

# Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen

Projektindsats for deltagelse i kommunale sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes



## **Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen**

Projektindsats for deltagelse i kommunale sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes

©DEFACTUM, Region Midtjylland, juni 2021

Emneord: Type 2 diabetes, Kommunale sundhedstilbud

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 11. juni 2021

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, juni 2021

Rapporten er udarbejdet af:

Peder Hau Lyng, specialkonsulent

Marianne Sigaard Balleby, Konsulent

Signe Andrén Thrane, Konsulent

Tina Veje Andersen, Sundhedsfaglig konsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Lyng PH, Balleby MS, Thrane SA, Andersen TV

Titel: Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen. Projektindsats for deltagelse i kommunale sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2021

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Tina Veje Andersen, DEFACTUM, Region Midtjylland

Mail: [tivane@rm.dk](mailto:tivane@rm.dk)

Tlf: 2363 7844

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: [defactum@rm.dk](mailto:defactum@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Resume .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Baggrund .....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Registreringer af borgere med type 2 diabetes i kommunale tilbud .....	10
3.2	Fokusgruppeinterview med fagpersoner fra kommuner, praktiserende læger og ambulatorie.....	10
3.3	Interview med borgere med type 2 diabetes .....	11
3.4	Dialogmøde med arbejdsgruppen i projekt 'Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'.....	11
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>13</b>
4.1	Delmål 1: Kvalitetsudvikling på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud .....	13
4.1.1	Almen praksis skal informeres og have relationer til kommunerne .....	13
4.1.2	Borgeren selv skal informeres og der skal tages hensyn til den enkelte.....	15
4.1.3	De kommunale diabetestilbud kan tilpasses, så flere har mulighed for at deltage ...	16
4.1.4	Andre aktører skal have information og direkte adgang.....	17
4.1.5	Diabetesambulatoriet kan henvise flere.....	17
4.1.6	Indhold i selve henvisningen .....	18
4.2	Delmål 2: Undersøgelse af behovet for at kvalitetsudvikle kommunale sundhedstilbud .....	19
4.2.1	Profil af borgere i de kommunale tilbud .....	19
4.2.2	Opstart og etablering af relationer.....	21
4.2.3	Organisering af tilbud .....	22
4.2.4	Ernæringsindsats .....	24
4.2.5	Oplæring i egen sygdomsforståelse .....	24
4.2.6	Fysisk træning .....	25
4.2.7	Psyisk hjælp .....	26
<b>5</b>	<b>Bilag 1: Forslag til prøvehandlinger fra dialogmøde.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Bilag 2: Profil af borgere i de kommunale sundhedstilbud .....</b>	<b>30</b>
6.1	Baggrund.....	30
6.2	Metode.....	30
6.3	Analyse og resultater .....	31
6.3.1	Borgernes baggrund .....	31
6.3.2	Type af indsats – Aftalte aktiviteter ved afklarende samtale.....	36
6.3.3	Type af indsats - Deltagelse i aktiviteter ved afsluttende samtale .....	39
6.3.4	Type af indsats – Aftalte aktiviteter fordelt på køn og beskæftigelse.....	41
<b>7</b>	<b>Bilag 3: Barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud samt behov og ønsker for kvalitetsudvikling af henvisningsprocedurer.....</b>	<b>43</b>
7.1	Baggrund.....	43
7.2	Metode.....	44
7.3	Resultater.....	44
7.3.1	Den alment praktiserende læge .....	45
7.3.2	Borgeren .....	48

7.3.3	Det kommunale tilbud .....	52
7.3.4	Andre aktører .....	53
7.3.5	Ambulatoriet .....	55
7.3.6	Henvisningsproceduren .....	55
<b>8</b>	<b>Bilag 4: Borgernes perspektiver på kommunale sundhedstilbud .....</b>	<b>59</b>
8.1	Metode .....	59
8.2	Deltagere i borgerinterviewene .....	59
8.2.1	Baggrundsoplysninger om borgerne.....	60
8.3	Resultater .....	61
8.3.1	Henvisning og motivation for at deltage i kommunalt sundhedstilbud .....	61
8.3.2	Samlet tilfredshed med kommunalt sundhedstilbud .....	64
8.3.3	Fysisk træning .....	66
8.3.4	Kost.....	69
8.3.5	Psykiske forhold.....	70
8.3.6	Organisering af tilbud .....	70
8.3.7	Viden om type 2 diabetes og sygdomsforståelse .....	71
8.4	Hovedpointer fra borgerinterviewene .....	72
<b>9</b>	<b>Bilag 5: Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgeres deltagelse i kommunale sundhedstilbud .....</b>	<b>75</b>

# 1 Resume

Denne rapport er en del af projektet 'Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'. Midtklyngen består af Viborg Kommune, Silkeborg Kommune og Skive Kommune, Almen praktiserende læger i de tre kommuner samt Hospitalsenheden Midt i Viborg. På baggrund af et udviklingsarbejde i projektets referencegruppe, er der beskrevet tre projektindsatser. Denne rapport indeholder data og resultater for en af disse projektindsatser, som omhandler deltagelse i kommunale sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes. Rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

I indsatsen 'Deltagelse i kommunale sundhedstilbud' (bilag 5) er der beskrevet tre delmål. Denne rapport behandler indsatsens tre delmål, der omhandler:

1. Kvalitetsudvikling på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud
2. Undersøgelse af behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud til borgere med type 2 diabetes
3. Afprøvning af nye supplerende tilbud

Delmål 3 adresseres ved angivelse af en oversigt over forslag til prøvehandling, som kan ligge til grund for afprøvning af nye supplerende tilbud i relation til kommunale sundhedstilbud (bilag 1). Delmål 1 og 2 beskrives herunder.

Der anvendes fire datakilder til at belyse delmålene:

- Registreringer af borgere med type 2 diabetes i de kommunale indsatser i første kvartal 2021.
- Fokusgruppeinterview med fagpersoner fra de kommunale tilbud, almen praksis og diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt i Viborg.
- Interview med borgere med type 2 diabetes hjemhørende i de tre kommuner tilhørende Midtklyngen.
- Dialogmøde med arbejdsgruppen i projekt 'Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'.

## **Delmål 1: Kvalitetsudvikling på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud**

De kommunale indsatser er primært patientuddannelse, hvor en borger understøttes i at forbedre sin sygdomstilstand gennem reguleringer i livsførelse (det kan være kost, motion, rygning, alkohol mv.). Færre end halvdelen af borgere med type 2 diabetes deltager i patientuddannelse, på trods af at man ved, det er vigtig for behandlingen af disse borgere (bilag 5). Derfor indeholdt såvel fokusgruppeinterviewene som borgerinterviewene spørgsmål om, hvad der er af barrierer og muligheder for at få flere til henvist til at deltage. Resultaterne viser, at udfordringerne er forbundet med de enkelte aktører omkring borgerne.

De vigtigste aktører er alment praktiserende læger, som skal henvise borgerne. Det ser dog ud til, at lægerne mangler kendskab til de kommunale diabetestilbud og kvaliteten heraf, hvorfor de ofte undlader at henvise. Fagpersoner mener, at almen praktiserende læger bedst får kendskab og tillid til kvaliteten i tilbuddene, ved at danne personlige relationer til de kommunale medarbejdere. Med større tillid og kendskab skal lægerne gerne i højere grad begynde at betragte de kommunale tilbud, som en integreret del af den øvrige behandling af borgeren. Information og relationer bør dyrkes ved at afholde begivenheder, hvor ansatte i almen praksis og kommunerne mødes.

En anden meget vigtig aktør er borgerne selv, som ofte ikke ønsker at blive henvist til kommunerne. Deres modstand skyldes til dels, at de mangler forståelse for sygdommens alvor, og forståelse for vigtigheden af at uddanne sig til at kunne yde egenomsorg. Derudover føler borgerne sig ude af stand til at handle, da de lammes af skamfølelsen ved at få en livsstilssygdom. Nogle borgere har også svært ved at handle, hvis tilbuddet præsenteres, når de er i chok over nylig diabetes-diagnose. For at modgå borgernes barrierer, mod at få en henvisning, opfordrer borgerne både alment praktiserende læger og kommunale tilbud til at presse på, for at få borgeren til at takke ja. Derudover kan lægerne hjælpe borgerne ved at gøre opmærksom på, at en henvisning ikke automatisk betyder, at borgeren har forpligtet sig på et langt forløb. Derimod skal borgerne blot møde op til en afklarende samtale i kommunen. Ofte påvirkes borgernes motivation til at ville deltage i flere kommunale indsatser, når borgeren har den afklarende samtale.

Mange borgere med type 2 diabetes modtager andre tilbud i den kommunale sundhedsindsats eller psykiatrien, og disse aktører kan derfor også spille en vigtig rolle i at få flere henvist. Det kræver dog, at disse andre tilbud i højere grad end nu har kendskab til de kommunale diabetestilbud, og at de har en direkte kanal til at skabe kontakt mellem diabetestilbudet og borgeren. På nuværende tidspunkt kan borgeren blive sendt til egen læge for selv at bede om en henvisning til de kommunale sundhedstilbud.

En del borgere med type 2 diabetes modtager en beskæftigelsesindsats. Kommunernes beskæftigelsesforvaltning bliver dermed også en aktør, som kan påvirke borgerens motivation for at deltage i et diabetestilbud. Hvis beskæftigelsesforvaltningen ønsker at udvikle eller afprøve borgerens arbejdsevne, vil denne proces ofte forlænges, så længe borgerne deltager i et kommunalt sundhedstilbud, som søger at forbedre borgerens forhold. Borgere, der ønsker at få processen afsluttet, kan derfor være motiveret til at takke nej til et diabetestilbud. En kommunal medarbejder i fokusgruppeinterviewet har dog gode erfaringer med at modgå dette ved at indkalde alle aktører til en rundbordssamtale om borgeren.

Diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt i Viborg er også en central aktør for nogle borgere med type 2 diabetes. Ambulatoriet oplyser selv, at de sjældent henviser borgere til de kommunale sundhedstilbud. De oplyser samtidig, at de gerne vil henvise flere, og at de specielt gerne vil fokusere på de nydiagnosticerede, som er på ambulatoriet efter en operation eller en blodprop. Disse borgeres alvorlige tilstand kan betyde, at de måske er særligt motiveret for at gøre en indsats i forhold til deres diabetes. Diabetesambulatoriet vil i den forbindelse gerne have skriftlig materiale om de kommunale tilbud, som kan udleveres til borgerne.

Derudover fremkom det under fokusgruppeinterviewet, at kommunerne har nogle ønsker til, hvad der bør være af indhold i selve den skriftlige henvisning. Kommunerne vil gerne have at henvisningen indeholder biokemiske oplysninger, oplysninger om hvornår borgeren fik diagnosticeret diabetes og oplysninger om hvilken medicin, borgeren får. Derudover er der enkelte kommuner, der gerne vil have, at lægen afklarer med borgerne, hvad sidstnævnte håber at opnå med deltagelse i det kommunale tilbud. Omvendt advarer lægerne i fokusgruppeinterviewet imod, at kravene til henvisningerne bliver for omfattende. Lægerne mener, at der vil blive foretaget færre henvisninger, hvis disse bliver besværlige at udfylde.

Endelig er der borgere, som takker nej til en henvisning på grund af transportvanskeligheder, når der er stor afstand mellem deres bopæl, og hvor tilbuddet afvikles. I en enkelt kommune afvises borgere også fra tilbuddet, hvis de ikke har tilstrækkelige danskundskaber.

## **Delmål 2: Undersøgelse af behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundheds-tilbud**

Generelt er borgerne tilfredse med de kommunale tilbud til borgere med type 2 diabetes, og behovet for kvalitetsudvikling er ikke presserende.

Når der ses på, hvem der deltager i de kommunale tilbud, viser registreringer, at deltagerne har en køns- og aldersfordeling, som forventet for borgere med type 2 diabetes (der er eksempelvis flest mænd og borgere over 40 år). Borgerne i tilbuddene er typisk faglærte eller har højest en studentereksamen eller mindre uddannelse. En tredjedel er under uddannelse eller i arbejde, og to tredjedele er ikke. De mest brugte indsatser hos kommunerne er ernæringsindsats, oplæring i sygdomsforståelse og fysisk træning.

Dataindsamlingen peger på en række forhold, der er generelt gældende for de kommunale tilbud, uanset hvilke indsatser den enkelte borger deltager i:

Borgerne er som beskrevet tilfredse med kommunernes tilbud, men opfordrer kommunerne til at være opsøgende og give borgerne "et puf", for at få dem til at deltage i den afklarende samtale om tilbuddet. Borgerne roser indholdet af de afklarende samtaler og er især begejstret, når de oplever, at indsatsen tilpasses efter, hvad borgeren fortæller til den afklarende samtale. Samtidig er der dog borgere, som advarer mod for stor individuel tilpasning, da disse borgere har sagt nej til dele af tilbuddet, som de efterfølgende tænker, de burde have deltaget i. Derfor argumentere disse borgere for, at ernæringsundervisning og fysisk træning skal være faste elementer, som alle deltager i.

Borgerne oplever at have gode personlige relationer til de kommunale medarbejdere. Derudover er borgerne generelt meget rosende over for de kommunale fagpersoner. Fagpersonerne indgyder borgerne tro på sig selv og forklarer borgerne, hvordan de kan deltage på deres eget niveau.

Borgerinterviewene giver indtryk af, at de kommunale tilbud er organiseret meget forskelligt. Det gælder både når der ses på de forskellige indsatser i den enkelte kommune, og når der ses på tværs af kommuner. Det opleves dog ikke som et problem, da borgernes generelle oplevelse er, at tilbuddet også organiseres efter den enkeltes behov. Borgerne er særligt glade når tilbuddene er organiseret, så de kan møde andre med samme diagnose, samme alder og samme kropsbygning. Hvis kommunerne skal løfte sig på organiseringen bør de dog overveje at gøre det muligt for flere at deltage i tilbuddene uden for normal arbejdstid.

Dataindsamlingen peger også på nogle forhold, der er gældende for de enkelte indsatser i de kommunale tilbud:

En central indsats med mange deltagere er kommunernes ernæringsindsats, og borgerne er meget tilfredse med denne. Det er dog forskelligt, hvor godt indsatsen rammer den enkeltes situation, hvilket primært skyldes, at der er store forskelle i, hvor meget de enkelte borgere i forvejen ved om kost og betydningen heraf i forhold til diabetes. Borgerne giver udtryk for, at det er særlig vigtigt med en ernæringsindsats for de nydiagnosticerede, da de ellers kan være forvirret over, hvad de skal og ikke skal spise. Borgerne giver også udtryk for, at de har svært ved at fastholde kostændringer, som tiden går efter de har deltaget i tilbuddet.

En anden central indsats er kommunernes oplæring af borgerne i sygdomsforståelse. Borgerinterviewene viser, at borgerne ikke altid har en stor sygdomsforståelse. Tendensen er, at jo flere fysiske og psykiske udfordringer en borger har, jo sværere er det for borgeren at sætte

sig ind i, hvad type 2 diabetes er for en sygdom. Interviewene viser dog også, at de kommunale tilbud i høj grad er med til at øge sygdomsforståelsen, og at det tilmed kan hjælpe med at fjerne noget af den skam, der kan være forbundet med at have en livsstilssygdom.

En tredje central indsats i kommunerne er den fysiske træning. Corona-restriktioner har betydet, at nogle borgere har trænet på små hold, og at meget fysisk træning er foregået udendørs. Borgerne har generelt været positive over for begge dele. Ligesom ved ernæringsindsatsen giver borgerne udtryk for, at det er svært at fastholde træningen efter det kommunale tilbud er afsluttet. Derfor efterlyser nogle borgere at blive hjulpet videre til et passende træningsfællesskab, og andre efterlyser muligheden for forsat at bruge de kommunale tilbud og/eller blive genhenvist til samme tilbud. I forhold til genhenvisningen gav fagpersonerne i fokusgruppeinterviewene dog udtryk for, at det sjældent sker, og at de ofte vurderer, at en borger ikke vil have gavn af samme tilbud to gange.

Borgerinterviewene viser, at der kan være grund til at udtænke en indsats, der hjælper borgerne med at fastholde, hvad de har lært i de kommunale tilbud, særligt når det drejer sig om ernæring og fysisk træning.

Endelig viser borgerinterviewene, at det psykiske fylder meget i forhold til at få diagnosen type 2 diabetes, og at nogle kommunale tilbud har eksplicite indsatser rettet mod borgernes psykiske velvære. Disse indsatser får meget ros af borgerne. Borgerne nævner dog samtidig, at det kan være svært for den kommunale medarbejder at introducere den psykiske hjælp for andre borgere med type 2 diabetes, og at andre borgere nok vil takke nej til tilbuddet om psykisk hjælp, da det er "*farligt*". Men borgerne vurderer, at det skal anbefales, og at sundhedscentret skal være lidt insisterende på denne del.



## 2 Baggrund

På baggrund af midler fra satspuljen "Styrket tværsektorielt samarbejde vedr. diabetespatienter" har Midtklyngen i den midtjyske region sammen med Steno Diabetescenter Århus påbegyndt projektet "Type 2 diabetes i Midtklyngen - Styrket samarbejde på tværs af sektorer". Midtklyngen består af Viborg Kommune, Silkeborg Kommune og Skive Kommune, Almen praktiserende læger i de tre kommuner samt Hospitalsenheden Midt i Viborg og står for udmøntningen af Region Midtjyllands sundhedsaftale for disse enheder.

Der er i projektet nedsat en tværsektoriel referencegruppe bestående af repræsentanter fra de samarbejdende parter. Referencegruppen har på en række møder og workshops arbejdet med konkretisering af en samarbejdsmodel for borgere med type 2 diabetes. Samarbejdsmodellen er bygget op omkring 3 projektindsatser, hvoraf denne rapport er udarbejdet på baggrund af en af disse projektindsatser, som omhandler deltagelse i kommunale sundhedstilbud (bilag 5).

Det primære formål for projektindsatsen om deltagelse i kommunale sundhedstilbud er at øge antallet af borgere med type 2 diabetes, der henvises til og deltager i kommunale sundhedstilbud (bilag 5). Et sekundært formål er at have et særligt fokus på at sikre, at borgere med nydiagnosticeret type 2 diabetes henvises og deltager i de kommunale sundhedstilbud. Hertil beskrives ligeledes tre delmål:

1. At kvalitetsudvikle på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud
2. At undersøge behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud til borgere med type 2 diabetes
3. At afprøve nye supplerende tilbud

Denne rapport indeholder således data og resultater til afdækning af ovenstående delmål 1 og 2 for projektindsatsen om 'Deltagelse i kommunale sundhedstilbud'. Disse delmål beskrives i afsnit 4. Ønskes der en mere detaljeret gennemgang af disse delmål findes dette i bilag 2, 3 og 4. Rapporten indeholder desuden en oversigt i bilag 1 over forslag til prøvehandlinger, som kan ligge til grund for afprøvning af nye supplerende tilbud i relation til kommunale sundhedstilbud (delmål 3). Rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

## 3 Metode

I nedenstående præsenteres en række data, som kan bidrage i arbejdet med at nå projektets delmål. Dataindsamlingen er sket gennem fire kilder. Resultaterne fra de fire datakilder gennemgås separat i bilagene til denne rapport samt i en samlet analyse på tværs af datakilderne i afsnit 4.

De fire datakilder beskrives i de følgende fire afsnit.

### 3.1 Registreringer af borgere med type 2 diabetes i kommunale tilbud

Kommunale medarbejdere i de tre kommuner i Midtklyngen har indtastet data om borgere med type 2 diabetes, som deltager i de kommunale tilbud. Indtastningerne er foregået i en skabelon i it-programmet SurveyXact. Indtastningsskabelonen er udformet af DEFACTUM, Region Midtjylland. I Viborg Kommune og i Silkeborg Kommune har indtastningsskabelonen været administreret internt i kommunen, og de har efterfølgende sendt data til DEFACTUM til behandling. I Skive Kommune har indtastningsskabelonen været administreret af DEFACTUM, Region Midtjylland.

Registreringerne er indtastet i første kvartal af 2021 i forbindelse med, at der er afholdt afklarende samtaler eller afsluttende samtaler/opfølgende telefonopkald med borgerne og inkluderer de borgere, der var til henholdsvis afklarende og/eller afsluttende samtale i første kvartal af 2021. Nedenstående tabel viser, hvor mange registreringer, der er foretaget.

**Tabel 1. Registreringer af borgere med type 2 diabetes**

Kommune	Afklarende samtale i opstart	Afsluttende samtale/opfølgende telefonopkald
Silkeborg Kommune	23	14*
Skive Kommune	8	33
Viborg Kommune	10	5
<b>Samlet</b>	<b>41</b>	<b>52</b>

\*3 af de 14 registreringer er på en person, hvor der også er foretaget registreringer ved en afklarende samtale

De samlede resultater fra registreringerne af borgere med type 2 diabetes præsenteres i sin fulde længde i bilag 2 samt i en samlet analyse på tværs af datakilderne i afsnit 4.

### 3.2 Fokusgruppeinterview med fagpersoner fra kommuner, praktiserende læger og ambulatorie

Der er foretaget et fokusgruppeinterview blandt relevante fagpersoner i Midtklyngen, som arbejder med borgere med type 2 diabetes. Fokusgruppeinterviewet blev gennemført af DEFACTUM, Region Midtjylland.

Der var 6 interviewpersoner, som deltog:

- 1 medarbejder fra diabetestilbuddet i hver af de tre kommuner i Midtklyngen
- 2 alment praktiserende læger

- 1 medarbejder fra diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt i Viborg

Målet for fokusgruppeinterviewet var at identificere barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud samt behov og ønsker for kvalitetsudvikling af henvisningsproceduren.

Interviewet var semi-struktureret, og dermed var der før interviewet udformet en række spørgsmål, som interviewdeltagerne blev bedt om forholde sig til. Fokusgruppeinterviewet blev afholdt først på eftermiddagen fredag den 9. april 2021, og varede i godt to timer. Grundet coronarestriktioner mødtes interviewer og deltagere virtuelt. Interviewet blev optaget på diktafon, og efterfølgende transskriberet og analyseret.

De samlede resultater fra fokusgruppeinterviewet præsenteres i sin fulde længde i bilag 3 samt i en samlet analyse på tværs af datakilderne i afsnit 4.

### 3.3 Interview med borgere med type 2 diabetes

Der er gennemført telefoninterview med i alt 20 borgere med type 2 diabetes. Borgerne er udvalgt af kommuner (65 procent) og praktiserende læger (35 procent).

20 procent af de interviewede borgere er hjemhørende i Silkeborg Kommune, 40 procent i Skive Kommune og 40 procent i Viborg Kommune.

70 procent af de interviewede borgere er mænd og 30 procent er kvinder. 90 procent er mellem 40 og 69 år. Der er 75 procent, som har deltaget i et kommunalt sundhedstilbud, derudover er der 5 procent, som har takket nej, og 20 procent, som ikke er blevet henvist. 70 procent af de interviewede borgere har andre sygdomme og/eller psykiske udfordringer, og 30 procent har enten ikke andre udfordringer eller har ikke oplyst om dette.

Målet med interviewene var at undersøge behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud, og at få viden om, hvorfor nogle borgere vælger at sige nej til sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes.

Telefoninterviewene er gennemført i marts og april 2021 og foretaget af DEFACTUM, Region Midtjylland. Interviewene er med borgernes samtykke optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet og analyseret.

De samlede resultater fra interviewene med borgere med type 2 diabetes præsenteres i sin fulde længde i bilag 4 samt i en samlet analyse på tværs af datakilderne i afsnit 4.

### 3.4 Dialogmøde med arbejdsgruppen i projekt 'Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'

Resultaterne fra de tre ovennævnte datakilder blev på et dialogmøde torsdag den 20. maj 2021 præsenteret for arbejdsgruppen i projektet 'Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'. Arbejdsgruppen består af læger og sygeplejersker fra Hospitalsenhed Midt i Viborg, praktiserende læger hjemhørende i de tre kommuner i Midtklyngen, samt kommunale medarbejdere med tilknytning til diabetestilbuddene i henholdsvis Viborg, Skive og Silkeborg Kommune.

Efter præsentationen af data blev deltagerne i dialogmødet opdelt i tre grupper, hvor der blev drøftet mulige prøvehandlinger, der kan være et middel til at opnå projektets delmål om

at kvalitetsudvikle på henvisningsproceduren og kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud til borgere med type 2 diabetes. Sidst på dialogmødet blev de fremkomne prøvehandlinger præsenteret og drøftet i plenum. Prøvehandlingerne oplistes i bilag 1.

## 4 Resultater

I dette afsnit præsenteres hovedpointerne fra de fire datakilder i forhold til projektets tre delmål. De enkelte datakilder bruges på skift alt efter, hvordan de bidrager til det beskrevne delmål.

Resultaterne fra de enkelte datakilder kan læses i fuld i længde i bilagene til denne rapport.

### 4.1 Delmål 1: Kvalitetsudvikling på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud

Det første af projektets delmål er at kvalitetsudvikle på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud.

De kommunale indsatser er primært patientuddannelse, hvor en borger understøttes i at forbedre sin sygdomstilstand gennem reguleringer i livsførelse (det kan være kost, motion, rygning, alkohol mv.). I indsatsbeskrivelsen for projektet anslås det, at patientuddannelse er ligeså vigtigt som medicinsk behandling for borgere med type 2 diabetes. Samtidigt konstateres det, at en undersøgelse har vist, at færre end halvdelen af disse borgere rent faktisk deltager i patientuddannelse (bilag 5). Der er med andre ord god grund til at undersøge, hvorfor så få borgere deltager i den kommunale patientuddannelse - og hvad der kan gøres for at få flere til at deltage.

Derfor indeholdt såvel fokusgruppeinterviewene som borgerinterviewene spørgsmål om, hvad der er af barrierer og muligheder for at få flere til at deltage.

Resultaterne viser, at udfordringerne er forbundet med de enkelte aktører omkring borgerne, og derfor gennemgås aktørerne enkeltvis heriunder.

#### 4.1.1 Almen praksis skal informeres og have relationer til kommunerne

Almen praksis er den vigtigste aktør for de fleste borgere med type 2 diabetes. I følge deltagerne i fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne, er det også hos almen praksis, at den største barriere er for at få flere borgere henvist til kommunernes diabetesstilbud. Således er der mange læger, der slet ikke tilbyder at henvise borgerne, da lægerne ikke kender de kommunale tilbud og ikke ser dem som en integreret del af behandlingen af borgere med type 2 diabetes. En af lægerne i interviewet siger:

*Jamen, den største forhindring for mine patienter, til at komme op på tilbuddet, oppe på Sundhedscentret, det er helt klart mig. Fordi jeg ikke har givet dem tilbuddet. Fordi jeg ikke har vidst, hvad det har været, og så får de ikke tilbuddet, og så får de ikke muligheden.*

Praktiserende læge

Lægerne kender enten ikke til eksistensen af tilbuddene eller er usikre på tilbuddenes kvalitet og karakter. I fokusgruppeinterviewet kommer det frem, at lægerne ofte har haft indtryk af, at kommunernes tilbud udelukkende er holdundervisning på en skolebænk. Derfor har lægerne i stedet valgt selv at tilbyde borgerne et individuelt tilbud. En læge fra fokusgruppeinterviewet siger:

*... ellers har vi også her i klinikken kørt vores egne [tilbud]. Dels fordi jeg vidste ikke, hvad jeg sendte folk op til, og så ville jeg gerne være sikker på at give dem et ordentligt tilbud – og så har jeg selv strikket noget sammen.*

Praktiserende læge

Vigtigheden af, at lægerne kender og kan præsentere tilbuddet, optræder også i borgerinterviewene. Nogle borgere fortæller, at de har haft type 2 diabetes i mange år, før de fik en henvisning, og de giver udtryk for, at de gerne ville have haft tilbuddet tidligere. Borgerne efterlyser generelt mere information fra lægerne. En borger fortæller, at vedkommende har takket nej til det kommunale tilbud, da han/hun får nok viden fra egen læge, og ikke havde behov for "at sidde i rundkreds med andre og tale om diabetes" og ikke har brug for "sådan noget terapi-noget". Det antydes dermed, at borgeren har afvist den kommunale indsats på et informeret grundlag. En anden borger siger:

*Jeg ville måske ønske, at... min læge havde talt med mig om at få en samtale, altså, en dobbelttid for eksempel, hvor man, altså min læge så fortalte mig noget mere om mulighederne og tilbuddene for folk med diabetes og i øvrigt diabetes 2 generelt. Så jeg vidste noget om det, fordi det er jo svært at vide, hvad det er, man skal spørge om.*

Borger med type 2 diabetes

Fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne viser, at lægerne ofte betragter de kommunale tilbud som et supplerende tilbud, og at borgerne selv skal vurdere, om de kan have gavn af at deltage. Fagpersonerne i fokusgruppen ønsker i stedet, at lægerne ville betragte de kommunale tilbud som en integreret del af behandlingen, og at lægerne ikke fremlægger de kommunale tilbud som mindre afgørende end den medicinske behandling eller den løbende kontrol hos lægen.

Dette kræver, at lægerne begynder at betragte behandlingen af borgere med type 2 diabetes som en fælles indsats, og i mindre grad ser den kommunale indsats, som noget ekstra borgeren skal vælge, hvis borgeren har lyst. En kommunalmedarbejder i fokusgruppeinterviewet siger:

*Så jeg tror, det er det, vi skal have kopieret ud til lægepraksis, at det skal ikke være så stort et valg, men; 'det er en del af, at du har fået diabetes, og vi arbejder sammen om den her opgave'.*

Kommunal medarbejder

Vigtigheden af, at den alment praktiserende læge præsenterer de kommunale tilbud som en del af behandlingen understreges af borgerinterviewene. Her fortæller borgerne, at lægerne spiller en central rolle i, om borgerne vælger at deltager eller ej. Som en borger siger:

*Hvis ikke lægen havde sparket mig bagi, så var jeg nok ikke kommet afsted.*

Borger med type 2 diabetes

For at informere lægerne og skabe en følelse af en fælles indsats anbefaler fokusgruppedeltagerne, at der skabes personlige relationer mellem medarbejdere i de kommunale tilbud og medarbejderne i de enkelte lægepraksis. Det foreslås konkret, at kommunale medarbejdere møder op til et eller flere møder i bylægeforeningerne og præsenterer tilbuddene. Derudover kan der etableres årlige møder mellem praksissygeplejersker og kommunale sygeplejersker. Endelig bør alle kommuner deltage med repræsentanter i kursusdage for personale hos praktiserende læger i Midtjylland.

#### 4.1.2 Borgeren selv skal informeres og der skal tages hensyn til den enkelte

En anden meget central aktør, i om henvisningen sker, er borgerne selv. Der er flere barrierer hos borgerne, som kan gøre, at borgerne enten ikke bliver henvist eller vælger ikke at deltage på trods af henvisning til de kommunale tilbud.

I fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne kommer det frem, at en af de store barrierer, for borgernes motivation til at deltage i kommunale tilbud, er borgernes manglende sygdomsforståelse. Således mangler borgerne ofte at erkende alvorligheden, af deres sygdom.

En læge i fokusgruppeinterviewet siger:

*Der er desværre en udbredt uvidenhed, om hvad diabetes er, ude i samfundet. Og særligt blandt de her folk, som faktisk får sygdommen. Mange af dem er jo bekendt med, at diabetes det er et eller andet min bror han har, eller en anden har det, og det går vist meget godt – sådan noget i den stil. Så det er ikke rigtig sådan en vigtig sygdom. Altså; 'hvis jeg nu havde fået lungebetændelse, så havde det været meget værre'.*

Praktiserende læge

Dette bakkes op af borgerinterviewene, hvor det efterlyses, at der skal være fagpersoner, der gør opmærksom på vigtigheden af, at borgerne tager deres diabetes alvorligt. En af borgerne siger:

*Ja, det er simpelthen at spise øh rigtigt og ligesom at finde ud af, at det altså er alvorligt det her, fordi det er faktisk alvorligt. Det er der ikke nogen, der har sagt. Der er ikke nogen, der har talt en lille smule dunder til mig. Det kunne godt være, at det var det, jeg havde brug for. Fordi jeg ved jo godt, hvor farligt det er, faktisk.*

Borger med type 2 diabetes

Som det ses senere, opstår der ofte en øget sygdomsforståelse hos borgerne, når de er i de kommunale tilbud. Men data understreger, at borgerne skal have en vis forståelse af sygdommens alvor, og betydningen af egen indsats for at lade sig henvise i første omgang.

En anden barriere for en henvisning kan være, at borgerne oplever skam og deraf apati, som følge af at få en 'livsstilssygdom'. En borger siger i et interview:

*Jeg tænker også bare, fordi det der, når man bliver diagnosticeret med diabetes 2, så får man hurtigt et stigma, at du er fandme også bare et fedt svin, der bare har spist alt for usundt.*

Borger med type 2 diabetes

En af lægerne i fokusgruppeinterviewet siger samstemmende:

*De har masser af nederlag i alle mulige andre sammenhænge. Det handler i forhold til arbejdsmarkedet, det handler om, i forhold til... Jamen, der er jo en grund til for de fleste, at de er endt i et mønster, hvor hyggespisning, det er lig med trøst og så videre – men lad nu det ligge – men der ligger klart en barriere ved patienterne, de vil ikke ned og konfronteres endnu engang med, at de ikke kan, og at de er nået dertil, hvor de er, og at de har svært ved at ændre på det. Og der ligger også en afmagt i det, og deres oplevelse er, at de KAN ikke ændre på deres livomstændigheder. Så der er virkelig noget der. Men nu er vi ude og snakke noget helt anderledes med selvværd og psykoterapi, og den slags.*

Praktiserende læge

Lægen i fokusgruppeinterviewet kæder altså skammen og apatien sammen med, at det ofte er borgere med andre sociale, psykiske og/eller somatiske problemer, der får type 2 diabetes. Det at de har andre problemer betyder så, at de ikke føler sig i stand til at ændre på deres livsstil, hvilket gør, at de ikke har lyst til at deltage i et kommunal sundhedstilbud.

Nogle borgere føler også apati og manglende overskud, når de lige har fået diagnosen med type 2 diabetes. De er således nærmest i en choktilstand. Borgerne fortæller i interviewene, at de ikke har kræfterne til at henvende sig til kommunen i den tilstand, og en læge i fokusgruppeinterviewet siger:

*Så det her med at smide det i hovedet af dem i forbindelse med diagnosesamtalen eller umiddelbart derefter... Der er mange af mine patienter, der har sådan et informations-overload, når de får at vide, at de har fået en diagnose, som hedder sukkersyge. Så den der med at præsentere dem med, at så skal du det, og så skal du det, og så skal du det, og så kan du i øvrigt blive henvist til det her. Der bakker de! Det er noget af det, jeg har identificeret, at sandsynligheden for at få dem til at takke ja, det stiger, hvis de lige får lov til at vende skråen, og få en samtale mere.*

Praktiserende læge

For at gennembryde borgernes barrierer imod at få en henvisning opfordrer både borgere og fokusgruppedeltagere til, at alment praktiserende læger og kommunale tilbud presser borgeren lidt. Derudover nævnes det til fokusgruppeinterviewet, at lægerne hjælper borgerne ved at gøre opmærksom på, at en henvisning ikke automatisk betyder, at borgeren har forpligtet sig på et langt forløb. En henvisning betyder blot, at borgeren siger ja tak til en opstartssamtale med den kommunale medarbejder om, hvad der kan være af brugbare tilbud i kommunen. En kommunal medarbejder siger i fokusgruppeinterviewet:

*Og begynder de at bakke på, at; 'jeg skal ikke ind i et forløb på 8 uger, eller jeg skal ikke'. Så sig; 'jamen, tag imod den første samtale, det har vi alle lov til', og det gælder jo også for... Hvis jeg kan mærke at borgeren ikke er motiveret, så italesætter jeg det også; 'jeg kan høre, der er rigtig mange bolde lige nu, der fylder. Måske er det ikke lige nu, måske er det, det her, du skal gå med i stedet for, eller vi skal have hjulpet dig hen til'.*

Kommunal medarbejder

Interviewene med borgerne viser også, hvordan bare det at møde op til den afklarende samtale i det kommunale sundhedstilbud kan ændre borgernes motivation for deltagelse. En borger fortæller eksempelvis, at vedkommende fik "lyst til" og "glædede sig til" forløbet efter den afklarende samtale. Borgeren oplevede sig mødt og forstod, at de kommunale medarbejdere ikke var "politibetjente". Borgerne synes således at få tryghed ved at deltage i samtalen, fordi de forklares, at der tages hensyn til deres situation og eventuelle skavanker. Derudover brugte borgerne de dele af tilbuddet, som de vurderede at kunne have gavn af, og flere af borgerne i interviewene gav eksempler på, at de sagde ja til dele af sundhedstilbudet og takkede nej til andre elementer, særligt fysisk træning og kostvejledning på hold.

#### 4.1.3 De kommunale diabetestilbud kan tilpasses, så flere har mulighed for at deltage

En tredje central aktør i borgerens henvisning er selve de kommunale diabetestilbud. Her er det blandt andet afgørende, at tilbuddene har det rette indhold, hvilket sikres ved at arbejde på, at tilbuddene har en høj kvalitet. Dette er dog emnet for delmål 2 som præsenteres senere, og bliver derfor ikke behandlet her.



I fokusgruppeinterviewet nævnes der dog to barrierer i kommunernes tilbud, som ikke handler om selve indholdet. Det ene er, at tilbuddene i nogle kommuner ligger geografisk centralt, så det er svært for borgere i kommunernes yderområder at transportere sig dertil. Det andet er, at nogle kommuner har inklusionskriterier for deltagelse (primært gode dansk-kundskaber).

#### 4.1.4 Andre aktører skal have information og direkte adgang

Der er også andre aktører, som kan spille en væsentlig rolle i, om borgerne bliver henvist til de kommunale diabetesstilbud. Ifølge fagpersonerne i fokusgruppeinterviewet bruger mange borgere med type 2 diabetes også andre offentlige hjælpeindsatser, da de ofte også har andre sygdomme eller problemer. Det kan eksempelvis være andre sundhedstilbud i kommunerne eller behandling i psykiatrien. Disse andre aktører kan spille en vigtig rolle i at få flere henvist. Det kræver dog, at de i højere grad end nu har kendskab til diabetesstilbuddene, og at de har en direkte kanal til at skabe kontakt mellem diabetesstilbuddene og borgeren. Nu beder de ofte borgeren om selv at gå tilbage til egen læge og få en henvisning, hvilket borgeren ofte ikke får gjort.

Fagpersonerne i fokusgruppeinterviewet beretter også, at en del af borgerne med type 2 diabetes er i et forløb hos kommunens beskæftigelsesindsats. Fagpersonerne oplever, at beskæftigelsesindsatsen nogle gange kan være en hindring for borgerens motivation til at takke ja til en henvisning til diabetesstilbuddet. Hvis borgeren, som allerede er i et ressourceforløb, deltager i et kommunalt sundhedstilbud, kan deltagelsen i det kommunale sundhedstilbud medføre en udskydelse af afklaring vedrørende ressourceforløbet. Dette skyldes, at deltagelse i et sundhedstilbud kan bedre borgerens arbejdsevne og dermed have indflydelse på en afgørelse i et ressourceforløb. Den situation kan fjerne borgerens motivation for at deltage i kommunale sundhedstilbud, da borgeren så er bange for, at deres udsigt til at gå tilkendt eksempelvis det ønskede flexjob eller førtidspension skubbes længere ud i fremtiden. En læge siger i fokusgruppeinterviewet:

*Der er det jo sådan, at jo flere gange jeg kan sidde og sige, at; 'ørv, vi kunne jo prøve at sende dig til noget' eller 'vi kunne jo prøve at...'. Så ved vi godt, at så starter hele den kommunale karrusel og to år yderligere inden kommunens sagsbehandling, den er [afsluttet]. (...) Altså; de der mennesker, de er jo fuldstændig uigennemtrængeligt demotiverede, og det kan jeg godt forstå med det kommunale system, der er. Men det er sådan det er, og der er meget meget lidt samarbejde i forhold til dem der [i beskæftigelsessystemet], der er ikke noget.*

Praktiserende læge

I fokusgruppeinterviewet er der en kommunal medarbejder, der oplever det samme. Vedkommende oplever så samtidig, at det kan være en løsning at indkalde til en rundbordssamtale med alle aktører omkring borgeren:

*... jeg kan have svært ved at få dem ind til samtalen, når jeg fornemmer, at der også er en sagsbehandler på eller noget jobcenter på, og de tænker; 'åh nej, så skal jeg til ud i yderligere afprøvning eller...'. Og allerede, når det bliver klart for mig i startsamtalen, at her har vi med det at gøre, så påtaler jeg muligheden for et rundbordsmøde, fordi vi har samme kommuneskilt på, og vi skal sammen løfte den her opgave.*

Kommunal medarbejder

#### 4.1.5 Diabetesambulatoriet kan henvise flere

Diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt i Viborg er også en central aktør for nogle borgere med type 2 diabetes. I fokusgruppeinterviewet fortæller medarbejderen fra diabetesambulatoriet, at det er begrænset, hvor mange de henviser til kommunale tilbud, da mange af deres patienter ofte har haft diabetes i lang tid, og ambulatoriet antager derfor, at borgerne

allerede har været igennem et kommunalt tilbud eller samtale om det hos egen læge. Andre borgere i ambulatoriet bliver ikke henvist, fordi de er på ambulatoriet efter en anden (men beslægtet) sygdom som blodpropper eller en operation. I den situation antager ambulatoriet ofte, at borgerens fokus ikke er på kommunale sundhedstilbud, men snarere på at komme sig over den anden sygdom.

Interviewdeltageren fra ambulatoriet anerkender dog, at ambulatoriet godt kan være mere opmærksom på at få flere henvist. Specielt kan de borgere, som er på ambulatoriet efter en operation eller en blodprop, måske være særligt motiveret for at gøre en indsats i forhold til deres diabetes.

Ambulatoriet vil gerne have et lille skriftligt materiale (evt. et kort) om de kommunale tilbud, som de kan udlevere til borgerne, da borgerne kan have svært ved at indtage alt den information, de får under ambulatoriebesøget.

#### 4.1.6 Indhold i selve henvisningen

Ud over de barrierer, som er ved henvisning, fremkom de kommunale medarbejdere under fokusgruppeinterviewet med ønsker til, hvad lægens henvisning bør indeholde af informationer.

Et ønske er biokemiske oplysninger. For at motivere lægerne til dette, er det dog vigtigt, at informere lægerne om, hvad oplysningerne bruges til (planlægning af individuelt forløb og undervisning af borgerne i at følge egne tal). Derudover skal lægerne informeres om, at de *ikke* pålægges ekstramålinger, da kommunerne kun vil have de tal, som egen lægen allerede har på borgeren.

Et andet ønske fra nogle kommuner er, at henvisningen indeholder borgerens formål med deltagelse i det kommunale tilbud. Andre synes dog, det er mindre vigtigt, da det kan være svært at afklare før borgeren mødes med kommunen om de faktiske muligheder. Derudover kan beskrivne mål føre til, at lægen laver en alt for specifik henvisning, så borgeren møder op med bestemte forventninger til kommunen, som måske ikke er de mest gavnlige.

Et tredje ønske fra nogle kommuner er, at henvisningen indeholder oplysninger om, hvor lang tid borgeren har haft diagnosen, og hvilken medicin borgeren får.

I fokusgruppeinterviewet advarer lægerne dog imod, at kravene til henvisningerne bliver for omfattende. Der er travlt hos de praktiserende læger, og hvis det bliver for besværligt at lave en henvisning, så bliver det slet ikke gjort. Det anbefales derfor, at der findes en balance mellem, at henvisningen indeholder flest mulige af de informationer, som kommunerne ønsker, samtidig med, at det ikke bliver så administrativt tungt, at lægerne slet ikke henviser.

## 4.2 Delmål 2: Undersøgelse af behovet for at kvalitetsudvikle kommunale sundhedstilbud

I resultaterne til første delmål blev der fokuseret på at udvikle på processerne omkring henvisning til de kommunale sundhedstilbud. I andet delmål ses der på, om der kan og skal udvikles på de tilbud, som borgere med type 2 diabetes får i de tre kommuner i Midtjylland.

Helt overordnet viser borgerinterviewene, at der ikke er et stort og presserende behov for at kvalitetsudvikle, da borgerne generelt er meget tilfredse med de tilbud, som de har fået i kommunerne. Dette kan eksempelvis ses på følgende tre citater fra borgerinterviewene:

*Jamen, jeg har været så glad, og jeg var gladere som menneske, mens jeg gik der.*

Borger med type 2 diabetes

*Jeg ville bare ønske, at jeg kunne gå der altid.*

Borger med type 2 diabetes

*De skal blive ved med at køre det, som de gør, for det er rigtig godt, som det er nu.*

Borger med type 2 diabetes

Ligeledes fremfører mange af borgerene, at de helt sikkert ville anbefale tilbuddet til andre, hvis de fik mulighed for det.

Derfor vil nedenstående præsentation af resultater for delmål 2 også i høj grad beskæftige sig med, de ting, som kommunerne gør godt og dermed skal holde fast i, og kun enkelte steder pege på områder, hvor data viser, at der kan udvikles.

De første tre afsnit peger på en række forhold, der er generelt gældende for de kommunale sundhedstilbud, uanset hvilke indsatser den enkelte borger deltager i.

De efterfølgende fire afsnit ser på forhold, der er gældende for enkelte indsatser i de kommunale sundhedstilbud. Der fokuseres på følgende fire indsatser: Ernæringsindsats, oplæring i sygdomsforståelse, fysisk træning og psykisk hjælp. Andre indsatser, som eksempelvis en forebyggende samtale om alkohol eller tobaksafvænning, behandles ikke, da interviewene ikke gav meget data om disse.

### 4.2.1 Profil af borgere i de kommunale tilbud

Som beskrevet i afsnittet om metode er en af datakilderne til denne rapport en række registreringer, som kommunerne har gjort af deltagerne i tilbuddene til borgere med type 2 diabetes i første kvartal 2021.

Overordnet viser registreringerne ingen overraskelser i forhold til, hvad der forventes, når der sammenlignes med landsdækkende tal for borgere med type 2 diabetes og med kommunernes egne beskrivelser af deres tilbud i fokusgruppeinterviewet.

Således er 58 procent af borgerne i de kommunale tilbud mænd og 42 procent kvinder. Dette er ikke langt fra den fordeling, der er i hele landets populationen af borgere med type

2 diabetes, hvor 54 procent er mænd og 46 procent er kvinder<sup>1</sup>. Ses der på alder er der flest i henholdsvis 50'erne med 33 procent og i 60'erne med 29 procent. Dette er efterfulgt af 12 procent i 40'erne, 10 procent under 40 og 16 procent, som er 70 eller ældre. Dette er heller ikke overraskende, da de fleste, der får konstateret type 2 diabetes er over 40 år<sup>2</sup>. Tallene giver ikke belæg for at konkludere, at der er forskel imellem de tre kommuner.

I alle tre kommuner er enten 61 eller 62 procent af deltagerne i tilbuddene nydiagnosticerede. Samlet er 91 procent henvist fra almen praksis. Her skiller Skive Kommune sig ud ved at have en lidt større andel end de øvrige kommuner, som er henvist fra andre tilbud i kommunen.

Samlet er 56 procent gift, og 42 procent er alene. De sidste 2 procent er registreret som "andet".

Uddannelsesmæssigt er 38 procent faglærte. 25 procent har en studentereksamen eller mindre som højest afsluttet uddannelse, og 30 procent har en kort eller mellemlang videregående uddannelse. 2 procent har en lang videregående uddannelse, og for 4 procent er der registreret "andet" under uddannelse.

Tallene for civilstand og uddannelse giver heller ikke belæg for at konkludere, at der er forskel på de tre kommuner.

Samlet er 33 procent af deltagerne i beskæftigelse og 67 procent er ikke. Der er en lille tendens til, at en større del af de registrerede i Skive Kommune er i arbejde eller under uddannelse, dog er der så få registreret i kommunen, at tallene skal tages med et forbehold.

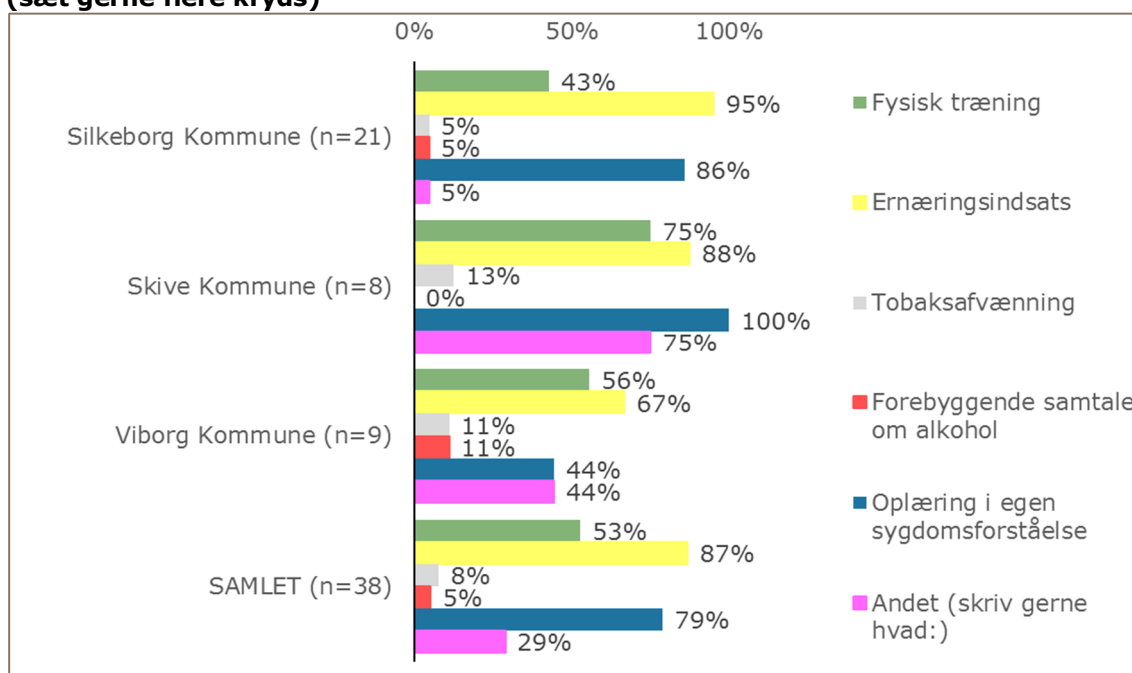
En del af registreringerne er foregået i forbindelse med, at de kommunale sundhedstilbud har afholdt en afklarende samtale med borgerne. Her har man bl.a. registreret, hvilke indsatser, det er aftalt, at borgerne deltager i. Resultaterne fremgår af nedenstående figur. Andelen er udregnet af antal borgere, som har aftalt at deltage i minimum én indsats. Da en borger ofte vil have aftalt at deltage i flere indsatser, summerer andelen ikke til 100 procent.

---

<sup>1</sup> Videnscenter for Diabetes' hjemmeside; "Diabetes i tal", opdatering 10. december 2020 (<https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>)

<sup>2</sup> Netdoktor; "Type 2-diabetes", opdatering 11.03.2020 (<https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/diabetestype2.htm>)

**Figur 1. Type af indsats. Det aftales, at borgeren deltager i følgende aktiviteter (sæt gerne flere kryds)**



Figur 1 viser, at flest borgere aftaler at deltage i en ernæringsindsats. I alt 87 procent af de 38 borgere, der er registreret til at deltage i minimum én indsats. Dernæst er der 79 procent, som har aftalt at deltage i oplæring i egen sygdomsforståelse, og 53 procent, som har aftalt at deltage i fysisk træning. Otte procent har aftalt at deltage i tobaksafvænning, og 5 procent i en forebyggende samtale om alkohol. Der er 29 procent, som derudover har deltaget i "Andet".

I behandlingen af resultaterne er det analyseret, om der er forskelle på, hvad borgerne aftaler at deltage i, når der opdeles efter køn og efter om borgeren er i beskæftigelse eller ej. Der er kun få forskelle. En relativ stor forskel er dog, at 65 procent af kvinderne aftaler, at de vil deltage i fysisk træning, og dette gælder kun for 39 procent af mændene. Når der ses på beskæftigelsen, er der en generel tendens til, at en større andel, af de, der *ikke* er i arbejde eller uddannelse, aftaler at deltage i de forskellige indsatser (se også bilag 2).

Ved den afklarende samtale blev det også registreret, om det blev aftalt, at borgerne skulle deltage i en individuel indsats eller i en holdindsats. Her er det registreret, at 39 procent skulle deltage i en holdindsats, 42 procent skulle deltage i en individuel indsats og 18 procent skulle deltage i "Andet". Der er små forskelle imellem kommunerne, hvor specielt Skive Kommune skiller sig ud, ved at have mange borgere der aftales en individuel indsats med. Dog skal dette tages med forbehold, da der er få registreringer i Skive.

Ved den afsluttende samtale i forløbet eller ved en opfølgende samtale blev det registreret, hvilke indsatser borgerne havde gennemført. Billedet svarer til det, der tegnede sig ved de afklarende samtaler, idet flest havde gennemført en ernæringsindsats, fulgt af oplæring i sygdomsforståelse og fysisk træning. Færre havde deltaget i en forebyggende samtale om alkohol eller tobaksafvænning (se også bilag 2).

#### 4.2.2 Opstart og etablering af relationer

Når borgeren har fået en henvisning og skal modtage et tilbud i kommunen, afholdes der en afklarende samtale mellem borgeren og en medarbejder i kommunen.

Borgerinterviewene viser dog, at det nogle gange kan være nødvendigt, at kommunerne foretager opsøgende arbejde, for at det kommer til at ske. En borger, som aldrig har modtaget et sundhedstilbud efter at have fået konstateret type 2 diabetes, siger:

*Jeg ville ikke havde noget imod, at de henvendte sig til mig: 'Prøv at hør her, vi har fundet ud af, du har diabetes, vi har sådan og sådan af tilbud, var det noget?'. Det ville jeg ikke have noget imod overhovedet. Slet ikke.*

Borger med type 2 diabetes

Andre borgere siger, at de gerne vil "presses lidt", "have et puf", "pustes lidt i nakken" eller have et "skub".

Borgerne i interviewene beskriver de afklarende samtaler meget forskelligt, hvilket afspejler, at tilbuddene har været forskelligt sammensat. I nogle tilfælde, særligt i Skive Kommune, har den afklarende samtale resulteret i, at tilbuddet har været meget individuelt tilrettelagt. Borgerne giver udtryk for, at sygeplejersken (og i nogle tilfælde fysioterapeuten) har sammensat forløbet efter, hvad man havde brug for – og så er det løbende justeret i samråd med borgeren. "Hun følte sig frem", som en borger siger om den, der stod for planlægningen af forløbet.

I fokusgruppeinterviewet kommer de fagprofessionelle også ind på, at det er vigtigt, at man tilrettelægger indsatsen efter den enkelte borgers situation og ressourcer. Det motiverer ofte borgerne til gerne at ville deltage.

Bagsiden af den individuelle tilgang er, at en del borgere bruger muligheden for at takke nej til indsatser, som de ellers kunne have fået gavn af. Således indeholder borgerinterviewene eksempler på nogle, som har takket nej til tilbud om kost og motion, som de efterfølgende tænker, at de burde have sagt ja til. Disse borgere foreslår, at sundhedscentret i højere grad lægger kostforedrag og fysisk træning ind som faste elementer, som alle deltager i.

Nogle borgere oplever at være fulgt af en overordnet kontaktperson, mens andre oplever at have mødt et team af instruktører eller trænere. Borgerne synes i alle tilfælde at sætte pris på den personlige relation, og flere kalder under interviewet sundhedscentrets medarbejdere ved fornavn.

Generelt er borgerne meget glade for den indsats fagpersonerne yder, og flere af borgerne beskriver, hvordan fagpersonerne indgyder dem en tro på, at de kan noget. Fagpersonerne viser og forklarer også borgerne, hvordan den enkelte borger kan deltage på det niveau, vedkommende er på med de eventuelle udfordringer, som borgeren kommer med. En af borgerne beretter:

*Jeg syntes ikke, at jeg var ligeså dygtig som de andre. Der sagde de: 'Du skal bare, du skal jo bare gøre det, du kan ikke også, og set fra dit synspunkt og de udfordringer, du har både med lunger og', altså jeg blev talt op, ligesom at sige det sådan i stedet for at blive talt ned. De talte op. De sagde, at jeg havde gjort det rigtig godt.*

Borger med type 2 diabetes

#### 4.2.3 Organisering af tilbud

I borgerinterviewene beskrives organiseringen af de kommunale tilbud meget varieret, både mellem og i de tre kommuner. Dette skyldes for en dels vedkommende corona-restriktioner, som har betydet, at hele eller dele af tilbuddene har været omlagt til mindre hold og afviklet udendørs eller online. Derudover har nogle indsatser været aflyst.

Borgerne roser specielt de steder, hvor organiseringen tilpasses de individuelle behov. En borger forklarer, at det for vedkommende er af stor betydning, at tilbuddet, herunder længden på tilbuddet er fleksibelt, så det passer til den enkelte. Det ville ikke have fungeret, hvis forløbet havde været afgrænset til eksempelvis fem uger:

*I andre kommuner, der hedder det, at du har de her fem gange, og det er de fem gange, vi har. Man er nødt til at løsne op, fordi, når man er diabetiker, og man får sådan et tilbud, så kan man ikke sige, det varer kun fem uger. Fordi hvis fem uger ikke er nok til forståelse af, hvad det er for en sygdom. Så er man nødt til at have tilbuddet i længere tid. Og det var jeg glad for, at jeg havde. Og det er i hvert fald en ting, jeg kan give videre til andre kommuner i hele landet. Man er nødt til at lave forløbet ud fra den enkelte person, som har sygdommen.*

Borger med type 2 diabetes

Borgerne fortæller også, at der er stor gevinst i, at tilbuddet er organiseret, så man møder andre, der ligner sig selv. Det gælder for eksempel ved, at borgerne gerne vil møde nogle med samme diagnose, som dem selv (enkelte kommunale tilbud kan ellers være for både KOL, hjertesygdom og type 2 diabetes). Når borgerne møder andre med type 2 diabetes åbner de op, og flere borgere kommer ind på, at de ikke taler ret meget om deres sygdom med andre, der ikke har sygdommen. Dette kan hænge sammen med den skamfuldhed, der kan knytte sig til at have fået en livsstilsbetinget sygdom. Derudover vil borgerne gerne have nogle at spejle sig i aldersmæssigt og kropsmæssigt. De yngre kan således have svært ved at se sig på et hold med mange ældre, og de overvægtige kan have svært ved at møde op til fysisk træning med andre, der er meget slankere. En borger siger:

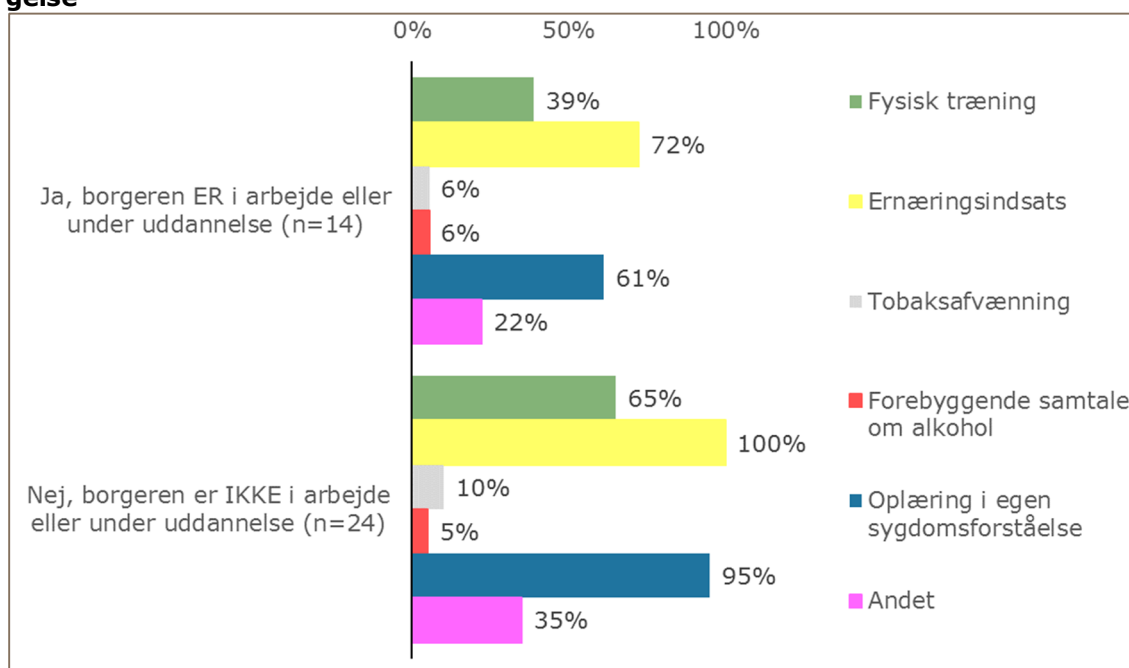
*Så har man også nogle at mødes med - og se dum ud i stramt tøj, og det er sgu fint nok, fordi vi ved, det har et formål det her.*

Borger med type 2 diabetes

Det med at have lyst til at træne med andre, der ligner sig selv, nævnes også i fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne.

Fagpersonerne nævner derudover, at det vil være gavnligt, hvis nogle tilbud organiseres, så det er muligt at deltage uden for arbejdstid. Dette bakkes op af registreringerne af borgerne i de kommunale tilbud, idet flere uden for beskæftigelse deltager i indsatserne. Dette kan ses i figur 2 herunder.

**Figur 2. Type af indsats; Aftalte aktiviteter fordelt på om borgeren er i beskæftigelse**



I de følgende fire afsnit ses der på forhold, der er gældende for de enkelte indsatser i de kommunale tilbud.

#### 4.2.4 Ernæringsindsats

Som tidligere nævnt viser registreringerne af borgere i de kommunale tilbud, at der er flest, som deltager i en ernæringsindsats.

Borgerinterviewene viser, at det er forskelligt om kostkurserne rammer målgruppen, fordi borgerne kommer med forskellige forudsætninger; Nogle af borgerne ved allerede meget om kost og kostens betydning, hvorimod andre får en helt ny viden ved at deltage i tilbud vedrørende ernæring. Samlet set giver flertallet af borgerne udtryk for, at det er rart at få viden om, hvordan kosten virker ind på type 2 diabetes. En borger siger for eksempel:

*Jeg synes, at diætisten, jeg talte med, var meget vidende og god at snakke med i forhold til det, og i forhold til at det også er vigtigt, at de ændringer, du får lavet, også skal kunne holde. Altså det nytter ikke noget, man kun spiser kål, det kommer du til at spise de næste 18 år. Men at du får en kost, der er sådan lidt, som du kan følge med i, og det var diætisten god til.*

Borger med type 2 diabetes

I borgerinterviewene taler flere om, at det for nydiagnosticerede borgere med type 2 diabetes er særligt vigtigt at få viden om kost, da man ellers kan få en periode, hvor man er i tvivl om, hvad man må spise.

Borgerinterviewene viser også, at borgerne har svært ved at fastholde kostændringer, jo længere tid der går efter kommunens ernæringsindsats.

#### 4.2.5 Oplæring i egen sygdomsforståelse

Registreringerne viser, at den kommunale indsats, som næstflest borgere deltager i, er oplæring i egen sygdomsforståelse. Som nævnt under delmål 1 om henvisninger, er der mange borgere, som ikke har nogen særlig forståelse af sygdommen og derfor ikke altid viser den fornødne egenomsorg. Dette understøttes af borgerinterviewene, hvor der også viser sig en



tendens til, at jo mere en borger er belastet af andre forhold som eksempelvis fysiske og psykiske skavanker, jo mindre ressourcer har borgeren til at sætte sig ind i sygdommen og yde en indsats for egenomsorgen. En borger fortæller:

*Jeg kender ikke så meget til sygdommen, og jeg er den type, der ikke sætter mig ind i, hvad det indebærer, altså der er jo dem, der er inde og læse dagligt om deres sygdom. Og jeg læser heller ikke på medicinen... der har været andre ting, jeg har skullet tage mig af.*

Borger med type 2 diabetes

Borgerinterviewene viser dog også, at det kommunale tilbud har hjulpet mange til at få en øget sygdomsforståelse. En borger siger om vedkommendes deltagelse i det kommunale tilbud:

*Og det jeg jo glad for, at jeg gjorde, fordi jeg har jo en helt anden forståelse af min krop nu, end – end da jeg blev syg.*

Borger med type 2 diabetes

Endelig fortæller borgere i interviewene om, at den viden de fik igennem de kommunale tilbud, også har fjernet noget af dem skam, der kan være forbundet med at have en livsstilssygdom.

#### 4.2.6 Fysisk træning

Registreringerne viser, at den kommunale indsats som tredjeflest borgere deltager i er fysisk træning. Borgerne i interviewene var i særlig grad positive overfor, hvad de har fået ud af den fysiske træning, og de fortæller, at de har lært, at de godt kan dyrke forskellige slags motion trods andre sygdomme og vanskeligheder. En borger siger:

*Hvor jeg så ligesom tænker på, at det gør heller ikke noget, at man kommer lidt op og bliver forpustet og sådan nogen ting der altså. Det er jo sådan, det ligesom har gjort. Fordi det er jo ligesom det, der skal til. Jeg havde måske godt vidst det, men har vist ikke tænkt så meget på det.*

Borger med type 2 diabetes

En anden borger fortæller:

*Jeg fik jo, jeg fik jo min krop op at stå. Altså den blev bedre. Det kunne jeg mærke fra gang til gang. At man fik mere muskler. Både ben og arme og ryg. Og hjernen faktisk også lidt klarere. Så det har kun været positivt.*

Borger med type 2 diabetes

I perioden for dataindsamling (første kvartal 2021) har kommunernes tilbud om fysisk træning har været påvirket af corona-restriktioner. Det har blandt andet betydet, at nogle har trænet i små hold, og at en stor del af træningen er foregået udendørs. Begge dele roses dog af borgerne i interviewene, som har sat pris på både overskueligheden og den friske luft (om end en enkelt borger fandt den udendørs træning for kold).

Mange borgere i interviewene lægger vægt på værdien af at træne sammen med andre. En borger siger:

*Og jeg er sådan lidt typen, at jeg vil jo rigtig gerne, men ikke hvis jeg er alene. Jeg skal have en makker, der bakker mig op i det. Eller flere ikke også? Sådan har jeg det lidt.*

Borger med type 2 diabetes

For nogle af borgerne, særligt fra Skive Kommune, gælder, at sundhedstilbuddet i mindre grad har omfattet fysisk træning, men at de er blevet hjulpet til at finde lokale aktiviteter og

foreninger, som de kan træne i. Disse aktiviteter synes dog kun gennemført i mindre omfang, formentlig på grund af corona-restriktioner i perioden.

Flere borgere giver i interviewene udtryk for, at de synes, at det er svært at fastholde træningen, når det kommunale tilbud slutter. De ønsker hjælp til at finde gode træningstilbud, hvor de kan være aktive sammen med andre.

Andre borgere giver udtryk for, at de ville ønske, at de kunne fortsætte i tilbuddet i sundhedscentret. De er generelt ikke klar over, om man kan blive henvist til tilbuddet igen, eller om man må bruge sundhedscentret efter, at kurset er slut. En borger foreslår, at man kan komme en dag om ugen i sundhedscentret og træne og tale med en fagperson om, hvordan det går:

*Men måske, om man kunne lave nogle ugentlige tilbud, en enkelt gang komme ned og dels få trænet, dels få lært noget nyt og dels få snakket med... en person, en sygeplejerske, fysioterapeut eller en eller anden om de der problemer, man havde.*

Borger med type 2 diabetes

I fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne blev det drøftet, om man kunne og skulle henvise borgere til de kommunale tilbud. Fagpersoner fortalte, at de sjældent henviste samme borger til samme tilbud, og at de også vurderede, at de færreste ville have gavn af at gennemgå helt de samme ting igen.

Der kan udledes en overordnet konklusion på borgerinterviewene om, at borgerne finder det svært at fastholde det tillærte om kost og fysisk træning, når de kommunale tilbud slutter.

#### 4.2.7 Psykisk hjælp

Borgerinterviewene viser, at det psykiske fylder meget i forhold til at få type 2 diabetes. Det hænger blandt andet sammen med skamfølelsen ved at få en livsstilssygdom, som er nævnt flere gange i ovenstående.

Nogle kommunale forløb, særligt i Skive Kommune, synes at have mere eksplicit fokus på psykiske forhold ved type 2 diabetes, hvilket får meget ros af borgerne. En borger fortæller, at de i sundhedscentret gjorde opmærksom på, at borgerens hjertesygdom og type 2 diabetes kunne give nogle *"psykiske overraskelser, at man blev ked af det"*, og at det ville de gerne *"følge lidt med i"*. Borgerne sætter pris på at have fået viden om stressbelastninger i deres liv og finder det vigtigt med et *"psykologisk take"* på type 2 diabetes.

Borgerne i interviewene er dog samtidig opmærksom på, at det kan være svært at præsentere den psykiske hjælp for andre borgere, der netop har fået en diagnose. Mange vil nok sige nej tak, da det er *"farligt"*, som en borger siger. Men borgerne vurderer, at det skal anbefales, og at sundhedscentret skal være lidt insisterende på denne del, så folk prøver det. Der peges på, at disse samtaler bør være individuelle, men meget vel kan kombineres med fysisk træning og undervisning på hold.

## 5 Bilag 1: Forslag til prøvehandlinger fra dialogmøde

I nedenstående tabel 2 er listet forslag til prøvehandlinger fremkommet på dialogmødet, som beskrevet i afsnit 3.4. Prøvehandlingerne kan ligge til grund for afprøvning af nye supplerende tilbud i relation til kommunale sundhedstilbud (delmål 3).

**Tabel 2. Forslag til prøvehandlinger fra dialogmøde**

Emne	Prøvehandling	Beskrivelse
Henvisning	1. Mere smidigt henvisningssystem fra almen praksis til kommunale sundhedstilbud.	Der er ønske fra kommunal side om flere informationer på henvisning fra almen praksis til kommunale sundhedstilbud. Det kunne for eksempel være information omkring borgerens biokemiske værdier.  Den vigtigste viden for kommuner, i forhold til henvisning, er tidspunkt for diabetes-diagnose.
	2. Hurtige henvisninger fra almen praksis til kommunale sundhedstilbud i tilfælde, hvor borgere videresendes internt i kommunen.	En mulighed for hurtigt at modtage en henvisning til kommunale sundhedstilbud fra almen praktiserende læge. Derved kan borgere, der allerede er i kontakt med kommunen i anden regi, og som vurderes at ville have gavn af et kommunalt sundhedstilbud, hurtigt få mulighed herfor. Det er vigtigt, at almen praksis er med ind over en henvisning, da det netop er et samarbejde mellem kommune og almen praksis.
	3. Borgerfortællinger, der motiverer almen praktiserende læger til at henvise til kommunale sundhedstilbud.	Det kan være fortællinger om borgere, der har oplevet, hvordan de er blevet motiveret af almen praktiserende læge til deltagelse i kommunale sundhedstilbud, så der ikke blot er fokus på tal.
	4. Dialog med almen praktiserende læger, der ikke henviser til kommunale sundhedstilbud.	Ved at kontakte de almen praktiserende læger, som ikke henviser til kommunale sundhedstilbud, kan eventuelle barrierer for henvisning, italesættes og eventuelt mindskes.  Der ønskes en opfølgning for de borgere, der henvises til kommunale sundhedstilbud for på den måde at opføre, om henvisning til (og eventuel deltagelse i) kommunale sundhedstilbud gør en forskel for borgeren.

Vidensdeling og Relations-skabende arbejde - sundhedsprofessionelle	1. Besøg mellem almen praksis og kommune.	<p>Der efterspørges (mere) viden om, hvordan de forskellige tilbud er bygget op i henholdsvis kommune og almen praksis, herunder hvordan der i de kommunale sundhedstilbud er mulighed for individuel tilpasning. Samtidig ønskes det, at der skabes en tættere personlig relation mellem kommunale medarbejdere og almen praktiserende læger.</p> <p>Almen praksis giver udtryk for, at det er svært at komme på besøg hos kommunerne. Modsat giver kommunerne udtryk for, at det ikke er muligt at komme ud til alle almen praktiserende læger. Løsningen skal tilgodese både kommuner og almen praksis.</p>
	2. Besøg mellem ambulatorie og kommune.	<p>Der efterspørges (mere) vidensudveksling samt mulighed for at skabe relationer på tværs af kommune og ambulatorie.</p> <p>Dette kunne eksempelvis gøres ved at en kommunal diabetessygeplejerske besøgte ambulatoriet med mulighed for at mødes fysisk og udveksle erfaringer med ambulatoriets personale.</p>
Relationsskabende arbejde - borgere	1. Besøg af kommunale diabetessygeplejerske på ambulatorie (åben cafe).	<p>For at skabe flere relationer mellem kommunale medarbejdere og de enkelte borgere, der er tilknyttet ambulatoriet, kunne der afholdes 'åben cafe', hvor eksempelvis en kommunal diabetessygeplejerske er tilgængelig i et givet tidsrum på ambulatoriet, så borgere fra ambulatoriet kan møde den kommunale diabetessygeplejerske.</p>
Bedre flow på tværs af sektorer	1. Almen praktiserende læger og praksissygeplejersker italesætter og tilbyder de kommunale sundhedstilbud som en del af det samlede forløb for borgere med diabetes.	<p>Som en del af resultaterne fra dataindsamlingen giver borgerne giver udtryk for, at de gerne vil have 'et spark' til at komme afsted til kommunale sundhedstilbud.</p> <p>Der kan i almen praksis arbejdes med, at de kommunale sundhedstilbud i højere grad bliver en del af det samlede forløb fremfor, at de kommunale tilbud anses for at være et ekstra tilbud eller et tillæg til behandlingen.</p> <p>De almen praktiserende læger kan i forlængelse heraf, som standard, henvise til videre rehabilitering ved de kommunale sundhedstilbud.</p>

Fastholdelse efter kommunalt sundhedstilbud	1. Bevægelsesbrobyggere mellem kommunale sundhedstilbud og lokale idrætsforeninger.	<p>Der er et ønske om at få flere borgere i gang med fysisk træning i de lokale idrætsforeninger.</p> <p>Her kunne lokale idrætsforeninger inviteres ind til informationsdag omkring de kommunale sundhedstilbud samt vidensudveksling omkring relevante tilbud til borgere med diabetes.</p> <p>Det kan overvejes, om der skal gives økonomisk støtte til borgernes deltagelse i lokale idrætsforeninger.</p>
	2. Afdække, hvad borgerne har behov for, for at kunne fastholde de gode vaner.	<p>Der er et ønske om at få mere viden om, hvad borgerne har brug for efter det kommunale sundhedstilbud, for at kunne fastholde de gode vaner.</p> <p>Der er forslag om, at det måske kunne være flere online tilbud frem for mulighed for fysisk opfølgende fremmøde, hvor det opleves, at mange borgere falder fra.</p> <p>Der er desuden en opmærksomhed på, at udvalgte prøvehandling er også inkluderer borgere, som er tilknyttet de kommunale sundhedssatelitter.</p>
Psykologisk indsats	1. Prøvehandling, der adresserer emnet omkring psykologisk støtte under eller i forlængelse af kommunalt sundhedstilbud.	
Søvn og søvnapnø	1. Prøvehandling, der adresserer emnet omkring søvn og søvnapnø i forbindelse med de kommunale sundhedstilbud.	Det angives af kommunale medarbejdere, at søvnproblemer, inklusiv søvnapnø, tit opleves som et problem for borgere med diabetes.
Værdi af kommunale sundhedstilbud	1. Afdække, hvilken værdi det giver at deltage i kommunale sundhedstilbud.	Der efterspørges viden om, hvilken værdi de kommunale sundhedstilbud giver. Dette er værdi ud over, at borgerne er glade for at gå i de kommunale tilbud.
	2. Beskrive forskelle mellem kommunale sundhedstilbud og det, der tilbydes ved den alment praktiserende læge.	Mange praktiserende læger giver selv et patientuddannelsestilbud til deres borgere med type 2 diabetes. Det vil være gavnligt, at beskrive, hvad de kommunale tilbud indeholder, som de praktiserende læger ikke selv kan tilbyde.

## 6 Bilag 2: Profil af borgere i de kommunale sundhedstilbud

### 6.1 Baggrund

Dette bilag viser resultaterne af en række registreringer, som kommunerne har udført på borgere med type 2 diabetes, der blev henvist til de kommunale sundhedstilbud i de tre kommuner i Midtklyngen i slutningen af 2020 og begyndelsen af 2021. Registreringerne er indtastet i første kvartal af 2021.

### 6.2 Metode

Data om borgere med type 2 diabetes er indtastet af kommunale medarbejdere i en skabelon i programmet SurveyXact. Indtastningsskabelonen er udformet i forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM, som er en del af Region Midtjylland. I Viborg Kommune og i Silkeborg Kommune har indtastningsskabelonen været administreret internt i kommunen, og de har efterfølgende sendt data til DEFACTUM til behandling. I Skive Kommune har indtastningsskabelonen været administreret af DEFACTUM, Region Midtjylland.

Det oprindelige ønske var, at indtastningen skulle begynde primo januar 2021. Fra det tidspunkt og tre måneder frem skulle kommunerne registrere informationer om de borgere, som deltog i en afklarende samtale. Og når de samme borger sidst i perioden havde en afsluttende samtale, eller der blev foretaget et opfølgende telefonopkald, skulle der igen registreres informationer for disse borgere. På den måde ville det være muligt at se, om de aftaler, som blev indgået med den enkelte borger ved den afklarende samtale, også var blevet gennemført ved den afsluttende/opfølgende samtale.

Dataindsamlingen blev dog udskudt, da det tog tid at udarbejde en databehandlersaftale mellem Region Midtjylland og de tre kommuner. Derfor begyndte dataindsamlingen i Viborg Kommune og Silkeborg Kommune først ultimo januar, og i Skive Kommune begyndte dataindsamlingen først primo marts. Dette betyder, at dataindsamlingsperioden blev så komprimeret, at det kun i meget få tilfælde var muligt at indsamle data fra de samme borgere ved både opstart og afslutning/opfølgning. For at indhente mest mulig data i den komprimerede dataindsamlingsperiode blev det besluttet at indsamle data for alle borgere, der var til opstartssamtale, afslutningssamtale eller en opfølgende samtale i perioden. Dermed blev der indsamlet data på mange borgere, hvor det ikke var muligt, at gennemføre en registrering for samme borger ved både opstart og opfølgning/afslutning. Det er med andre ord alt overvejende forskellige borgere, som henholdsvis opgøres ved opstart, og ved afslutning/opfølgning.

Dertil kommer, at kommunerne kun havde få borgere i perioden, som var til henholdsvis en opklarende eller afsluttende samtale, hvorfor kommunerne blev opfordret til at udvide inklusionsperioden, så de også indtastede registreringer om borgere, hvor den afklarende samtale fandt sted før januar 2021. Dette sikrer, at der rent faktisk er data, som kan fremstilles – men samtidig betyder det, at det er svært at afgrænse helt præcist, hvornår borgerne har været i et kommunalt tilbud, og der vil være forskelle på, i hvilken periode data er indsamlet imellem de tre kommuner.

I Silkeborg Kommune er der indtastet 38 registreringer, hvoraf én dog var en dobbelt (samme borger er indtastet to gange ved den afsluttende samtale/opfølgende telefonopkald). Dermed er der 37 unikke registreringer, 23 ved opstart og 14 ved den afsluttende/opfølgende samtale. Heraf er tre på samme borger, hvilket betyder, at der for disse tre er lavet registreringer både ved opstart og ved afslutning/opfølgning.

I Skive Kommune er der indtastet 41 registreringer, hvor 8 er ved opstart og 33 ved den afsluttende/opfølgende samtale. Ingen af disse, er på samme borger.

I Viborg Kommune er der indtastet 16 registreringer, hvoraf én dog var en dobbelt (samme borger er indtastet to gange ved opstartssamtalen). Dermed er der 15 unikke registreringer, hvor 10 er ved opstart og 5 er ved den afsluttende/opfølgende samtale. Ingen af registreringerne i Viborg Kommune er på samme borger.

**Tabel 3. Antal registreringer per kommune**

Kommune	Afklarende samtale i opstart	Afsluttende samtale/opfølgende telefonopkald
Silkeborg Kommune	23	14*
Skive Kommune	8	33
Viborg Kommune	10	5
<b>Samlet</b>	<b>41</b>	<b>52</b>

\* 3 af de 14 registreringer er én af de personer, som der også er indtastninger for i den afklarende samtale.

Tabel 3 viser, at der i alt er 93 registreringer på 90 unikke borgere. 41 af registreringerne er ved opstartssamtalen, og 52 er ved de afsluttende samtaler/opfølgende telefonopkald.

## 6.3 Analyse og resultater

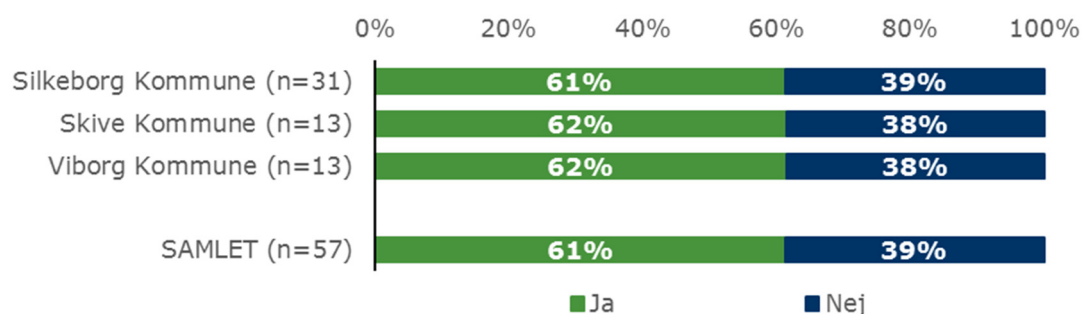
I dette afsnit præsenteres resultaterne af registreringerne i de tre kommuner i Midtklyngen.

### 6.3.1 Borgernes baggrund

Indtastningsskabelonen indeholdt en række spørgsmål om borgernes baggrund. Skabelonen var sat op, så man altid kunne indtaste baggrundsoplysningerne ved den afklarende samtale i opstarten. Derudover kunne man indtaste oplysningerne ved den afsluttende/opfølgende samtale, hvis det var med en borger, hvor opstartssamtalen var afholdt før den 24. januar 2021. Dette skulle sikre, at de kommunale medarbejdere ikke skulle indtaste oplysningerne på samme borger to gange, da det formodedes, at oplysningerne allerede var indtastet ved opstartssamtalen, hvis samtalen havde fundet sted efter den 24. januar. Nogle steder var det dog ikke tilfældet, da indtastningerne kom senere i gang. Derudover var det muligt at klikke sig igennem indtastningsskabelonen uden at besvare baggrundsspørgsmålene. Derfor er der heller ikke registreret baggrundsoplysninger på alle 90 unikke borgere i data. Der, hvor der er registreret flest baggrundsoplysninger, er der registreret for 57 borgere.

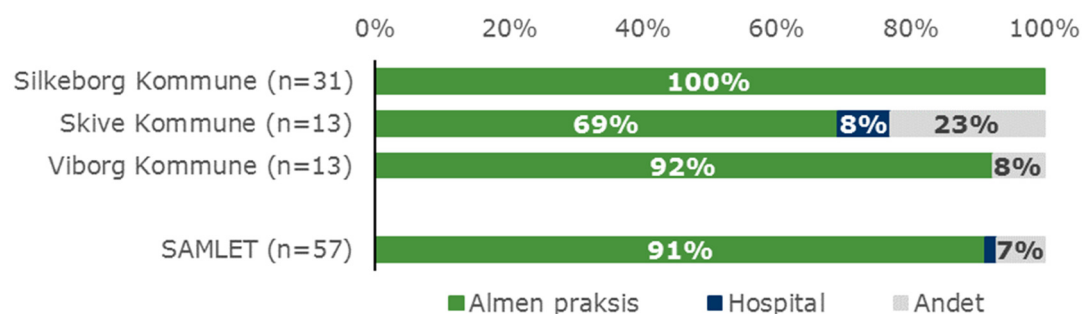
Nedenstående figur 3 viser, hvor stor en andel af de registrerede borgere, der er nydiagnosticerede i hver kommune og samlet. Efter hver kommune er det i en parentes angivet, hvor mange borgere, der er registreret oplysninger for.

**Figur 3. Er borgeren nydiagnosticeret? (defineret som diagnosticeret inden for de seneste to år)**



Figur 3 viser, at de i Silkeborg Kommune har registreret, om borgerne er nydiagnosticerede for 31 borgere. I Skive Kommune og Viborg Kommune er det for 13 borgere. Resultaterne viser, at det er mellem 61 og 62 procent af de registrerede, som er nydiagnosticerede i alle tre kommuner.

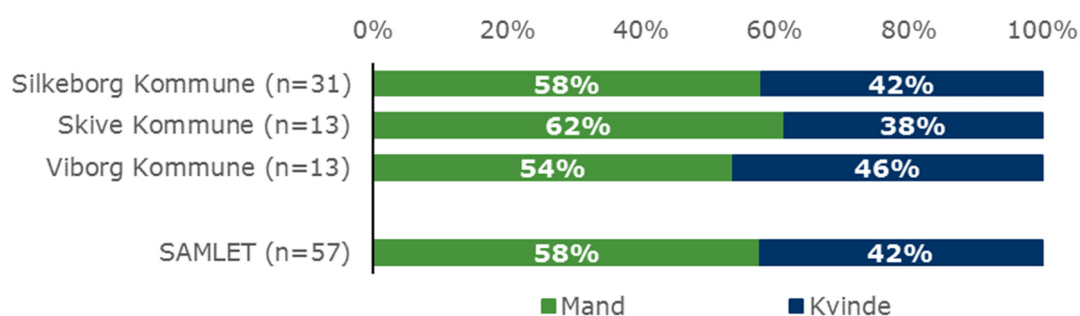
**Figur 4. Hvor er borgeren henvist fra?**



Figur 4 viser, hvem der har henvist borgeren til det kommunale diabetestilbud. I Silkeborg Kommune er alle borgere henvist fra deres egen praktiserende læge. I Skive Kommune gælder det for 69 procent, og her er 8 procent henvist fra et hospital (det svarer dog kun til 1 person ud af de 13, som der er oplysninger om). 23 procent (svarende til tre personer) i Skive Kommune er henvist fra et andet sted. Her har medarbejderne uddybet og indtastet, at det drejer sig om borgere henvist fra andre sundhedstilbud internt i kommunen. I Viborg Kommune er 92 procent henvist fra almen praksis og 8 procent (svarende til 1 person) fra et andet sted (det er uddybet, at den ene person er henvist fra et socialpsykologisk tilbud i kommunen).

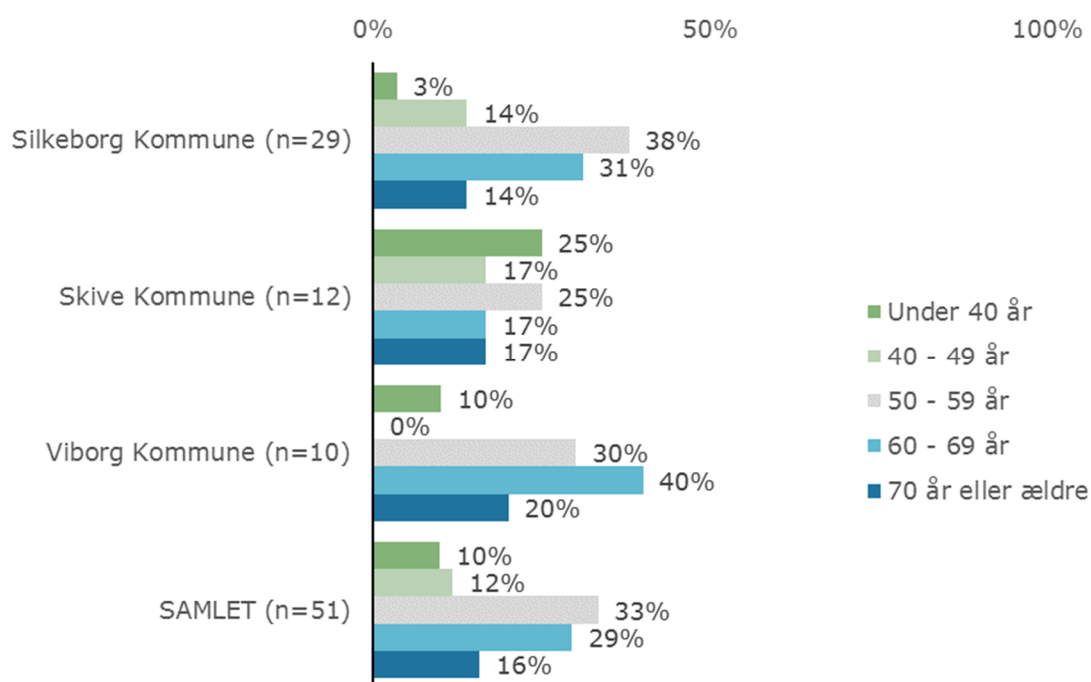


**Figur 5. Borgerens køn**



Figur 5 viser, at der er flere mænd end kvinder i de kommunale tilbud til borgere med type 2 diabetes, idet der er mellem 54 og 58 procent mænd i de tre kommuner. Dette er ikke langt fra den fordeling, der er i hele landets population af borgere med type 2 diabetes, hvor 54 procent er mænd og 46 procent er kvinder<sup>3</sup>.

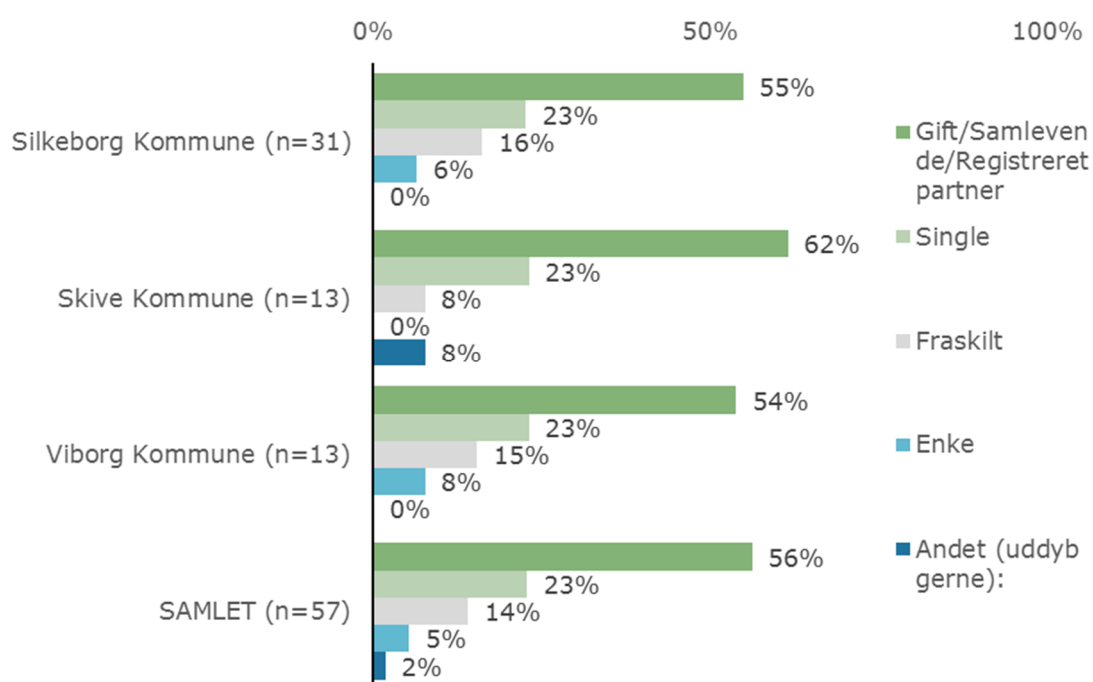
**Figur 6. Borgerens alder**



Ovenstående figur viser borgernes alder fordelt på kommuner. Samlet er der flest i hhv. 50'erne (33 procent) og i 60'erne (29 procent). En lille tendens er, at der er en større andel over 60 år i Viborg Kommune og lidt flere under 50 år i Skive Kommune og i Silkeborg Kommune. Det er dog værd at bemærke, at der er så få registreret i de to sidstnævnte kommuner (henholdsvis 12 og 10 personer), at få yngre personer kan betyde store udsving i andelen i de respektive aldersgrupper.

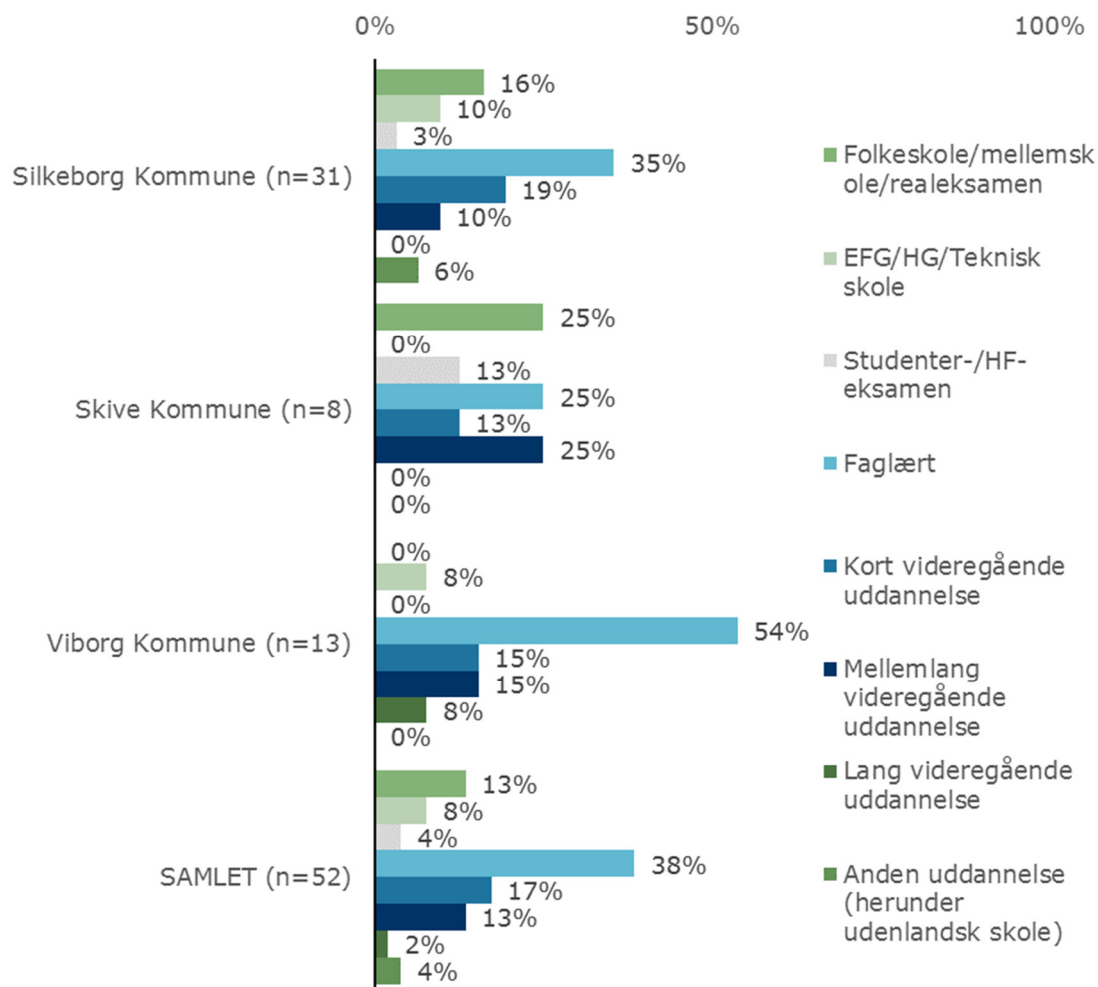
<sup>3</sup> Videnscenter for Diabetes' hjemmeside; "Diabetes i tal", opdatering 10. december 2020 (<https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>)

**Figur 7. Borgerens civilstand**



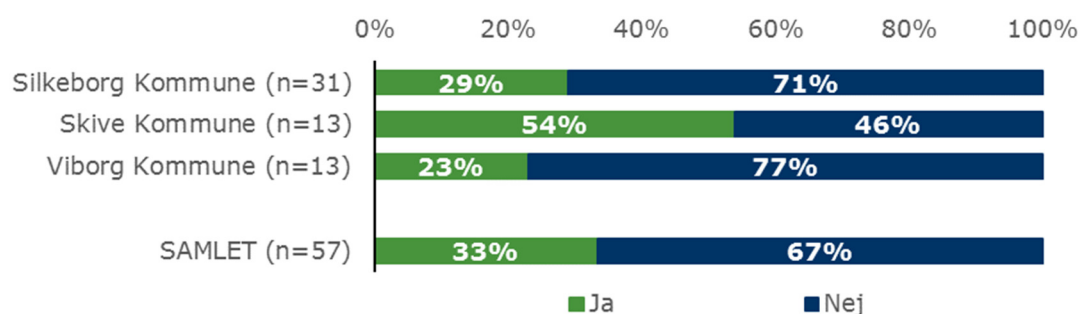
Figur 7 viser de registrerede borgeres civilstand. Der er ikke nogle nævneværdige forskelle mellem kommunerne, hvor mellem 54 og 62 procent er "gift/samlende/registreret partner". I alle tre kommuner er 23 procent af de registrerede borgere single, og mellem 8 og 16 procent fraskilt. 6 til 8 procent er enker. Endelig er der 8 procent i Skive Kommune, hvor svaret er "Andet" (de 8 procent svarer til én person).

**Figur 8. Borgerens højeste afsluttede uddannelse**



Figur 8 viser de registrerede borgeres højeste afsluttede uddannelse. Billedet er, at der er flest faglærte (samlet 38 procent), fulgt af borgere med en kort videregående uddannelse (17 procent), og herefter borgere med enten en mellemlang videregående uddannelse eller borgere, som kun har afsluttet folkeskolen/mellemskolen/realeksamen (med 13 procent i begge disse kategorier). Der er små forskelle imellem kommunerne, men de bør tages med et vist forbehold, da der er registreret få borgere i Viborg Kommune (13) og Skive Kommune (8), og enkelte borgere kan således have stor indflydelse på fordelingen af andele i de forskellige uddannelseskategorier.

**Figur 9. Er borgeren i arbejde eller under uddannelse?**

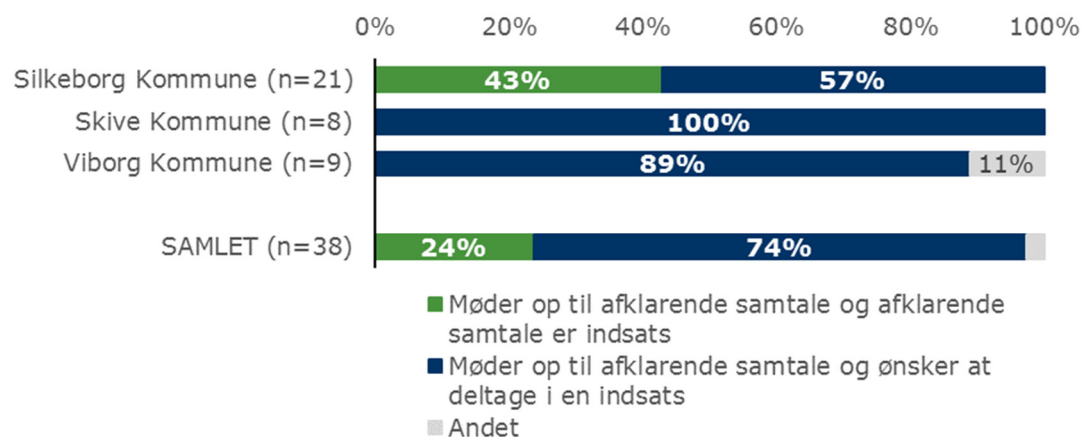


Figur 9 viser om de registrerede borgere er i beskæftigelse. Resultatet viser, at der sammenlagt er to tredjedele af de registrerede borgere, som ikke er i arbejde eller under uddannelse, og at en tredjedel er i arbejde eller under uddannelse. Der er en lille tendens til, at en større del af de registrerede i Skive Kommune er i arbejde eller under uddannelse. Men også her tages der dog forbehold for, at der er få registreret i Skive Kommune.

### 6.3.2 Type af indsats – Aftalte aktiviteter ved afklarende samtale

Indtastningsskabelonen indeholdt oplysninger om de indsatser, som det aftaltes borgeren skulle deltage i, ved den afklarende samtale. Disse oplysninger blev kun indtastet, når registreringen foregik ved den afklarende samtale. Der er 41 af disse registreringer: 23 i Silkeborg Kommune, 8 i Skive Kommune og 10 i Viborg Kommune. Resultaterne af registreringerne præsenteres her.

**Figur 10. Type af deltagelse i kommunal indsats?**



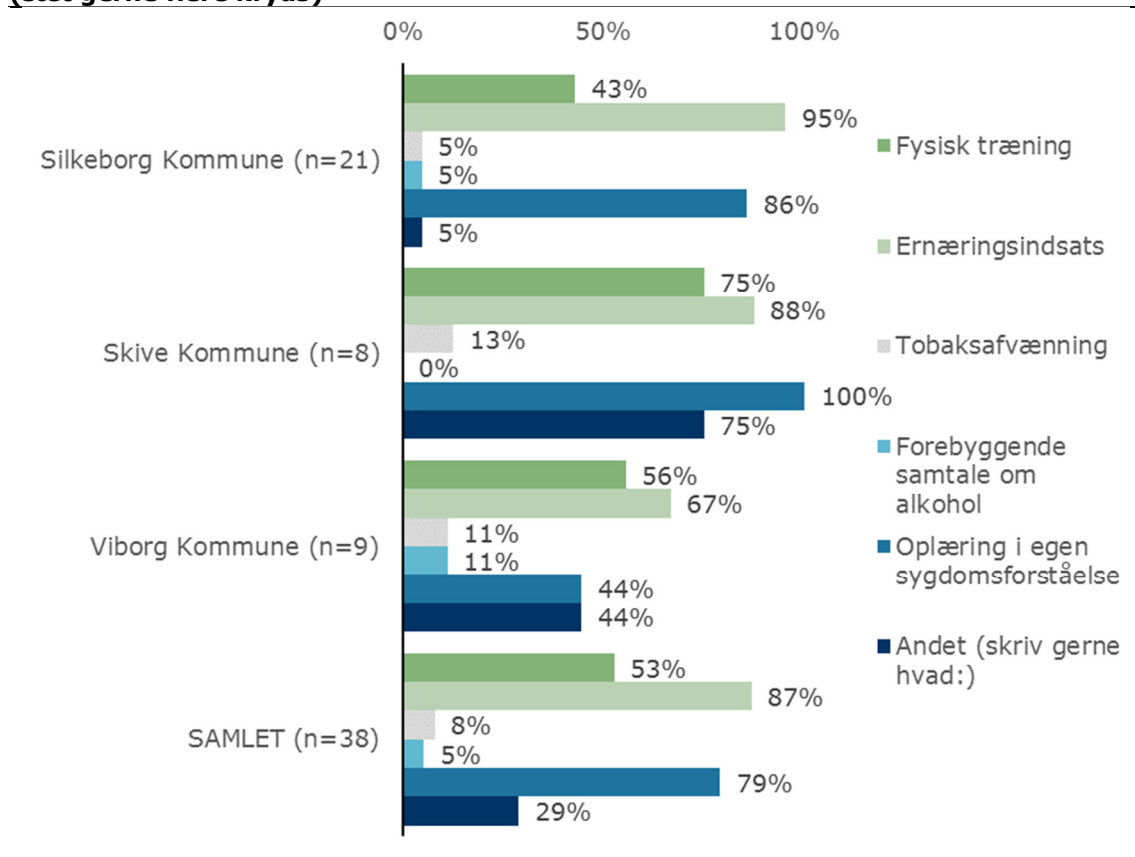
Figur 10 viser, hvorvidt borgeren ønsker at deltage i en eller flere af de kommunale indsatser, eller om den afklarende samtale er indsatsen. Samlet er der 24 procent, hvor den afklarende samtale er indsatsen for de pågældende borgere. Det er dog værd at bemærke, at alle borgerne i denne kategori er fra Silkeborg kommune. De øvrige to kommuner har ikke borgere i denne kategori. I Skive Kommune er det alle registrerede borgere, som ønsker at deltage i andre kommunale indsatser. I Viborg Kommune er det 89 procent, der ønsker at deltage i en anden indsats end den afklarende samtale, og der er 11 procent i "Andet". Men da

der kun er i alt 9 registreringer i Viborg Kommune på denne oplysning, er det kun 1 person, der udgør de 11 procent i "Andet".

Noget tyder dog på, at formuleringen ved ovenstående indtastning ikke var forståelig for medarbejderen/medarbejderne, som har indtastet i Silkeborg Kommune. I nedenstående figur 11 vises nemlig, hvilke konkrete indsatser, som det er aftalt, at borgeren deltager i. I Silkeborg Kommune er der indtastet, at der er aftalt deltagelse i en eller flere indsatser med 21 borgere, hvilket passer dårligt med, at 43 procent af de 21 borgere, kun skulle have haft den afklarende samtale som indsats. I Skive Kommune er der indtastet, at der er aftalt deltagelse i en eller flere indsatser for 8 borgere, og i Viborg Kommune er tallet 9. For begge sidstnævnte kommuner passer tallene med opgørelsen i ovenstående figur 10.

I figur 11 fremgår andele af borgere, som har aftalt at deltage i en bestemt indsats. Indtastjerne har kunnet sætte flere kryds, da der har været mulighed for, at borgerne har kunnet deltage i flere indsatser. Andelen er udregnet af antal borgere, som har aftalt at deltage i minimum én indsats. Da en borger ofte vil have aftalt at deltage i flere indsatser, summerer andelen ikke til 100 procent.

**Figur 11. Type af indsats. Det aftales, at borgeren deltager i følgende aktiviteter (sæt gerne flere kryds)**

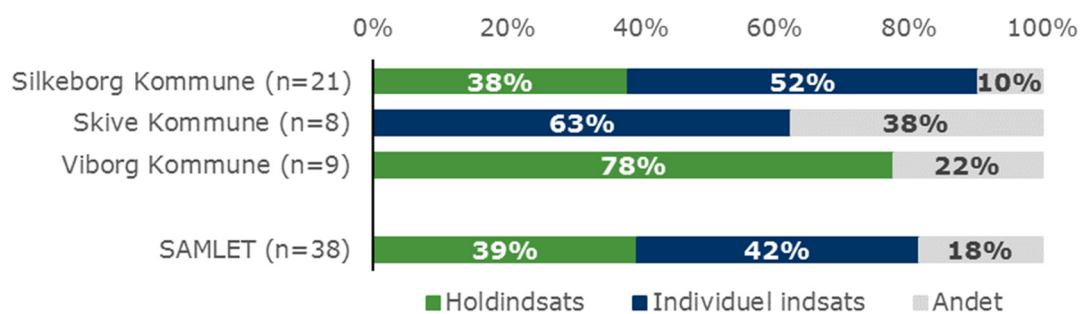


Figur 11 viser, at flest borgere aftaler at deltage i en ernæringsindsats (i alt 87 procent af de 38 borgere, der er registreret til at deltage i minimum én indsats). Dernæst er der 79 procent, som har aftalt at deltage i oplæring i egen sygdomsforståelse, og 53 procent, som har aftalt at deltage i fysisk træning. 8 procent har aftalt at deltage i tobaksafvænning, og 5 procent i en forebyggende samtale om alkohol. Der er 29 procent, som derudover har deltaget i "Andet". De kommunale medarbejdere har haft mulighed for at skrive, hvad denne anden indsats er. For den ene person i Silkeborg Kommune, hvor der er indtastet, at der har været en indsats i kategorien "Andet", er det uddybet, at der er tale om en telefonisk opfølgning.

For de 6 personer i Skive Kommune, er der indtastet at det andet er: 2 er tilbudt psykologisk rådgivning i kommunen, 1 er ledt videre til psykologisk rådgivning i andet regi, 1 har indgået aftale om anden rådgivning i kommunen, 1 har en aftale om ergoterapi og endelig er der 1, som er tilbudt fysisk træning, men som har takket nej. For de 4 personer i Viborg Kommune dækker "Andet" for 2 af dem over, at indsatsen er udskudt, og for de 2 andre drejer det sig om, at de undervises/guides i kommunale tilbud, som ligger ud over den normale diabetes-indsats.

Endelig blev det ved den afklarende samtale registreret, om det var aftalt, at borgeren skulle deltage på holdindsats, en individuel indsats eller andet.

**Figur 12. Deltager borger i holdindsats eller individuel indsats?**

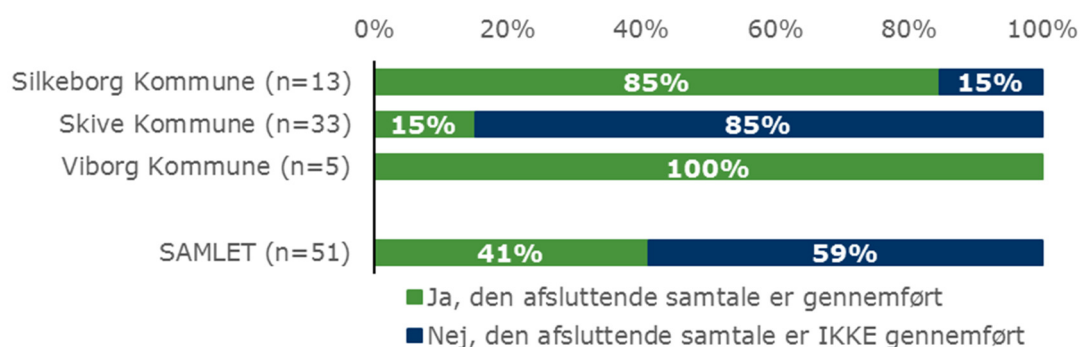


Figur 12 viser, at 39 procent skulle deltage i en holdindsats, 42 procent skulle deltage i en individuel indsats og 18 procent skulle deltage i "Andet". Der er forskelle mellem de enkelte kommuner, men da der er meget få registreringer i to af kommunerne, er det svært at udlede noget håndfast fra tallene.

### 6.3.3 Type af indsats - Deltagelse i aktiviteter ved afsluttende samtale

Indtastningsskabelonen indeholdt oplysninger om de indsatser, som borgeren rent faktisk deltog i/havde deltaget i ved den afsluttende eller opfølgende samtale. Disse oplysninger blev kun indtastet, når registreringen foregik ved den afsluttende samtale eller opfølgende telefonopkald. Der er 52 af disse registreringer: 14 i Silkeborg Kommune, 33 i Skive Kommune og 5 i Viborg Kommune. Resultaterne af disse registreringer præsenteres her.

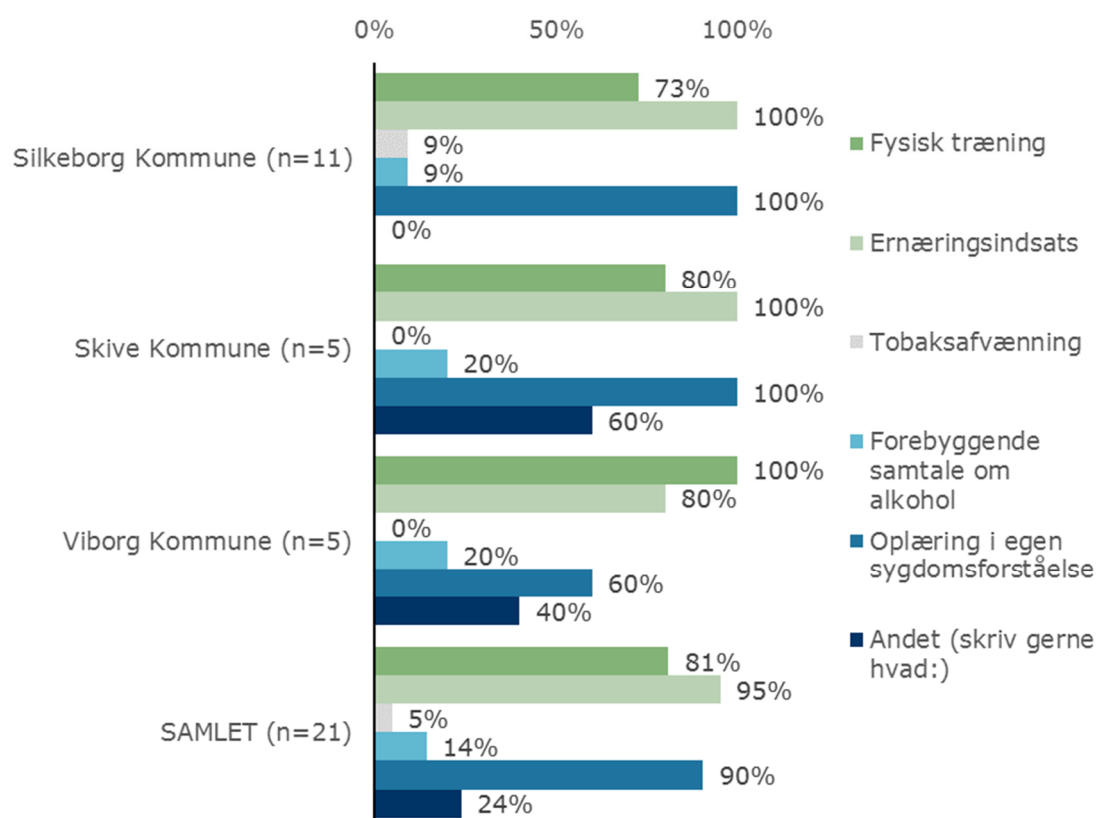
**Figur 13. Møder borger op til afsluttende samtale/telefonopkald?**



Den første registrering, der var specifik for den afsluttende/opfølgende samtale, var, om borgeren mødte op til den afsluttende samtale. Figur 13 viser, at der blev gennemført en afsluttende samtale med 41 procent, samt at der ikke blev gennemført en afsluttende samtale med 59 procent. Der er ret store kommunale forskelle, hvilket det dog er svært at tolke på, da der er få registreringer i henholdsvis Silkeborg Kommune og Viborg Kommune.

I nedenstående figur 14 fremgår andele af borgere, som har gennemført en opfølgende eller afsluttende samtale (jf. ovenstående figur), og som har gennemført en bestemt indsats i diabetestilbuddet. Andelen er udregnet ud af antal borgere, som har gennemført minimum én indsats. Én borger vil ofte have deltaget i flere indsatser, hvorfor andelen ikke summerer til 100. I Silkeborg Kommune er det 11 borgere, som har gennemført mindst en indsats, og som har deltaget i en afsluttende/opfølgende samtale. I Skive Kommune og i Viborg Kommune gælder det for 5 borgere i hver kommune.

**Figur 14. Gennemførte aktiviteter. For borgere, der møder til afsluttende samtale/telefonopkald registreres, hvilke aktiviteter borgeren har gennemført (sæt gerne flere kryds)**



Figur 14 viser, at flest borgere har gennemført en ernæringsindsats (i alt 95 procent af de 21 borgere, der er registreret til at have gennemført minimum én indsats). Dernæst er der 90 procent, som har gennemført en indsats for egen sygdomsforståelse, og 81 procent, som har gennemført indsatser med fysisk træning. 14 procent har gennemført en forebyggende samtale om alkohol, og 5 procent har gennemført en indsats om tobaksafvænning. Der er 24 procent, som derudover har deltaget i "Andet". De kommunale medarbejdere havde mulighed for at skrive, hvad denne anden indsats er. Ved de 3 fra Skive Kommune, som har deltaget i "Andet" er der skrevet, at det drejer sig om kommunale tilbud til henholdsvis økonomisk hjælp, psykologisk hjælp og et anden kommunalt sundhedstilbud. Ved de 2 fra Viborg Kommune er der skrevet, at det drejer sig om en anden hjælp til livsstilsændringer og sygdomsforståelse.

Havde den oprindelige plan for dataindsamlingen været gennemført, ville det have været muligt at sammenstille om de indsatser, som blev aftalt ved den afklarende opstartssamtale, også var lig de indsatser, som var gennemført ved den afklarende/opfølgende samtale. Men



da der ikke er tale om de samme borgere, (bortset fra 3 i registreringerne fra Silkeborg Kommune) er den direkte sammenstilling ikke muligt. Det er dog værd at bemærke, at mønstret meget er det samme i, hvilke indsatser, der er registreret som aftalt for borgere ved opstart, og hvilke indsatser, der er registreret som gennemførte ved afslutning/opfølgning. Der er med andre ord ikke noget i dette data, der giver anledning til at tro, at bestemte indsatser ofte bliver aftalt, men sjældent bliver gennemført.

For de, som havde deltaget i en afsluttende/opfølgende samtale, var det også muligt for den kommunale medarbejder at indtaste, hvorfor borgeren ikke gennemførte hele eller dele af de planlagte indsatser. De registrerede årsager er:

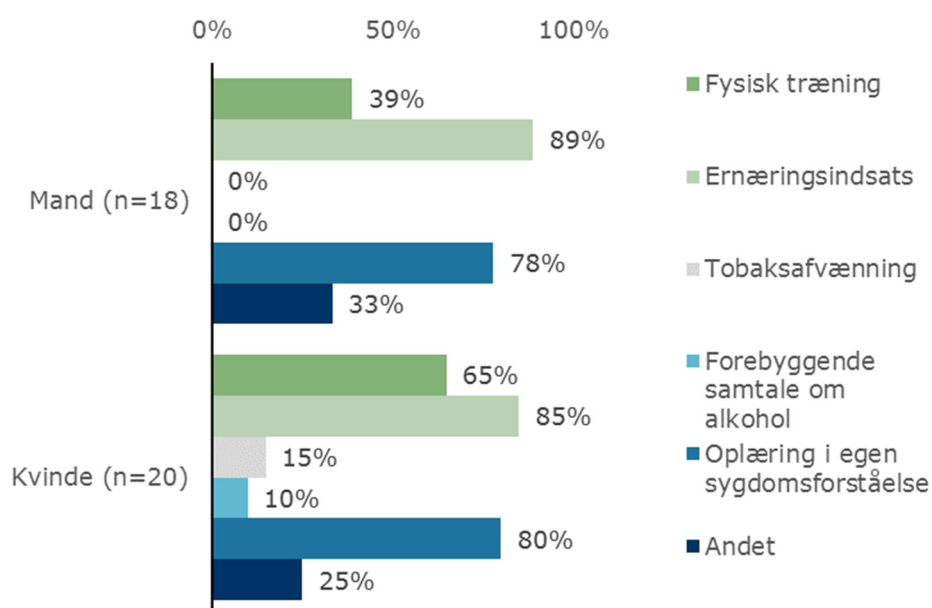
- Frafald pga. tilbagefald i misbrug.
- Mange smerter og dårligt kognitivt niveau.
- Borger ønskede at afvente, at hans tidligere motionstilbud åbnede op igen, fremfor at få et individuelt program at træne efter.
- Fysisk træning har borger fået vejledning i og gik i motionscenter samt cyklede til og fra arbejde.
- Har ikke været klar til rygestop.
- Ikke relevant med deltagelse i øvrige tilbud.

#### 6.3.4 Type af indsats – Aftalte aktiviteter fordelt på køn og beskæftigelse

Her i sidste afsnit ses der på, om der er forskelle i, hvilke indsatser, det aftales at borgeren skal deltage i, når der opdeles på borgernes køn, og om borgeren er i beskæftigelse. Det er de aftaler, som borgerne har lavet ved den afklarende samtale. Det kunne have været interessant også at kigge på de faktisk gennemførte indsatser, men det er undladt, da der er så relativt få registreret af disse. Det kunne også have været interessant at se på forskelle imellem kommunerne, når aftalte indsatser opdeles på baggrundsoplysninger. Men en sådan opdeling ville igen resulterer i ganske få borgere i hver kategori, hvorfor resultaterne ikke ville kunne tillægges nogen betydning. Endelig kunne det have været interessant at se på andre baggrundsoplysninger, som alder, uddannelse og civilstand, men også her er data for få til, at en opdeling er meningsfuld.

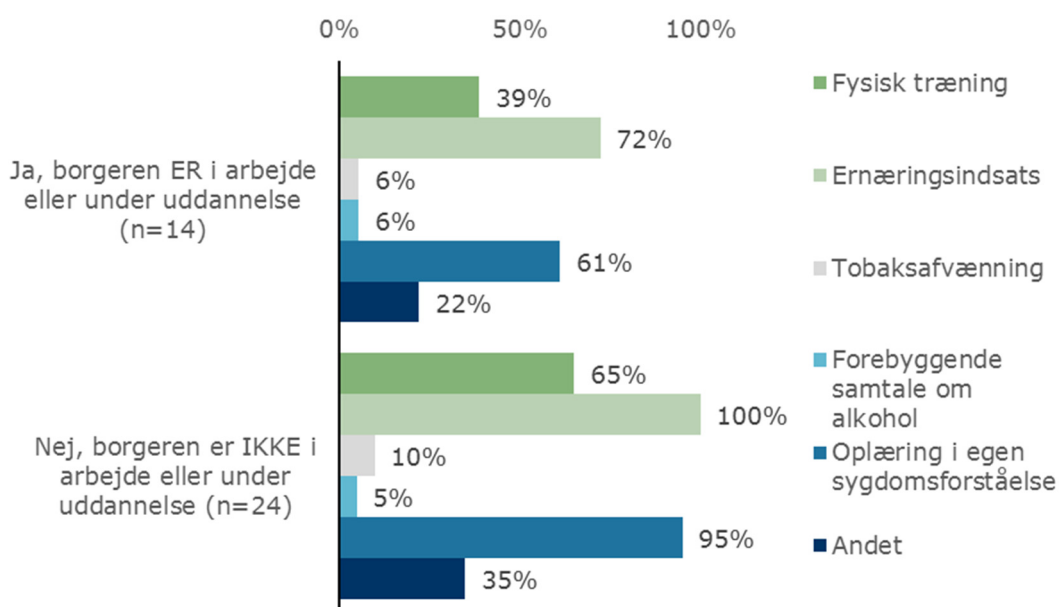
I de følgende figurer fremgår andele af borgere, som har aftalt at deltage i en bestemt indsats fordelt på udvalgte baggrundsoplysninger. Andelen er udregnet af antal borgere i en given baggrundskategori, som har aftalt at deltage i minimum én indsats (i parenteser efter baggrundskategorien kan det aflæses, hvor mange det drejer sig om). Én borger vil ofte have aftalt at deltage i flere indsatser, hvorfor andelen ikke summerer til 100.

**Figur 15. Type af indsats; Aftalte aktiviteter fordelt på køn**



Figur 15 viser, at der ikke er meget forskel på, hvilke indsatser mænd og kvinder aftaler at deltage i, måske bortset fra, når der ses på fysisk træning. Således aftaler 65 procent af de kvinder, som laver en aftale ved den afklarende samtale, at de vil deltage i fysisk træning, og dette gælder kun for 39 procent af mændene.

**Figur 16. Type af indsats; Aftalte aktiviteter fordelt på om borgeren er i beskæftigelse**



Figur 16 viser, at der er forskelle på de indsatser, som aftales med borgeren alt efter om borgeren er i arbejde eller under uddannelse eller ej. Således aftales alle indsatser oftere med borgere, der ikke er i beskæftigelse end med borgere, der er i beskæftigelse.

## 7 Bilag 3: Barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud samt behov og ønsker for kvalitetsudvikling af henvisningsprocedurer

### 7.1 Baggrund

Dette bilag præsenterer resultaterne fra et fokusgruppeinterview med deltagelse af repræsentanter fra de tre sektorer (kommune, almen praksis samt hospital) i Midtklyngen. Fokusgruppeinterviewet omhandlede barrierer og udviklingsmuligheder i henvisningsproceduren til kommunale tilbud for borgere med type 2 diabetes.

Der er flere centrale aktører omkring en borger med type 2 diabetes. Den primære er dog den alment praktiserende læge, der har ansvaret for borgerens behandling, og som derfor er tovholder (med mindre borgeren er i et længere forløb hos diabetesambulatoriet i Viborg). Den praktiserende læge forestår oftest den primære behandling af borgeren, men har mulighed for at henvise til enten et hospital eller et kommunalt tilbud.

De kommunale indsatser er primært patientuddannelse, hvor en borger understøttes i at forbedre sin sygdomstilstand gennem reguleringer i livsførelse (det kan være kost, motion, rygning, alkohol mv.). I tilfælde hvor en borger ikke har diabetes, men er i risiko for at få det, kan kommunen støtte med mere generelle sundhedsfremmende tilbud, og i tilfælde hvor sygdommen er mere fremskreden, kan kommunen yde hjælp til genoptræning eller sygepleje.

Det er primært patientuddannelse, der fokuseres på i denne fremlæggelse af barrierer og udviklingsmuligheder for henvisning til kommunale tilbud. I indsatsbeskrivelsen for projektet anslås det, at patientuddannelse er lige så vigtigt som medicinsk behandling for borgere med type 2 diabetes. Samtidigt konstateres det, at en undersøgelse har vist, at færre end halvdelen af disse borgere rent faktisk deltager i patientuddannelse<sup>4</sup>. Der er med andre ord god grund til at se på, hvorfor så få borgere deltager i den kommunale patientuddannelse - og hvad der kan gøres for at få flere til at deltage. Det er på denne baggrund, der er gennemført et fokusgruppeinterview med det mål at finde barriererne for henvisning til kommunale sundhedstilbud, og finde ønsker til kvalitetsudvikling af henvisningsproceduren.

Interviewet er en del af et større projekt, der hedder: "Type 2 diabetes – et samarbejde i Midtklyngen". I projektet skal der blandt andet udformes nogle prøvehandling, der forhåbentlig kan sikre flere henvisninger til den kommunale patientuddannelse. Fokusgruppeinterviewets resultater skal være med til at inspirere til nogle af disse prøvehandling.

---

<sup>4</sup> "Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgeres deltagelse i kommunale sundhedstilbud", side 1, 2020.

## 7.2 Metode

Metoden er et fokusgruppeinterview blandt forskellige aktører i Midtklyngen, som arbejder med borgere med type 2 diabetes.

Der var 6 interviewpersoner, som deltog:

- En medarbejder fra diabetestilbuddet i hver af de tre kommuner i Midtklyngen
- To alment praktiserende læger
- En medarbejder fra diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt i Viborg

Interviewet blev foretaget af en konsulent fra forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM, som er en del af Region Midtjylland.

Interviewet var semi-struktureret. Dermed var der før interviewet udformet en række spørgsmål, som det var målet at få interviewpersonerne til at forholde sig til. Dog var samtalen ikke mere styret end, at interviewpersonerne havde mulighed for at reagere på hinandens udsagn. Temaerne i interviewguiden blev derfor ikke drøftet i den forudbestemte rækkefølge, men interviewer sikrede, at alle spørgsmål blev stillet på et tidspunkt. Målet med fremgangsmåden var at sikre, at de relevante temaer blev berørt, men at samtalen skulle flyde, så interviewdeltagerne havde mulighed for at bygge oven på hinandens udsagn. De overordnede temaer i interviewguiden er:

- Barrierer for at få borgere henvist til kommunale diabetestilbud
- Alment praktiserende lægers kendskab til de kommunale tilbud
- Udveksling af information om borgerne mellem almen praksis og kommuner
- Typer af tilbud hos kommunerne
- Henvisningsproceduren
- Ønsker til kvalitetsudvikling

Fokusgruppeinterviewet blev afholdt først på eftermiddagen fredag den 9. april 2021, og varede i godt to timer. Grundet corona-restriktioner mødtes interviewer og deltagere virtuelt. Interviewet blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet og analyseret. Resultaterne af analyserne præsenteres herunder.

## 7.3 Resultater

Som beskrevet, var målet med fokusgruppeinterviewet at identificere barrierer for henvisning til kommunale tilbud, samt finde ønsker til kvalitetsudviklingen af henvisningsprocedurerne. Derfor var de forud formulerede spørgsmål også koncentreret om forskellige dele af procedurerne. Undervejs i interviewet viste det sig dog, at interviewpersonerne i mindre grad så barrierer og muligheder forbundet til procedurerne, men i højere grad var fokuserede på enkelte aktører og sektorer. Derfor fremlægges resultaterne også ved at beskrive, hvilke barrierer og udviklingsmuligheder, der kan være i forhold til at få de enkelte aktører til at agere, så flere borgere deltager i patientundervisningen. Og først til sidst vil der være en gennemgang af problematikker ved fremgangsmåderne i proceduren.

### 7.3.1 Den alment praktiserende læge

Alle deltagerne i fokusgruppeinterviewet var enige om, at den største barriere for at få flere borgere henvist til de kommunale tilbud ligger hos de alment praktiserende læger. Barriererne er primært, at lægerne kun har sparsom kendskab til de kommunale tilbud, at lægerne i mindre grad føler sig sikre på kvaliteten i tilbuddene, og at lægerne ikke ser tilbuddene som en nødvendig og integreret del af behandlingen af borgernes type 2 diabetes. De tre årsager behandles mere indgående herunder.

Der var enighed om, at den store barriere for at få flere henvist til de kommunale sundheds-tilbud er de praktiserende læger. Som en af lægerne i interviewet udtrykte det:

*Jamen, den største forhindring for mine patienter, til at komme op på tilbuddet, oppe på Sundhedscentret, det er helt klart mig. Fordi jeg ikke har givet dem tilbuddet. Fordi jeg ikke har vidst, hvad det har været, og så får de ikke tilbuddet, og så får de ikke muligheden.*

Praktiserende læge

Med andre ord mener interviewdeltagerne, at den største udfordring er, at mange læger ikke kender til de kommunale tilbud, og derfor selvsagt heller ikke henviser til dem.

Løsningen er dog ikke gjort ved alene at få informeret lægerne om, at der findes kommunale tilbud til borgere med type 2 diabetes. For at lægerne skal føle sig trygge ved at henvise borgere, skal de også have et vist kendskab til tilbuddene, da lægerne har brug for at vide, hvad borgerne helt konkret bliver tilbudt, og hvad kvaliteten af tilbuddene er. De alment praktiserende læger tilrettelægger i mange tilfælde selv hele det behandlingsforløb, som deres patienter får, og giver dermed også patientuddannelses-tilbud til borgere med type 2 diabetes. For at en praktiserende læge skal henvise en borger til de kommunale tilbud, skal lægen altså overbevises om, at tilbuddet er bedre eller i hver fald lige så godt, som det de selv tilbyder. En af lægerne i interviewet udtrykker det således:

*Vi har heller ikke brugt diabetesklinikken på Sundhedscentret ret meget. Jeg er begyndt at gøre det nu her, efter vi har startet det her projekt. Men ellers har vi også her i klinikken kørt vores egne. Dels fordi jeg vidste ikke, hvad jeg sendte folk op til også ville jeg gerne være sikker på at give dem et ordentligt tilbud – og så har jeg selv strikket noget sammen.*

Praktiserende læge

Senere siger samme læge:

*... jamen, der er et tilbud, men hvad består det af? Hvad får de at vide? Hvor lang tid er der sat af? Hvad gør de? Og er det reelt set noget, vi kan benytte til alle vores nydiagnosticerede? Er det noget med, at nede på kommunen, der sidder de og ryster lidt på hovedet og siger; 'ham her, han er jo velreguleret, det er jo fint nok, ham skal vi jo ikke se, spark ham videre'. Når man ikke sådan er blevet ordentlig introduceret til tilbuddet - hvad består det af i detaljer? Hvem kan vi benytte det til og så videre? Og hvad kan vi forvente ud fra... Men så bliver det jo hurtigt til, at man tænker; 'jeg ved ikke, hvad jeg... Jeg gider ikke makke i det', vel? Så laver man sit eget.*

Praktiserende læge

Lægerne mangler særligt kendskab til, hvordan kommunerne holder individuelle samtaler og tilrettelægger et forløb for den enkelte borger. Lægerne har således typisk kendskab til, at der forgår holdundervisning i forløbet, men lægerne kender ikke nødvendigvis til, at kommunens tilbud til den enkelte tilpasses og aftales med borgeren. En af lægerne i interviewet siger:

*... men der er nogle af kollegaerne, hvor det også kan være et problem, at de bare ser det, som om man skal ind og sidde på en skolebænk, og modtage en eller anden form for masseinformation, og så sparkes ud i den anden ende.*

Praktiserende læge

Ovenstående udsagn peger på, at kendskabet til de kommunale tilbud skal være bedre hos de praktiserende læger, hvis de skal henvise flere borgere med type 2 diabetes. Men udsagnene peger samtidig også på, at de praktiserende læger laver deres egne patientuddannelses-tilbud til borgere med type 2-diabetes. Det betyder (heldigvis) også, at det langt fra er sådan, at der slet ikke foregår patientuddannelse af alle de borgere, som ikke henvises til kommunale tilbud.

Et beslægtet problem er lægernes manglende tiltro til borgernes evner til at gøre noget ved deres egen situation. Som en læge udtrykker det:

*Så er der helt klart også en lægebarriere; nogle gange så sidder vi og tænker; 'det kan de nok ikke', og så kan man nogle gange blive overrasket over, at det kan de faktisk godt.*

Praktiserende læge

Den manglende tiltro til borgeren handler selvfølgelig om lægens syn på borgeren. Men det handler også om, at lægen tror, at borgeren skal igennem et bestemt uddannelsesforløb, der skal munde ud i nogle bestemte ændringer. En af de kommunale medarbejdere mener, at dette projekt skal være med til at nedbryde denne barriere, så lægerne ikke undlader at henvise, fordi de tænker, at borgerne ikke passer ind i det kommunale tilbud. En af kvaliteterne ved de kommunale tilbud er nemlig, at det bygger på en afklarende opstartssamtale med borgeren, og at de øvrige indsatser tilpasses herefter. Derudover er de kommunale diabetesmedarbejdere opmærksomme på tilbud i psykiatrien og andre steder i kommunen. Derfor kan en borger, som henvises til kommunen, men som ikke har ressourcer til at deltage i et diabetestilbud, hjælpes videre til andre tilbud. Med andre ord mener kommunerne, at de praktiserende læger trygt kan henvise de borgere, som lægerne ellers umiddelbart ikke tænker har ressourcer til et patientuddannelsesforløb.

Ovenstående peger på, at der først og fremmest kan skabes flere henvisninger ved at arbejde for, at de alment praktiserende læger bliver informeret om, at de kommunale tilbud eksisterer. Men at det også er nødvendigt, at lægerne kender så meget til indholdet, at de føler sig forvisset om, at borgerne får den nødvendige hjælp.

Interviewdeltagerne mener dog ikke, at mere informerede læger er nok. Der er nemlig også brug for, at de praktiserende læger begynder at betragte de kommunale tilbud, som en integreret del af den øvrige behandling for type 2 diabetes. Optimalt set skal der skabes en kultur, hvor lægerne forstår og præsenterer de kommunale tilbud, som en del af behandlingen på lige fod med eksempelvis udskrivning af medicin eller henvisning til hospitalet. En læge beskriver, hvordan det kommunale tilbud ofte bliver præsenteret som noget borgerne selv kan gøre, og ikke som en essentiel del af behandlingen:

*... vi (snakker) jo (med borgeren) om medicinsk behandling og kontrol, som foregår her hos mig, og snakker vi om alt det, man selv kan gøre for at hjælpe til, og for at håndtere den situation, som sukkersygepatient. Og der siger jeg, at vi har et rigtig godt tilbud i vores kommune, hvor man kan blive vejledt om det, man kan gøre. Og man kan få støtte til det man selv kan gøre, og det er sådan nogle vaner.*

Praktiserende læge

En kommunal medarbejder ønsker i stedet, at lægerne sidestiller en henvisning til kommunale tilbud med at henvise til eksempelvis en røntgenundersøgelse:

*Ja, ligesom man siger; 'nu sender jeg den her henvisning til røntgen, fordi det er nødvendigt for at vi kan blive klogere på...*

Kommunal medarbejder

Samme kommunale medarbejder forklarer ønsket ved at beskrive, hvordan de internt i kommunen får henvisninger til diabetestilbud fra andre kommunale tilbud. Her lader medarbejderne i de andre kommunale tilbud borgeren forstå, at det er en del af deres behandling, og et diabetestilbud kan dermed eksempelvis blive en del af et hjerteforløb. Borgeren får således ikke præsenteret diabetestilbuddet, som et ekstra tilvalg, men som en naturlig del af det, de allerede deltager i. Ambitionen skal være at bringe den tankegang ud til lægerne:

*Så jeg tror, det er det, vi skal have kopieret ud til lægepraksis, at det skal ikke være så stort et valg, men; 'det er en del af, at du har fået diabetes, og vi arbejder sammen om den her opgave'.*

Kommunal medarbejder

Interviewet peger altså på, at der er barrierer ved den praktiserende læge i forhold til, at de mangler information om de kommunale tilbuds eksistens, indhold og kvalitet. Derudover mangler de praktiserende læger en forståelse af, at behandlingen af borgere med type 2 diabetes er en fælles opgave mellem kommune og læge. Ønsket er altså at få fjernet disse barrierer, hvilket opsummeres af dette citat fra en af lægerne i interviewet:

*Jo, og at lægen ikke er bange for at sige, at; 'jeg synes, du SKAL tage imod det her tilbud'. Altså; den der klare melding, og ikke at sige; 'på den ene side, og på den anden side, og her er en folder, og det kan du læse lidt på'. Men så lægen siger; 'som en del af den indsats vi laver for din sukkersygebehandling, og for at støtte dig i at håndterer den tilstand, eller situation du er i her, så har vi det her tilbud, og det synes jeg du skal tage imod. Og jeg sender en henvisning i dag. Hvad siger du til det? Altså; det er noget med at prøve at få det præsenteret, som et samarbejde, og også at få det afdramatiseret, og så må vi jo godt gøre lidt reklame for det - og nu kommer vi tilbage, til det med at sige, at man har det bedst, som læge, ved at reklamere for noget, man ved hvad er. Så vi skal have øget kendskabet til produktet ude i de små enkelte lægepraksis'.*

Praktiserende læge

Deltagere i fokusgruppeinterviewet mener, at man kan fjerne de beskrevne barrierer hos lægerne ved at give dem øget information, og ved at give dem mulighed for at danne relationer til de kommunale medarbejdere på diabetestilbuddene.

I projektet er man enige om, at det er kommunens opgave at informere almen praksis om kommunale sundhedstilbud<sup>5</sup>. Interviewpersonerne var også enige om, at det ikke var ligegyldigt, hvordan man informerer de praktiserende læger. For eksempel må informationen ikke bare være skriftlige, da det er vigtigt at kendskabet til de kommunale tilbud kommer sammen med kendskab til de medarbejdere, som er i kommunen. Det er altså vigtigt, at man som læge eller ambulatorie har et ansigt på, hvem og hvad man henviser til. En kommunal medarbejder udtrykker:

*Hvis det er pjecer for at læger og sygeplejersker i praksis og i ambulatorier skal vide, hvem vi er og hvad tilbud vi har, så tænker jeg ikke det er vejen frem, hverken pjecer eller kort, så ansigt til ansigt, og det der med, at man kommer*

---

<sup>5</sup> "Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgeres deltagelse i kommunale sundhedstilbud", side 2, 2020.

*ud og præsentere den gode historie på et eller andet møde. Hvor man husker ansigtet og historien bag. Og at man får en ERFA-gruppe på en eller anden facon, eller hvordan vi gør det. At praksissygeplejersker og sundhedssygeplejersker mødes engang om året – eller hvordan man inviterer ind til et eller andet, der gør, at vi får historien frem. Altså får lys på; jeg tror ikke på, at det er, at der ligger mit visitkort eller sundhedscentrets pjece, der gør at de lige husker det.*

Kommunal medarbejder

Det vurderes altså, at der er behov for en personlig relation mellem medarbejderne i kommunen og medarbejderne i lægepraksis. Der gives også konkrete bud på, hvordan mødet mellem medarbejderne kan arrangeres. Der nævnes flere gange, at man eventuelt kan benytte forummerne i bylægeforeningerne, hvor de alment praktiserende læger arrangerer møder. Her kan kommunale medarbejder møde op, fortælle om deres tilbud, og være med til at skabe forståelsen af en fælles indsats. En læge udtrykker:

*... det er jo en oplagt ting at tage op i bylægeforeninger, med oplæg fra sundhedscentret og sige, hvad er tilbuddet egentlig.*

Praktiserende læge

Som foregående citat viser, er der også fokus på, at man kan etablere et samarbejde mellem de kommunale medarbejdere og sygeplejersker ansat i almen praksis. Sidstnævnte spiller ofte en stor rolle i den løbende kontrol og behandling af borgere med type 2 diabetes. Hvis praksissygeplejerskerne er opmærksomme på kommunernes rolle i behandlingen, kan de lettere få øje på, at en borger ville kunne have gavn af at blive henvist til et tilbud. Herefter vil sygeplejerskerne kunne være med til at udforme en henvisning i samarbejde med lægen. Der er flere forslag til, hvordan der kan skabes en relation mellem de kommunale indsatser og praksissygeplejersker. Som nævnt i ovenstående citat, kan der eventuelt etableres årlige møder mellem praksissygeplejersker og kommunale sygeplejersker. En anden kommunal medarbejder fortæller om, hvordan vedkommende hvert halve år deltager i kursusdage for personale hos praktiserende læge i Midtklyngen, hvor hun informerer om de kommunale sundhedstilbud. Ved eventuelt at udvide dette med repræsentanter fra alle de tre kommuner i Midtklyngen, kan der i højere grad skabes et møde mellem de praksissygeplejersker og kommunale medarbejdere, som ideelt set skal have en relation, for at få skabt en forståelse af at behandlingen af borgere med type 2 diabetes er en fælles indsats.

### 7.3.2 Borgeren

En anden stor barriere, for at få henvist flere borgere med type 2 diabetes til den kommunale indsats, ligger hos borgerne selv, der ofte takker nej til at få en henvisning. Der er typisk tre, dog forbundne årsager til, at en borger ikke ønsker at blive henvist. For det første handler det om manglende sygdomsforståelse og egenomsorg, for det andet handler det om manglende ressourcer og tilstedeværelse af en skamfølelse hos en stor gruppe af de borgere, som har type 2 diabetes, og for det tredje handler det om, at borgeren ikke er motiveret på det tidspunkt, hvor tilbuddet præsenteres.

Det er dog værd at bemærke, at disse forhold ikke kun er i forhold til at få henvist borgeren, men i høj grad også er i forhold til at få en allerede henvist borger i gang med tilbuddet. Således vurderer en af de kommunale medarbejdere, at det kun er cirka 3 af 10 henviste borgere, som takker ja til et fuldt forløb i kommunen.



En barriere hos borgerne kan altså være manglende sygdomsforståelse og egenomsorg. Mange forstår ikke alvoren og karakteren af type 2 diabetes, og forstår dermed ikke vigtigheden af at indgå i et kommunale patientuddannelsesforløb. En læge i interviewet udtrykker det således:

*Der er desværre en udbredt uvidenhed, om hvad diabetes er, ude i samfundet. Og særligt blandt de her folk, som faktisk får sygdommen. Mange af dem er jo bekendt med, at diabetes det er et eller andet min bror han har, eller anden har det, og det går vist meget godt – sådan noget i den stil. Så det er ikke rigtig sådan en vigtig sygdom. Altså; hvis jeg nu havde fået lungebetændelse, så havde det været meget værre.*

Praktiserende læge

Den manglende sygdomsforståelse går ofte hånd i hånd med en manglende egenomsorg, og borgerne er således ikke motiveret til at gå i gang med et kommunalt tilbud, da de betragter sygdommen, som noget lægen skal behandle, og i mindre grad er noget, de selv skal gøre noget ved. Førnævnte læge siger et andet sted i interviewet:

*... der er også rigtig mange, der ikke føler et ansvar for det her. Der er rigtig mange, der føler, at hvis jeg har fået sukkersyge, så må lægen tage sig af det. 'Han må give mig nogle piller, og så må det, være det. Det kan ikke være rigtigt, at jeg selv skal ændre mit liv, for det kan jeg jo ikke.*

Praktiserende læge

Den manglende sygdomsforståelse og egenomsorg er således en barriere for, at borgerne bliver henvist, da det resulterer i, at de ikke selv ønsker at deltage i et kommunalt tilbud. Som nævnt kan disse problematikker tilmed være en hindring for, at de, der faktisk er henvist, kommer i gang med et kommunalt tilbud. En kommunal medarbejder udtrykker således:

*... det kan godt være borgerne ønsker hjælp fra os, men når de finder ud af, at der er en stor del af arbejdet, de skal gøre selv, så bakker de ligesom ud af det. Fordi de synes det bliver for besværligt, for de har ikke den – hvad skal man sige, jeg vil ikke sige motivation – men tradition eller erfaring med at arbejde med sundhedsproblemer selv.*

Kommunal medarbejder

Tæt forbundet med den manglende sygdomsforståelse er, at borgerne med type 2 diabetes kan have sociale problemer og opleve en vis skam omkring deres sygdom. Type 2 diabetes omtales ofte som en livsstilssygdom, og dermed placeres en del af ansvaret for sygdommen hos borgeren selv og vedkommendes livsstil. En henvisning til en kommunal indsats om uddannelse kan forstærke denne følelse af skam, da man bliver henvist til et sted, hvor man konfronteres med, at ens livsstil kan have bidraget til ens sygdom. Dermed virker det lettere at fornægte sygdommens alvor, og placere ansvaret for behandling hos lægen. Dette forstærkes specielt hos borgere, som samtidig har andre problemer, hvilket gælder for en del borgere med type 2 diabetes, der også har sociale udfordringer. Disse borgere kan føle, at en patientuddannelse er endnu en konfrontation med de uheldige sider af deres liv, og endnu et sted, hvor omverdenen stiller krav til dem, og hvor de ikke føler sig i stand til at løfte dem. En af lægerne i interviewet siger:

*De har masser af nederlag i alle mulige andre sammenhænge. Det handler i forhold til arbejdsmarkedet, det handler om, i forhold til... Jamen, der er jo en grund til for de fleste, at de er endt i et mønster, hvor hyggespisning, det er lig med trøst og så videre – men lad nu det ligge – men der ligger klart en barriere ved patienterne, de vil ikke ned og konfronteres endnu engang med, at de ikke kan, og at de er nået dertil, hvor de er, og at de har svært ved at ændre på det. Og der ligger også en afmagt i det, og deres oplevelse er, at de KAN ikke ændre*

*på deres livomstændigheder. Så der er virkelig noget der. Men nu er vi ude og snakke noget helt anderledes med selvværd og psykoterapi, og den slags.*

Praktiserende læge

Når borgere med andre udfordringer takker nej til de kommunale tilbud, er resultatet, at det er dem, der har mest brug for tilbuddet, der ikke får det. En kommunal medarbejder opfordrer til, at lægerne informerer patienterne om, at de ikke forpligter sig på et langt forløb ved at lade sig henvise. Borgerne skal derfor vide, at det også er fint at tage én enkelt samtale med den kommunale indsats, og man skriver sig ikke automatisk til at længere indsats, som de måske ikke kan overskue.

Her har de kommunale medarbejdere så en opgave i at motiverer de ressourcetsvage og skamfyldte borgere til at deltage i tilbuddet. Således er de manglende ressourcer og skamfølelsen også barrierer for dem, der rent faktisk bliver henvist, men senere fravælger at deltage i de kommunale tilbud. En kommunal medarbejder giver som eksempel, at ressourcetsvage borgere møder op til et holdtilbud og føler, at de ikke passer ind, da de oplever at deres problemer er større og anderledes end de øvrige deltagere på holdet:

*... så viste det sig jo, at det var meget de ressourcestærke, der gjorde brug af KRAM-tilbuddene – og der kan også blive for langt et spænd. Altså, der kan være for gode borgere til, at når 'jeg' kommer og har nogle virkelige sundhedsmæssige problemer, så drejer 'jeg' om på hælen og går igen, for sådan kommer jeg aldrig til at fungere.*

Kommunal medarbejder

En barrierer hos borgeren kan også være, at borgeren ikke er klar til at forholde sig til det kommunale tilbud i det øjeblik, som det bliver præsenteret. En læge siger:

*Min oplevelser er, at selvom jeg egentlig har kendskab til det, og laver henvisning til det, eller i hvert fald foreslår patienten det, så det her med at smide det i hovedet af dem i forbindelse med diagnosesamtalen eller umiddelbart derefter... Der er mange af mine patienter, der har sådan et informations-overload, når de får at vide, at de har fået en diagnose, som hedder sukkersyge. Så den der med at præsentere dem med, at så skal du det, og så skal du det, og så skal du det, og så kan du i øvrigt blive henvist til det her. Der bakker de! Det er noget af det, jeg har identificeret, at sandsynligheden for at få dem til at takke ja, det stiger, hvis de lige får lov til at vende skråen, og få en samtale mere.*

Praktiserende læge

Lægen i citatet giver udtryk for, at der specielt kan være en barriere i forhold til de nydiagnosticerede, som ikke er klar til at forholde sig til at deltage i et kommunalt tilbud. En kommunal medarbejder fortæller, at der også kan være andre forhold (end en ny diagnose), der kan gøre at borgerne ikke er motiverede til at takke ja til en henvisning på et givent tidspunkt:

*Men vi tager jo gerne den her afklarende samtale til at finde ud af... For nogle gange, så er det jo sådan, at diabetes ikke er den enkelte borgers højeste prioriterede ting på deres sygdoms-cv, eller hvad der nu i deres liv fylder mest. Og det tænke jeg også er en vigtig snak at få, om tilbuddet nu også er på det rigtige tidspunkt. Og der er vi jo rigtig glade for de praktiserende læger, som jo har et godt kendskab til borgeren og til at vide, hvornår er det gode tidspunkt, og hvornår er der mere motivation til stede end andre, og hvad er der ellers, der også spiller ind for den enkelte. Men vi tager meget gerne imod alle de henvisninger vi får.*

Kommunal medarbejder

Der eksisterer altså nogle barrierer hos borgerne, som hindrer, at de siger ja til at få en henvisning til de kommunale tilbud eller som gør, at de fravælger at deltage, efter de har fået en henvisning. Barriererne er manglende sygdomsforståelse og egenomsorg, manglende ressourcer og tilstedeværelse af en skamfølelse, og manglende motivation på det tidspunkt borgeren tilbydes deltagelse i det kommunale tilbud.

I interviewet diskuteres også en række mulige løsninger for at imødegå disse barrierer hos borgerne. Interviewdeltagerne blev blandt andet forlagt muligheden for udarbejdelse af en pjecce eller lignende til borgerne, så de kan læse om sygdommen. I pjecen kan der skrives aftabuiserende om tilbuddet, og borgerne kan forholde sig til det, når motivationen er der. Det er dog ikke en løsning, som interviewdeltagerne har megen tiltro til. En læge udtrykker:

*Hvis jeg har sagt til mine patienter, at 'det her, det er et godt tilbud, det skal du tage imod', så tror jeg, det er ligegyldigt, om der står en lille smule, eller der står side op og side ned – så er det det, der skal sælge det. At de får at vide, at det er det her, der er vigtigt, og kan vi komme ud over stepperne og sådan noget.*

*(...)*

*Jeg tror ikke nødvendigvis, at der behøver at blive opdateret en hel masse på de her hjemmesider til patientinfo eller foldere, som patienten skal have med og det ene og det andet. Langt hen ad vejen, så beslutter patienten sig i det sekund eller det minut, som vi sidder og snakker om det, og lige så snart jeg har givet en patient en folder med, og sagt; 'det kan du lige tænke over', så er kampen gået, altså. Den der folder, den ryger lige ned bagerst i ryksækken, og så bliver den krøllet, og fire dage efter så bliver den smidt ud, medmindre den bliver smidt ud lige med det samme, når man kommer ud af mit lokale. Der står en skraldespand herude, og du kan jo prøve at kigge, hvor mange foldere, der ligger i den. Men man beslutter sig, når man tager samtalen.*

Praktiserende læge

Lægen mener altså, at motivationen til deltagelse i høj grad sker i samtalen mellem borger og læge, og at skriftlig information er mindre værd. Det understreger vigtigheden af, at der opstår en forståelse hos de alment praktiserende læger af, at borgere med type 2 diabetes er en fælles opgave, så de præsenterer de kommunale tilbud som en naturlig del af behandlingen (jf. ovenstående afsnit om barrierer hos lægen).

Dernæst kan nogle af barriererne hos borgerne imødegås ved, at både læger og kommunale medarbejdere er opmærksom på borgerens aktuelle situation og motivation. Som tidligere nævnt er en af lægerne inde på, at det kommunale tilbud måske ikke skal præsenteres i den samtale, hvor borgeren får diagnosen, da borgeren i den situation er optaget af mange andre forhold.

En kommunal medarbejder foreslår også, at lægerne understreger over for borgerne, at de ikke forpligter sig til noget bestemt, og at de ikke automatisk skriver sig op til et længere forløb. En henvisning betyder blot, at borgeren siger 'ja tak' til en opstartssamtale med den kommunale medarbejder om, hvad der kan være af brugbare tilbud i kommunen. En kommunal medarbejder siger:

*Og begynder de at bakke på, at; 'jeg skal ikke ind i et forløb på 8 uger, eller jeg skal ikke'. Så sig; 'jamen, tag imod den første samtale, det har vi alle lov til', og det gælder jo også for... Hvis jeg kan mærke at borgeren ikke er motiveret, så italesætter jeg det også; 'jeg kan høre, der er rigtig mange bolde lige nu, der fylder. Måske er det ikke lige nu, måske er det, det her, du skal gå med i stedet for, eller vi skal have hjulpet dig hen til'.*

Kommunal medarbejder

Dette skal selvsagt så følges op af, at borgerne oplever hos kommunen, at der tages hensyn til deres situation, usikkerheder og aktuelle motivation. Selvom borgeren kun har sagt ja til en opstartssamtale er målet jo forsat, at borgeren rent faktisk deltager i tilbuddet (som vi jo har set slet ikke altid er tilfældet). En kommunal medarbejder siger, at det handler om at tage sig tid til at opbygge tillid mellem borgerne og den kommunale medarbejder:

*... ja tilliden, og tilliden kræver tid, og det tænker jeg, der er vigtigt, at der bliver prioriteret, altså; at man prioritere i projektet, at der skal være tid til den her samtale vi ude i sundhedscentrene har og der skal være tid til forløbet, og der skal være tid til opfølgningen, sådan at tiden er der til dem, når vi nu har dem, herinde. Det er vigtigt.*

Kommunal medarbejder

### 7.3.3 Det kommunale tilbud

Der findes barrierer for henvisning i den måde de kommunale tilbud er skruet sammen på. Men i sagens natur begynder de kommunale tilbuds sammensætning først at få stor betydning *efter*, at borgerne er henvist og skal i gang med tilbuddet. Projektet forholder sig også til kvaliteten i de kommunale tilbud, og ser på muligheder for kvalitetsudvikling af tilbuddene. Dette behandles dog primært igennem interview med borgerne, og rapporteres derfor ikke i denne del, der fokuserer på henvisningen og resultaterne af fokusgruppeinterviewet.

I fokusgruppeinterviewet optræder der tre barrierer, for selve det at få folk henvist, som ligger i det kommunale tilbud. Barriererne er: afstand mellem borgerens bopæl og tilbuddet, tidspunkt for afholdelse af indsatser og krav om danskundskaber.

Nogle borgere takker nej til en henvisning på grund af, at der er en stor afstand mellem borgerens bolig og tilbuddet. En kommunal medarbejder forklarer:

*... det der med køremuligheder. Altså folk, der ikke har køremuligheder. Det er et stort problem, fordi man skal køre til et eller andet sted, og man bor måske ude på landet.*

Kommunal medarbejder

Der er dog forskel mellem kommunerne i forhold til, i hvor høj grad dette opleves som en barriere, og hvad de enkelte kommuner gør for at overkomme det.

I Skive Kommune oplever de eksempelvis i mindre grad, at afstand til tilbuddet er en barriere, da deres tilbud i høj grad tilpasses individuelt. Hvis en borger ikke kan transportere sig til et holdtilbud undersøges i stedet mulighederne lokalt, hvor borgeren måske i stedet kan bruge nogle "forebyggende medarbejdere". Man forsøger altså at tilpasse tilbuddet, så der er muligheder tæt på borgerens bopæl.

I Viborg Kommune foregår der aktuelt drøftelser af muligheden for at flytte tilbuddet ud i deres forskellige sundhedssatellitter. Der kan dog være en bekymring for, at det vil betyde opsplitning af deres hold, idet holdtræning og undervisning er en vigtig del af deres tilbud. Det at flytte tilbuddet ud til dem, der ikke kan transportere sig, kan således ende med at skade tilbuddet for dem, der i dag har glæde af deres holdtilbud centralt i kommunen.

I Silkeborg Kommune forsøger man at oprette hold på skift i de større byer i kommunen. Det kan dog ende med at betyde, at der kan gå lang tid inden, der bliver oprettet et nyt hold tæt på den enkelte borgers bopæl. I Silkeborg Kommune ønsker de ikke at have flere hold samtidig forskellige steder i kommunen, da de så ville skulle strække ressourcerne, hvilket kan resultere i, at tilbuddene bliver dårligere.

En anden barriere kan være tidspunktet for afvikling af tilbuddet. Mange holdtilbud er i dagtimerne, hvor borgerne kan have arbejde, der forhindrer dem i at deltage.

En tredje barriere kan være, at nogle kommuner har eksklusionskriterier, som forhindrer visse borgere i at deltage. Her næves særligt Viborg Kommune, hvor borgere med manglende danskkundskaber ikke kan deltage i tilbuddet.

I interviewet er der få konkrete bud på løsninger på de kommunale barrierer, som kan være gældende i alle tre kommuner. Dette skyldes at barriererne kan se forskellige ud fra kommune til kommune.

Således vil der være forskellige løsninger mellem kommunerne i forhold til udfordringerne med, at tilbuddene skal være tilgængelige for borgere i tyndt befolkede området. De tre kommuner har forskellig geografi, og der er forskelle på, i hvor høj grad tilbuddene er individuelt tilrettelagt eller baseret på deltagelse i hold. Det anbefales derfor, at kommunerne forholder sig til disse udfordringer hver især, og får kommunikeret til lægerne i området, hvad der kan gøres for den enkelte borger. Det skal sikres, at lægen har svar til den borger, der vil takke nej til en henvisning på grund af at vedkommende bor langt væk fra hovedbyerne i kommunen.

Det er også svært at komme med konkrete løsninger på udfordringen med, at noget af tilbuddet ligger i normal arbejdstid, men der opfordres til at hver enkelt kommune reflekterer over dette.

På samme måde opfordrer interviewdeltagerne kommunerne til at reflekterer over, om det er muligt at fjerne eventuelle eksklusionskriterier for deltagelse i tilbuddet, med særlig fokus på, at det kan udelukke en del, hvis stærke danskkundskaber er en betingelse.

#### 7.3.4 Andre aktører

I interviewet kommer deltagerne også ind på, at andre aktører end tilbuddet, lægen eller ambulatoriet kan spille en væsentlig rolle for, om en borger bliver henvist til et kommunalt diabetestilbud. Der nævnes specifikt tre aktører, som det kan være vigtigt at have et godt samarbejde med, hvis flere borgere skal henvises. De tre aktører er: Psykiatrien, andre kommunale sundhedstilbud og det kommunale beskæftigelsessystem.

Som nævnt i ovenstående kan borgere med type 2 diabetes ofte være ressourcetsvage, ligesom de meget ofte har andre sundhedsmæssige problemer at kæmpe med. Det kan derfor være givtigt at samarbejde med andre aktører, der støtter op om borgeren.

En af disse aktører kan være andre kommunale sundhedstilbud. I interviewet nævnes der eksempler på, at diabetestilbuddene får patienter fra andre sundhedstilbud – ligesom medarbejdere på diabetestilbuddet sender borgere til de andre tilbud, når det vurderes, at borgeren aktuelt har mere brug for en anden indsats. Et eksempel kan være, hvis en borger er i genoptræning efter en operation, og man på genoptræningstilbuddet opdager, at borgeren også har diabetes. Der kan være to barrierer for at få gavn af dette samarbejde. Den ene er, at de øvrige sundhedstilbud ikke har indgående kendskab til diabetestilbuddet, og den anden er, at sundhedstilbuddet ikke kan have muligheden for selv at henvise til diabetestilbuddet. I sidstnævnte tilfælde skal borgeren tilbage til egen læge for at få en henvisning (det er dog

forskelligt fra kommune til kommune, og i Silkeborg Kommune har kommunale medarbejdere selv mulighed for direkte at henvise til diabetestilbuddet<sup>6</sup>). En anbefaling er derfor, at de kommunale diabetestilbud skal sørge for at have informeret de øvrige kommunale sundhedstilbud, og det skal overvejes, om det kan gøres muligt at henvise direkte fra et kommunalt sundhedstilbud til et andet, uden at borgeren skal forbi egen læge (i de kommuner, hvor det ikke allerede er muligt). Ofte vil egen læge skulle involveres, det ønskes blot, at man eksempelvis kan tage en borger i et genoptræningsforløb, og følge vedkommende ned til diabetestilbuddet uden at lægen først skal lave henvisningen – dette vil i stedet komme senere.

På tilsvarende vis er der en del borgere med type 2 diabetes, som også får behandling i Psykiatrien, og derfor bør kendskabet til diabetestilbuddene udbredes i Psykiatrien, ligesom det bør overvejes, om det skal være muligt for Psykiatrien at henvise direkte til tilbuddene.

En tredje aktør, der kan betyde noget for, om en borger bliver henvist, er kommunens beskæftigelsessystem. Medarbejderne i beskæftigelsessystemet kan være en samarbejdspartner på samme måde som andre kommunale tilbud eller Psykiatrien. Men beskæftigelsessystemet kan også arbejde imod borgernes motivation til at blive henvist til et diabetestilbud. En del borgere er eksempelvis i et ressourceforløb, hvor deres arbejdsevner skal afprøves og søges forbedret. Så længe borgerens arbejdsevne forsøges forbedret, vil borgeren forblive i ressourceforløbet, og kan ikke få tilkendt et flexjob eller en førtidspension. Det kan modarbejde borgeres lyst til at deltage i nye tilbud, da borgerne så er bange for, at en deltagelse kan skubbe udsigten til at få tilkendt det ønskede flexjob eller førtidspension længere ud i fremtiden. En læge i interviewet siger:

*Og når vi ser de patienter, så handler samtalen ofte om, hvad jobcentret nu har fundet på af fjolledheder. Og det er også ofte sådan, at de af borgerne som - og det er jo ikke helt sjældent - men de af borgerne, som synes, de selv er FOR belastede, og egentlig gerne vil omprogrammeres til at have sådan noget flexjob, noget pension, noget det ene eller noget det andet. Der er det jo sådan, at jo flere gange jeg kan sidde og sige, at; 'orv, vi kunne jo prøve at sende dig til noget' eller 'vi kunne jo prøve at...'. Så ved vi godt, at så starter hele den kommunale karrusel og to år yderligere inden kommunens sagsbehandling, den er (afsluttet].*

*(...)*

*Altså; de der mennesker, de er jo fuldstændig uigennemtrængeligt demotiverede, og det kan jeg godt forstå med det kommunale system, der er. Men det er sådan det er, og der er meget meget lidt samarbejde i forhold til dem der [i beskæftigelsessystemet], der er ikke noget, og det er jo også derfor jeg siger, at; 'er det umuligt at tænke sig? Ja, det er det nok'. Selvom jeg også sagde, at det behøver det måske ikke at være, men det kræver jo en kæmpe kulturændring.*

Praktiserende læge

En kommunal medarbejder oplever det samme, men oplever også at et rundbordsmøde, med alle aktører omkring borgeren, kan være en løsning:

*Det kræver en kæmpe kulturændring, men den må ikke fejles under gulvtæppet, for jeg er helt enig, det er der folk bakker. Det er der, jeg kan have svært ved at få dem ind til samtalen, når jeg fornemmer, at der også er en sagsbehandler på eller noget jobcenter på, og de tænker; 'åh nej, så skal jeg til ud i yderligere afprøvning eller...'. Og allerede, når det bliver klart for mig i start samtalen, at her*

---

<sup>6</sup> "Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgernes deltagelse i kommunale sundhedstilbud", side 3, 2020

*har vi med det at gøre, så påtaler jeg muligheden for et rundbordsmøde, fordi vi har samme kommuneskilt på, og vi skal sammen løfte den her opgave. Og der kan man sige, at det burde ikke være mig, der skal hive den op, det burde være sagsbehandleren, der kan se... Og når borgeren, så måske siger til sagsbehandleren, at; 'jeg går i et diabetesforløb - men det siger de ikke, for de tør ikke sige, at de går i et forløb, for det kan bremse hele processen, så der er en udfordring lige præcis her, men når vi kommer igennem med det, og får de her rundbordsmøder med den sagsbehandler, og borgeren får en oplevelse af, at: 'Okay, vi vil det samme, sammen'. Og sagsbehandleren får nogle oplysninger, de ikke anede - 'æh, okay, hun slås med en diabetes også, der faktisk er - og en blodprop' eller et eller andet, der måske ikke er blevet sagt præcist, så oplever jeg egentlig, at samarbejdet er godt, men det er svært at få hul igennem til at få det her samarbejde på tværs. Men den må ikke fejles ind under gulvtæppet, for jeg tænker, der ligger da en stor udfordring, for det er det, at de der socialt udsatte også bevæger sig, og som vi ikke kan fange eller få motiveret.*

Kommunal medarbejder

Et bud på en løsning af problemet med, at beskæftigelsesindsatsen kan holde borgere fra at ville henvises til et diabetesforløb, kan dermed være, at der holdes rundbordssamtaler, når en borger med type 2 diabetes er i gang med en beskæftigelsesindsats.

### 7.3.5 Ambulatoriet

På diabetesambulatoriet er det begrænset, hvor mange de henviser til kommunale tilbud, da mange af deres patienter ofte har haft deres diabetes i lang tid, og ambulatoriet antager derfor, at borgerne allerede har været igennem et kommunalt tilbud eller samtale om det hos egen læge. Andre borgere i ambulatoriet bliver ikke henvist, fordi de er på ambulatoriet efter en anden (men beslægtet) sygdom som blodpropper eller en operation. I den situation er borgerens fokus ikke på patientuddannelse, men snarere at komme sig over den anden sygdom.

Interviewdeltageren fra ambulatoriet anerkender dog, at ambulatoriet godt kan være mere opmærksomme på at få flere henvist. Specielt de, som er på ambulatoriet efter en operation eller en blodprop, kan måske være særligt motiveret for at gøre en indsats i forhold til deres diabetes. Interviewdeltageren fra ambulatoriet siger i interviewet:

*Ja, men jeg kunne jo tænke mig, at vi herfra var opmærksomme på at få alle de nye med type 2, som vi møder under indlæggelse, bliver givet videre der, og får knyttet en kontakt, når vi er de første der ser dem, og så kan interessen jo gives videre ud, når man kommer ud og taler med ens kommune, og når man synes, at man er så meget ovenpå, at nu kan man tage lidt mere ind. Så det synes jeg, at vi kunne prøve i en periode, at alle nye, de får en henvisning til deres kommune.*

Ambulatorie sygeplejerske

Ambulatoriet vil gerne have et lille skriftligt materiale (evt. et kort) om de kommunale tilbud, som de kan udlevere til borgerne, da borgerne kan have svært ved at indtage alt den information, de får under ambulatoriebesøget.

### 7.3.6 Henvisningsproceduren

Som det sidste resultat fra interviewet fokuseres der på det sammenspil, der er eller ønskes imellem aktørerne, når henvisningen foregår.

Undervejs i interviewet fremkommer der en del ønsker til, hvad der skal og kan stå i en henvisning fra lægen. I Midtklyngen er man enige om, at man vil arbejde for, at "det sikres, at der er en systematisk henvisningsskabelon til brug i almen praksis for de patienter, der skal henvises til kommunale sundhedstilbud. Henvisningen skal blandt andet indeholde biokemiske informationer såsom HbA1c-værdier, blodtryk, kolesteroltal, funktionsevneniveau og psykosociale forhold, samt patientens formål med og forventning til det kommunale tilbud, hvis dette er afklaret"<sup>7</sup>.

I forhold til de biokemiske informationer fortæller den ene af lægerne, at nogle af hans kollegaer er skeptiske i forhold til at skulle videresende oplysningerne til kommunerne. Kollegaerne forstår ikke, hvorfor kommunerne skal have disse informationer om borgerne, når kommunernes rolle "blot" er at afholde et undervisningstilbud. Det er derfor vigtigt, at kommunerne informerer lægerne om, hvordan de bruger disse informationer i tilrettelæggelsen af et *individuel* tilbud til den enkelte borger. Derudover skal kommunerne oplyse om, hvordan de underviser borgerne i, hvordan borgerne selv kan bruge disse tal resten af livet. En kommunal medarbejder fortæller i interviewet, at hun introducerer borgerne for diabetes.dk og balancekortet. For at kunne gøre dette relevant for borgeren, er det en stor fordel at tage udgangspunkt i borgernes egne tal, hvilket er muligt, når tallene fremgår af henvisningen. De praktiserende læger, skal også særligt gøres opmærksom på, at de ikke skal levere andre tal, end dem de allerede har. De praktiserende læger oplever, at de i stadig højere grad skal tage prøver og indtaste værdier til brug i andre sektorer (fortrinsvist den sekundære sektor). Denne arbejdsopgave er der ikke udpræget begejstring for blandt de praktiserende læger. Det er derfor vigtigt at kommunikere, at der i dette tilfælde ikke er tale om, at lægerne skal udføre en ekstraopgave til gavn for kommunerne.

Som nævnt vil man i Midtklyngen også gerne, at henvisningen skal indeholde formål og forventninger til det kommunale tilbud. I interviewet fremhæver en kommunal medarbejder værdien af, at man allerede ved opstartssamtalen kender borgerens mål med forløbet, da et tilbud på 8 uger hurtigt er overstået, og selve forløbet knap når i gang, hvis der skal bruges alt for meget tid på afklaring med borgeren. Omvendt er der dog også kommunale medarbejdere i interviewet, som nedtoner dette behov. Det gøres blandt andet fordi mål kan være svære at formulere, og derfor helt naturligt skal tage tid. Nogle gange kan borgerne ikke selv formulere, hvad de ønsker at få ud af tilbuddet, før der har været en længere samtale med de kommunale medarbejdere. Dertil kommer, at kommunerne ikke ønsker, at henvisningen bliver for specifik, da borgerne så kan møde op med en meget bestemt forventning til, hvad tilbuddet er. Dette er uhensigtsmæssigt, hvis start samtalen viser, at det i virkeligheden er noget andet, der er brug for:

*... det må ikke blive specifikt fra lægen af, hvad det er, vi kan tilbyde, tænker jeg, fordi hvis de skriver i henvisningen; 'henvises til kost og motion', så er det det, borgeren forventer. Det kan jo være så meget andet, der ligger til grund for, at de ikke mestrer den her sygdom, som vi måske har muligheden for at folde ud - eller få Psykiatrien ind over. Så det må ikke bliver for specifikt, og ikke for... Altså; mange kan godt komme til mig til start samtalen og tro, at nu skal vi snakke kost, selleri, gulerødder og hård motion – og så er det bare noget helt andet. Og når de går fra den afklarende samtale siger de; 'det var slet ikke det, jeg troede vi skulle'.*

Kommunal medarbejder

---

<sup>7</sup> "Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgeres deltagelse i kommunale sundhedstilbud", side 2, 2020



En kommunal medarbejder ønsker også, at henvisningen indeholder oplysninger om, hvor lang tid borgeren har haft diagnosen, og hvilken medicin borgeren får. Dette kan være med til at fortælle noget om borgerens forløb, og om borgerens tilstand. Dertil kan medicinkendskab hos den kommunale medarbejdere være med til at signalere, at læge og kommune er fælles om hele indsatsen for borgeren.

En af de praktiserende læger advarer dog imod, at der ikke må blive for omfattende krav til, hvilke oplysninger der skal være i en henvisning. Der er travlt hos de praktiserende læger, og hvis det bliver for besværligt at lave en henvisning, så bliver det slet ikke gjort. Krav og forventninger, om mange oplysninger i en henvisning, kan altså resultere i færre henvisninger. Lægen anerkender dog samtidig, at de kommunale indsatser selvfølgelig skal have en del oplysninger om borgeren, for at kunne levere en god faglig indsats. Det handler altså om at finde den rigtige balance.

I interviewet blev der også spurgt til, hvilke informationer, som bliver sendt "retur" fra kommunerne til lægerne, når borgerne har været i et tilbud hos førstnævnte. Dette bygger blandt andet på, at der i Region Midtjyllands forløbsprogram for type 2 diabetes, står: "I samarbejde med borgeren udarbejdes efter endt patientuddannelsesforløb et kort afslutningsnotat til den praktiserende læge, som beskriver, hvilken støtte borgeren fremadrettet har brug for, og hvilke indsatsområder og mål der arbejdes med"<sup>8</sup>. Interviewdeltagerne fortæller, at der i de fleste tilfælde udarbejdes sådan et afslutningsnotat, og at det virker efter hensigten.

Der er andre dele af regionens forløbsprogram, som i mindre grad virker efter hensigten. I forløbsprogrammet beskrives der 5 stadier, som skal afspejle type 2 diabetes progressive natur. Stadierne er fra stadie 0, hvor en borger har risiko for at udvikle type 2 diabetes til stadie 4, hvor en borger har komplikationer og væsentlige funktionstab. For hvert stadie beskrives det, hvad der karakteriserer patienten, hvad formålet er med indsatsen samt opgave og ansvarsfordelingen imellem de involverede aktører. Når interviewpersonerne spørges til, hvordan de bruger disse stadier, og hvad det har af betydning for de forskellige sektors ageren, viser det sig, at de ikke forholder sig til det. En praktiserende læge:

*... jeg gider ikke skemaer og stratificeringer, jeg er praktiserende læge for patienterne. Så når patienten har – med mig – vurderet, at de har brug for noget mere end det jeg kan tilbyde, så får de en henvisning. Som udgangspunkt er det jo også strikket sådan sammen, at vi har bolden på diabetikerne indtil de er henvist til hospitalsambulatorierne, og så er den egentlig ikke længere.*

Praktiserende læge

Med andre ord bliver borgernes behandling tilrettelagt efter en individuel vurdering foretaget af lægen og borgeren selv, og der tages ikke højde for forløbsprogrammets kategoriske inddelinger i stadier.

I projekter beskrives en anbefaling af, at "borgere med type 2 diabetes modtager patientundervisning på fire tidspunkter; når de får diagnosen, én gang om året derefter, når borgeren oplever belastninger i hverdagen, som indvirker på deres egenomsorg, og når der sker ændringer i diabetesbehandlingen"<sup>9</sup>. Ifølge denne anbefaling, skal borgerne altså deltage i det kommunale tilbud flere gange. I interviewet blev der spurgt til, hvor ofte dette foregik, og

---

<sup>8</sup> "Forløbsprogram for type 2 diabetes - Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner", side 20, 3. udgave, revideret maj 2015.

<sup>9</sup> "Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgernes deltagelse i kommunale sundhedstilbud", side 1, 2020

om henholdsvis kommunerne selv og de praktiserende læger var opmærksomme på, at borgere kunne eller skulle tilbydes at deltage flere gange i patientundervisningen.

Kommunerne fortalte, at de afslutter borgerne efter ét gennemført forløb, og de forsøger ikke at få borgerne i gang med patientundervisning igen på et senere tidspunkt. Kommunerne ønsker heller ikke at give en borger samme tilbud igen, da kommunerne vurderer, at det vil være sjældent borgeren har gavn af en gentagelse. Til gengæld har kommunerne mange af borgerne på andre kommunale tilbud (det kan være tilbud for KOL, hjerneskade eller andet). I én af kommunerne gør man dog meget ud af at sige til borgerne, at døren ikke er lukket, og de er velkomne tilbage. Men kommunen tilbyder ikke undervisningsforløbet flere gange.

Lægerne i interviewet henviser også kun i sjælden grad, da de vurderer, at borgerne ikke har gavn af samme tilbud igen, og da kommunen ikke skal være gratis adgang til fysisk træning og diætist for de, der ikke har et stort behov. En henvisning sker dog i sjældne tilfælde, hvis man vurderer, at en borger kan have gavn af undervisningen, fordi borgerens tilstand eller tilgang til sygdommen har ændret sig. Derudover vil lægerne engang imellem opfordre borgerne til selv at kontakte kommunerne om fysisk træning og kost mv.

## 8 Bilag 4: Borgernes perspektiver på kommunale sundhedstilbud

### 8.1 Metode

For at få viden om, dels borgernes tilfredshed med de kommunale sundhedstilbud, de har deltaget i forbindelse med deres type 2 diabetes, dels at få viden om, hvorfor nogle borgere vælger at sige nej til tilbud om kommunale sundhedstilbud i relation til deres type 2 diabetes, er der gennemført telefoninterview med i alt 20 borgere. Borgere til telefoninterview er udvalgt af kommuner og praktiserende læger fra henholdsvis Silkeborg, Skive og Viborg. Det oprindelige afsæt for undersøgelsen var, at der skulle deltage i alt 24 borgere i undersøgelsen med en ligelig fordeling på de tre kommuner. Det lykkedes imidlertid udelukkende for kommunerne og de alment praktiserende læger at rekvirere 20 borgere til interview i alt, hvilket skal ses i lyset af, at kommunerne og de alment praktiserende læger fik en kort frist i forhold til at rekvirere borgere til undersøgelsen. Der er indhentet samtykke fra de borgere, der indgår i undersøgelsen. DEFACTUM har kontaktet de udvalgte borgere og gennemført telefoninterview med borgerne af gennemsnitligt 35 minutters varighed. Telefoninterviewene er gennemført med brug af en semistruktureret interviewguide. Til de borgere, der havde modtaget et kommunalt sundhedstilbud, blev der anvendt en interviewguide, som i hovedtræk omhandlede nedenstående temaer:

- Baggrundsoplysninger om borgeren, herunder borgerens sygdomsforløb
- Oplevelser og organisering af det kommunale sundhedstilbud, borgeren har deltaget i
- Sygdomsforståelse og eventuelle ændringer i levevis
- Borgerens idéer til udvikling af kommunale sundhedstilbud

Til de borgere, der enten ikke har modtaget tilbud om et kommunalt sundhedstilbud i forbindelse med deres type 2 diabetes, eller som har valgt at takke nej til et tilbud om et kommunalt sundhedstilbud, er der anvendt en interviewguide med følgende temaer:

- Baggrundsoplysninger om borgeren, herunder borgerens sygdomsforløb
- Tilbud om kommunalt sundhedstilbud i forbindelse med type 2 diabetes
- Fravalg af sundhedstilbud i forbindelse med type 2 diabetes
- Tilbud i regi af praktiserende læge
- Borgerens idéer til udvikling af kommunale sundhedstilbud

Telefoninterviewene er med borgernes samtykke optaget på diktafon og efterfølgende transkriberet og analyseret. Resultaterne og hovedpointerne fra analysen af telefoninterviewene vil blive afrapporteret samlet i de følgende afsnit.

### 8.2 Deltagere i borgerinterviewene

15 af de interviewede borgere har deltaget i et kommunalt sundhedstilbud i forbindelse med deres type 2 diabetes. Fire af de 20 interviewpersoner oplever, at de aldrig er blevet henvist til et tilbud i forbindelse med deres type 2 diabetes. Én af de 20 interviewede sagde nej tak

til et tilbud i kommunalt regi, da vedkommende oplevede at få tilstrækkelig viden om medicin og type 2 diabetes fra egen læge og selv vil opsøge viden, hvis det er nødvendigt.

### 8.2.1 Baggrundsoplysninger om borgerne

Nedenfor ses en tabel over borgernes karakteristika. Oplysningerne bygger på borgernes svar i telefoninterviewene i forhold til spørgsmål vedrørende baggrundsoplysninger. Fordelingen er opgjort i procent, og antallet af borgere er angivet i parentes.

Tabel over borgernes karakteristika		
<b>Køn</b>		
Kvinder		30 % (7)
Mænd		70 % (13)
<b>Alder</b>		
20-29 år		5 % (1)
30- 39 år		0 % (0)
40-49 år		25 % (5)
50- 59 år		35 % (7)
60-69 år		30 % (6)
70- 79 år		5 % (1)
<b>Civilstatus</b>		
Gift/samboende		60 % (12)
Enlig		35 % (7)
Uoplyst		5 % (1)
<b>Uddannelsesbaggrund</b>		
Ufaglært		35 % (7)
Kort videregående uddannelse		25 % (5)
Mellemlang videregående uddannelse		20 % (4)
Lang videregående uddannelse		5 % (1)
Uoplyst		15 % (3)
<b>Udpeget af</b>		
Praktiserende læge		35 % (7)
Kommunen		65 % (13)

<b>Hjemkommune</b>	
Silkeborg	20 % (4)
Skive	40 % (8)
Viborg	40 % (8)
<b>Deltaget i kommunalt sundhedstilbud</b>	
Ja	75 % (15)
Takket nej til tilbud eller ikke henvist	5 % (1)
Ikke henvist	20 % (4)
<b>Hvornår diagnosticeret med type 2 diabetes</b>	
Under 1 år siden	25 % (5)
2- 3 år siden	20 % (4)
5- 8 år siden	30 % (6)
10 år siden	15 % (3)
15- 20 år siden	10 % (2)
<b>Andre sygdomme og/eller psykiske udfordringer</b>	
Har andre sygdomme og/eller psykiske udfordringer	70 % (14)
Ingen sygdomme/psykiske udfordringer	10 % (2)
Uoplyst	20% (4)
<b>Beskæftigelse</b>	
I arbejde	50 % (10)
Pensionist/førtidspensionist	40 % (8)
Fleksjob	10 % (2)

## 8.3 Resultater

### 8.3.1 Henvisning og motivation for at deltage i kommunalt sundhedstilbud

De 15 borgere, som har deltaget i et kommunalt sundhedstilbud, er primært henvist af egen læge. Egen læge spiller generelt en stor rolle – også i forhold til at motivere borgerne til deltagelse. Som en borger siger:

*Hvis ikke lægen havde sparket mig bagi, så var jeg nok ikke kommet afsted.*

2 borgere fortæller, at henvisningen skete gennem hospitalet, 1 fik viden om diabetestilbudet under et forløb i sundhedscentret i forbindelse med en anden sygdom, og 1 borger fortæller, at vedkommende så en folder om tilbuddet hos en fysioterapeut.

For flere af de interviewede gælder, at de har haft type 2 diabetes i mange år, før de blev henvist. Fra disse borgere lyder, at de gerne ville have haft tilbuddet tidligere. En borger fortæller, at bortset fra et tre-timers kursus, da borgeren fik diagnosen for 15 år siden – og borgeren husker ikke, om det var på sygehuset eller i sundhedshuset – er dette første gang, borgeren får et tilbud. *"Der er ikke kommet noget siden"*, siger borgeren. En anden borger, som har haft type 2 diabetes i mere end 10 år, blev henvist til sundhedscentret af ambulatoriet efter en blodprop. Denne borger fortæller, at ingen tidligere har sagt noget om diabetesrelaterede sundhedstilbud. Borgeren har selv skullet finde ud af sine muligheder, angiveligt også i forhold til medicin. Borgeren forklarer det selv med, at lægehuset har været påvirket af sygdom, været splittet op og gjort brug af vikarer:

*Så der har måske også været noget uro i mit lægehus, der har gjort, at jeg ikke er blevet fanget i forhold til min diabetes og mulige tilbud.*

### **Den indledende samtale kan motivere til deltagelse**

Introduktionen til kurset beskrives meget forskelligt af de interviewede – hvilket afspejler, at tilbuddene også har været forskelligt sammensat. I nogle tilfælde, særligt i Skive Kommune, har tilbuddet været individuelt tilrettelagt med fysisk træning, samtaler, diætist og så videre ud fra den enkeltes behov. Disse borgere giver udtryk for, at sygeplejersken (og i nogle tilfælde fysioterapeuten) har sammensat forløbet efter, hvad man havde brug for – og så er det løbende justeret i samråd med borgeren. En borger forklarer, at det fungerede fint, at *"hun følte sig frem"*, som borgeren siger om den, der stod for planlægningen af forløbet.

Flere borgere fortæller, at den indledende samtale med sundhedscentret gav dem svar på de spørgsmål, de havde. En borger fortæller eksempelvis, at vedkommende fik *"lyst til"* og *"glædede sig til"* forløbet efter den afklarende samtale. Borgeren oplevede sig mødt og forstod, at trænerne ikke var *"politibetjente"*. Borgerne synes således at få tryk ved at deltage, fordi de forklares, at der tages hensyn til deres situation og eventuelle skavanker.

Nogle borgere oplever at være fulgt af en overordnet kontaktperson, mens andre mere oplever at have mødt et team af instruktører eller trænere. Borgerne synes i alle tilfælde at sætte pris på den personlige relation, og flere kalder under interviewet sundhedscentrets medarbejdere ved fornavn.

### **Når noget af sundhedstilbuddet vælges fra**

Der er flere eksempler på, at borgerne siger ja til dele af sundhedstilbuddet og takker nej til andre elementer, særligt fysisk træning og kostvejledning på hold takkes der nej til. En borger fortæller, at vedkommende sagde ja til tilbuddet ud fra et ønske om ny viden og for at få talt med nogen om at have sygdommen. Denne borger takkede imidlertid nej til holdtilbuddet om kost, da vedkommende *"havde styr på den del"*. En anden borger takkede nej til det fælles udendørs træningstilbud, da vedkommende cyklede i sin fritid. Borgeren fortæller under interviewet, at vedkommende alligevel ikke fik cyklet og overvejer, om det måske alligevel ville have været en idé med udendørs holdtræning i sundhedscentret. En tredje borger takkede under tilbuddet nej til kostforedrag på grund af tidsmangel, men borgeren når under interviewet frem til, at det måske ville have været godt at deltage i dette alligevel.

Interviewene giver ikke præcise forklaringer på, hvorfor borgere takker nej til dele af sundhedstilbuddet og særligt holdindsatserne. Nogle borgere kommer under interviewene ind på, at det ikke skal være for nemt at sige nej tak til de dele af sundhedstilbuddet, som man vil

have godt af at deltage i, og borgerne foreslår, at sundhedscentret i højere grad lægger kostforedrag og fysisk træning ind som faste elementer, som alle deltager i. En borger konstaterer, at der er flere overvægtige med i de teoretiske kurser end i den fysiske holdtræning. Vedkommende reflekterer over, hvor svært det er at komme i gang, når man har svært ved at bevæge sig.

### **Borgernes bevæggrunde for deltagelse/ikke-deltagelse**

I interviewundersøgelsen deltager en enkelt borger, som har takket nej til et sundhedstilbud i kommunalt regi. Borgeren begrundet det med, at vedkommende får nok viden fra egen læge, ikke havde behov for "at sidde i rundkreds med andre og tale om diabetes", og at "sådan noget terapi-noget" ikke var noget for vedkommende - i hvert fald ikke på det tidspunkt, borgeren blev spurgt. De resterende 19 borgere i undersøgelsen vil gerne deltage i et kommunalt sundhedstilbud. Fire interviewpersoner har angiveligt aldrig fået et tilbud, men vil gerne have det. Enkelte borgere fortæller, at de flere år tidligere har deltaget i et informationsmøde om type 2 diabetes eller været hos en diætist, uden at det fremgår, om dette var i kommunalt eller i hospitalsregi. To forskellige borgere fortæller om dårlige erfaringer med diætistsamtaler nogle år forinden. Det var "industriagtigt". Men det skal fremhæves, at også de mere skeptiske borgere fortæller, at de gerne vil tilbydes et sundhedsforløb i kommunen.

To borgere fortæller, at de blev kontaktet direkte af kommunens sundhedscenter og spurgt, om de ville deltage i tilbuddet, hvilket de begge betragter som positivt. Den ene havde lige fået diagnosen og "var i chok", og finder det helt rigtigt, at sundhedscentret ringede og inviterede ham til tilbuddet. Vedkommende forklarer:

*Jeg tror, at der vil være mange, som er i en krise af en eller anden slags, og som ikke får det gjort. Så det tror jeg er helt vildt vigtigt, at man rækker ud og siger: 'Nu kan du komme til den her samtale'. Så kan jeg ligesom tage den derfra. Også at et sundhedscenter har mulighed for at sætte en på, at man kan have en samtale, hvis det er det. Fordi det – for mange tænker jeg – kan være en krise.*

Borgerne giver generelt udtryk for et ønske om at blive kontaktet og informeret om mulighederne for kurser og tilbud i forhold til deres type 2 diabetes. Kommunen må gerne være op-søgende og egen læge må gerne være insisterende i forhold til, at borgeren prøver at deltage i kommunens tilbud. Borgerne giver generelt udtryk for, at de gerne tager imod sådan noget, når de bliver det tilbudt. En borger fortæller her om vigtigheden af, at egen læge og kommunen henvender sig til en, da man ikke selv får spurgt om hjælp til at håndtere sin type 2 diabetes:

*Jeg ville måske ønske, at... min læge havde talt med mig om at få en samtale, altså, en dobbelttid for eksempel, hvor man, altså min læge så fortalte mig noget mere om mulighederne og tilbuddene for folk med diabetes og i øvrigt diabetes 2 generelt. Så jeg vidste noget om det, fordi det er jo svært at vide, hvad det er, man skal spørge om [...] Jeg ved ikke, om... om det kun er egen læge, men også kommunen måske på en eller anden måde henvender sig. Det ved jeg ikke, om de må, men jeg ved bare ikke selv, hvor jeg skal finde de oplysninger, og... så er diabetes 2 måske også, i hvert fald for mig, at det... er noget, jeg holder for mig selv [...] Så... så jeg har heller ikke selv været voldsomt opsøgende.*

En anden borger, som heller aldrig har modtaget et sundhedstilbud efter at have fået konstateret type 2 diabetes, siger tilsvarende:

*Jeg ville ikke havde noget imod, at de henvendte sig til mig: 'Prøv at hør her, vi har fundet ud af du har diabetes, vi har sådan og sådan af tilbud, var det noget?'. Det ville jeg ikke have noget imod overhovedet. Slet ikke.*

Borgerne vil gerne "presses lidt", "have et puf", "pustes lidt i nakken", have et "skub", som det blandt andet formuleres af borgerne.

### **Motiverende at være sammen med ligesindede**

Det fremgår af interviewene, at borgerne er mere motiverede for at takke ja til fysisk træning og kosttilbud sammen med "ligesindede". Flere borgere kommer ind på, at de ikke taler ret meget om deres sygdom med andre. Dette kan hænge sammen med den skamfuldhed, der knytter sig til at have fået en livsstilsbetinget sygdom.

I forhold til, hvem "ligesindede" er, kommer hovedsagelig de yngste borgere ind på, at det er vigtigt, at man sættes sammen med nogen, der passer til en aldersmæssigt. En borger siger:

*Hvis jeg skulle med i et kommunalt tilbud, så skulle det være nogle ligesindede, altså nogle jævnaldrende eller noget lignende, altså nogle jeg kunne spejle mig i, i stedet for at jeg - hvis jeg for eksempel kom ind i et kommunalt tilbud - så ville det være nogle, som måske var ældre end mig, og som jeg ikke kunne spejle mig i, og som jeg ikke havde nogle fælles interesser med.*

En borger i 40'erne, som ikke har fået et kommunalt sundhedstilbud, kiggede engang på Diabetesforeningens hjemmeside, men havde ikke undersøgt træningstilbud yderligere, da vedkommende oplevede sig meget yngre end de borgere, der blev beskrevet på hjemmesiden.

Hvordan holdene i øvrigt bedst sammensættes, for eksempel i forhold til køn, er borgerne usikre på, men det har betydning, at man er sammen med nogen, som er "samme sted i livet" som en selv, hvor man er i "samme båd", og dette fremstår også i mange tilfælde som grunden til, at borgerne ikke selv opsøger fysisk træning i et motionscenter. Under interviewene berører borgerne, at det har betydning, at man kan være sammen med andre, som er overvægtige. En borger siger:

*Hvis bare det, man skulle møde op sammen. Så har man også nogle at mødes med - og se dum ud i stramt tøj, og det er sgu fint nok, fordi vi ved, det har et formål det her.*

## **8.3.2 Samlet tilfredshed med kommunalt sundhedstilbud**

### **Overordnet tilfredshed**

De borgere, der har deltaget i et kommunalt sundhedstilbud, udtrykker alle overordnet stor tilfredshed med det tilbud, de har modtaget. En af borgerene udtrykker dette meget klart:

*Jamen, jeg har været så glad, og jeg var gladere som menneske, mens jeg gik der.*

En anden borger supplerer:

*Jeg ville bare ønske, at jeg kunne gå der altid.*



Langt hovedparten af borgerne svarer også, adspurgt på spørgsmålet om, hvorvidt de synes, at der er noget, der bør ændres ved tilbuddet, at de synes, at tilbuddet indeholder det, det skal. En af borgerene udtrykker det således:

*De skal blive ved med at køre det, som de gør, for det er rigtig godt, som det er nu.*

Ligeledes fremfører mange af borgerene, at de helt sikkert ville anbefale tilbuddet til andre, hvis de fik mulighed for det. I forhold til den samlede tilfredshed med tilbuddet, er der variationer i forhold til, hvad de har været mest og mindst tilfredse med. Flere af borgerne beskriver, at de er blevet motiveret af at komme afsted, og at det var dejligt at opleve, at der var noget, de var forpligtede på at skulle afsted til. Dertil kommer, at flere borgere har haft en oplevelse af succes i forhold til at kunne honorere de krav, der blev stillet på tilbuddet om fysisk deltagelse i form af forskellige træningsøvelser udenfor såvel som indendørs.

### **Tilfredshed med fagpersoner**

Følelsen af at kunne deltage tilfredsstillende i tilbuddet beror blandt andet på, ifølge flere af borgerne, på fagpersonernes meget rummelige indstilling til borgerne i løbet af tilbuddet. Flere af borgerne beskriver, hvordan fagpersonerne indgyder dem en tro på, at de kan noget. Ligeledes beskriver borgerne, hvordan fagpersonerne viser og forklarer, hvordan den enkelte borger kan deltage på det niveau, vedkommende er på, selv med de eventuelle udfordringer, som flere af borgerne kommer med, eksempelvis dårlig ryg. En af borgerne beretter:

*Jeg syntes ikke, at jeg var lige så dygtig som de andre. Der sagde de: 'Du skal bare, du skal jo bare gøre det, du kan ikke også, og set fra dit synspunkt og de udfordringer, du har både med lunger og', altså jeg blev talt op, ligesom at sige det sådan i stedet for at blive talt ned. De talte op. De sagde, at jeg havde gjort det rigtig godt.*

En anden borger fortæller:

*Og den glæde, som de spredte ved at rose de folk, som næsten ikke kunne noget, når de så kunne lidt, så fik man jo ros. Det var en stor glæde for dem, der var der, tror jeg. Det er i hvert fald en af de ting, man har brug for, når man har besvær med at bevæge sig.*

Borgerne oplever i høj grad, at fagpersonerne er kompetente, indlevende og anerkendende over for borgerne samtidig med, at de også presser borgerne lidt i forhold til at yde til den grænse, den enkelte borger har. En af borgerne udtrykker det således:

*Hun var simpelthen så god til at få folk med, synes jeg på en eller anden måde, og man følte sig så god eller sådan, altså man havde virkelig lyst til at følge hende, ikke også.*

En anden borger supplerer:

*De var fine. Altså de vidste, altså det kunne man godt høre, det var da noget professionelt noget. Altså de vidste da godt, hvad de snakkede om og sådan noget. Dem kunne man ikke sådan lige blæse omkuld eller sådan noget. Det havde de styr på. De var venlige, snakkesalige og udadvendte.*

En tredje borger påpeger:

*Det var superbehageligt. Det gælder over hele linjen af dem, der underviste mig. Jeg ved ikke, om du kan bruge det ord, behagelig. De var forstående og lyttede. Det er nok det mest vigtige. De lyttede til den enkelte person.*

Samlet set beskriver langt hovedparten af borgerne fagpersonerne i meget rosende vendinger. I interviewene er der meget, meget få kritiske bemærkninger. En enkelt bemærkning om fagpersoner omhandlende en medarbejder, som gennemgik tingene for hurtigt, en medarbejder som virkede overlegen samt en medarbejder, som virkede som om, at borgerne var nogle, som skulle ekspederes mekanisk.

Nogle af borgerne fremhæver under interviewene, at de mener, at fagpersonerne er gode til, gennem deres organisering af undervisningen på tilbuddet, at skabe rum for, at der kan opstå sociale relationer mellem deltagerne i tilbuddet. Flere af borgerne fortæller, at de oplevede en hyggelig stemning blandt deltagerne på tilbuddet i forhold til, at det blev et forum, hvor man dels kunne more sig sammen, dels drille og konkurrere lidt med hinanden i en venskabelig atmosfære. Samtidig er det dog også tydeligt i interviewene, at det for en relativ stor andel af borgerne ikke er en intention med deres deltagelse i tilbuddet, at der skal opstå sociale fællesskaber.

### 8.3.3 Fysisk træning

#### **Godt at komme i gang**

Borgerne, der har deltaget i fysiske træningsindsatser, sætter generelt stor pris på det, og de har lært, at de godt kan dyrke forskellige slags motion trods andre sygdomme og vanskeligheder. En borger siger, at det er godt at prøve den fysiske træning

*Hvor jeg så ligesom tænker på, at det gør heller ikke noget, at man kommer lidt op og bliver forpustet og sådan nogen ting der altså. Det er jo sådan, det ligesom har gjort. Fordi det er jo ligesom det, der skal til. Jeg havde måske godt vidst det, men har vist ikke tænkt så meget på det.*

Flere beskriver det som positivt at komme ud, få frisk luft og møde andre. Borgerne fortæller, at de fik det bedre, mere muskler, flere kræfter, mentalt bedre. En borger fortæller:

*Jeg fik jo, jeg fik jo min krop op at stå. Altså den blev bedre. Det kunne jeg mærke fra gang til gang. At man fik mere muskler. Både ben og arme og ryg. Og hjernen faktisk også lidt klarere. Så det har kun været positivt*

En anden borger siger:

*Jeg vil også sige, jeg fik noget ud af det der gymnastik. Jeg synes faktisk, jeg kunne mærke, jeg fik lidt mere kræfter i særligt mine arme og ben.*

Kommunernes tilbud om fysisk træning har tydeligvis været påvirket af coronarestriktioner, og borgerne nævner, at flere ting har været aflyst på grund af corona. Meget har tilsyneladende også kunnet gennemføres trods restriktioner. Nogle borgere har deltaget på mindre/halverede hold, som de har været inddelt i på baggrund af en fysisk test. De borgere, der har oplevet dette, har ikke indvendinger imod denne opdeling. Nogle kommunale tilbud, særligt i Silkeborg Kommune, synes at være foregået udendørs, både kostvejledning og fysisk træning. En borger fra Silkeborg siger:

*Og det var lige meget, om det regnede eller sneede, så var vi ude.*

Borgerne, der har deltaget i kommunale forløb udenfor, sætter generelt stor pris på dette. Andre sundhedstilbud har været halvt udendørs og halvt indendørs i en hal, hvilket roses for at være afvekslende. En borger siger om dette:

*Og det var meget afvekslende ... det synes jeg, altså selve programmet de kørte. Der var en dag inde, hvor vi sad i redskaberne og trak jern og så videre. Og så var der en dag ude, hvor at vi - det var jo skægt. Vi var jo en flok mennesker på 60-70-80 år, og hun fik os til at lege. Vi spillede sådan noget alternativt rundbold og sådan noget. Og det var jo godt. Alle var jo bidt af det [smågriner]. Men vi kunne jo ikke lade være med at grine af os selv.*

Det er særligt Viborg-borgerne, der fortæller om denne afveksling mellem ude og inde. En enkelt borger foretrækker den indendørs fysiske træning, da vedkommende fandt det for koldt at være udenfor. Men generelt er tilfredsheden med den fysiske træning stor uanset, hvordan den er foregået.

En enkelt borger modtog et online-træningstilbud. Vedkommende satte pris på denne træningsform, da det var nemmere at tilpasse træningen til arbejde, og det var mere privat - så var man ikke "så genert over at stå og puste", fortæller borgeren, samtidig med, at man fik sagt hej til andre gennem skærmen. Borgeren bruger linket til træningsøvelser på hjemmesiden på sit arbejde, hvor borgeren gennemfører fysisk træning med nogle borgere, som borgeren arbejder med.

En borger har før corona deltaget i et kommunalt sundhedstilbud i forbindelse med en anden kronisk sygdom, hvor alt foregik indendørs. Denne borger finder udtræningen mere overførbart til hverdagen, da man træner i naturen og med remedier, som man i højere grad har adgang til hjemme. Indendørs træning kan indebære anvendelse af træningsredskaber, som kræver, at man kommer i et motionscenter. Borgeren forklarer:

*Der [under det tidligere forløb] foregik det nede i sundhedshuset i maskinerne, og der har jeg jo prøvet begge dele. Så jeg synes, jeg fik mere ud af det den her gang, end jeg gjorde sidste gang. Fordi jeg synes, at i og med det var ude i det fri, og det var så simple ting, det lærte man faktisk meget mere af, end bare at træne i maskiner.*

Flere nævner, at de fik elastikken med hjem efter kurset, og en enkelt fortæller om at få den brugt derhjemme.

### **Godt at træne sammen med andre**

Det har været godt at træne sammen med andre, lyder det generelt fra borgerne. De har "leget" og "haft det sjovt", beskrives det blandt andet. En af borgerne fortæller, at vedkommende gerne vil prøve, hvordan det er at deltage i kommunens tilbud:

*Jeg ville godt lige prøve og så se, om det er noget, så tager jeg stilling til det bagefter, når jeg har prøvet det et par gange, om det er noget, jeg vil køre til [by] efter. Giver det mening, eller hopper jeg fra? Det er aldrig dumt, at man har nogle at træne med.*

For nogle af borgerne, særligt fra Skive Kommune, gælder, at sundhedstilbuddet i mindre grad har omfattet fysisk træning, men at de er blevet hjulpet til at finde lokale aktiviteter og foreninger, som de kan træne i. Disse aktiviteter synes dog kun gennemført i mindre omfang, formentlig på grund af coronarestriktioner i perioden. En borger, der ikke har hørt om, at sundhedscentret har træningstilbud udendørs, tror, at vedkommende gerne ville med til sådan noget. Det vigtigste for borgeren er, at der er andre, da det motiverer:

*Og jeg er sådan lidt typen, at jeg vil jo rigtig gerne, men ikke hvis jeg er alene. Jeg skal have en makker, der bakker mig op i det. Eller flere ikke også? Sådan har jeg det lidt.*

En borger, som har haft type 2 diabetes i 6-8 år, men som aldrig har været i et kommunalt sundhedstilbud, siger i tråd hermed, at vedkommende gerne vil deltage i et kommunalt motionstilbud og dermed "være bundet op på noget", som vedkommende skal – for ellers bliver det ikke til noget, forklarer borgeren.

### **Fastholdelse af fysisk træning i hverdagen er den store udfordring**

Mange borgere, som har deltaget i træningstilbud, ville ønske, at de kunne fortsætte i tilbuddet i sundhedscentret. De er generelt ikke klar over, om man kan blive henvist til tilbuddet igen, eller om man må bruge sundhedscentret efter, at kurset er slut. En borger foreslår, at man kan komme en dag om ugen i sundhedscentret og træne og tale med en fagperson om, hvordan det går:

*Men måske, om man kunne lave nogle ugentlige tilbud, en enkelt gang komme ned og dels få trænet, dels få lært noget nyt og dels få snakket med.... en person, en sygeplejerske, fysioterapeut eller en eller anden om de der problemer, man havde.*

Flere nævner, at de også selv bør opsøge sundhedstilbud, da kommunens tilbud jo ikke er en "gavebod", som en borger siger. Det fremgår imidlertid, at det er vigtigt for borgerne at få en håndsrekning til at komme i gang med den fysiske træning, hvor der tages hensyn til en, og hvor man er sammen med ligesindede. Flere kommer ind på, at sundhedscentret sikkert ikke må tilbyde for meget, da det vil være i konkurrence med de private udbydere. Borgerne udtrykker generelt antipati mod motionscentre. En borger siger for eksempel:

*Men der må jeg også bare erkende, at der kommer jeg ikke sådan et sted[motionscenter], og det kommer aldrig til at ske [...] Jeg har jo bare brug for at være et sted, hvor ... hvad skal man sige, jeg føler, at jeg kan følge med i forhold til dem, der er omkring mig. Altså ... og kan finde ud af det også. Jeg har gået i motionscenter for mange år siden, og jeg synes ikke, det var nogen særlig god oplevelse. Og så ender det jo bare med, at man lader være.*

En anden borger udtrykker tvivl om, hvor man kan træne. Borgeren siger:

*Jeg kan ikke... jeg kan simpelthen ikke finde ud af det – hvor jeg skal hen. Det skal vel nok være ved en privat fysioterapeut med selvbetaling og eller også et fitnesscenter med coach med sådan noget, hvor man også har en personlig træner.*

Sidstnævnte borger kommer imidlertid ind på, at man i et fitnesscenter ikke får hjælp, der passer til de sygdomme, man har, da en træner sådan et sted *"ikke vil vide noget om de sygdomme, jeg går og kæmper med"*.

I forhold til opfølgning, peger borgerne på, at sundhedscentret gerne må være mere insisterende på, at de får trænet. En borger oplevede, at den konkrete fysiske træning på opfølgningsmødet ikke blev gennemført, hvilket borgeren fandt ærgerligt.

En borger savner at finde noget fysisk træning i lokalområdet, og efterspørger hjælp til at finde det, der passer til vedkommende:

*så det kunne jo hjælpe mig hvis... hvis der var lidt hjælp til at organisere et eller andet, sådan at man ikke skal være... nogen helt formand for en sportsforening for at organisere det selv.*

#### 8.3.4 Kost

Det er forskelligt, om borgerne i interviewene oplever, at de har behov for viden om kost. Dette behov hænger blandt andet sammen med, om de har deltaget i tilbud med ernæringsvejledning og eller eventuelt talt med en diætist tidligere. Interviewene viser, at det er forskelligt om kostkurserne rammer målgruppen, fordi borgerne kommer med ganske forskellige forudsætninger. Nogle af borgerne ved allerede meget om kost og kostens betydning, hvorimod det for andre borgere er en helt ny viden at deltage i tilbud vedrørende ernæring. Samlet set giver flere af borgerne udtryk for, at det er rart at få viden om, hvordan kosten indvirker på type 2 diabetes og således få en forståelse for, hvad der sker i kroppen, når man spiser forskellige fødevarer.

Flere af borgerne beretter, at de har oplevet, at det bidrager dem noget positivt at komme til diætist. En af borgerne fortæller:

*Jeg synes, at diætisten, jeg talte med, var meget vidende og god at snakke med i forhold til det, og i forhold til at det også er vigtigt, at de ændringer, du får lavet, også skal kunne holde. Altså det nytter ikke noget, man kun spiser kål, det kommer du til at spise de næste 18 år. Men at du får en kost, der er sådan lidt, som du kan følge med i, og det var diætisten god til.*

I interviewene taler nogle af borgerne om, at det for nydiagnosticerede diabetikere er særlig vigtigt at få viden om kost rigtig tidligt i deres forløb. En af borgerne siger:

*Jeg tænker virkelig, virkelig, at den diætist skal ligge rigtig tidligt. Virkelig, virkelig tidligt, så du ikke selv har været inde at læse 800 ting, og er gået, har 14 dage, hvor du har kørt sådan fuldstændigt rundt om dig selv i forhold til, hvad du spiser. Så den kan næsten ikke ligge for tidligt, snakken med diætisten. Det kan den ikke.*

I interviewene er der dog også eksempler på et par borgere, som ikke har fået det ønskede udbytte af at tale med en diætist.

Samlet set synes der dog at være en tendens til, at borgerne oplever det som nyttigt for dem at få viden om kostens betydning. En af borgerne siger:

Meget af det vidste jeg jo selvfølgelig godt i forvejen men altså. Jeg synes der var nogen ting, jeg sådan lærte. At der er nogen ting, man spiser, der er værre at spise end andre ting.

Flere af borgerne var inde på, at de gerne ville have noget decideret praktisk madlavningsundervisning, og nogle af borgerne efterlyser også i den forbindelse at få udleveret nogle opskrifter, som de kan anvende i praksis derhjemme.

Interviewene viser, at det for borgerne både er let og svært at fastholde de gode vaner i forhold til kost, og der synes at være en tendens til, at det er lettest for borgerne at fastholde de gode vaner, imens de deltager på tilbuddet eller lige efter, at det tilbud, de har deltaget i, er afsluttet.

### 8.3.5 Psykiske forhold

Det fremgår af interviewene, at de psykiske forhold spiller en rolle i borgernes liv, når de har fået type 2 diabetes. Flere nævner, at type 2 diabetes giver større oplevelse af skyld end type 1 diabetes. Et par af de interviewede borgere henviser til ny viden om, at type 2 diabetes er arveligt, og at denne viden er relevant at få, da man kan *"forklare"* sine omgivelser, hvorfor man har sygdommen. Borgerne synes således at bruge denne viden til at mindske skamfølelsen ved at have fået sygdommen.

#### **Psykiske forhold som en del af kommunens sundhedstilbud**

Nogle kommunale forløb, særligt i Skive Kommune, synes at have mere eksplicit fokus på psykiske forhold ved type 2 diabetesdiagnosen. En borger hjælpes af sundhedscentrets medarbejdere til psykologisk rådgivning, så de psykologiske og personlige ting i vedkommendes liv kan håndteres mere direkte, da de har indflydelse på borgerens måde at forholde sig til det at have type 2 diabetes. En anden borger hjælpes videre til et lokalt selvhjælpskursus for mænd. Et par af borgerne beskriver at have haft en form for samtaleforløb med en sygeplejerske i sundhedscentret om psykiske forhold og om tristhed og følelser. En borger fortæller, at de i sundhedscentret gjorde opmærksom på, at borgerens hjertesygdom og type 2 diabetes kunne give nogle *"psykiske overraskelser, at man blev ked af det"* – og at det ville de gerne *"følge lidt med i"*. Borgerne sætter pris på at have fået viden om stressbelastninger i deres liv og finder det vigtigt med et *"psykologisk take"* på type 2 diabetes.

De psykologisk orienterede samtaler, vurderer borgerne, er svære at præsentere for borgerne med type 2 diabetes. Mange vil nok sige nej tak, da det er *"farligt"*, som en borger siger. Men borgerne vurderer, at det skal anbefales, og at sundhedscentret skal være lidt insisterende på denne del, så folk prøver det. Der peges på, at disse samtaler bør være individuelle, men meget vel kan kombineres med fysisk træning og undervisning på hold.

### 8.3.6 Organisering af tilbud

Organisering af de kommunale sundhedstilbud har som beskrevet været meget varieret – både mellem og internt i de tre kommuner. Dette skyldes til dels coronarestriktioner, som har betydet, at hele eller dele af tilbuddene har været omlagt til mindre hold, afviklet uden dørs eller online, eller været aflyst. Der ser ud til at være forskel på graden af holdaktiviteter og individuelle tilbud, herunder om folk sendes videre til lokale træningstilbud, terapi- eller selvhjælpsforløb ude af sundhedscentret. Nogle tilbud beskrives at være for flere sygdoms-områder end type 2 diabetes. En borger deltog i et kommunalt sundhedstilbud for borgere med KOL, hjertesygdom og type 2 diabetes sammen med sin ægtefælle. Borgeren fortæller, at de efterfølgende går tur hver dag, hvilket de fik *"mod på"* igennem den fysiske træning i sundhedscentret. Borgeren oplever bedring i forhold til velvære og balanceevne, som, ifølge

borgeren, forbedres af gåturene. At deltage sammen med ægtefællen ser således ud til at have hjulpet med fastholdelsen af de gode vaner.

Omvendt roses også de tilbud, som handler specifikt om håndtering af type 2 diabetes og de tilbud, som er tilpasset den enkelte borger. En borger forklarer, at det for vedkommende er af stor betydning, at tilbuddet, herunder længden på tilbuddet, er fleksibelt, så det passer til den enkelte, og at det for borgeren ikke ville have fungeret, hvis forløbet havde været afgrænset til eksempelvis fem uger:

*I andre kommuner, der hedder det, at du har de her fem gange, og det er de fem gange, vi har. Man er nødt til at løsne op, fordi, når man er diabetiker, og man får sådan et tilbud, så kan man ikke sige, det varer kun fem uger. Fordi hvis fem uger ikke er nok til forståelse af, hvad det er for en sygdom. Så er man nødt til at have tilbuddet i længere tid. Og det var jeg glad for, at jeg havde. Og det er i hvert fald en ting, jeg kan give videre til andre kommuner i hele landet. Man er nødt til at lave forløbet ud fra den enkelte person, som har sygdommen.*

### 8.3.7 Viden om type 2 diabetes og sygdomsforståelse

Interviewene viser, at det varierer, hvordan de deltagende borgere tager sig af det at have type 2 diabetes, forstået sådan, at det er forskelligt, hvordan deres egenomsorg er i relation til sygdommen. Hvad årsagen til dette er, skal selvfølgelig først og fremmest findes i, at borgerne i interviewene er forskellige mennesker og også har forskellige livsbetingelser, som det også fremgår af tabellen over borgernes baggrundsoplysninger på s. 5-6. Der synes dog at være en tendens til, at jo større belastningsgrad, der er på den enkelte borger eksempelvis i forhold til flere fysiske og eller psykiske skavanker, des mindre bliver kompetencen for den enkelte til at vie type 2 diabetes den plads, sygdommen har brug for at bedre sig eller blive holdt i ave, eksempelvis i form af ændret levevis vedrørende kost og motion. En borger fortæller:

*Jeg kender ikke så meget til sygdommen, og jeg er den type, der ikke sætter mig ind i, hvad det indebærer, altså der er jo dem, der er inde og læse dagligt om deres sygdom. Og jeg læser heller ikke på medicinen... der har været andre ting, jeg har skullet tage mig af.*

En anden borger beretter:

*Jeg tror egentligt, jeg måske selv har haft manglet, den der erkendelse af, du ved: 'jeg har sukkersyge'. Det tror jeg måske faktisk er det, der er sværest for mig egentligt, fordi jeg lever jo nærmest, som jeg altid har gjort, og jeg lever ikke på sundeste vis.*

Interviewene viser, at det er forskelligt, hvordan borgerne oplever deres behov for viden om type 2 diabetes. En af borgerne siger:

*Og så har jeg selvfølgelig googlet lidt, hvad det betyder at have diabetes. Så det er det.*

En anden borger oplever at have et uopfyldt behov for viden om type 2 diabetes. Borgeren fortæller:

*Jeg føler egentlig, jeg har stået lidt på bar bund i det her, med det her diabetes.*

Borgernes behov for viden om type 2 diabetes synes også at hænge sammen med, om de har fået et kommunalt sundhedstilbud relateret til type 2 diabetes, idet der synes at være en tendens til, at de borgere, der har modtaget et tilbud, har fået en større forståelse for sygdommen. En af borgerne fortæller:

*Altså sygdommen behøver ikke være lige nede i baglommen, for jeg kan selv styre, hvordan jeg lever, og hvordan jeg har det. Og hvis jeg lever som ... altså godt ... så ved jeg også mine blodsukker- og mine kolesterol tal og alle mine blodprøver, de ligger i det pæne område, så ligger min – så har jeg ikke sygdommen, så tæt ind på rygraden*

En anden borger fortæller:

*Tilbuddet har givet, at det ikke kun er, fordi man ikke rører sig, eller at man er doven, eller at man spiser forkert og sådan nogle ting. Så det synes jeg i hvert fald, at tilbuddet har givet mig den forståelse.*

En tredje borger supplerer:

*Og det jeg jo glad for, at jeg gjorde, fordi jeg har jo en helt anden forståelse af min krop nu, end – end da jeg blev syg.*

Nogle borgere efterlyser, at der skal være nogle fagpersoner i systemet, der gør dem opmærksom på, at det er vigtigt, at borgerne tager sig af deres type 2 diabetes. En af borgerne siger:

*Ja, det er simpelthen at spise øh rigtigt og ligesom at finde ud af, at det altså er alvorligt det her, fordi det er faktisk alvorligt. Det er der ikke nogen, der har sagt. Der er ikke nogen, der har talt en lille smule dunder til mig. Det kunne godt være, at det var det, jeg havde brug for. Fordi jeg ved jo godt, hvor farligt det er faktisk.*

I interviewene med borgerne er det tydeligt, at flere af borgerne i deres tanker har beskæftiget sig med forhold, som handler om en følelse af, at andre mennesker opfatter det at få diagnosen type 2 diabetes som noget selvforskyldt. Eksempelvis siger en af borgerne:

*Jeg tænker også bare, fordi det der, når man bliver diagnosticeret med diabetes 2, så får man hurtigt et stigma, at du er fandme også bare et fedt svin, der bare spist alt for usundt.*

Interviewene viser, at det for mange af de borgere, der har modtaget kost-relaterede tilbud, er en hjælp i forhold til at frigøre sig fra følelsen af dette stigma. Den viden, de opnår om sygdommen gennem tilbuddet, ser således ud til at hjælpe dem videre i deres sygdomsforståelse relateret til type 2 diabetes.

## 8.4 Hovedpointer fra borgerinterviewene

### Pres gerne på

Borgerne i undersøgelsen sætter stor pris på at deltage i de kommunale sundhedstilbud, næsten uanset hvordan det bliver organiseret, og om det foregår inde eller ude. Borgerne sætter pris på såvel kostvejledning, fysisk træning, samtaler angående sygdomsforståelse og samtaler om de psykiske påvirkninger af at have fået sygdommen. Flere er først adskillige år



efter diagnosen blevet tilbudt hjælp til sundhedsmæssige forbedringer, og enkelte af de interviewede borgere har ikke fået noget tilbud på tidspunktet for interviewet. Borgerne er i alle tilfælde motiverede for livsstilsændringer, men har svært ved selv at tage initiativ og bede egen læge om hjælp.

På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan fagprofessionelle og særligt de alment praktiserende læger sikrer, at borgerne med type 2 diabetes præsenteres for kommunens sundhedstilbud.

Der er elementer i tilbuddene, som borgerne ser ud til at takke nej til i første omgang, herunder fysisk træning og kostvejledning på hold. De borgere, som har oplevet samtaler om psykiske forhold i forbindelse med at have fået type 2 diabetes, sætter stor pris herpå, men vurderer også, at det for mange kan være svært at sige ja til at tale om følelser. Nogle borgere foreslår, at de fagprofessionelle gerne må presse mere på for, at man takker ja til de elementer i tilbuddet, som vil være gode for en.

På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan de fagprofessionelle i højere grad kan understøtte borgerne til at deltage i dele af sundhedstilbuddet, herunder fysisk træning, kostvejledning og psykiske forhold, som vurderes centrale for den enkeltes sundhedsfremme.

### **Stigma påvirker**

Borgerne efterspørger at deltage i sundhedstilbud med ligesindede, hvilket blandt andet beror på den oplevelse af stigmatisering, som borgerne i udpræget grad ser ud til at opleve i forhold til at have fået en livsstilsbetinget sygdom. Der er i materialet eksempler på, at opnåelsen af øget sygdomsforståelse, gennem deltagelse i kommunens sundhedstilbud, afhjælper borgernes skamfølelse og sætter dem i stand til at arbejde mere konstruktivt med deres sygdomshåndtering og sundere livsstil.

På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan de kommunale sundhedstilbud bedst afhjælper skamfølelsen hos borgere med type 2 diabetes, så den ikke hæmmer borgerne i at arbejde med deres sundhed.

### **Organisering af tilbud ud fra borgerens behov**

Nogle elementer ved tilbuddene synes at fungere godt på hold, herunder fysisk træning, mens samtaler om psykiske påvirkninger og til dels kostvejledning synes at fungere bedst med en mere individuel tilgang. Der er imidlertid stor forskel på borgernes behov for støtte og vejledning og på, hvad borgerne har af andre sygdomme eller belastninger i deres liv, som de skal have hjælp til.

På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan det kommunale sundhedstilbud i endnu højere grad kan tilpasses behovene hos den enkelte borger med type 2 diabetes.

### **Hvad så bagefter?**

En gennemgående udfordring hos borgerne er fastholdelsen af fysisk træning og kostforbedringer efter det kommunale sundhedstilbud. Borgerne har svært ved selv at finde tilbud, der passer til dem og fastholde motivationen, når kurset er slut. De efterspørger opfølgning i en eller anden form, herunder at komme i sundhedscentret måske en gang om måneden. I forhold til løbende opfølgning i kommunalt regi nævner borgerne, at de godt kan se, at det måske ikke er muligt af økonomiske hensyn, og at de ved, at de selv bør gøre noget, herunder opsøge sundhedstilbud i privat og foreningsmæssig regi. Mange borgere har imidlertid ikke lyst til at komme i et motionscenter. Hvad angår lokale foreninger, er der eksempler på, at borgere hjælpes videre til lokale foreningstilbud, der så angiveligt har været lukket ned i undersøgelsesperioden på grund af coronarestriktioner. Borgerne giver udtryk for at have svært ved at finde ud af, hvilke tilbud, der passer til dem med deres type 2 diabetes, eventuelle øvrige sygdomme og overvægt.

På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan borgerne bedst støttes til at fastholde livsstilsændringer efter at have deltaget i et kommunalt sundhedstilbud, herunder mulighed for at komme i det kommunale sundhedscenter, lokale forenings- og private tilbud.

## 9 Bilag 5: Indsatsbeskrivelse omhandlende type 2 diabetes borgeres deltagelse i kommunale sundhedstilbud

### Deltagelse i kommunale sundhedstilbud

#### Hvorfor denne indsats?

De kommunale sundhedstilbud har indsatser, der hjælper borgere med type 2 diabetes til at forstå sygdommen, dens forløb og livsstilens betydning. Det anbefales, at sundhedstilbud består af patientuddannelse med fokus på mestring af livet med kronisk sygdom, psykosocial støtte, fysisk træning, teoretisk kostvejledning og praktisk madlavning samt rygestoptilbud<sup>1</sup>.

Vigtigheden af deltagelse i patientuddannelsesstilbud er baseret på studier, som viser, at borgere med type 2 diabetes, der modtager patientundervisning, vil opnå en højere livskvalitet og et bedre HbA1c, hvilket mindsker sandsynligheden for senkomplikationer. Det anslås, at patientuddannelse er ligeså vigtigt som medicinsk behandling, og det anbefales derfor, at borgere med type 2 diabetes modtager patientundervisning på fire tidspunkter; når de får diagnosen, én gang om året derefter, når borgeren oplever belastninger i hverdagen, som indvirker på deres egenomsorg, og når der sker ændringer i diabetesbehandlingen<sup>2,3</sup>. Patientuddannelsesstilbud tager udgangspunkt i 'Læring- og mestringstilgangen'<sup>1</sup>, som bygger på det brede sundhedsbegreb. Fokus er på at give borgeren oplevelsen af at kunne mestre de udfordringer, som en kronisk sygdom medfører og på at bevare en kontrol over eget liv. Alle tilbud skal tage et individuelt udgangspunkt i den enkelte borger, hvilket blandt andet sikres gennem en afklarende samtale med borgeren ved opstart i kommunen<sup>4</sup>. Der er imidlertid ikke studier fra Danmark eller sammenlignelige vestlige lande, som i et validt, videnskabeligt design har evalueret effekten eller værdien af deltagelse.

En stor del af borgere med type 2 diabetes bliver ikke henvist til og / eller har ikke deltaget i kommunale sundhedstilbud<sup>5</sup>. Da type 2 diabetes er kronisk og ofte bliver mere alvorlig henover årene, er det essentielt, at borgere er så godt uddannet som muligt i egen sygdom og gerne bliver henvist til kommunale sundhedstilbud en eller flere gange gennem livet. En undersøgelse har vist at under halvdelen af borgere med type 2 diabetes deltager i patientuddannelse<sup>3,5</sup> og oplysninger fra flere adspurgte kommuner i Region Midtjylland peger også på meget lav deltagelse. Det er således uklart, hvor mange borgere med type 2 diabetes der rent faktisk deltager, hvorfor borgere med type 2 diabetes ikke deltager og hvad der skal til for at højne deltagelse.

En undergruppe af disse borgere er dem som er nyligt diagnosticerede med type 2 diabetes. I følge Region Midtjyllands 'Forløbsprogram for Type 2 diabetes' skal borgere med nydiagnosticeret type 2 diabetes udredes i almen praksis for senkomplikationer og risikofaktorer for senkomplikationer. Så snart resultatet af undersøgelserne foreligger, og sygdomsomfanget er kendt, skal borgerne have foretaget en risikovurdering og have udarbejdet en individuel behandlingsplan. En af de indsatser, som det anbefales altid skal indgå i startfasen, er henvisning til og deltagelse i diabetesskole, som varetages af kommunerne<sup>1</sup>. Det er vigtigt, at styrke borgerens egenomsorg tidligt i sygdomsforløbet, og det er derfor essentielt at give borgerne de værktøjer og den viden, der skal til for, at de kan mestre de udfordringer, som en kronisk sygdom medfører og for at give dem følelsen af at bevare kontrollen over eget liv<sup>4</sup>.

Almen praksis har ansvaret for at have opmærksomhed på de nydiagnosticerede type 2 diabetikere, og det er ligeledes deres ansvar, at borgerne bliver henvist til kommunale sundhedstilbud<sup>1</sup>. Det vurderes fra almen praksis, at samarbejdet henover sektorgrænser er blevet væsentligt forbedret i løbet af det sidste årti. En af de forbedringer, som i særdeleshed vurderes at have lettet arbejdsgangene, er anvendelsen af en tovholder, som holder overblikket over det overordnede patientforløb<sup>6</sup>.

Feltstudier foretaget på Hospitalsenhed Midt i Viborg samt i almen praksis og de tre kommuner i Midtklyngen i Region Midtjylland, samt en rapport<sup>7</sup> har fundet, at mange borgere oplever det som utrygt og som en kvalitetsforringelse, at de møder mange forskellige behandlere i deres forløb, fx når de henvises til et sundhedstilbud i en kommune. Det gør, at borgerne føler, at de skal gentage sig selv mange gange, og at der er vigtige oplysninger af ikke-medicinsk karakter, for eksempel sociale forhold, som går tabt. Derudover oplever borgerne, at de står meget alene med deres sygdom og udtrykker blandt andet et ønske om bedre teknologisk understøttelse af deres patientuddannelse<sup>7</sup>.

## Hvad vil vi gerne?

Det primære formål er at øge antallet af borgere med type 2 diabetes, der henvises til og deltager i kommunale sundhedstilbud. Sekundært ønskes der et særligt fokus på at sikre, at borgere med nydiagnosticeret type 2 diabetes bliver henvist til og deltager i kommunale sundhedstilbud.

### Delmål

1. Kvalitetsudvikle på henvisningsproceduren til kommunale sundhedstilbud
2. Undersøge behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud til borgere med type 2 diabetes
3. Afprøve nye supplerende tilbud

## Indsatsaktiviteter

SEKTOR	DELOPGAVER
<b>Almen praksis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skabe et overblik over patienter med diagnosticeret DM2 på basis af forløbsplaner <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Identificere og henvise de nyligt diagnosticerede DM2 patienter til kommunale sundhedstilbud</li> <li>◦ Identificere alle patienter med DM2 der henvises til kommunale sundhedstilbud og identificere de borgere, der takker nej</li> <li>◦ Identificere de patienter der modtager sundhedstilbud i almen praksis regi og kortlægge, dels hvad indholdet i disse tilbud er, og dels i hvor høj patienter deltager i disse tilbud fremfor i kommunale tilbud</li> </ul> </li> <li>• Det sikres, at der er en systematisk henvisningsskabelon til brug i almen praksis, for de patienter, der skal henvises til kommunale sundhedstilbud. Henvisningen skal blandt andet indeholde biokemiske informationer såsom HbA1c-værdier, blodtryk, kolesteroltal, funktionsniveau og psykosociale forhold, samt patientens formål med og forventning til det kommunale tilbud, hvis dette er afklaret</li> </ul>
<b>Kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udforme informationsbeskrivelse om de kommunale sundhedstilbud, som kan udleveres til borgerne</li> <li>• Informere Almen praksis om kommunale sundhedstilbud på et niveau således, de kender formålet</li> <li>• Etablere én synlig kontaktperson som borgeren bliver tilknyttet fra start til slut i det kommunale forløb</li> <li>• Identificere borgere der takker ja til en henvisning til et kommunalt sundhedstilbud, men som ikke møder op, som bliver afsluttet efter den afklarende samtale på sundhedscentret, som ikke fuldfører forløbet, og som fuldfører forløbet.</li> <li>• Særligt for Viborg kommune: Etablere pilotprojekt med LIVA Health Care App som supplement til arbejdet med at give nydiagnosticerede borgere oplevelsen af at kunne mestre de udfordringer, som en kronisk sygdom medfører</li> </ul>
<b>Hospital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificere alle patienter med type 2 diabetes, der henvises til kommunale sundhedstilbud, og identificere de borgere, der takker nej</li> </ul>

<b>Fælles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På baggrund af ovenstående overblik og identifikation udvælges et antal borgere fra hver gruppe til interviews. Formålet er, at undersøge borgernes bevæggrunde for deltagelse / ikke deltagelse til et kommunalt sundhedstilbud</li> <li>• Identificere barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud fra almen praksis og diabetesambulatorier ved interviews med sundhedsprofessionelle fra disse sektorer</li> <li>• Ud fra ovenstående nævnte aktiviteter ønskes en eksisterende strukturering af sundhedstilbud eksplorativt udfordret af nye idéer til alternative og differentierede sundhedstilbud. Prøvehandling udføres i forlængelse heraf</li> </ul>
---------------	--

## Nuværende kommunale sundhedstilbud

	<b>Silkeborg</b>	<b>Skive</b>	<b>Viborg</b>
<b>Sundhedstilbud</b>	<p>Træning og undervisning. Er forløb strækker sig over seks måneder og består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et kursus på otte uger med møde 2 dage / uge i dagtimerne</li> <li>- Træning én time to gange / uge</li> <li>- Undervisning én time én gang / uge</li> <li>- Ca. fire individuelle samtaler</li> <li>- Gruppeopfølgning tre måneder efter forløbets afslutning</li> <li>- 10-12 deltagere / hold</li> <li>- Træning foregår i naturen omkring Silkeborg, i Rosengårdscentret og online.</li> </ul>	<p><b>Forløb for nydiagnosticerede</b></p> <p>Mødefrekvens aftales individuelt. I forløbet vil borgerne blive tilbudt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En samtale med sygeplejerske hvor forløbet planlægges</li> <li>- Fysisk træning evt. på hold</li> <li>- Undervisning ift. sygdom, kost og træning</li> <li>- Individuel vejledning om rygestop, alkohol og samliv</li> <li>- Mulighed for at deltage i Diabetesforeningens café</li> <li>- Midtvejs- og afsluttende samtale med en sygeplejerske</li> </ul> <p><b>Diabetesrehabilitering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afklarende samtale</li> <li>- Holdundervisning med 12 deltagere / hold</li> <li>- Afsluttende og opfølgende samtaler</li> <li>- Fysisk træning</li> <li>- Undervisning om sygdom, kost og træning</li> </ul>	<p>Forløbet indledes altid med en individuel visitationssamtale, der varetages af Rehabiliteringsteamet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Træning i otte uger to gange / uge i naturen og i træningssal</li> <li>- Undervisning én gang / måned</li> <li>- Opfølgning 1 gang / år i lokale sundhedssatellitter</li> </ul>

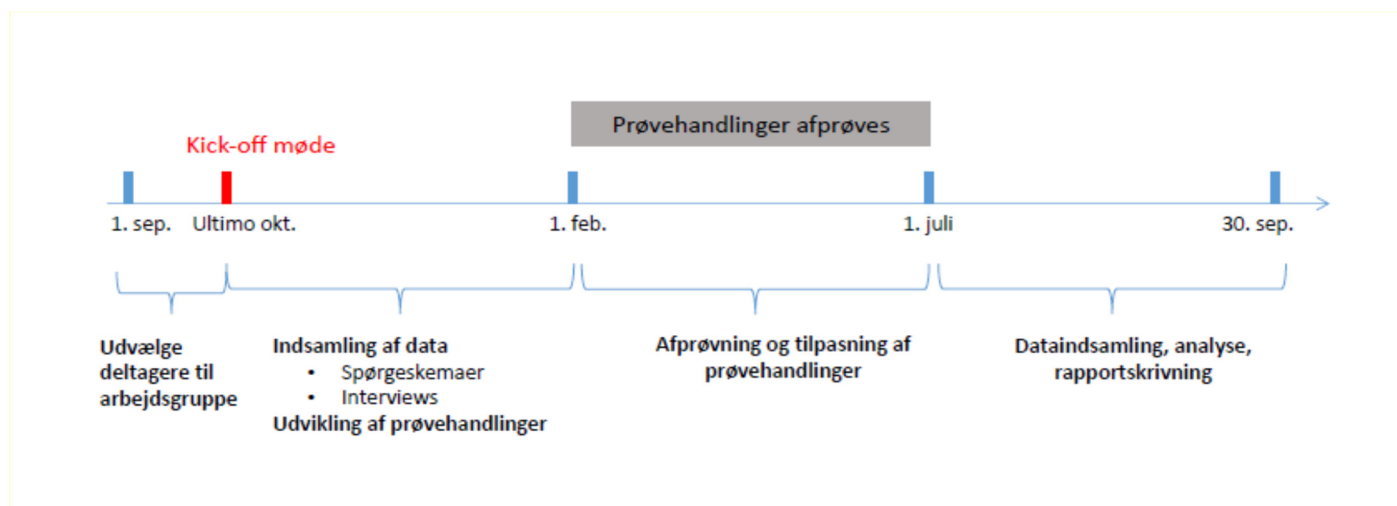
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuel vejledning om rygestop, alkohol og samliv</li> <li>- Deltagelse i Diabetesfor- eningens café</li> </ul>	
<b>Målgruppe</b>	<p>Borgere med type 2 diabetes og prædiabetes. Borgerne skal være motiverede for at træne og del- tage i holdundervisning. Bor- gerne skal selv kunne transpor- tere sig og skal kunne deltage i undervisning på dansk.</p> <p>Eksklusionskriterier: Svær co- morbiditet, funktionsevnenedsæt- telser eller hjælpemidler der umuliggør træning, psykisk li- delse.</p>	<p><b>Nydiagnosticerede</b></p> <p>Borgere over 18 år bosat i Skive Kommune. Borgerne skal være blevet diagnosti- ceret med type 2 diabetes inden for det sidste år.</p> <p><b>Diabetesrehabilitering</b></p> <p>Borgere med type 2 diabe- tes, der er motiverede for livsstilsændringer.</p> <p>Eksklusionskriterier: Co- morbiditet der umuliggør træning, kognitive vanske- ligheder, manglende danskfærdigheder.</p>	<p>Borgere over 18 år bosat i Viborg kommune med type 2 diabetes el- ler prædiabetes.</p> <p>Eksklusionskriterier: Manglende danskund- skaber.</p>
<b>Henvisningsflow</b>	Borgerne skal henvises af kom- munen, egen læge eller hospi- talsafdeling.	Borgerne skal henvises af egen læge, vagtlæge eller hospitalsafdeling.	<p>Borgerne skal henvises af egen læge eller hospitals- afdeling.</p> <p>Henvisningen skal inde- holde borgerens telefon- nummer og kort sygehi- storie, herunder oplysnin- ger om komplikationen og andre væsentlige diagno- ser.</p>
<b>Udbyder</b>	Sundhedshuset Toldbodgade 29 8600 Silkeborg	Sundhedscenter Skive Reservevej 25 7800 Skive.	<p>Rehabiliteringsteamet, Sundhedscenter Viborg, Viborg kommune.</p> <p>Rehabiliteringsteamet be- står af sygeplejersker, fy- sioterapeuter, kliniske di- ætister og ergoterapeut.</p>

## Foreløbig tids- og arbejdsplan

Ramme for gennemførelse af interviews og eventuelt spørgeskemaer\*

Type	Målgruppe	Fokusområde
<b>Spørgeskemaundersøgelse</b>	<b>Borgere der har deltaget, og borgere der ikke har deltaget i kommunale sundhedstilbud OG Sundhedsprofessionelle fra almen praksis og kommuner</b>	Afdække grad af deltagelse i sundhedstilbud i almen praksis eller kommunalt regi
<b>Individuelle interviews</b>	<b>Borgere der har deltaget, og borgere der ikke har deltaget i kommunale sundhedstilbud</b>	Undersøge og forstå borgerens begrundelse for deltagelse / ikke-deltagelse
<b>Fokusgruppeinterviews</b>	<b>Sundhedsprofessionelle fra almen praksis, kommuner og diabetesambulatorium</b>	Identificere barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud

\* Styregruppen afholder møde med DEFACTUM den 3. november med henblik på at afdække, hvorvidt DEFACTUM skal spille ind med kvalitative og kvantitative kompetencer ifm. udarbejdelse og udførelse af interviews og spørgeskemaer.



## Kilder

<sup>1</sup> Region Midtjylland, Forløbsprogram for Type 2 diabetes, Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes.

<sup>2</sup> Jackson CC, Albanese-O'Neill A, Butler KL, Chiang JL, Deeb LC, Hathaway K et al. Diabetes care in the school setting: A position statement of the American diabetes association. Diabetes care; 38(10):1958-63.

<sup>3</sup> Diabetesforeningen: <https://diabetes.dk/diabetes-2/hjaelp-og-stoette/patientuddannelse-og-type-2-diabetes.aspx> [15.07.2020].

<sup>4</sup> Region Midtjylland, Læring og mestring – patientuddannelse på deltagernes præmisser, 2012, CFK Folkesundhed og kvalitetsudvikling.

<sup>5</sup> Diabetesforeningen, Livet med diabetes 2019, Diabetesforeningens Barometerundersøgelse 2019.

<sup>6</sup> Region Midtjylland, Fortællinger om sektorovergange - til brug for udarbejdelsen af 4. generation af sundhedsaftalen, 2018, DEFACTUM.

<sup>7</sup> Diabetesforeningen. Livet med diabetes - Rapport om de erfaringer og ønsker patienter med diabetes og pårørende har til en national handleplan for diabetes. 2017.





