersonale

Behovsstyrede patientforløb stiller nye krav til samarbejdet mellem sundhedspersonale. Når patienternes opfølgning ikke længere følger faste rutiner, er det afgørende, at alle medarbejdere har en fælles forståelse af de nye arbejdsgange og formidler de samme budskaber til patienterne.

Kommunikation skal derfor understøtte en fælles praksis på tværs af faggrupper og sikre klarhed om:

- De nye arbejdsgange og ansvarsfordelingen.
- Kriterier for opfølgning og overgangen mellem digital og fysisk opfølgning.
- En ensartet og patientrettet kommunikation på tværs af faggrupper.
- Løbende koordinering, videndeling og erfaringsudveksling.

"Man havde hørt om det i lang tid, men så lige pludselig 'fra næste måned, så er det sådan her'. Så har man måske nogle gange ret kort tid til at få informeret alle og lavet nogle dokumenter og sådan (...). Det måtte godt have været skåret mere ud i pap. Man kunne godt have gået det igennem. Altså hvor vi sad herinde, for eksempel i vores lille gruppe" (Sygeplejerske, Katja)

Katjas oplevelse illustrerer, at implementeringen af nye arbejdsgange ikke alene afhænger af, at beslutninger træffes, men også af, hvordan de kommunikeres.

Erfaringerne fra SmartClinic viser, at tidlig inddragelse, løbende dialog og fælles gennemgang af nye arbejdsgange bidrager til en fælles forståelse og gør det lettere at omsætte ændringerne til den daglige kliniske praksis.

Andet princip:

Systematisk brugerinddragelse

Systematisk brugerinddragelse er en integreret og kontinuerlig del af modellen og omfatter både patienter og sundhedspersonale. Formålet er at sikre, at løsninger og arbejdsgange er relevante og kan anvendes meningsfuldt i praksis.

Inddragelsen sker struktureret og løbende gennem hele udviklings- og implementeringsprocessen, fx via:

- Brugerpaneler
- Systematisk indsamling af feedback fra patienter og personale
- Test og afprøvning af nye løsninger i praksis (pilotforløb)
- Inddragelse i justering og videreudvikling af arbejdsgange og digitale løsninger

SmartClinic peger på tre centrale fokusområder, som understøtter systematisk brugerinddragelse:

- Patientinddragelse
- Tryghed og relationer
- Medarbejderinddragelse

Patientinddragelse

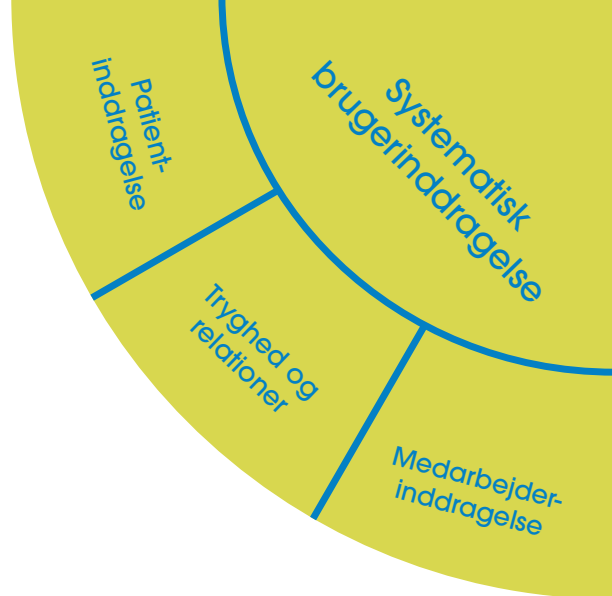
Brugerinddragelse har været en grundsten i SmartClinic og erfaringer viser, at meningsfuld brugerinddragelse forudsætter trygge rammer, en stabil gruppe, uformelle omgivelser og en professionel facilitering, som både skaber plads til erfaringsudveksling og konkret projektarbejde.

Flere deltagere i SmartClinics danske brugerpanel fremhævede værdien af at møde andre med samme sygdom og dele erfaringer om både behandling og hverdagsliv. For mange var det første gang, de indgik i et fællesskab med andre patienter med inflammatorisk tarmsygdom. Særligt vigtigt er, at rammerne gør det muligt at dele erfaringer om en ofte tabubelagt

sygdom præget af ensomhed.

Brugerpanelerne bidrog blandt andet til udviklingen af informationsmateriale og appen *Min IBD-behandling*, og flere deltagere beskrev det som motiverende at kunne se deres input blive anvendt i praksis:

"Jeg har også kunne se, når jeg venter i



venteværelset, at der ligger papirer man har været med til at udvikle. Det er sjovt at se, at det hele nu bliver brugt i klinikken” (Patient, Flemming)

En vigtig erfaring fra SmartClinic er, at meningsfuld brugerinddragelse kræver en aktiv og inkluderende indsats med særlige hensyn til sårbare deltagere. Dog fremhæves det af en deltager, at brugerinddragelse bør ske dér, hvor patienternes erfaringer kan bidrage meningsfuldt i udviklingen af tilbud, information og løsninger: ”Hvis det giver mening, så er det vigtigt med brugerinddragelse. Der er også ting vi ikke skal inddrages i, fordi vi er jo patienter og ikke behandlere. I dette projekt hvor vi har givet input til en bedre app og teksten i de forskellige pjecer, har det givet mening fordi det er os, som er modtagere af den type materiale” (Patient, Maria)

Mange patienter fra de individuelle interviews gengiver også, at de oplever

at føle sig inddraget, når de selv er med til at tilrettelægge deres forløb og er blevet inddraget i beslutningen om at overgå til online kontrol. Flere fortæller, at de selv er kommet med forslaget om at blive fulgt online eller telefonisk, eller er blevet inddraget i beslutningerne om tilpasninger i medicindoseringer og kontrolintervaller. Som en patient fortæller: “Men det plejer vi at aftale hver gang (..) og hvornår vi sætter det (kontrollen) ind til næste gang” (Patient, Søren)

Samlet peger erfaringerne på, at systematisk brugerinddragelse styrker både kvaliteten af løsningerne og patienternes oplevelse af medbestemmelse og ejerskab.

Tryghed og relationer

Flere af patienterne oplevede at have være tilknyttet én fast læge, og at det var særligt givende, idet de ikke skulle ”starte forfra hver gang”, som flere af patienterne

udtrykte det. For nogle af patienterne er det især vigtigt med en fast læge, efter de er overgået til online eller telefonisk kontrol, fordi de stadig føler de "kender" lægen og relationen bevares, selvom de ikke ses fysisk.

Patienterne fra de individuelle interviews udtrykker tryghed ved, at de kan kontakte afdelingen hurtigt ved behov, og at de generelt oplever at få hurtig hjælp enten fra sygeplejersken eller lægen alt efter karakteren af udbruddet. Forudsætningen for denne tryghed er dog, at patienterne ved, de altid kan kontakte klinikken ved behov samt tydelig, ensartet og betryggende kommunikation om forløbets struktur og det patientansvar, som følger med.

Ønsket om en forudgående relation til patienten og kendskab til dennes forudgående sygdomshistorik udtrykkes også i interviews med personale i både Danmark og Sverige. Her fremgår det, at relationen

mellem patient og behandler spiller en central rolle i arbejdet med ældrede patientforløb, og at det også kan skabe tryghed som medarbejder.

Flere af medarbejderne har arbejdet på afdelingen på Sjællands Universitets-hospital gennem mange år og har fulgt de samme patienter gennem forskellige faser af deres livs- og sygdomsforløb. Derfor oplever nogle medarbejdere, at den nye organisering kan skabe usikkerhed hos patienter, hvis relationen til behandleren ikke er tilstrækkeligt etableret:

"Så patienternes utryghed ved at sige, 'jamen nu ser vi dig ikke mere, nu ringer du til os, når du har det dårligt', eller 'vi ser dig igen om et år'. Det kan skabe en utryghed hos patienten, eller i hvert fald hvis man ikke har en patient-læge relation. Den bliver jo også sværere at holde, når man bare ser dem kortvarigt" (Læge, Karsten)

Samtidig fremhæver både danske og svenske medarbejdere værdien af kontinuitet i behandlingen, som bl.a. skabes gennem kendskab til patienten, hvilket gør det lettere at forstå sygdomsforløbet, træffe beslutninger og skabe tryghed for patienten. Flere læger peger desuden på, at det giver arbejdsglæde at følge patienter over tid og opleve både stabile perioder og forbedringer i deres sygdomsforløb:

“Kun at se akutte patienter kan også være rigtig krævende. De kan have nogle meget komplekse problemstillinger. Og der synes jeg jo, der ligger et stort ansvar, at vi i teamet arbejder rigtig bredt sammen (Læge, Søs)

På Sjællands Universitetshospital har den ændrede organisering til dels medført en forskydning af opgaver mellem faggrupperne. Hvor lægerne i højere grad koncentrerer sig om patienter med aktive eller komplekse problemstillinger, har syge-

plejerskerne fået et større ansvar i den løbende opfølgning. De fleste sygeplejersker oplever, at de kan løfte opgaven med den rette oplæring og støtte, men interviewene viser også, at det øgede ansvar kan skabe usikkerhed:

”Tænk, hvis man ikke får spurgt om de rigtige ting. Tænk, hvis man faktisk kan være skyld i, at de bliver forværret. Hvis det nu havde været en læge, så kunne det jo godt være, at det havde været anderledes. Det har jeg da tænkt på” (Sygeplejerske, Mia)

Erfaringerne peger samlet set på, at den mere digitale og behovsbaserede opfølgning ikke alene handler om digitaliserede patientforløb og ændrede arbejdsgange. Modellen stiller også nye krav til samarbejde, kompetenceudvikling og fastholdelse af relationer, der understøtter tryghed for både patienter og personale.

Medarbejderinddragelse

Da SmartClinic blev implementeret på afdelingen, rejste forandringen spørgsmål blandt personalet om, hvordan de i praksis kunne sikre alle deres patienter lige adgang til sundhedsbehandling uden at overse sårbare patienter eller patienter, der ikke selv var opmærksomme eller op-søgende ift. deres egen behandling. Lægerne frygtede, at de ressourcesvage og yngre patienter ikke ville tage kontakt ved forværring af symptomer:

"Det er den unge 21-årige dreng, som har problemer med alt muligt andet. Han går alt for lang tid (før han henvender sig). Om vi så havde fanget ham på et vanligt program, det er jo ikke sikkert (...), men der er nogle problemer i, at vi lægger alt ansvaret over til patienten" (Læge, Karsten)

For lægerne er det afgørende, at der fortsat er mulighed for en individuel faglig

vurdering af, om en patient skal afvige fra de standardiserede forløb. Patienterne skal vurderes ud fra deres konkrete situation og ikke alene placeres i et bestemt forløb, fordi de passer ind i en given kategori.

Den ændrede patientfordeling har samtidig betydet nye opgaver for sygeplejerskerne. Lægerne udtrykker stor tillid til sygeplejerskerne, men understreger også, at denne arbejdsdeling forudsætter erfaringerne sygeplejersker med indgående kendskab til både specialet og afdelingen. Når organisatoriske eller driftsmæssige forhold påvirker afdelingen, får det også betydning for implementeringen.

Disse erfaringer understreger betydningen af løbende faglige vurderinger og mulighed for individuelle løsninger, så sårbare patienter ikke overses. Samtidig kræver opgaveflytningen til sygeplejerskerne erfaring, oplæring og organisatorisk støtte.

Tredje princip:

Digitale sundhedskompetencer

Digitale løsninger er en central del af SmartClinic-modellen, men teknologien skaber ikke værdi i sig selv. Værdien opstår først, når digitale løsninger understøtter patienternes behov og kan anvendes af både patienter og sundhedspersonale i den daglige praksis. Projektet har vist, at digitale patientforløb kræver mere end teknologi – de kræver digitale kompetencer, digital omsorg og en kommunikation, der gør patienterne trygge ved den nye måde at være i kontakt med sundhedsvæsenet på.

SmartClinic peger på tre centrale fokus-

områder, som understøtter digitale sundhedskompetencer:

- Digital omsorg
- Digitale kompetencer
- Lige adgang til digital sundhed

Digital omsorg

I SmartClinic anvendes begrebet *digital omsorg* til at beskrive de relationelle, kommunikative og organisatoriske praksisser, der understøtter patienternes oplevelse af nærvær, tryghed og kontinuitet i digitale patientforløb (Mol, 2008; Pols, 2012; Grünenberg, Hillersdal & Winther, 2022;

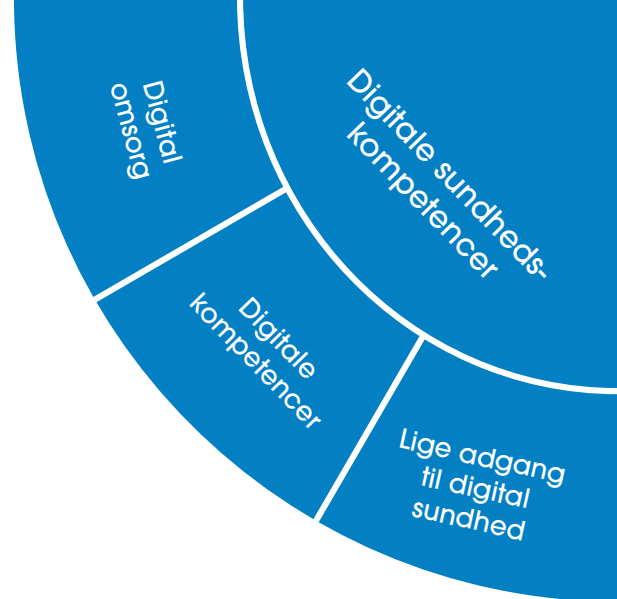
Højland, 2026).

Digital omsorg handler ikke om digitalisering for digitaliseringens skyld. Formålet er at anvende digitale løsninger på en måde, der styrker relationen mellem patient og sundhedspersonale og sikrer, at patienterne fortsat oplever sammenhæng, tilgængelighed og individuel opfølgning – også når kontakten foregår digitalt eller telefonisk.

I SmartClinic blev digital omsorg omsat til praksis gennem en række konkrete tiltag. Patienterne blev fulgt systematisk på baggrund af patientrapporterede oplysninger

og kliniske data, og relevante ændringer blev fulgt op efter faste procedurer. Samtidig blev der lagt vægt på, at patienterne hurtigt kunne komme i kontakt med afdelingen via de digitale løsninger, og at opfølgningen blev tilpasset den enkelte patients sygdomsaktivitet, ressourcer og behov.

Hvor det var muligt, blev der arbejdet for



at sikre kontinuitet i kontakten mellem patient og behandler, da kendte relationer bidrog til oplevelsen af tryghed, også når konsultationen foregik digitalt. Patienternes erfaring blev desuden løbende anvendt til at justere arbejdsgange og videreudvikle de digitale patientforløb.

Patienterne oplevede generelt de digitale kontrolforløb som en fordel, når sygdommen var stabil. Den digitale opfølgning gjorde det lettere at passe behandling sammen med arbejde, familie og hverdagsliv og reducerede samtidig transport- og ventetid.

"Altså fysisk kontrol, der skal man jo sidde og vente på, at lægerne har tid (...). I stedet for man rent faktisk kan være på arbejde og blive ringet op. Så kan man tage den halve time, man skal snakke

med lægen over telefonen. Det giver meget mere mening" (Patient, Sigrid)

Interviewene viser samtidig, at digital omsorg ikke betyder, at alle patienter har de samme behov. Særligt nydiagnosticerede patienter pegede på, at de i begyndelsen af sygdomsforløbet havde større behov for fysiske konsultationer, hvor der var bedre mulighed for dialog, undersøgelse og relationsopbygning.

Digital opfølgning fungerede bedst, når patienterne havde opnået erfaring med deres sygdom og følte sig trygge ved selv at reagere på ændringer i deres tilstand.

Digitale kompetencer

Digitale løsninger skaber først værdi, når patienterne har de nødvendige kompe-

tencer til at anvende dem. Erfaringerne fra SmartClinic viser, at digitale patientforløb stiller nye krav til patienternes evne til at forstå deres sygdom, reagere på ændringer i symptomer og navigere i de digitale løsninger, der understøtter behandlingen. Interviewene peger på en række forudsætninger for, at digitale patientforløb opleves som trygge og meningsfulde. Patienterne skal kende deres sygdom og kunne genkende tegn på forværring, vide hvornår og hvordan de skal kontakte hospitalet og have de nødvendige ressourcer til at håndtere de opgaver, der følger med et behovsstyret forløb, herunder bestilling af prøver og anvendelse af digitale løsninger.

Erfaringerne viser samtidig, at digitale patientforløb ikke passer til alle patienter eller alle faser af sygdomsforløbet. Særligt patienter med længerevarende og stabil

sygdom oplevede de digitale løsninger som en fordel, fordi de gav større fleksibilitet og gjorde det lettere at passe behandlingen ind i hverdagen.

Som perspektivering blev der gennemført interviews med otte patienter fra Reumatologisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital, om deres erfaringer med videokonsultationer. Selvom videokonsultationerne ikke indgik som en del af SmartClinic-modellen, peger erfaringerne på de samme grundlæggende forudsætninger for vellykkede digitale patientforløb.

Patienterne oplevede videokonsultationer som et godt alternativ til fysiske besøg, når sygdommen var stabil. De fremhævede især den sparede transporttid og den øgede fleksibilitet i hverdagen. Samtidig understregede de, at fysiske konsultationer

fortsat er nødvendige ved sygdomsopblussen, smerter eller behov for en grundigere klinisk vurdering.

Patienterne påpegede desuden, at digitale løsninger skal være enkle at anvende og understøttes af tydelig vejledning om login, teknisk opsætning og eventuelle forberedelser inden konsultationen. Lige så vigtigt var det, at de fortsat havde let adgang til at kontakte afdelingen ved behov.

"Der skal være en livslinje i den anden ende, og den skal være til at få fat i" (Patient, Else)

Læringen understøtter SmartClinics grundlæggende tilgang: Digitale løsninger kan styrke fleksibiliteten og patienternes oplevelse af sammenhæng, men de kan ikke stå alene. De skal understøttes af tydelig

kommunikation, let adgang til hjælp og mulighed for hurtig kontakt med sundhedsvæsenet, når patientens behov ændrer sig.

Lige adgang til digital sundhed

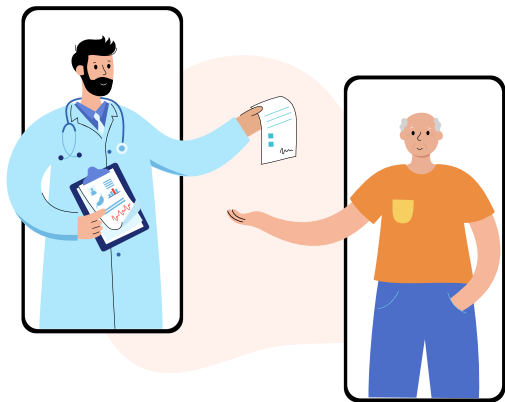
En grundlæggende ambition i SmartClinic var, at digitalisering ikke måtte skabe nye uligheder i sundhed. Digitale løsninger skal derfor udvikles og implementeres på en måde, der giver flest muligt patienter mulighed for at deltage - uanset digitale kompetencer, sundhedskompetencer eller livssituation.

Patienternes evne til at forstå, finde, vurdere og anvende sundhedsinformation – også kaldet health literacy eller sundhedskompetencer – har stor betydning for, om de kan indgå aktivt i et behovsstyret patientforløb. Når en større del af opfølg-

ningen foregår digitalt, bliver det afgørende, at information er let at forstå, at de digitale løsninger er intuitive at anvende, og at patienterne ved, hvor de kan søge hjælp, hvis de bliver usikre.

I SmartClinic blev der derfor arbejdet målrettet med at udvikle brugervenlige digitale løsninger i tæt samarbejde med patienter og sundhedsprofessionelle. Gennem brugerpaneler, interviews og løbende afprøvning blev både digitale platforme og informationsmateriale justeret, så de i højere grad tog udgangspunkt i patienternes behov og erfaringer. Samtidig blev der udviklet animationsfilm, patientinformation og undervisningsmateriale i appen *Min IBD-behandling*, udviklet i samarbejde med Visikon, som skulle understøtte patienternes forståelse af sygdommen, de nye patientforløb og deres egen rolle i behandlingen.

En vigtig læring fra SmartClinic er, at lige adgang til digital sundhed ikke betyder, at alle patienter skal anvende de samme digitale værktøjer. Nogle patienter har behov for mere støtte og vejledning, mens andre fortsat foretrækker eller har behov for telefonisk eller fysisk kontakt. Digitale løsninger bør derfor supplere – ikke erstatte – de eksisterende kontaktmuligheder og altid kunne tilpasses den enkelte patients behov.



Fjerde princip:

Ledelse og organisatorisk forankring

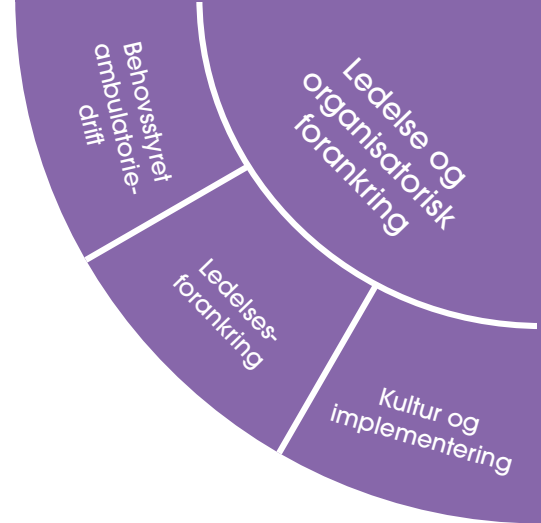
Udviklingen af behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb handler ikke kun om nye arbejdsgange eller digitale løsninger. Det kræver også en organisation, der er parat til at arbejde på nye måder. Erfaringerne fra SmartClinic viser, at en vellykket implementering afhænger af tydelig ledelse, fælles retning og en kultur, hvor medarbejdere på tværs af faggrupper inddrages i udviklingen af nye patientforløb.

Overgangen fra faste kontrolbesøg til en mere fleksibel organisering stiller samtidig nye krav til planlægning, samarbejde og

løbende prioritering og justering. Arbejdsgange skal tilpasses, roller og ansvar skal være tydelige, og organisationen skal have mulighed for løbende at evaluere og justere praksis på baggrund af erfaringer og data.

Læring fra SmartClinic peger på tre centrale fokusområder for at lykkes med ledelse og organisatorisk forankring:

- Behovsstyret ambulatoriedrift
- Ledelsesforankring
- Kultur og implementering



Behovsstyret ambulatoriedrift

Et grundlæggende fokusområde i SmartClinic-modellen er, at ambulante patientforløb organiseres ud fra patienternes aktuelle behov frem for faste kontrolintervaller. Målet er at sikre, at patienter med aktiv sygdom hurtigt kan få adgang til vurdering og behandling, mens patienter med stabil sygdom kan følges på en måde, der matcher deres behov.

Denne tilgang repræsenterer et opgør med den traditionelle organisering af ambulant behandling, hvor patienter ofte indkaldes med faste intervaller uanset

sygdomsaktivitet. Som en af lægerne på Skånes universitetssjukhus beskriver det:

"Man har ikke tidligere spurgt, hvorfor vi ser raske patienter igen og igen (...) Det er meget bedre at have syge patienter, som behøver vores hjælp i stedet for de vanlige besøg" (Læge, Johan)

De samme erfaringer går igen på Sjællands Universitetshospital, hvor læger-

ne beskriver, hvordan den nye organisering gør det muligt at prioritere de patienter, der har størst behov for sundhedsfaglig vurdering.

Erfaringerne viser samtidig, at differentierede patientforløb ikke betyder, at alle patienter skal følge det samme nye forløb. Tværtimod er den faglige vurdering fortsat afgørende. Modellen bygger derfor på fleksibilitet og mulighed for løbende at tilpasse patientforløbet til den enkelte patients sygdomsaktivitet, behov og forudsætninger.

Patientdata udgør fundamentet for de kliniske beslutninger i SmartClinic og er afgørende for at kunne vurdere, hvem der har behov for kontakt, og hvem der trygt kan fortsætte i et digitalt forløb.

På Skånes universitetssjukhus blev alle

patienternes digitale sundhedsskemaer gennemgået systematisk som led i den kliniske vurdering. Det gav et bedre overblik over patientpopulationen, og gjorde det muligt at identificere de patienter, som havde behov for kontakt, samtidig med at patienter med stabil sygdom kunne fortsætte i deres digitale forløb.

Digitaliseringen ændrede samtidig arbejdsgangene i ambulatoriet. Hvor nogle opgaver blev reduceret, opstod der nye opgaver knyttet til håndtering af digitale spørgeskemaer, laboratoriesvar, patienthenvendelser og koordinering af opfølgning. Særligt sygeplejersker og sekretærer fik en central rolle i den daglige håndtering af de digitale patientforløb.

Projektet synliggjorde også, at de eksisterende digitale systemer i Sverige ikke fuldt ud understøtter denne måde at organisere

ambulante patientforløb på. Flere arbejds-
gange er fortsat præget af manuelle pro-
cesser, herunder journalføring, booking og
håndtering af patientdata. Skal modellen
implementeres i større skala, er der behov
for digitale løsninger, som i højere grad
understøtter automatisering af administra-
tive processer og skaber bedre sammen-
hæng mellem de kliniske systemer.

SmartClinic viser, at behovsstyret ambula-
toriedrift lykkes bedst, når data omsættes
til kliniske beslutninger, og digitale arbejds-
gange understøtter den daglige drift.

Ledelsesforankring

Omlægningen til behovsstyrede og digi-
talt understøttede patientforløb kræver en
tydelig ledelsesmæssig forankring. Erfarin-
gerne fra SmartClinic viser, at udviklingen
af nye patientforløb ikke kan gennemføres

som et afgrænset projekt, men skal inte-
greres i den daglige drift og prioriteres som
en strategisk udviklingsopgave.

Ledelsen spiller en central rolle i at skabe
de organisatoriske rammer, der gør det
muligt at ændre arbejdsgange og fast-
holde den fælles retning over tid. Det
omfatter blandt andet prioritering af res-
sourcer til udviklingsarbejde, etablering af
tværfaglige samarbejder og sikring af, at
implementeringen kan foregå sideløbende
med den kliniske drift.

Erfaringerne fra projektet viser samtidig, at
implementering af nye arbejdsgange er
ressourcekrævende. Når udviklingsaktivite-
ter skal gennemføres samtidig med en travl
hverdag i ambulatoriet, vil driftsopgaver
naturligt blive prioriteret, hvis der ikke af-
sættes tid og ressourcer til forandrings-
arbejdet. Projektets fremdrift var desuden

afhængig af centrale nøglepersoner, og udskiftninger undervejs medførte forsinkelser og behov for at genopbygge viden og ejerskab i organisationen.

"Jeg tror, at svaret findes i, hvordan man sejler over Atlanterhavet. Det er ikke ved at sige, at nu er det næste mål, at vi har sejlet 3.400 km. Det er, at vi tager turen i små bidder. Det tror jeg er svaret på det, hvis det skal lykkes. Og det skal man også som leder være bevidst om, at det kan godt være, at målet er meget længere henne, end det man egentlig formulerer, men at vi har delmål, som vi bliver glade for at opfylde"

- Ole Hamberg, cheflæge

En vigtig erfaring fra SmartClinic er derfor, at organisatorisk understøttelse skal tænkes ind fra begyndelsen. Implementeringen kræver ikke alene faglig opbakning, men

også ledelsesmæssig prioritering, tilstrækkelige ressourcer og en plan for, hvordan de nye arbejdsgange kan forankres som en naturlig del af den daglige drift efter projektets afslutning.

Kultur og implementering

Implementeringen i Sverige og Danmark havde flere fælles elementer. Begge lande arbejdede med behovsstyring, patientinvolvering, anvendelse af digitale værktøjer, erfaringsudveksling samt udviklings- og kvalitetsprojekter med fokus på implementering og forbedring af den kliniske praksis.

En væsentlig forskel var dog omfanget af den svenske evaluering. I Sverige blev 644 patienter inkluderet i Clinic Online uafhængigt af diagnose og medicinsk behandling. Disse patienter blev fulgt både kvalitativt



og kvantitativt, og en række resultater før og efter omlægningen af patientforløbene blev sammenlignet. Evalueringen omfatter blandt andet patienternes og sundhedspersonalets oplevelser, adgang til behandling, sygdomsaktivitet, ressourceforbrug samt sundhedsøkonomiske effekter.

Implementeringen af SmartClinic har vist, at udviklingen af behovsstyrede patientforløb ikke alene handler om at ændre arbejdsgange. Det kræver også en kulturforandring, hvor medarbejdere på tværs af faggrupper udvikler en fælles forståelse af, hvordan patientforløb skal organiseres, og hvilken værdi den nye tilgang skaber for både patienter og sundhedsvæsen.

På tværs af de danske og svenske afdelinger beskriver læger, sygeplejersker og sekretærer implementeringen som en gradvis modningsproces. Selvom omlægningen har krævet tid og tilvænning, oplever medarbejderne, at den nye organisering skaber mere målrettede patientforløb og en bedre anvendelse af de sundhedsfaglige ressourcer.

Interviewene viser samtidig, at imple-

mentering ikke er en lineær proces. Nye arbejdsgange skal afprøves, evalueres og justeres i takt med, at medarbejderne opbygger erfaring, og patienternes behov ændrer sig. Flere beskriver, hvordan dialog på tværs af faggrupper har været afgørende for at skabe fælles forståelse og løbende tilpasse de nye patientforløb.

En vigtig erfaring er samtidig, at kultur ikke kan beskrives i forløb og procedurer alene. Den bæres af de mennesker, der arbejder i organisationen, og skal derfor vedligeholdes gennem løbende dialog, videndeling og fælles refleksion. Ved ophør af nøglemedarbejdere, kan det vanskeliggøre videreførelsen af kulturen.

Medarbejderinddragelse fremhæves på tværs af interviewene som en væsentlig forudsætning for at skabe ejerskab til de nye arbejdsgange. Når medarbejderne får

mulighed for at bidrage til udviklingen af løsningerne, styrkes både engagementet og den fælles forståelse af forandringen:

"Kultur er jo også tid. Hvis man skal ændre en kultur – det er tid, og det er en mulighed for os at samtale og drøfte (...) Jeg tror, hvis man skal synes, det er en god idé, det andre kommer med, så skal man også have en lille andel af den skabelse selv. For ellers er det, at der er nogen andre, der bestemmer noget" (Sygeplejerske, Hanne)

En central læring fra SmartClinic er, at implementering ikke alene handler om at indføre nye arbejdsgange, men om at skabe en fælles kultur. Først når de nye arbejdsgange bliver en naturlig del af den daglige praksis, er forandringen reelt forankret i organisationen.

Case: Patient i biologisk behandling

Mikkel har været tilknyttet ambulatoriet i mere end 30 år og har gennem tiden oplevet både stabile perioder og perioder med hyppige sygdomsudbrud. Han modtager aktuelt biologisk behandling, hvor medicinen gives intravenøst på ambulatoriet cirka hver sjette uge. Forud for behandlingen skal han have taget blodprøver og afleveret afføringsprøver, og ved manglende effekt eller forværring kan der være behov for akutte besøg i ambulatoriet.

Den biologiske behandling indebærer, at patienterne i højere grad skal kunne planlægge og koordinere dele af deres eget forløb. Kommunikation, prøvesvar og tidsbestillinger foregår i vid udstrækning digitalt via Sundhedsplatformen og e-Boks, hvilket stiller krav til patienternes digitale kompetencer samt deres evne til at navigere mellem flere systemer. Som Mikkel beskriver det: **“Det system skal man lige lære at forstå (...). Det kræver lidt tid (...). Og så skal man forstå, at man skal være i god tid (ved bestilling af blodprøver)”**.

For Mikkel er de tilbagevendende kontroller og prøvetagninger blevet en rutine, men hans erfaring peger samtidig på, at ikke alle patienter har de samme forudsætninger for at håndtere de praktiske og digitale krav, som behandlingen medfører. Det er et væsentligt opmærksomhedspunkt i klinikken, hvis man ikke skal risikere at tabe de socialt sårbare patienter.

Erfaringer fra projekt SmartClinic

Erfaringer

Udviklingen af nye patientforløb følger sjældent én lige vej. Undervejs opstår nye udfordringer og erkendelser, som er mindst lige så værdifulde som de oprindelige mål. SmartClinic har givet mulighed for at afprøve nye løsninger i praksis og samtidig lære af det, der fungerer – og af det, der måtte justeres undervejs.

En af projektets vigtigste læringer var, at **Clinic Online og Clinic on Demand ikke kan implementeres som to selvstændige initiativer.** Selvom begge elementer indgik i projektets oprindelige design, blev deres indbyrdes afhængighed først for alvor tydelig under implementeringen.

I begyndelsen var fokus naturligt rettet mod Clinic on Demand og

ambitionen om at give patienter med aktiv sygdom hurtigere adgang til vurdering og behandling. Det lykkedes. Den forventede kapacitetsgevinst udeblev imidlertid, fordi patienter med stabil sygdom fortsat blev fulgt i traditionelle kontrolforløb.

Projektet gjorde det tydeligt, at Clinic Online er en central del af løsningen og nødvendig for at Clinic on Demand kan fungere efter hensigten.

Først når patienter med stabil sygdom følges digitalt, frigøres den nødvendige kapacitet til patienter med aktiv sygdom. De to patientforløb udgør derfor ét sammenhængende system, hvor hvert element er afhængigt af det andet.

Denne erkendelse ændrede forståelsen af SmartClinic-modellen. Mo-

dellen handler ikke om at indføre digitale løsninger eller etablere en hurtigere adgang til ambulatoriet isoleret set, men om at organisere hele patientpopulationen ud fra en fælles behovsstyret tankegang. Denne læring danner udgangspunkt for de erfaringer, der præsenteres i de følgende afsnit.

Organisatoriske erfaringer

Implementeringen af SmartClinic medførte en omfattende organisatorisk omstilling på de to hospitaler. Nye funktioner, ansvarsområder og samarbejdsformer skulle udvikles sideløbende med den daglige drift, hvilket stillede store krav til koordinering og prioritering.

Implementeringen viste samtidig, at gevinsten ved behovsstyrede patientforløb ikke alene afhænger af nye arbejdsgange. Selvom antallet af rutinemæssige kontroller blev reduceret, blev de frigjorte ressour-

cer hurtigt optaget af en fortsat stigende patientpopulation. Samtidig flyttede en række opgaver fra den fysiske konsultation til digital opfølgning, hvilket ændrede arbejdsfordelingen mellem læger, sygeplejersker og sekretærer.

Projektet tydeliggjorde at organisatoriske forandringer kræver tid. Når udviklingsarbejde foregår parallelt med den daglige drift, vil de akutte driftsopgaver naturligt blive prioriteret. Implementeringen kræver derfor dedikerede ressourcer, tydelig ledelsesprioritering og mulighed for løbende at justere arbejdsgangene i takt med de erfaringer, der opbygges.

Erfaringerne fra de to hospitaler peger desuden på værdien af en gradvis implementering. Ved at overføre patienter til de nye forløb trinvis frem for at omlægge en stor patientgruppe på én gang, får både patienter og personale mulighed

for at vænne sig til den nye organisering. Samtidig giver det mulighed for at afprøve og justere arbejdsgange undervejs, inden modellen udbredes til flere patienter.

En vigtig organisatorisk læring var betydningen af at forankre viden bredt i organisationen. Da to centrale nøglepersoner forlod projektet undervejs, påvirkede det fremdriften og synliggjorde, hvor sårbar implementeringen kan være, når viden og ansvar er knyttet til enkeltpersoner frem for til organisationen som helhed.

Kliniske erfaringer

En af de største kliniske forandringer i SmartClinic har været skiftet fra faste kontrolintervaller til en behovsstyret tilgang, hvor patientens aktuelle sygdomsaktivitet danner grundlag for den kliniske vurdering.

I SmartClinic blev fokus flyttet til at sikre, at

patienter med opblussen i sygdom hurtigt får adgang til vurdering og behandling, mens patienter med stabil sygdom følges på en måde, der matcher deres aktuelle behov.

Denne omlægning har samtidig stillet nye krav til den kliniske beslutningsproces. Hurtig analyse af fæces calprotectin, øget anvendelse af tarmultral lyd og systematisk brug af patientrapporterede oplysninger har styrket grundlaget for at vurdere sygdomsaktivitet og prioritere patienternes behov for opfølgning.

En central klinisk læring fra projektet er, at behovsstyrede patientforløb ikke handler om færre kontakter med patienterne, men om at tilbyde den rette kontakt på det rette tidspunkt:

"Det handler jo grundlæggende om at

se de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt. Vi har jo kroniske patienter, som er fuldstændig i ro. Og det er jo dem, vi godt vil undgå at skulle se regelmæssigt, fordi det spilder tid. Vi vil gerne se patienterne, når de har brug for det” (Læge, Kathrine)

Patienternes erfaringer

Patientinterviewene viste, at de behovsstyrede patientforløb blev modtaget positivt af langt de fleste patienter med stabil sygdom. Fleksibiliteten og den reducerede transporttid blev oplevet som en forbedring i hverdagen, men interviewene tydeliggjorde samtidig en række forhold, som er afgørende for, at modellen fungerer i praksis.

En central læring var, at digitale patientforløb stiller større krav til patienternes sygdomsforståelse og evne til selv at reagere på ændringer i sygdomsaktiviteten.

Patienter med mange års erfaring med IBD oplevede generelt, at de havde de nødvendige kompetencer til at indgå i et behovsstyret forløb, mens nydiagnosticerede patienter ofte havde behov for tættere kontakt og mere støtte i den første del af sygdomsforløbet.

Samtidig viste patienternes erfaringer, at tryghed ikke afhænger af, om kontakten foregår fysisk eller digitalt. Det afgørende er, at patienterne ved, hvordan de får hjælp, når behovet opstår, og har tillid til, at de hurtigt kan komme i kontakt med ambulatoriet.

“Det (online kontrol) er jeg helt tryk ved. Jeg har jo i virkeligheden selv valgt, at det skulle være sådan (...). Der er ingen grund til, jeg kommer, hvis der ikke er noget (...) Det er en enorm trykthed at vide, at jeg ikke skal gå til min egen læge og have en henvisning (...), men at jeg bare kan sige ‘nu er det altså galt’” (Patient, Hans)

Projektet understøtter dermed, at én løsning ikke passer til alle. Patienternes sygdomsaktivitet, erfaring, sundhedskompetencer og individuelle behov bør indgå i vurderingen af, hvilken type opfølgning der er den rette.

Sundhedsøkonomiske perspektiver

Den sundhedsøkonomiske analyse af projektet er udelukkende baseret på de svenske forskningsdata fra Skånes universitetssjukhus. Da projektet endnu ikke er afsluttet ved udgivelsen af denne hvidbog,

foreligger der ikke endelige resultater af analysen.

Analysen skal undersøge, hvordan omkostningerne ved SmartClinic-modellen står i forhold til patienternes behandlingsresultater og livskvalitet sammenlignet med traditionel ambulant opfølgning. Et centralt spørgsmål er, om digital opfølgning af patienter med stabil sygdom kan frigøre kapacitet i ambulatoriet uden at gå ud over behandlingsresultaterne. Samtidig undersøges det, om gevinsterne ved den nye organisering opvejer omkostningerne ved at implementere og drive de digitale løsninger.

Analysen ser både på omkostninger for sundhedsvæsenet og på de konsekvenser, patientforløbet kan have for patienterne selv og samfundet. Dette omfatter blandt andet udgifter til ambulante kontakter,

indlæggelser, medicin og undersøgelser, men også patienternes transport, ventetid og eventuelle fravær fra arbejde. Omkostningerne sammenholdes med patienternes helbred og livskvalitet, blandt andet målt ved kvalitetsjusterede leveår (QALY).

For afdelinger, der ønsker at implementere eller tilpasse SmartClinic-modellen til egne patientforløb, er det relevant at inddrage et sundhedsøkonomisk perspektiv fra begyndelsen. Det handler ikke alene om at undersøge, om den nye organisering kan reducere omkostninger, men også om at følge, hvordan ressourcer og opgaver flytter sig, hvilke nye omkostninger der opstår ved implementering og drift, og hvilken værdi ændringerne skaber for både patienter og sundhedsvæsen.

Den endelige analyse vil foreligge i slutningen af 2026 på www.forskning.eu

Samlet læring fra SmartClinic

SmartClinic har demonstreret, at fremtidens ambulante behandling kan organiseres på en måde, der både styrker patientoplevelsen, understøtter den kliniske kvalitet og skaber et mere bæredygtigt sundhedsvæsen. Projektet har vist, at behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb rummer langt større perspektiver end implementeringen af en enkelt digital løsning eller justeringen af en eksisterende arbejdsgang. SmartClinic repræsenterer en ny måde at tænke ambulant behandling på, hvor patienternes behov, klinisk værdi og intelligent ressourceanvendelse sættes i centrum.

SmartClinic er ikke udviklet som en besparelsesmodel, men som en model til at skabe øget værdi i patientbehandlingen. Erfaringerne viser, at ressourcer kan anvendes mere målrettet ved at reducere unødven-

dige rutinekontakter og samtidig skabe bedre mulighed for at prioritere patienter med aktuelle behandlingsbehov. Resultatet er et mere fleksibelt og responsivt sundhedstilbud, hvor patienten modtager den rette indsats på det rette tidspunkt.

Projektet har samtidig vist, at digitalisering kan være en katalysator for innovation i klinisk praksis. Når digitale løsninger integreres meningsfuldt i patientforløbet, styrkes mulighederne for løbende monitorering, tæt patientkontakt og aktiv patientdeltagelse. Det bidrager til et mere partnerskabsbaseret sundhedsvæsen, hvor patienter i højere grad bliver medskabere af deres eget behandlingsforløb.

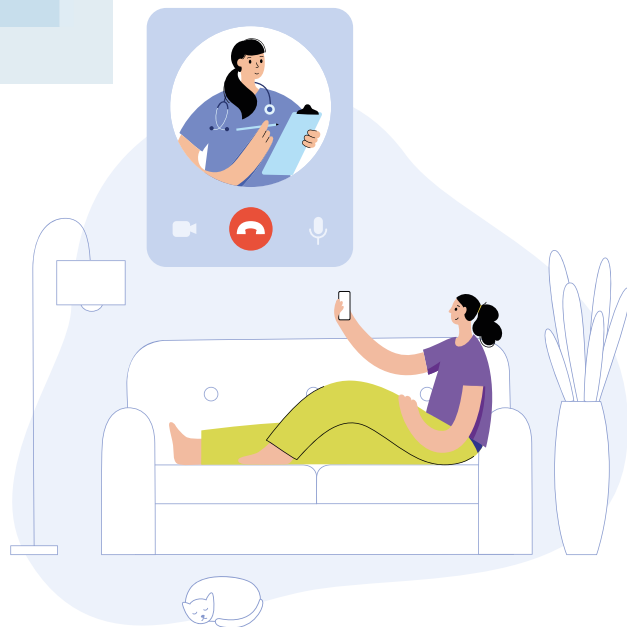
En af SmartClinics vigtigste indsigter er, at

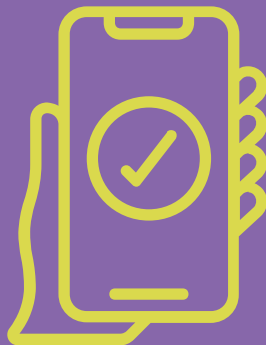
teknologi, kliniske arbejdsgange, ledelse, medarbejdere og patienter er tæt forbundne og derfor skal udvikles i sammenhæng for at skabe de bedste resultater. Netop denne sammenhængende tilgang har været afgørende for at skabe varige forandringer og reel værdi i praksis.

SmartClinic har desuden vist, at innovation i sundhedsvæsenet er en kontinuerlig læringsrejse. Gennem tæt samarbejde mellem patienter, klinikere, ledelse og projektpartnere er modellen løbende blevet videreudviklet og styrket. De erfaringer, der er opnået undervejs, har gjort det muligt at udvikle SmartClinic-modellen, som kan inspirere og understøtte lignende omlægninger på tværs af specialer, afdelinger og organisationer.



Samlet set har SmartClinic ikke alene skabt nye og mere optimale arbejdsgange, men bidraget med et konkret bud på, hvordan fremtidens ambulante behandling kan organiseres: mere behovsstyret, mere patientcentreret, mere datadrevet og med bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Modellen udgør dermed et stærkt fundament for den fortsatte udvikling af et moderne, robust og bæredygtigt sundhedsvæsen.





Centrale anbefalinger fra projekt SmartClinic

Centrale anbefalinger

Anbefalinger til ledelse

En vellykket omlægning til behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb kræver tydelig ledelse og vedvarende organisatorisk opbakning. Ledelsen spiller en central rolle i at sætte retning, skabe fælles ejerskab og sikre de nødvendige rammer for implementering og forankring af nye arbejds-gange. Ledelsen skal ikke alene sætte retningen, men også skabe de organisatoriske rammer, der gør forandringen mulig.

På baggrund af projektets erfaringer anbefaler SmartClinic følgende:

Implementér gradvist og arbejd med tydelige delmål: Opdel forandringen i overskuelige etaper og introducer de nye patientforløb gradvist. Det giver både medarbejdere og patienter mulighed for at vænne sig til den nye organisering og skaber samtidig rum for at afprøve og justere arbejds-gange undervejs.

Skab tværfagligt ejerskab fra begyndelsen: Involver læger, sygeplejersker, sekretærer, ledelse og andre relevante funk-tio-

ner i udviklingen af de nye arbejdsgange, og skab faste rum for dialog og løbende justering.

Udvikling af fælles faglige standarder for patientforløb: Skab ensartede arbejdsgange, som understøtter kvalitet og fælles praksis.

Tilpas implementeringen til forskellige faggruppers behov: Anerkend at medarbejdere tilegner sig nye arbejdsgange i forskelligt tempo.

Se kulturforandring som en kontinuerlig ledelsesopgave: Afsæt tid til dialog, læring og løbende justering af praksis.

Inddrag patienterne som aktive medudviklere: Anvend patienternes erfaringer til at udvikle og forbedre patientforløbene.

Anbefalinger til klinisk praksis

SmartClinic viser, at behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb kræver en ny måde at tilrettelægge den kliniske praksis på. Fokus flyttes fra faste kontrolintervaller til løbende vurdering af patientens aktuelle behov. På baggrund af projektets erfaringer anbefaler SmartClinic følgende:

Organisér patientforløb ud fra patienternes aktuelle behov: Lad sygdomsaktivitet og klinisk vurdering være styrende for opfølgningen frem for faste kontrolintervaller.

Sikr hurtig adgang ved sygdomsaktivitet: Sørg for tilstrækkelig kapacitet til, at patienter med tegn på aktiv sygdom hurtigt kan få adgang til sundhedsfaglig vurdering og behandling. Det er en central forudsætning for, at den behovsstyrede

model kan fungere.

Bevar den kliniske fleksibilitet: Standardiser arbejdsgange, men fasthold muligheden for individuelle kliniske vurderinger og tilpasninger.

Anvend kliniske data systematisk: Brug patientrapporterede oplysninger, laboratoriedata og diagnostiske undersøgelser som grundlag for løbende vurdering af sygdomsaktivitet.

Arbejd tværfagligt om patientforløbene: Skab klare roller og et tæt samarbejde mellem læger, sygeplejersker, sekretærer og øvrige faggrupper.

Evaluer og justér arbejdsgangene løbende: Brug erfaringer fra patienter og personale til kontinuerligt at forbedre patientforløbene.

Anbefalinger til arbejdet med systematisk brugerinddragelse

Erfaringerne fra SmartClinic peger på en række forhold, der understøtter meningsfuld og repræsentativ brugerinddragelse.

Rekrutter gennem flere kanaler: Rekruttering bør ikke alene baseres på digitale platforme. I SmartClinic blev deltagere rekrutteret både mundtligt i klinikken og gennem prøvesvar-materiale udsendt til patienter via fysisk post.

Sammensæt brugerpaneler med fokus på mangfoldighed: En bred repræsentation på tværs af alder, køn og geografi styrker sandsynligheden for, at forskellige patientperspektiver bliver hørt. I SmartClinic blev sammensætningen af brugerpanelet derfor prioriteret som en aktiv

del af rekrutteringsprocessen.

Afstem forventninger tidligt og løbende:

Brugerinddragelse fungerer bedst, når der fra starten er en fælles forståelse af roller og ansvar, og hvor ønsket grad af involvering er afstemt. Erfaringerne viser samtidig, at inddragelsen bør kunne justeres undervejs i takt med projektets udvikling og deltagernes interesser ændrer sig.

Skab plads til både konkrete bidrag og personlige erfaringer: Patienternes bidrag handler ikke kun om at give feedback på materialer og løsninger. Erfaringerne viser, at deres fortællinger om livet med sygdom er afgørende for at udvikle information, digitale løsninger og arbejdsgange, der opleves relevante og anvendelige i praksis.

Sørg for synlig anvendelse af brugernes

input: Motivationen for deltagelse styrkes, når brugerne kan se, hvordan deres bidrag omsættes til konkrete ændringer. I SmartClinic bidrog brugerpanelerne blandt andet til udvikling af patientinformation, informationsmateriale, appen *Min IBD-Behandling* og SmartClinic-modellen.

Prioritér professionel facilitering og

løbende dialog: Brugerinddragelse kræver organisatorisk forankring og ressourcer til koordinering, facilitering og opfølgning. Samtidig kræver det, at der mellem facilitator og deltagere skabes et trygt og fortroligt rum. Dette kan bl.a. fremmes ved at være i løbende kontakt og dialog med deltagerne, mødes i uformelle omgivelser og give plads til personlige erfaringer med sygdommen.

Brugerpanelets anbefalinger til sundheds-personalet: At være patient på afstand

SmartClinic brugerpanelet har udviklet otte anbefalinger til sundhedspersonalet ved overgangen fra regelmæssig fysiske kontroller til online eller telefonisk kontakt (Clinic Online).



1

Klar information om overgangen til en ny struktur:

Giv tydelig information om, hvad det indebærer at være i et online kontrolforløb. Informationen bør gives både skriftligt og mundtligt og forklare, hvordan forløbet fungerer, og hvornår vi kan bede om fysisk fremmøde. Det vil styrke vores tryghed og forståelse af forløbet.

2

Fokus på den første

kontakt: Sørg for, at den første kontakt efter man er nydiagnosticeret er personlig og gerne fysisk.

3

Fleksibilitet og individuel tilpasning:

Tilbyd en kombination af online og fysiske konsultationer, så forløbet kan tilpasses vores individuelle behov og ønsker om tryghed.

4

Bedre støtte til spørgeskemaer:

Giv tydelig vejledning til udfyldelse af spørgeskemaer og fastsæt realistiske svarfrister.

5

Fasthold fokus på tryghed og trivsel i digitale forløb:

Sundhedspersonalet bør have fokus på at identificere tegn på mistrivsel, som ellers kan være sværere at opdage uden fysisk fremmøde. Husk også at spørge ind til vores hverdag og livssituation, da det kan have betydning for vores sygdom og behandling.

6

Løbende evaluering af

onlineforløb: Indfør en fast mulighed for, at vi kan give feedback på vores oplevelse af online kontrolforløb.

7

Forbedret opkaldsprocedure:

Ved telefonisk formidling af resultater bør telefonen ringe længe nok til, at vi kan svare. Hvis vi ikke tager den, bør der forsøges igen senere samme dag. Overvej at sende en SMS inden opkaldet eller lægge besked om tilbagekald.

8

Kontinuitet i behandlingen:

Sørg så vidt muligt for, at vi møder den samme læge gennem hele forløbet – også ved telefoniske og digitale konsultationer.

Fremtidige perspektiver

SmartClinic har vist, at behovsstyrede og digitalt understøttede patientforløb kan bidrage til en mere fleksibel og bæredygtig organisering af ambulant behandling. Projektet peger samtidig på, at modellen rummer et potentiale, der rækker langt ud over behandlingen af patienter med inflammatorisk tarmsygdom.

På både Sjællands Universitetshospital og Skånes universitetssjukhus er de behovsstyrede patientforløb blevet en del af den kliniske drift og videreføres efter projektets afslutning med en gradvis udbredelse til hele IBD-ambulatoriet. SmartClinic har dermed ikke alene afprøvet en ny måde at organisere ambulante patientforløb på, men bidraget til en varig omlægning af den kliniske praksis. Samtidig har projektet

bidraget til en bredere regional og national debat om, hvordan ambulante tilbud kan organiseres, så ressourcerne i højere grad målrettes de patienter, der har størst behov.

Det dansk-svenske samarbejde har været en væsentlig styrke i projektet. Selvom de to sundhedssystemer er organiseret forskelligt, har partnerne stået over for mange af de samme udfordringer. Udvekslingen af erfaringer har givet nye perspektiver på organisering, digitale løsninger og brugerinddragelse og samtidig vist, at SmartClinics grundlæggende principper kan anvendes i forskellige sundhedssystemer, mens den konkrete implementering må tilpasses lokale organisatoriske, kliniske og digitale rammer.

En anden vigtig erfaring fra SmartClinic er, at udviklingen af nye patientforløb bliver stærkere, når patienterne inddrages som aktive medudviklere. Brugerinddragelsen har bidraget til at kvalificere både arbejds-gange, digitale løsninger og patientinfor-mation og har været med til at sikre, at modellen tager udgangspunkt i patienter-nes behov og hverdag. Erfaringerne peger på, at meningsfuld brugerinddragelse bør være en integreret del af udviklingen af fremtidens ambulante patientforløb.

SmartClinic har ikke udviklet én færdig løsning, der kan kopieres direkte til andre afdelinger. Projektet har derimod udviklet en generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb, (SmartClinic-modellen), som kan tilpasses lokale forhold, forskellige patientgrupper og organisato-riske rammer. Det er netop denne fleksibi-litet, der gør modellen relevant for andre medicinske specialer og sundheds-

væsener, der står over for stigende patient-tal og et voksende behov for at anvende ressourcerne mere målrettet.

Udviklingen i sundhedsvæsenet peger mod, at flere patientforløb fremover vil blive digitalt understøttet. SmartClinic viser, at denne udvikling kun bliver en succes, hvis digitalisering følges af et lige så stort fokus på patienternes sundhedskompeten-cer, tryghed og mulighed for aktivt at deltage i deres eget behandlingsforløb. Digitale løsninger kan understøtte behand-lingen, men de kan ikke stå alene.

Fremtidens behovsstyrede patientforløb kræver samtidig organisatoriske rammer, tværfagligt samarbejde og digitale løsnin-ger, der understøtter den kliniske praksis. Målet er ikke digitalisering i sig selv, men at skabe patientforløb, hvor den enkelte pa-tient får den rette opfølgning og behand-ling på det tidspunkt, hvor behovet opstår.

Referencer

Grünenberg, K., Hillersdal, L., & Winther, J. (2022). Window work: Screen-based eldercare and professional precarity at the welfare frontier. *International Journal of Ageing and Later Life*, 15(2), 23–50. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.3541>

Højland, U. (2026). Moments of care: Digital welfare technology in the homes of older people: An educational anthropological study of how a municipal tablet moves into older people's homes and replaces physical home-care visits with virtual visits (Kandidat-speciale, Aarhus Universitet).

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice* (2nd ed.). Routledge.

Polis, J. (2012). *Care at a distance: on the closeness of technology*. Amsterdam University Press.

Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, Mortensen RN, Maindal HT, Bøggild H, Nielsen G, Torp-Pedersen C (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020 Apr 28;20(1):565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>

Projektpartnere



visikon



Interreg



**Medfinansieret af
Den Europæiske Union**

Öresund-Kattegat-Skagerrak

Hvordan kan ambulante patientforløb organiseres, så de tager udgangspunkt i patienternes aktuelle behov frem for faste kontrolintervaller?

Denne hvidbog samler erfaringer, resultater og anbefalinger fra EU Interreg-projektet SmartClinic, som har udviklet og afprøvet en generisk model for behovsstyrede ambulante patientforløb.

Med afsæt i forskning, klinisk praksis og patienternes egne erfaringer viser hvidbogen, hvordan opfølgning, behandling og kontakt kan tilpasses den enkelte patients aktuelle behov. Samtidig giver den konkrete anbefalinger til, hvordan SmartClinic-modellen, udviklet i projektet, kan implementeres i andre afdelinger, specialer og sundhedssystemer.

Hvidbogen henvender sig til ledere, klinikere, udviklingskonsulenter og beslutningstagere, der ønsker inspiration til at skabe mere patientcentrerede og bæredygtige ambulante forløb.

Når patienternes behov bliver styrende, kan ressourcerne anvendes dér, hvor de skaber størst værdi.

Interreg



Medfinansieret af
Den Europæiske Union

Öresund-Kattegat-Skagerrak