

Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen

Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af sundhedsvaner på baggrund af brugerdialoger i sundhedscentre i Viborg Kommune og Skive Kommune

December 2021



Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen

Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af sundhedsvaner på baggrund af brugerdialoger i sundhedscentre i Viborg Kommune og Skive Kommune

©DEFACTUM, Region Midtjylland, december 2021

Emneord: Type 2 diabetes, Kommunale sundhedstilbud, fastholdelse af sundhedsvaner, brugerdialog

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 17. december 2021

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, december 2021

Rapporten er udarbejdet af:

Tina Veje Andersen, Sundhedsfaglig konsulent

Marianne Sigaard Balleby, Konsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Andersen TV Balleby MS

Titel: Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen. Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af sundhedsvaner på baggrund af brugerdialoger i sundhedscentre i Viborg Kommune og Skive Kommune

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2021

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Tina Veje Andersen, DEFACTUM, Region Midtjylland

Mail: tivane@rm.dk

Tlf.: 2363 7844

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion.....	4
1.1	Baggrund og formål.....	4
1.2	Læsevejledning.....	5
2	Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af gode sundhedsvaner	6
3	Sammenfatning af tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af gode sundhedsvaner	11
3.1	Tilgang, form og indhold	11
3.1.1	Tilgang	11
3.1.2	Form	12
3.1.3	Indhold.....	12
3.2	Inklusion af pårørende	12
3.3	Opfølgning	13
3.4	Brobygning og overgang til hverdagsliv	13
3.5	Henvvisning til og viden om sundhedscenter tilbud	14
4	Metode.....	15
4.1	Hvad er en brugerdialog?	15
4.2	Metodeovervejelser	15
4.3	Planlægning af brugerdialogerne	16
4.3.1	Rekruttering og invitation.....	16
4.3.2	Formøder.....	16
4.4	Tværgående opsamlingsmøde	17

1 Introduktion

1.1 Baggrund og formål

Dette notat er en del af satspuljeprojektet '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.

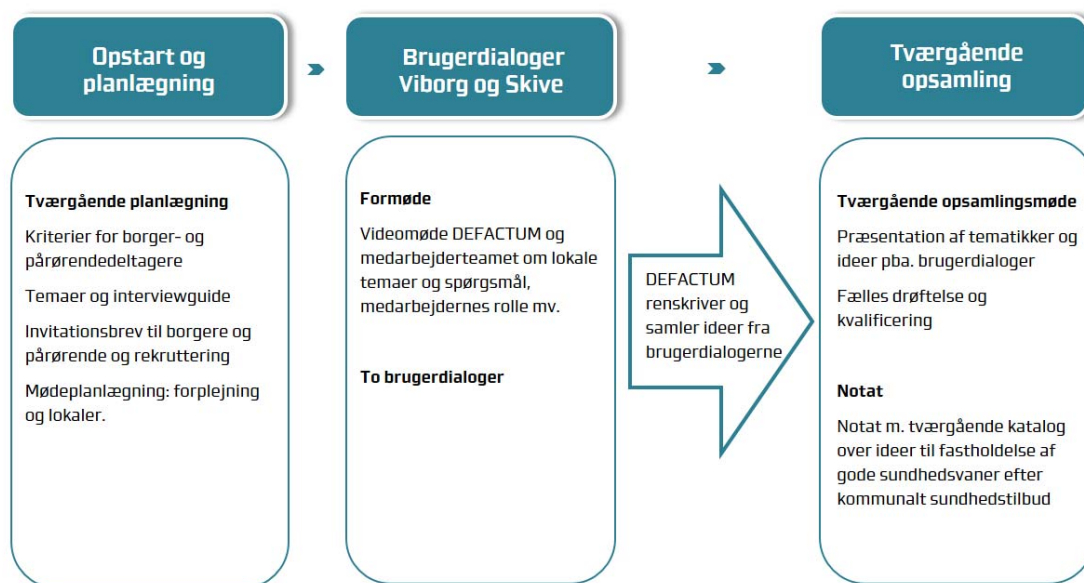
I foråret 2021 blev der i projektet foretaget en afdækning af behovet for kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedstilbud i Midtklyngen, 'Deltagelse i kommunale sundhedstilbud'. Afdækningen viste blandt andet en stor tilfredshed med de kommunale sundhedstilbud, men viste også at fastholdelse af gode sundhedsvaner udgør en stor udfordring for borgere med type 2 diabetes. Skive Kommune og Viborg Kommune har i samarbejde med DEFACTUM sat fokus på denne del i en opfølgende afdækning. Formålet med denne afdækning fremgår af boksen nedenfor.

Formål

- At afdække behov og fastholdelse af gode vaner efter deltagelse i kommunalt sundhedstilbud blandt borgere med diabetes med henblik på, at kommunerne kan understøtte borgerne i fastholdelse af gode sundhedsvaner.
- At udarbejde en oversigt over tværgående tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af gode sundhedsvaner blandt borgere med type 2 diabetes.

DEFACTUMs opgave har været at facilitere en proces, der har skulle afdække formålet omkring behov og fastholdelse af gode sundhedsvaner hos borgere med type 2 diabetes efter deltagelse i et kommunalt sundhedstilbud i Skive Kommune og Viborg Kommune. Både borgeres og pårørendes oplevelser og perspektiver har skulle afdækkes. Derudover har processen skulle afdække, hvilke kommunale indsatser der vil kunne understøtte fastholdelsen af gode sundhedsvaner. De kommunale sundhedscentermedarbejdere har været inddraget i processen, da deres perspektiver spiller en vigtig rolle i udvikling af ideer til kommunernes understøttelse af fastholdelse af gode sundhedsvaner. Faciliteringen af denne proces blev gennemført ved hjælp af to brugerdialoger i sundhedscentrene i de to kommuner, samt ved afholdelse af en tværgående opsamling med medarbejdere og ledere ligeledes fra de to deltagende kommuner. Brugerdialogerne fandt sted i oktober og november 2021 og det tværgående opsamlingsmøde i december 2021. Projektets faser fremgår af nedenstående figur.

FIGUR 1: FASER I GENNEMFØRELSE AF BRUGERDIALOGER I SUNDHEDSCENTRE I VIBORG KOMMUNE OG SKIVE KOMMUNE SAMT UDARBEJDELSE AF TVÆRGÅENDE TEMATIKKER OG IDEER TIL FASTHOLDELSE AF GODE SUNDHEDSVANER



1.2 Læsevejledning

Dette notat indeholder fire afsnit, hvor de følgende afsnit 2 og 3 omhandler resultaterne af processen. Afsnit 4 er et metodeafsnit til læseren, som er interesseret i en mere indgående beskrivelse af processen og i, hvordan metoden 'brugerdialog' har været anvendt til at få indblik i borgeres og pårørendes erfaringer og tanker om fastholdelse af gode sundhedsvaner.

I afsnit 2 præsenteres resultaterne i form af en oversigt over de konkrete forbedringsideer. Forbedringsideerne er fremkommet på baggrund af den samlede proces fra henholdsvis de to brugerdialoger i Skive Kommune og Viborg Kommune, samt et tværgående opsamlingsmøde. Forbedringsideerne er struktureret efter tematikker, men præsenteret i afsnit 2 i uredigeret form. Afsnit 3 indeholder en sammenfatning og nærmere beskrivelse af forbedringsideerne og tematikkerne.

Ønskes der alene en oversigt over fremkomne ideer, anbefales det at læse afsnit 2 og 3. Afsnittene er udarbejdet med henblik på at være et detaljeret arbejdsredskab til den videre udvikling af indsatserne i sundhedscentrene i Skive Kommune og Viborg Kommune. Notatet skal således inspirere de to sundhedscentres fortsatte indsats over for borgere med type 2 diabetes. Tillige indgår afdækningen i det samlede satspuljeprojekt. Notatet kan desuden anvendes af andre kommuner med interesse for, hvordan kommunale sundhedscentre i endnu højere grad kan understøtte, at borgere med type 2 diabetes fastholder gode sundhedsvaner med udgangspunkt i borgernes behov.

2 Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af gode sundhedsvaner

Herunder i tabel 1 angives resultaterne i form af forbedringsideer fremkommet på brugerdialogmøder afholdt i henholdsvis Viborg Kommune den 27. oktober 2021 og i Skive Kommune den 10. november 2021 samt på et tværgående opsamlingsmøde den 1. december 2021. Ideerne er nedskrevet på post its undervejs i processen af borgere, pårørende og medarbejdere. DEFACTUM har placeret alle ideer under fem tematikker.

1. Tilgang, form og indhold
2. Inklusion af pårørende
3. Opfølgning
4. Brobygning og overgang til hverdagsliv
5. Henvisning til og viden om sundhedscentret tilbud

Under enkelte af tematikkerne, er der angivet ideer og tematikker markeret med en *. Disse stjerne-markerede ideer og tematikker blev drøftet mundtligt undervejs i brugerdialogerne, men afspejles ikke tydeligt i de nedskrevne post its. De stjerne-markerede ideer og tematikker skal ses som supplerende og blev inddraget og kvalificeret på det tværgående opsamlingsmøde. Forbedringsideer fremkommet under det tværgående opsamlingsmøde er noteret under hver tematik.

Tabel 1 er udarbejdet til at være et detaljeret arbejdsredskab til videreudvikling af kvalitetsindsatser i sundhedscentrene i Skive Kommune og Viborg Kommune. Tabellen afspejler de ord, begreber og vendinger, som borgere, pårørende og medarbejdere selv har nedskrevet på post its og er gengivet så ordret, som muligt, bortset fra enkelte sproglige rettelser. Der kan forekomme gentagelser i tabellen. Ligeledes kan enkelte forbedringsideer være relevante for flere tematikker og kan derfor være placeret under mere end en tematik.

Det er i processen med brugerdialoger samt tværgående opsamlingsmøde blevet tydeligt, at fastholdelse af gode sundhedsvaner ikke blot skal være i fokus efter den kommunale sundhedsindsats, men at der i høj grad også skal tænkes fastholdelse ind både før og under sundhedsindsatsen. Det gælder eksempelvis, at borgere henvises til kommunale sundhedstilbud, når de er motiverede for at ændre på deres sundhedsvaner, eller at der tænkes på integration til den enkelte borgers hverdagsliv og brobygning til andre sundhedsunderstøttende aktiviteter, allerede imens borgeren er i det kommunale sundhedstilbud. Derfor inkluderer nedenstående tabel 1 tematikker og forbedringsideer om fastholdelse, der ligger både før, under og efter det kommunale sundhedscenters tilbud.

TABEL 1: TEMATIKKER OG IDEER TIL INDSATSER TIL FASTHOLDELSE AF GODE SUNDHEDSVANER

1. Tilgang, form og indhold
<p>Tilgang</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortsat individuel afklaring af behov ▪ Individuelle afklarende forløb/samtaler ▪ God tid til start + opfølgning ▪ Fokus på fællesskab <-> individuelle & personbestemt ▪ For at behandle folk ens – skal man behandle dem forskelligt ▪ Lad kulturen i sundhedshuset, personificeret i medarbejderne, dyrkes ▪ 'Når nu du er her, skal jeg så ringe op til...' ▪ Rundbordssamtaler <p>* Relationer * Motivation * Eget ansvar. For meget 'eget ansvar'?</p>
<p>Form</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motionstilbud også fælles ▪ Tilbud om at mødes om aftenen ▪ Sammensætte hold - Erhvervsaktive sammen ▪ Erfarne borgere og nydiagnosticerede sammen -> dynamisk <p><i>Træning og undervisning kombineres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Længere sessioner – teori + træning kombineres ▪ DM specifik undervisning i forbindelse med træning ▪ Undervisning i sammenhæng med træning ▪ Træningshold udvides med sygdomsforståelse 1½ time pr gang <p><i>Form af undervisning og træning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gentagelser ▪ Kostundervisning skal være over flere gange ▪ Undervisning om kost deles over flere gange. ▪ Lave kostforløb hold over flere gange (2-3 gange) så undervisning ikke komprimeres ▪ Hæfte med de hyppigste ting i forhold til kost ▪ Motionsundervisning kunne være længerevarende forløb fx 12 uger <p><i>Online muligheder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvad med hjemmesiden. Kan den hjælpe? ▪ Digitalt lukket Bobbelberg Forum (understøttende) ▪ Kost info/viden hjemmeside i nyhedsmail? ▪ Indkøbstur med diætist nyhedsmail/tilbud
<p>Indhold</p> <p>Forslag til nyt eller justeret indhold</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Sidemandsoplæring" erfa-gruppe ▪ "Ja hat kursus" fokus på det positive ▪ Forløb med sjove indslag ▪ "Sjov" med ind i træningen/UV ▪ Praktisk madlavning ▪ Inspiration til mad ▪ Madskoler 'Røre og gøre' ▪ Madhold ▪ Sund kost ▪ Diabetes mad/motion ▪ Inspiration til fysisk ▪ Motionshold ▪ Søvn temaaftener, webinar, individuelle tilbud/samtaler ▪ Gode vaner ▪ Sammenkøring af vores tilbud om sygdomsforståelse med efterfølgende tilbud om oplæg ved sexolog ▪ Tabuemner skal ind som integreret del af forløbet ▪ Psykisk opfølgning ▪ Mentalt helbred individuel i særlige tilfælde ▪ Rundbordssamtaler <p>* Gåture med kunst-besøg * Rygning * Alkohol</p>

Tværgående opsamlingsmøde

- Træning og undervisning kombineres gradvist undervejs
- Åbent online hold
- Erfaringsudveksling med andre kommuner omkring online træningstilbud – 1 kommune - kunne stå for on-line undervisning
- Kvalificere indledende/mere fokus på afklarende samtale (fokus på det "hele menneske") – det individuelle bevares – en vifte af emner – ståsted for relationen
- Fortsætte den rehabiliterende tilgang, men have mere fokus på fastholdelse/brobygning fra start (ok med parallelle, fx gå-gruppe samme tid)
- Undervisningsblokke på 3 timer -> ændre form
- Pårørendeinddragelse
- Ved afklarende samtale: Italesætte; er det svært derhjemme?

2. Inklusion af pårørende

- Mulighed for inddragelse af pårørende i "alt"
- Pårørende
- Mulighed for pårørende med – individuel behov
- Familie/pårørende kontaktmøder
- Vigtigt med pårørendes deltagelse

Tværgående opsamlingsmøde

- Opmærksomhed/mulighed – ud fra individuelle behov. Hvornår er det relevant for den enkelte?
- Obs øvrige tilbud (lær at tackle), Diabetesforening
- Afhængig af, om borger vil have/ønsker den pårørendes involvering
- Pårørende med online
- Webinar til pårørende
- Fokus på at bidrage til at den pårørende får forståelse for behovet for væneændring (fx flere grøntsager, flere gåture, ændring af fredagsslik, ~~stilleskab~~, ændring i hjemmet) -> så de kan bakke op om den diabetesramtes ændrede livsstil og ikke blive en barriere/modstander, da det kan medføre "tilbagefald" – at det besværliggør/umuliggør fastholdelse af sundhedsvaner

3. Opfølgning

Stort behov

- Opfølgning – holde i hånd
- Opfølgning vigtig
- Videns livline efterfølgende – hvordan? Telefon? Teams? Live?
- Mulighed for løbende dialog med sundhedshuset og andre
- Fortsætte med møde med sundhedshuset
- Efter afsluttet forløb mulighed for at kunne kontakte teamet 3-6 måneder bagefter (efter fast telefontid)
- 3-6 måneders opfølgning og mulighed for det
- Kvartals/halvårlig opfølgning med forskellig fokus
- Opfølgning på holdet
- Opfølgning/Presbold
- Personlig opfølgning efter 3 måneder
- Opfølgningstilbud om status på motion
- Opfølgningstilbud om kost og livsstil
- Opfølgningstilbud på 'det hele menneske'
- Fastholde 'rygraden' ved opfølgning – Motivering

Både-og-organisering af opfølgning

- Opfølgning individuelt – hold?
- Fællesmøde
- Fællesmøde en gang imellem
- Opfølgningssamtaler med andre i samme båd
- Både/og online og fremmøde

Gøre brug af frivillige

- Hjælpe med at samle frivillige hold fx – Ja-hat-hold – motionshold – kosthold
- Mad og motionshold m.m. frivillig/koordination med sundhedshuset
- Motionshold fortsætter frivillig (sundhedscenter understøtter)
- Madlavningshold fortsætter frivillig (sundhedscenter understøtter)
- "Fortsætter motionshold m. frivillig instruktør – intro/løbende "besøg"
- Superviseret tilbud efter forløbet
- Undervisning i forbindelse med træning om fremadrettede tilbud, fx gå-grupper

Temamøder o.a.

- Brush up-tema 'Døren er ikke lukket'
- Opfølgning á la diabetesdagen (opfølgning 1-2 gang årlig)
- Opfølgning – kost, motion m.v.

Egen læge

- Tættere dialog med egen læge – eks. undervisning i sygdomsforståelse

Tværgående opsamlingsmøde

- Træffetid eller mulighed for spørgsmål/afklaring – "presbold" – tilgængelighed
- Mulighed for tid til overgang (længere forløb uden nødvendigvis flere aftaler) – koble til "røde flag"
- Opfølgning som brush up – i samarbejde med patientforeninger, idrætsforeninger mm. – frivillighed – og koble til temaarrangement
- Tættere dialog med egen læge – sygdomsforståelse - undervisning sammen praksissygeplejerske og sundhedscenter

4. Brobygning og overgang til hverdagsliv

Overførbarhed/sammenhæng til hverdagslivet

- Teori og viden -> hverdag?

Organiseret overgang til...

- Brobygning til foreninger, bevægelse mv. også i aftentid
- Brobrygger til foreningsliv
- Brobygning til interesseområder (bevægelse på flere planer)
- Bevæg dig for livet Skive Idrætssamvirke (tage kontakt til/samarbejde med)
- Kendskaber giver venskaber
- Tænke arbejdsgiver ind/arbejdsplads - "Tid til sundhed"
- Motionskoordinering
- Organiseret overgang til frivillighed/andre tilbud
- Diabetesforening – tilbud? Samarbejde "den røde tråd"

Sundhedscenter up to date på viden

- Up to date viden om motionstilbud i kommuner
- Styrke sundhedshuset faglig optimalt - up to date
- Den specifikke viden - holde sig opdateret

Tværgående opsamlingsmøde

- Samtykke til, at sundhedscenter må kontakte borger fx 5 år frem – ved afklarende samtale/1. kontakt
- Temaarrangementer for alle – forskellige "stationer" – koble til opfølgning
- Individuel vurderet opfølgninger ved "røde flag"
- Brobygning starter ved 1. samtale
- Peer ti peer uden for sundhedscenter regi – brobygning imellem deltagere – koble til opfølgning – Frivillighedshus (Viborg) og Frivillighedscenter (Skive)
- Prioriteret viden om foreningstilbud – tid til opgaven
- Brobygning mellem borgere /+ borger -> tilbud
- Brobygning skal have tid og plads
- (- Personlige historier/eksempler på hjemmeside/FB) – andet tema
- SOFU – sundheds- og forebyggelsesteam – inddrage forebyggende medarbejdere

5. Henvisning til og viden om sundhedscentret tilbud

Andre aktørers viden om SC-tilbud

- Tidlig orientering om muligheder for kommunalt forløb på sygehus, ved egen læge m.fl.
- Mere/bedre info/viden om sundhedscenter tilbud
- Sundhedshusets tilbud skal være præsente i lægepraksis
- Alle tilbud så hurtigt som muligt!
- Tidligere indsats (opdage diabetes)
- Præ-diabetes - Et tilbud i tide

Henvisning til sundhedscenter

- Læge som tovholder ift. prædiabetes
- Kan kommunen ringe til folk om tilbuddet?
- Tilbud fra sundhedshus v/konstatering (præ)
- Fortsættelse af kommunens fine tilbud
- Visitationen smidiggøres
- Selvhenvisning

* Mørketal (social ulighed)

* Motivation

Tværgående opsamlingsmøde

- Årligt møde mellem "kommunen" (SC) og praksissygeplejersker
- "Mørketal" – alle der får konstateret diabetes – hvis alle skal igennem sundhedscenter vil det kræve en øgning af ressourcer i kommunerne
- 1. afklarende samtale – herefter sammen med borger vurdere, hvilken indsats der skal til
- Vi ønsker at bibeholde SOFT-henvisninger (en anden afd. arbejder med denne)

- Sundhedscenters tilbud til prædiabetes (Skive)
- Sundhedscenter have mulighed for stratificering af borgere – hvilke har behov for indsats?
- Egen læge har øget opmærksomhed på, hvilke borgere der skal henvises til sundhedscenter
- Forslag til stratificering af forløbsprogram i forhold til stratificering
- Vi fletter sammen – kender hinandens ansvar og er sammen om det fælles – sundhedsaftalen
- Forskel på selvhenvendelse/henvisning fra egen læge

3 Sammenfatning af tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af gode sundhedsvaner

Nedenstående afsnit indeholder en sammenfatning af tematikker og forbedringsideer til indsatser, der har til formål at styrke fastholdelse af gode sundhedsvaner. Afsnittet skal dermed give en nærmere beskrivelse af de ideer og tematikker beskrevet i afsnit 2. I afsnit 2, tabel 1 forefindes den fulde og ubearbejdede liste over ideer, fremkommet under brugerdialogerne og på opsamlingsmødet.

3.1 Tilgang, form og indhold

3.1.1 Tilgang

Sundhedscentrets tilgang skal understøtte fastholdelse af sundhedsvaner ved fortsat at være baseret på en individuel afklaring. 'For at behandle folk ens, skal man behandle dem forskelligt', lyder for eksempel en af ideerne fra brugerdialogerne.

Der er brug for at have fokus på den afklarende samtale med fokus på det "hele menneske" og berøring af en vifte af emner – herunder alkohol, psykiske forhold, seksualitet og andre emner af følsom karakter.

Der skal være god tid til at starte forløbet med borgeren og til løbende at tilpasse indsatsen til borgerens interesser og motivation.

Relationen til borgerne og måden, borgerne mødes på, er afgørende for, at samarbejdet om forandringer tager afsæt i det hele menneske. Den afklarende samtale er et ståsted for relationen – med en bevidsthed om, at relationen ikke må skabe en afhængighed af sundhedscentrets medarbejdere.

Den enkeltes ansvar for ændring af sundhedsvaner versus sundhedscentrets ansvar er en balancegang, og sundhedscentrets tilgang kan overvejes i forhold til dette. På den ene side er det vigtigt, at borgere påtager sig ansvaret for at ændre sundhedsvaner, men de skal vide, at det er ok at bede om hjælp, samt at det kan være svært at stå med ansvaret alene. Sundhedscentret kan løfte noget af ansvaret ved at være til stede, minde om og hjælpe konkret med forløb og aktiviteter.

Hvor borgere har flere problemer end af sundhedsmæssig karakter, psykiske eller sociale, skal der være mulighed for at sundhedscentret kan støtte borgeren til at søge hjælp, ved for eksempel at foretage vigtige telefonopkald sammen med borgeren, eller, som det sker i Skive Sundhedscenter, foreslå og deltage i en "rundbordssamtale, hvor sagsbehandler, læge og andre relevante professionelle mødes med borgeren.

"Tilgang" kan anskues som et overordnet begreb, som knyttes til de vilkår, arbejdsformer og den organisationskultur, som er i den enkelte kommune og i sundhedscentret. Sundhedscentrets tilgang til indsatser, der understøtter fastholdelse, er dermed en central tematik, der på forskellige måder kan arbejdes videre med i kommunerne, og som spiller ind på de øvrige tematikker.

3.1.2 Form

Formen på sundhedscentrets tilbud spiller ind på borgernes fastholdelse af gode sundhedsvaner. Set fra borgernes perspektiv skal der optimalt set være mulighed for at vælge individuelle eller fælles aktiviteter, eller en kombination af disse, alt efter hvad der fungerer bedst for borgeren.

Der skal overvejes forskellige formater af undervisning, hvor længere sessioner kan muliggøre en kombination af teoretisk undervisning i kost og sygdomsforståelse med fysisk træning. Det kan styrke indlæringen, at undervisning, for eksempel i kost og sygdomsforståelse, ikke er komprimeret, men foregår over flere gange. Hæfter og andet tilgængeligt materiale, fx om anbefalet kost, kan understøtte anvendeligheden i hjemmet.

Sammensætningen af holdene kan ske både med hensyntagen til, hvem der har den bedste dynamik sammen og kan inspirere hinanden, for eksempel nydiagnosticerede sammen med borgere med lang erfaring med type 2 diabetes, eller ud fra hvem der i højere grad ligner hinanden i forhold til eksempelvis erhvervsaktivitet.

Der bør tages hensyn til erhvervsaktive ved, at sundhedscentret afholder aktiviteter om aftenen eller henviser til aktiviteter i andet regi, som foregår uden for arbejdstid.

Online muligheder til fysisk træning skal udvikles, måske af kommunerne i fællesskab. Det skal sammen med borgeren overvejes, hvilke formater, der motiverer den enkelte, og hvad der praktisk og teknisk er muligt. Det kan overvejes, om en kommune kan stå for trænings-sessioner, hvor borgere fra flere kommuner kan logge sig på og deltage.

Nyhedsbreve om kurser og tilbud, digitale fora til idéudveksling og andre digitale formater kan endvidere understøtte fastholdelsen af sundhedsvaner.

3.1.3 Indhold

Sundhedscentrets indhold i tilbuddene kan både justeres og suppleres på baggrund af de ideer, som er fremkommet i processen. Justeringer kunne for eksempel omhandle madlavningshold, motion indeholdende sjove indslag eller kombineret med kulturbesøg. Tilbuddene kunne ligeledes suppleres med fx viden om søvnens betydning eller inddragelse af erfarings eksperter, dvs. andre borgere med type 2 diabetes, som kan indgå i en form for erfa-gruppe med borgerne i sundhedscentrets tilbud. Derudover kunne positiv psykologi, fokus på mentalt helbred, samt tabuiserede emner som eksempelvis seksualitet supplere indholdet i indsatserne.

Det kan overvejes, i hvilken grad sundhedscentrets tilbud kan omfatte koordinering i bredere forstand, ved for eksempel at tage initiativ til rundbordssamtaler, eller ved at henvise til forebyggelsesteams eller andre, der kan sikre den helhedsorienterede indsats.

3.2 Inklusion af pårørende

Det er vigtigt at inddrage pårørende i borgerens forløb på sundhedscentret. Pårørendeinddragelse kan ske løbende og eventuelt allerede ved afklarende samtale, hvor det kan italesættes, hvad der kan være svært i hjemmet i forhold til sundhedsvaner. Omfanget af inddragelse af den pårørende skal individuelt vurderes på baggrund af borgerens behov. Pårørendeinddragelse skal bidrage til, at den pårørende får forståelse for behovet for vænændring (for eksempel flere grøntsager, flere gåture, ændring af slikvaner og andre ændringer i hjemmet), så den pårørende kan bakke op om borgerens ændrede livsstil, og dermed ikke risikerer at være en barriere for ændrede vaner.

Den individuelt vurderede inddragelse af pårørende kan ske på flere måder, fx familie-/pårørende-kontaktmøder, som også kan afholdes online. Ligeledes kan der afholdes webinarer for pårørende, så der tages hensyn til erhvervsaktive pårørende. Henvi sning af pårørende til øvrige tilbud i kommunalt regi eller i patientforeninger er også fremkommet som en idé.

3.3 Opfølgning

Brugerdialogerne viser et stort behov for opfølgning efter endt forløb på sundhedscentret. Det udtrykkes eksempelvis som behovet for at have en 'videns-livline'. Opfølgningen kan ske på forskellige måder. Det kan være opfølgning, hvor borgeren selv kan tage kontakt efter behov, eller det kan være sundhedscentret, der tager kontakt efter vurderet behov. For at sundhedscentret må tage kontakt til borgere efter endt forløb, skal der indhentes samtykke fra borgerne – dette kunne eksempelvis være samtykke til, at sundhedscentret må tage kontakt fem år frem. Samtykke kan eventuelt indhentes allerede ved afklarende samtale.

I stedet for opfølgning efter endt forløb kunne der under forløbet ved borgere med særlige behov være en længere overgangsperiode, som kan strække sig over længere tid, men som ikke nødvendigvis indeholder flere aftaler.

Typen af kontakt kan også varetages på forskellig vis. Det kan være via telefon, via video eller ved fysisk fremmøde – eller måske en kombination af disse. Opfølgningen kan indeholde flere emner, som kan tilpasses efter individuelle behov, herunder status på motion, opfølgning på kost og livsstil samt opfølgning, som omhandler øvrige relevante emner, jævnfør fokus på 'det hele menneske' i afsnit 3.1.1. Borgere giver udtryk for, at en opfølgning vil kunne fungere som en mulighed for at 'fastholde rygraden' og vil være motiverende for ændring af sundhedsvaner.

Opfølgning med en 'både-og'-organisering efterspørges af borgerne. Dette betyder, at der både er mulighed for individuel opfølgning og mulighed for opfølgning på hold. Opfølgning via hold kan skabe mulighed for at møde andre borgere 'i samme båd'. Inddragelse af patientforeninger, idrætsforeninger eller andre frivillige organisationer eller enkeltpersoner kan også bidrage til opfølgning, ligesom inddragelse af praksissygeplejersker til undervisning i sygdomsforståelse sammen med sundhedscentret kan være en mulighed. Forslag om tættere dialog med borgerens egen læge ved opfølgning er også fremkommet under idéudviklingen.

Motionshold kan ved afslutning af sundhedscentrets forløb fortsætte på frivillig basis. Dette kunne suppleres med superviserede besøg af eksempelvis en kommunal fysioterapeut. Sådanne løsninger med brug af frivillige kunne også tænkes ind på madlavningshold, i gå-grupper og andre aktiviteter.

Temamøder foreslås som en mulighed for 'brush up' efter endt forløb. Sådanne møder kan eksempelvis indeholde forskellige stationer, hvor borgerne har mulighed for at møde patientforeninger, idrætsforeninger eller andre frivillige organisationer.

3.4 Brobygning og overgang til hverdagsliv

Med brobygning menes, at der undervejs i en borgers forløb i sundhedscentret arbejdes aktivt med, at borgeren kan overføre tillært teori og viden til sit eget hverdagsliv. Brobygning starter allerede ved den afklarende samtale og skal løbende være i fokus. Allerede fra starten af forløbet kan der påbegyndes og henvises til parallelle aktiviteter, som for eksempel en gå-gruppe, der kan fortsætte efter afslutning af forløbet i sundhedscentret. Brobygning om-

fatter, at sundhedscentret ud fra borgerens bopæl, livssituation og interesser, afsøger muligheder for rehabiliterende aktiviteter i foreninger, i privat regi mv. Brobygning til lokalforeninger fordrer, at sundhedscentret er 'up to date' med, hvad der rører sig i de foreninger, der findes i lokalområdet. Ligeledes kan brobygning tænkes ind i forbindelse med en borgers arbejdsplads.

3.5 Henvisning til og viden om sundhedscenter tilbud

Når det omhandler fastholdelse af sundhedsvaner, viser brugerdialogerne, at det er lige så vigtigt at have fokus på timingen af en henvisning til det kommunale sundhedscenter, som at have fokus på opfølgning og fastholdelse efter et sundhedscentertilbud. Borgerne begrundede det med, at motivationen ved henvisningstidspunkt er vigtig for en vedvarende fastholdelse af sundhedsvaner.

Borgerne ønsker generelt mere og bedre viden omkring sundhedscentertilbud fra egen læge eller hospitalsafdeling, samt at have fået tilbuddet om henvisning tidligere i deres sygdomsforløb. Det fremkommer flere gange, at der ønskes en henvisning fra egen læge allerede ved konstatering af præ-diabetes. Det kan i den forbindelse overvejes, hvorvidt sundhedscentrets målgruppe omfatter borgere med præ-diabetes.

For at sikre præsent viden om sundhedscentrets tilbud, eksempelvis hos almen praksis, kunne der arrangeres årlige møder mellem sundhedscenter og praksissygeplejersker. På baggrund af ideerne omkring henvisning fra eksempelvis egen læge til sundhedscenter, samt ønsket om mere og bedre viden om de kommunale tilbud, også fra egen læge, foreslås fælles fora, hvor egen læge og sundhedscenter 'fletter sammen', og hvorved der skabes kendskab til hinandens ansvar og fællesskab omkring borgere med type 2 diabetes.

Sundhedscentret vil gerne i højere grad selv kunne foretage stratificering af borgere henvist fra egen læge eller fra hospital. Dette kunne eventuelt adresseres på et mere organisatorisk niveau i forbindelse med forløbsprogrammer for borgere med type 2 diabetes. Kommunerne kan eksempelvis udvikle kriterier for stratificering af borgere med type 2 diabetes, som kan sikre afklaring af, hvem der har behov for hvilken type af indsats.

På nuværende tidspunkt er det ikke alle borgere med diabetes, der henvises til et tilbud i sundhedscentret. Hvis alle borgere med diabetes henvises til sundhedscentret, er det et opmærksomhedspunkt, at dette vil kræve et øget behov for ressourcer i sundhedscentret.

Der fremkom ideer omkring mulighed for selvhenvisning, samt om hvorvidt visitationen kan gøres smidigere. Brugerdialogerne viser, at borgere gerne ser, at sundhedscentret ringer dem op og fortæller om tilbuddet. Sundhedscentrene ønsker på deres side SOFT-henvisninger bibeholdt.

4 Metode

I dette afsnit beskrives metoden, som er anvendt til afholdelse af brugerdialog. Ligeledes beskrives processen for afholdelse af brugerdialogerne og det tværgående opsamlingsmøde.

4.1 Hvad er en brugerdialog?

Inddragelsen af borgere med type 2 diabetes og deres pårørende er sket gennem brugerdialog-metoden¹. Metoden er valgt, fordi den i en anerkendende ramme giver indblik i borgernes og pårørendes behov, oplevelser og tanker, og samtidig understøtter læring, refleksion og idéudvikling hos både borgere, pårørende og de sundhedsprofessionelle. De to brugerdialogmøder har givet rammen for en fælles afdækning og udforskning af, hvad der skal til for, at gode sundhedsvaner fastholdes efter deltagelse i et kommunalt sundhedstilbud.

I en brugerdialog interviewes borgere og pårørende om deres oplevelser, successer og udfordringer med at fastholde gode sundhedsvaner, mens medarbejdere og ledelse lytter. Medarbejdere og ledelse gives mulighed for i plenum at reflektere over det, de hører, hvorefter facilitatoren genoptager interviewet med borgere og pårørende med fokus på ideer til, hvordan sundhedscentret kan styrke fastholdelsen. Interviewene følges op med, at deltagerne, både borgere, pårørende og medarbejdere, beskriver forbedringsideer. Under brugerdialogen bruges såvel gode som mindre gode erfaringer konstruktivt til at udvikle ideer til indsatser, som kan hjælpe borgere med at fastholde gode sundhedsvaner. Mødet handler ikke om at håndtere enkeltsager, men om sammen at få ideer til fremadrettede tiltag.

Medarbejdere og ledere spiller en vigtig rolle på mødet, da de på baggrund af deres erfaringer bidrager med perspektiver og ideer, som ikke nødvendigvis bliver nævnt af de deltagende borgere og pårørende.

4.2 Metodeovervejelser

Det skal i processen overvejes, hvordan der sikres tilstrækkelig anonymitet og fortrolighed omkring borgerne og deres fortællinger. Som ved fokusgruppeinterview og andre gruppesessioner, opnår deltagerne viden om hinanden under brugerdialogen. Kommunerne har på forhånd informeret borgerne og de pårørende om dette vilkår og indhentet deres informerede samtykke. Under brugerdialogen forklares mundtligt om mødets fortrolige karakter, at det er frivilligt, hvad man fortæller om, samt at deltagelse i det hele taget er frivillig. Der noteres ingen personhenførbare oplysninger på de post its, som udgør resultatet af brugerdialogen. Ligeledes har der ikke været opbevaret personhenførbare oplysninger om de deltagende borgere og pårørende hos DEFACTUM.

Det kan være følsomt at deltage i en brugerdialog. Både for borgere og pårørende, som fortæller om personlige oplevelser, livsstilsændringer, der lykkes, og nogle, der lykkes mindre

¹ Om brugerdialogmetoden, se: Brugerdialog – Et kraftfuldt værktøj (2015), Koncern HR, Region Midtjylland <https://www.rm.dk/om-os/organisation/koncern-hr/uddannelse-udvikling-og-arbejdsmiljo/udvikling/inspiration/udgivelser/brugerdialog--et-kraftfuldt-varktøj/>. Der findes desuden forskellige beskrivelser af tilsvarende metoder, særligt i sundhedsvæsenet, se for eksempel feedbackmøde-metoden: <https://www.regionh.dk/patientinddragelses-guiden/metoder/Sider/feedbackmoeder.aspx>

godt, og om deres liv derhjemme. Og for medarbejdere og ledere kan det være følsomt at skulle lytte til, hvordan deres arbejde og de selv opleves af borgerne og de pårørende. DEFACTUMs udefrakommende facilitatorrolle tjener til at sikre anerkendelse af de tilstedeværendes perspektiver på mødet. Der arbejdes således ud fra en anerkendende og systemisk tilgang.

Brugerdialogens særlige ramme betyder, at forholdsvis få borgere (gerne 4-6 personer) inviteres til mødet. Den fortrolige og trygge ramme, styret af en neutral interviewer, bidrager til, at borgeres og pårørendes personlige og sammenhængende fortælling får mere plads, end hvis et større antal borgere og pårørende deltog i et møde om fastholdelse af sundhedsvaner. Det er uafklaret, hvilken idé-udvikling en større anlagt workshop med flere borgere ville føre til, men det antages, at mere personlige og følsomme tematikker ikke i samme grad ville træde frem. Ligesom det formodes, at større workshops ikke ville give medarbejdere samme ro til at lytte og mærke, hvordan det er at være borger eller pårørende til en i sundhedscentret – og på samme måde få mulighed for at reflektere over de fortællinger, der fremkommer.

Udbyttet af brugerdialogen afhænger, som ved anden dataindsamling, af deltagernes engagement samt de konkrete erfaringer, deltagerne har haft. Afbud på dagen kan betyde, at der er færre erfaringer til stede under brugerdialogen, som ideerne kan udvikles ud fra. I tilfælde af afbud gives der god plads til de fremmødtes fortællinger og udvikling af ideer. I sådanne tilfælde spiller det en betydelig rolle, at medarbejderne supplerer med de erfaringer, de har fra deres møder med mange forskellige borgere.

4.3 Planlægning af brugerdialogerne

4.3.1 Rekruttering og invitation

Rekruttering og invitation af borgere til brugerdialogerne blev udført af de to sundhedscentre. Rekrutteringskriterier samt det indledende arbejde med udformning af samtykkeerklæring og invitation til brugerdialogen blev udarbejdet i samarbejde med DEFACTUM. Den enkelte kommune havde mulighed for at tilføje egne lokale formuleringer, så invitationen blev tilpasset lokale forhold.

I Viborg Kommune deltog fire borgere med type 2 diabetes, en pårørende og fem medarbejdere/ledere. I Skive Kommune deltog fem borgere med type 2 diabetes, to pårørende og tre medarbejdere/ledere. I de to brugerdialoger deltog i alt:

- 9 borgere med type 2 diabetes
- 3 pårørende
- 8 medarbejdere/ledere

Fra DEFACTUM deltog to metodekonsulenter, som sammen faciliterede dialogmødet. Projektlederen fra satspuljeprojektet deltog som observatør med henblik på tværgående læring og opsamling.

4.3.2 Formøder

Før hver brugerdialog blev der afholdt formøde på video med sundhedscentrets medarbejdere/ledere og konsulenterne fra DEFACTUM. Her blev interviewguiden, som DEFACTUM forinden havde fremsendt udkast til, gennemgået. Forud for udsendelse af udkastet havde DEFACTUM inddraget en brugerkonsulent i udarbejdelsen. Hver kommune havde mulighed for

at komme med input til særlige emner eller fokusområder, som kunne inkluderes i brugerdialogen. Formødet blev ligeledes anvendt til at give medarbejdere og ledere en introduktion til metoden samt deres rolle under brugerdialogen. Efter formødet blev der udsendt skriftligt materiale, der også beskrev medarbejders og leders rolle.

4.4 Tværgående opsamlingsmøde

Efter afholdelse af brugerdialogerne gennemførtes et tværgående opsamlingsmøde med deltagelse af medarbejdere og ledelse fra Skive Kommune og Viborg Kommune samt projektleder fra satspuljeprojektet. Det tværgående opsamlingsmøde havde til formål:

- i) At kvalificere den tværgående analyse af tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af sundhedsvaner, udarbejdet af DEFACTUM og fremsendt forud for det tværgående møde
- ii) At skabe rum for refleksion blandt medarbejdere og ledere samt give mulighed for, at medarbejdere på baggrund af refleksioner kunne tilføje og uddybe tematikker og ideer
- iii) At skabe gensidig inspiration mellem kommunerne

På det tværgående opsamlingsmøde deltog repræsentanter fra de to sundhedscentre, som også havde deltaget i brugerdialogerne. Desuden deltog de to metodekonsulenter fra DEFAC-TUM samt projektlederen fra satspuljeprojektet.

På opsamlingsmødet faciliterede DEFACTUM en gennemgang og drøftelse af tematikker og ideer fra brugerdialogerne. På mødet skete en videreudvikling af ideer, ligesom nye ideer blev tilføjet. Ideer og tematikker er opsamlet i indeværende notat og er beskrevet i afsnit 2 og 3.

