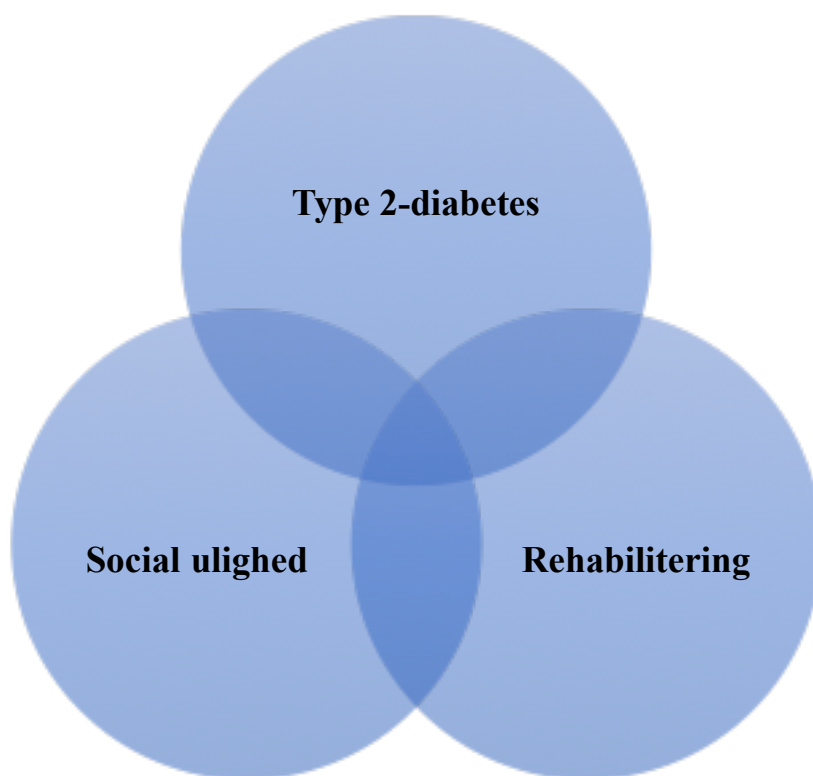




AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Social ulighed i type 2-diabetes rehabilitering

Speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab



Gruppe 10.317

Lotte Lykke Larsen

Vigga Marie Norup Jensen

Sisse Rodkjær Søndergaard

Vejleder: Kirsten Schultz Petersen

Antal anslag: 239.302

Anvendt referencesystem: APA

Afleveringsdato: 07.06.18

Forord

Følgende speciale er udarbejdet i forbindelse med kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden 1. februar 2018 til 7. juni 2018.

En særlig stor tak skal lyde til vejleder Kirsten Schultz Pedersen for grundig vejledning og godt samarbejde. Yderligere takkes hun for støtte, faglige diskussioner og stimulering til refleksioner processen igennem. Vi er blevet udfordret og støttet hele forløbet og har gennemgået en positiv og lærerig proces gennem specialeskrivningen.

God læselyst.

Lotte Lykke Larsen,

Vigga Marie Norup Jensen,

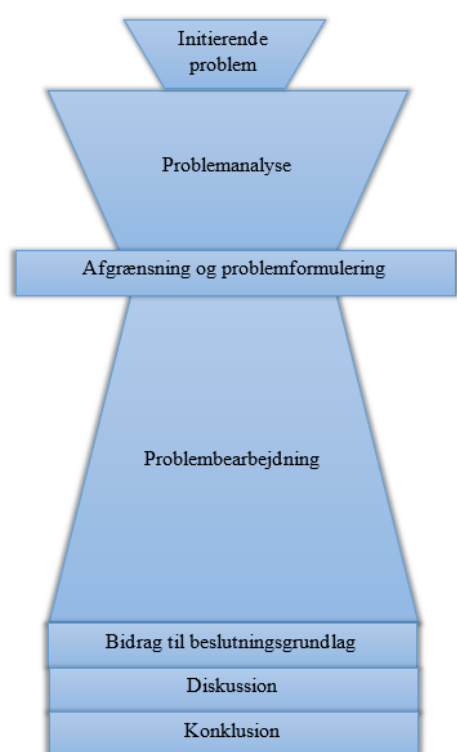
Sisse Rodkjær Søndergaard

Stud.can.scient.san.publ.

Læsevejledning

Specialet er struktureret ud fra Aalborg-modellen i relation til problemorienteret projektarbejde (Aalborg Universitet, 2015). Følgende læsevejledning vil kort forklare specialets opbygning.

I afsnit 1. *Initierende problem* præsenteres specialets problemstilling. Efterfølgende vil 2. *Problemanalyse* problematisere og analysere specialets problemstilling, hvilket indsnævrer problemstillingen og ender ud i en afgrænsning og specialets formål, som præsenteres i afsnit 3.



Afgrænsning. I afsnit 4. *Problemformulering* vil specialets problemformulering og forskningsspørgsmål fremgå. Afsnit 5-9 omhandler specialets problembearbejdning. Der argumenteres der for specialets videnskabsteoretiske position, styringsmodel for tilrettelæggelse og udarbejdelse af specialet, teoretisk referenceramme, inddragede metoder og specialets resultater. Resultaterne fører til specialets bidrag som præsenteres i afsnit 10. *Bidrag.* Afsnit 11. *Resultatdiskussion* omhandler diskussion af resultater. Afsnit 12. *metodediskussion* er metodediskussion hvor styrker og begrænsninger ved specialets planlægning og udførelse diskuteres. Afslutningsvis konkluderes der på specialet i afsnit 13. *Konklusion.* Opbygningen af specialet vil yderligere blive uddybet efter præsentation af specialets problemformulering.

Figur til visualisering af specialets struktur ud fra Aalborg-modellen

Resume

Titel: Social ulighed i type 2- diabetes rehabilitering.

Baggrund: Type 2-diabetes er på verdensplan i stigende udvikling og anslås at være en af de mest tungtvejende kroniske sygdomme associeret med nedsat livskvalitet og for tidlig død. Type 2-diabetes rammer hele befolkningen, men der er social ulighed indenfor type 2-diabetes, idet borgere med lav socioøkonomisk status har højere incidens og rammes hårdere af senfølger sammenlignet med borgere med høj socioøkonomisk status. Type 2-diabetes anses derfor som et folkesundhedsmæssigt problem, både for det enkelte individ og for samfundet.

Formål: Formålet med specialet var at udarbejde et bidrag til beslutningsgrundlaget bag den kommende Sundhedsaftale for 2019-2022 i Region Nordjylland med sigte på forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes.

Metode: I specialet blev der anvendt en hermeneutisk videnskabsteoretisk position, med inddragelse af en teoretisk referenceramme som bestod af Dahlgren & Whiteheads socioøkologiske model og Signild Vallgårdas distinktion mellem dikotomi og gradientforståelse.

Der blev udarbejdet en dokumentanalyse på udvalgte dokumenter, som ligger bag region Nordjyllands Sundhedsaftale. Endvidere blev der foretaget en systematisk litteratursøgning.

Resultater: Dokumentanalysen viste, at rehabilitering af borgere med type 2-diabetes overvejende udlægges som individcentreret. Tilgangen til forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes udlægges som en dikotomiforståelse, og dermed højrisikostrategi.

Studierne fra den systematiske litteratursøgning viste, at en kombination af en strukturel- og højrisiko forebyggelsesstrategi, støtte fra borgerens sociale relationer og opmærksomhed på borgernes levevilkår kan bidrage til forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes.

Den samlede rekontekstualisering af resultaterne fra dokumentanalysen og studierne fra den systematiske litteratursøgning viste, at en kombineret forebyggelsesstrategi, en udbygning af den nuværende stratificering, samt støtte fra borgerens sociale relationer kan bidrage til forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes. Den samlede rekontekstualisering udgør anbefalingerne i bidraget til beslutningsgrundlaget bag den kommende Sundhedsaftale for 2019-2022 i Region Nordjylland.

Konklusion: En kombineret forebyggelsesstrategi, en udbygning af den nuværende stratificering, samt støtte fra borgerens sociale relationer kan bidrage til forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes. Det konkluderes, at hvis bidragets anbefalinger bliver succesfuldt implementeret i rehabilitering, kan det bidrage til forebyggelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes. Specialets anbefalinger kunne kvalificeres ved at yderligere undersøgelser af problemfeltet.

Abstract

Title: Social inequality in Type 2 diabetes rehabilitation

Background: Globally, Type 2 diabetes is increasing and is estimated to be one of the most burdensome chronic diseases associated with reduced quality and quantity of life. Type 2 diabetes affects the entire population, but social inequality exists within Type 2 diabetes patients, because the incidence of Type 2 diabetes is higher among citizens with low socioeconomic status. Moreover, citizens with low socioeconomic status are to a larger extent affected by late diabetic complications than citizens with high socioeconomic status. Therefore, Type 2 diabetes is considered to be a public health issue both for the individual and for society.

Aim: The objective of this master thesis was to make a contribution to the basis of decision-making of the forthcoming Sundhedsaftale for year 2019-2022 in the Region of Northern Jutland, aimed at preventing social inequality in rehabilitation of patients with Type 2 diabetes.

Method: In the master thesis, a hermeneutical approach was used, incorporating a theoretical framework consisting of Dahlgren & Whitehead's socioecological model. Furthermore, Signild Vallgård's distinction between dichotomy and gradient, in relation to how health problems are seen, was a part of the theoretical framework.

A document analysis was made on selected documents related to the region of Region of Northern Jutland Sundhedsaftale. Also, a systematic literature search was carried out.

Results: The document analysis showed that rehabilitation of patients with Type 2 diabetes is predominantly expressed as individual-centered. The approach to prevent social inequality in rehabilitation of patients with Type 2 diabetes is expressed as a dichotomous understanding, and therefore a high-risk strategy. The studies from the systematic literature search showed that a combination of a structural and high-risk prevention strategy, support from the citizen's social relations, and attention on the citizen's living conditions may contribute to prevention of social inequality in rehabilitation of citizens with Type 2 diabetes. The combined re-contextualization of the results from the document analysis and the systematic literature search showed that a combined prevention strategy, an expansion of the present stratification, and support from the citizen's social relations may contribute to prevention of social inequality in rehabilitation of patients with Type 2 diabetes. The combined re-contextualization constitute the recommendations in the contribution to the basis of decision-making of the forthcoming Sundhedsaftale for year 2019-2022 in the Region of Northern Jutland.

Conclusion: A combined prevention strategy, an expansion of the current stratification, and support from the citizen's social relations may contribute to prevention of social inequality in rehabilitation of patients with Type 2 diabetes. In conclusion, if the recommendations of the contribution are successfully implemented in rehabilitation, social inequality in rehabilitation of Type 2 diabetes patients may be prevented. The recommendations provided in this master thesis could be qualified by further research.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	9
2. Problemanalyse	10
2.1. Social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes	10
2.2. Forklaringer på social ulighed i rehabilitering af type 2-diabetes	12
2.2.1. Individcentreret forklaring på social ulighed i rehabilitering	13
2.2.2. Self-efficacy som forklaring på social ulighed i rehabilitering	14
2.2.3. Sociale relationer som forklaring på social ulighed i rehabilitering	15
2.2.4. Lokalområde som forklaring på social ulighed i rehabilitering.....	16
2.2.5. Et distalt perspektiv som forklaring på social ulighed i rehabilitering	17
2.3. Den politiske baggrund for rehabilitering af borgere med type 2-diabetes	18
2.3.1. Grundlaget bag DM2 rehabilitering i kommunalt regi og social ulighed	18
2.3.2. Lovgivning bag type 2-diabetes rehabilitering	18
2.3.3. Ansvarsfordeling mellem kommune og region i DM2 rehabilitering	19
3. Afgrænsning.....	21
3.1. Formål	21
4. Problemformulering.....	22
5. Videnskabsteori.....	24
5.1. Paradigme og forskningstype.....	24
5.2. Hermeneutik som videnskabsteoretisk position.....	24
5.2.1. Metodehermeneutik og den hermeneutiske cirkel	25
5.2.2. Forforståelse.....	26
6. Maxwells interaktive model som styringsredskab	27
7. Teoretisk referenceramme	29
7.1. Teori som linse.....	29
7.2. Specialets teoretiske referenceramme.....	30

7.2.1. Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model	30
7.2.2. Vallgårdas dikotomi eller gradient forståelse	31
8. Metoder	33
8.1. Dokumentanalyse.....	33
8.1.1. Udvalgelse og argumentation for valgte dokumenter	34
8.1.2. Analysestrategi til dokumentanalyse	37
8.2. Litteratursøgning.....	41
8.2.1. Indledende søgning	42
8.2.2. Systematisk litteratursøgning.....	42
8.2.3.Valg af databaser.....	46
8.2.4. Inklusions- og eksklusionskriterier	47
8.2.5 Udvalgelse og kvalitetsvurdering.....	47
8.2.6. Tjeklister til kvalitetsvurdering.....	48
8.2.7. Analyse af videnskabelige studier fra systematisk litteratursøgning.....	49
9. Resultater	50
9.1. Resultater fra dokumentanalyse.....	50
9.1.1. Rekontekstualisering af dokumentanalyse.....	51
9.1.2. Belæg for ovenstående rekontekstualisering	53
9.2. Resultater fra analyse af systematisk litteratursøgning.....	62
9.2.1. Præsentation af udvalgte studier	62
9.2.2. Analyse af udvalgte studier fra systematik søgning	73
9.2.3. Rekontekstualisering af de udvalgte studier	76
9.3. Samlet rekontekstualisering af resultater	77
10. Kontekstbeskrivelse og bidrag til beslutningsgrundlag	80
10.1. Kontekstbeskrivelse	80
10.2. Bidrag.....	81

11. Resultatdiskussion	83
11.1. Diskussion af indholdet i bidraget	83
11.1.1. Kombineret forebyggelsesstrategi	83
11.1.2. Forebyggelsespotentiale i borgernes sociale relationer	86
11.1.3. Udbygge den nuværende stratificering	87
11.2. Modtager og afsender af bidraget	88
11.3. Beslutningsmagt hos Sundheds- og Ældreministeriet	89
11.4. Velvillighed til at inddrage specialets budskaber	91
11.4.1. Input via medier	91
11.4.2 Input via lobbyarbejde	92
11.4.3. Prioritering af frihed eller fællesskab i forebyggelsesetik	92
11.4.4. Samfundsøkonomiske overvejelser	94
11.5. Ny vejledning fra sundhedsstyrelsen i høring.....	96
11.6. Implementering af bidraget i kommunal rehabiliterings praksis	97
11.7. Betydningen af lægmandsperspektivet	98
11.8. Opsamling på resultatdiskussion.....	99
12. Metodediskussion	101
12.1. Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning.....	101
12.2. Diskussion af den videnskabsteoretisk position	101
12.3. Diskussion af Maxwells interaktive model som styringsredskab	102
12.4. Diskussion af specialets teoretiske referenceramme.....	103
12.5. Diskussion af dokumentanalysen.....	105
12.6. Diskussion af systematisk litteratursøgning.....	107
12.7. Diskussion af analysestrategi.....	109
12.8. Opsamling på metodediskussion.....	110
13. Konklusion.....	112

14. Referenceliste.....	113
15. Bilag.....	125
Bilag 1 - Kodetræ over dokumentanalyse.....	125
Bilag 2 – Søgeprotokol	146
Bilag 3 – Kvalitetsvurdering af studier	159
Bilag 4 – Bidrag til beslutningsgrundlag	171

1. Initierende problem

I Danmark er social ulighed i sundhed steget igennem de sidste to årtier (Sundhedsstyrelsen, 2011). Sundhedsstyrelsen har identificeret ti sygdomme, som bidrager til social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2011). Her i blandt diabetes, og det anslås, at diabetes er en af de mest tungtvejende kroniske sygdomme, associeret med nedsat livskvalitet og for tidlig død (Camilla Sortsø, Emneus, Green, Jensen, & Eriksson, 2015). Diabetes er en sygdom som rammer hele befolkningen. Dog er social ulighed knyttet til diabetes, fordi borgere med lav socioøkonomisk status har højere incidens og samtidig oplever flere senfølger, sammenlignet med borgere med høj socioøkonomisk status (Brown et al., 2004; Camilla Sortsø, Lauridsen, Emneus, Green, & Jensen, 2017). Antallet af diabetikere er fordoblet over en tiårig periode fra år 2002 til år 2012 (Diabetesforeningen, 2018). På nationalt plan var der i 2012 registreret 320.000 danskere med diabetes, hvoraf ca. 300.000 havde type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2017). Borgere med type 2-diabetes udgør dermed størstedelen af diabetestilfældene. Årsagerne til type 2-diabetes findes blandt andet i stillesiddende livsstil og overvægt (Agardh, Allebeck, Hallqvist, Moradi, & Sidorchuk, 2011). Diabetes er en af de mest omkostningsfulde sygdomme, idet der er mange omkostninger forbundet med sygdommens senfølger (Rosella et al., 2016). Senfølger udgør et folkesundhedsproblem, både i form af reduceret livskvalitet, nedsat funktionsevne og øgede samfundsudgifter (Rosella et al., 2016; Camilla Sortsø et al., 2015). For borgere med lav socioøkonomisk status er forekomsten af type 2-diabetes størst, og der ses en øget risiko for senfølger af type 2-diabetes, sammenlignet med borgere med høj socioøkonomisk status (Dalsgaard, Skriver, Sandbæk, & Vestergaard, 2015; Camilla Sortsø, Jørgen, Emneus, Green, & Jensen, 2016). På kommunalt plan anvendes rehabilitering som en del af behandlingen af type 2-diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2015). Rehabiliterende indsatser har blandt andet til formål at mindske risikoen for udvikling af senfølger (Johansen, Rahbek, Møller, & Jensen, 2004). Der ses ligeledes social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes, fordi borgere med lav socioøkonomisk status anvender rehabiliteringstilbud i mindre grad, samt har et mindre udbytte af rehabiliteringen end borgere med høj socioøkonomiske status (Grintsova, Maier, & Mielck, 2014; Camilla Sortsø et al., 2017). I de nationale kliniske retningslinjer og socialpolitiske aftaler som udgør baggrunden for kommunale type 2-diabetes rehabiliteringsindsatser, ser der ikke ud til at være fokus på social ulighed (Region Nordjylland, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2008, 2015). På baggrund af, at studier viser, at borgere med lav socioøkonomisk status anvender rehabiliteringstilbud mindre og har et mindre udbytte af rehabilitering, eksisterer der et behov for forandring i den nuværende rehabilitering af borgere med type 2-diabetes, således at social ulighed forebygges heri.

2. Problemanalyse

Problemanalysen tager udgangspunkt i et afsnit omhandlende social ulighed i type 2-diabetes rehabilitering. Herefter foretages en analyse af forskellige forklaringer på social ulighed i type 2-diabetes rehabilitering ud fra en model, som indgår i specialets teoretiske referenceramme. Efterfølgende afsnit omhandler den politiske og lovgivningsmæssige baggrund for rehabilitering af borgere med type 2-diabetes. Dette med henblik på analyse af, hvordan social ulighed håndteres i nuværende type 2-diabetes rehabilitering, samt hvem specialets bidrag forandring kan rettes mod.

2.1. Social ulighed i rehabilitering af borgere med type 2-diabetes

I 2007 indtrådte kommunalreformen, som blandt andet betød, at forebyggende og sundhedsfremmende indsatser blev kommunernes ansvar (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 beskriver, at det er kommunernes ansvar at skabe sunde rammer for borgerne, samt etablere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag (Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Kommunernes forebyggelsestilbud skal både rumme tiltag til raske borgere samt borgere med kronisk sygdom (Hanak, Falk, Størup, & Bruun, 2007). Forebyggelse til borgere med kronisk sygdom, som type 2-diabetes (herefter DM2), betegnes patientrettet forebyggelse, og har til formål at sygdommen ikke udvikler sig, og begrænse eller udskyde senfølger, blandt andet gennem rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2008). Rehabilitering af borgere med DM2 har, ligesom patientrettet forebyggelse, blandt andet fokus på at forhindre forværring og forebygge senfølger for borgere med DM2 (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Internationalt defineres rehabilitering ved, at borgeren opnår redskaber, således der opnås optimal funktionsevne (World Health Organization, 2011). Nationalt defineres rehabilitering ud fra Hvidbogen, hvor målet er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Johansen et al., 2004). Ambitionen bag hvidbogen er at danne en fælles national forståelse i forhold til rehabilitering (Johansen et al., 2004). Ydelserne i den kommunale rehabiliteringsindsats i forhold til DM2 indebærer patientuddannelse, kostvejledning, fysisk aktivitet og rygeafvænning (Sundhedsstyrelsen, 2015). Som nævnt i initierende problem er der social ulighed i anvendelse og udbytte af DM2 rehabilitering. I forhold til social ulighed i udbytte af rehabilitering viser et systematisk review fra 2014, at borgerens socioøkonomiske status påvirker udbyttet af DM2 rehabilitering (Grintsova et al., 2014). Det betyder, at borgere med lav socioøkonomiske status har mindre udbytte af DM2

rehabilitering, eksempelvis har borgere med lav socioøkonomiske status højere risiko for senfølger af DM2 (Grintsova et al., 2014). Social ulighed i udbytte af DM2 rehabiliteringstilbud kan antages at hænge sammen med social ulighed i anvendelsen af rehabiliteringen. Det understøttes af et systematisk review (2008) som viser, at borgere som frafalder rehabilitering har en højere risiko for senfølger sammenlignet med borgere som fortsætter i DM2 rehabiliteringstilbuddet. Studiet finder desuden, at borgere med lav socioøkonomiske status i mindre grad fastholder deres deltagelse i rehabilitering (Gucciardi, 2008). På den måde kan anvendelse af rehabilitering anskues som et forudgående led i årsagskæden til social ulighed i rehabilitering, da anvendelse påvirker udbyttet af DM2 rehabiliteringen. I forhold til social ulighed i anvendelse af rehabiliteringstilbud viser en dansk tværsnitsundersøgelse af Sortsø et al. (2017), at borgere med højere socioøkonomiske status er mere aktive i forhold til at benytte sundhedsydelser, og mere villige til at acceptere rehabiliteringstilbud, når de diagnosticeres med diabetes. Dermed ses, at selvom der i Danmark er lige adgang til sundhedsvæsenet, anvender borgere med lav socioøkonomiske status ikke altid den mulighed, der svarer til deres behov (Camilla Sortsø et al., 2017).

Social ulighed i anvendelse af rehabilitering kommer også til udtryk i et randomiseret kontrolleret studie fra 2007 som finder, at borgerens uddannelsesniveau er en afgørende determinant for både deltagelse og frafald af DM2 rehabiliteringstilbud (Thoolen, De Ridder, Bensing, Gorter, & Rutten, 2007). Tendensen til social ulighed i rehabilitering genfindes inden for andre kroniske sygdomme, eksempelvis kræftrehabilitering. Et dansk kohortestudie fra 2013 finder i tråd med ovenstående, at borgerens socioøkonomiske status påvirker både deltagelse og udbyttet af rehabilitering, her i relation til kræftrehabilitering (Holm et al., 2013). Det fremgår af studiet, at borgere med lav socioøkonomiske status i mindre grad deltager i rehabiliteringstilbud og at borgere med lav socioøkonomiske status i mindre grad deltager i kræftrehabilitering og ikke får deres rehabiliteringsbehov opfyldt tyder på, at der er en generel tendens til social ulighed i rehabilitering indenfor kroniske sygdomme, og ikke kun inden for rehabilitering af borgere med DM2.

Ovenstående viser, at der ser ud til at være social ulighed både i anvendelsen, det vil sige deltagelse i rehabiliteringen, samt i udbytte af DM2 rehabilitering. Der kan dermed sættes spørgsmålstejn ved, om den nuværende rehabiliteringsindsats passer til alle borgere med DM2. Derfor er der et behov for, at analysere mulige forklaringer på social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2, for at forstå

hvor og hvad der kan ændres, således at social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2 forebygges.

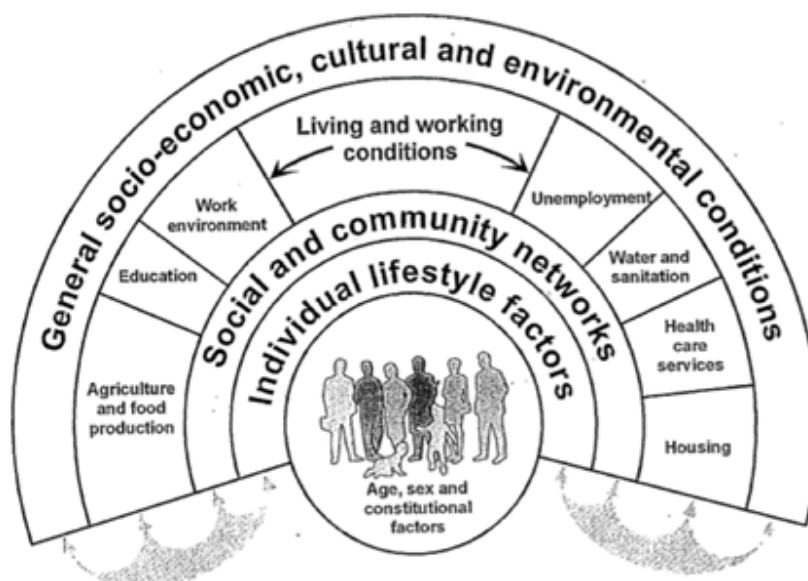
2.2. Forklaringer på social ulighed i rehabilitering af type 2-diabetes

Idet der ser ud til at være social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2, er det relevant først at præsentere social ulighed i sundhed generelt. Dette begrundes med en formodning om, at det er de samme determinanter for social ulighed i sundhed, der er udslagsgivende for social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2.

Når målet er at forebygge social ulighed i sundhed, er det afgørende og nødvendigt at kende til de bagvedliggende årsager hertil (Diderichsen, 2016). The Black Report fra 1980, udgivet af det engelske sundhedsministerium, har været epokegørende for opmærksomheden på social ulighed i sundhed, og for hvordan social ulighed i sundhed forstås i dag. The Black Report konkluderede, at der var en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og større sygelighed og dødelighed sammenlignet med borgere med høj socioøkonomiske status (Gray, 1982; Smith, Bartley, & Blane, 1990). I relation til borgere med DM2 er der tillige en sammenhæng mellem borgernes socioøkonomiske status og både morbiditet og mortalitet (Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, De Labry-Lima, & Márquez-Calderón, 2010).

For at opnå en nuanceret forståelse af social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2 anvendes en model som analytisk referenceramme for de følgende forklaringer på social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2. Modellen vil, jævnfør problemstillingen, fungere som et analyseredskab til at identificere hvor og hvad der kan ændres for at forebygge social ulighed. Dahlgren & Whitehead (1991) har udviklet en model, som illustrerer en socio-økologisk tilgang i forhold til hvordan social ulighed i sundhed opstår. I modellen er de mest betydningsfulde determinanter for menneskets sundhed kategoriseret i fire lag, der bygges ovenpå hinanden (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det første og yderste lag, illustrerer de generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår. Efterfølgende illustrerer det andet lag leve- og arbejdsvilkår, herunder blandt andet sundhedsydelser. Tredje lag illustrerer sociale relationer og fællesskab til familie, venner, naboer og lokalsamfund. Det fjerde og inderste lag illustrerer individuelle faktorer, som eksempelvis kostvaner (Dahlgren & Whitehead, 1991). Modellens lag har en indbyrdes afhængighed, eksempelvis er menneskets livsstil afhængig af levevilkår og sociale relationer (Dahlgren & Whitehead, 1991; Kjølner, 2007). Modellen

vil blive anvendt i de efterfølgende forklaringer til en analyse af, hvilket lag i modellen den enkelte forklaring på social ulighed i DM2 rehabilitering befinder sig på. Nedenfor i Figur 1 er modellen vist.



Figur 1: Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model (Dahlgren & Whitehead, 1991).

2.2.1. Individcentreret forklaring på social ulighed i rehabilitering

En individcentreret forklaring på social ulighed knytter sig til individets sundhedsadfærd. Individet betragtes som autonom og uafhængig. I denne forklaring er individets adfærd i forhold til livsstilsfaktorer forklarende for sygelighed og sundhed (Vallgård, 2009). I relation til social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2, kan forklaringen dermed vise, at social ulighed kan opstå grundet forskelle i adfærd i forhold til de anbefalinger, der modtages i rehabiliteringen, såsom kostråd og råd om fysisk aktivitet. Sundhedsvæsenets ansvar i denne forklaring er dermed at holde fokus på at skabe forudsætninger og rammer for, at det enkelte individ kan foretage sunde valg, og dermed leve sundt med sygdom (Vallgård, 2009). Rammer kan ikke udelukkende forbedre sundhedstilstanden. Det kræver ligeledes, at individet selv tager ansvar for egen sundhed og er villig til at ændre vaner (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014). En australsk kvalitativ interviewundersøgelse fra 2014 finder, at der er en sammenhæng mellem individets motivation og mulighed for at ændre sundhedsadfærd blandt borgere med DM2 (Jones, Crabb, Turnbull, & Oxlad, 2014). Studiet konkluderede, at motivation er et vigtigt element i forhold til, at borgeren formår at håndtere sygdommen og muliggøre ændring af sundhedsadfærd. Manglende motivation blev i studiet forbundet med en ringe evne til at håndtere DM2 hensigtsmæssigt (Jones et al., 2014). Social ulighed

i udbytte af rehabilitering af borgere med DM2, kan dermed i denne forklaring antages at tilskrives forskellige grader af motivation i relation til anbefalede adfærdsændringer, afhængigt af borgerens socioøkonomiske status.

Ud fra Dahlgren og Whiteheads (1991) model kan individets motivation og eget ansvar for sundhedstilstanden placeres i modellens fjerde lag, der knytter sig til individuelle livsstilsfaktorer. Befolkningen reagerer forskelligt på livsstilsændringer, eksempelvis udgør kulturelle og sociale traditioner en udfordring i forhold til at ændre kostvaner og fysisk aktivitet blandt højriskogrupper (Sundhedsstyrelsen & Teknologivurdering Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering Type 2 diabetes, 2003). Dette kan ses i forlængelse af, at borgerens socioøkonomiske status kan påvirke evnen til at efterleve anbefalede livsstilsændringer (Brown et al., 2004). Dermed kan forskelle i motivation og efterlevelse af anbefalinger være en mulig forklaring på social ulighed i DM2 rehabilitering.

2.2.2. Self-efficacy som forklaring på social ulighed i rehabilitering

Idet at der antydes at være social ulighed i udbytte af rehabilitering, kan social ulighed i senfølger af DM2 anskues som en utilsigtet konsekvens af rehabilitering. En utilsigtet konsekvens opstår når et tiltag afføder andre konsekvenser end de forudsete (Merton, 1936). Ubehandlet DM2 kan medføre flere senfølger, og disse kan blandt andet forhindres eller udsættes ved øget fysisk aktivitet, kostændringer og rygeafvænning (Chong et al., 2017; Sundheds- og ældreministeriet, 2017). Det anbefales ofte, at borgere som er diagnosticeres med DM2 ændrer sundhedsadfærd (Chong et al., 2017). Dette er i tråd med, at ydelserne i DM2 rehabilitering omhandler øget fysisk aktivitet, kostændringer og rygestop (Sundhedsstyrelsen, 2015). For at undgå senfølger stiller det dermed krav til borgerens håndtering af sygdommen. Succesfuld håndtering af DM2 afhænger af adfærd knyttet til borgerens egenomsorg (Mladenovic, Wozniak, Plotnikoff, Johnson, & Johnson, 2014). Social ulighed i udbytte af rehabilitering, kan dermed forklares ud fra borgernes forskellige niveauer af egenomsorg og dermed håndteringsstrategier. Et norsk studie af Oftedal et al. (2011), som omhandler borgere med DM2's motivation for kost- og motionsændringer, fandt en positiv sammenhæng mellem personens forventning til at mestre ændringerne og den senere rapporterede fysisk aktivitet (Oftedal et al., 2011). Dette kan indikere, at personens forventning til at klare udfordringen har indflydelse på borgerens håndtering af diabetes og dermed borgerens evne til at ændre adfærd.

De adfærdsmæssige forhold der er i spil hos individet i forhold til at træffe beslutninger er begrebsliggjort af teoretikeren Albert Bandura (1999) med begrebet self-efficacy. Self-efficacy indebærer borgerens selvkompetencer, det vil sige borgerens erfaringer og tiltro til egne evner i relation til at ændre en specifik adfærd (Bandura, 1999). Personer med høj self-efficacy vil tilgå en udfordring med optimisme, gåpåmod og en tro på at situationen lykkes. Disse personer er handlingsorienterede og har troen på, at de kan overvinde udfordringen, og agerer aktivt (Bandura, 1999). Ifølge et studie fra 2017 ses der en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og en lav grad af self-efficacy (D'Souza et al., 2017). Med viden om, at borgere med lav socioøkonomiske status har en mindre grad af self-efficacy, er muligheden for at opnå adfærdsændringer tillige være ulige fordelt. Begrebet self-efficacy kan dermed være en forklaringsmekanisme i forhold til, at der er social ulighed i rehabiliteringen, blandt borgere med DM2. I forhold til Dahlgren og Whiteheads (1991) model kan begrebet self-efficacy placeres på det fjerde og inderste lag i modellen, da det er forbundet med det enkelte individs mestring af en udfordring.

2.2.3. Sociale relationer som forklaring på social ulighed i rehabilitering

I det følgende afsnit analyseres, hvordan borgerens sociale relationer påvirker DM2 rehabiliteringen. Gennem sociale relationer til eksempelvis ægtefælle, familie og venner kan individet få social støtte. Social støtte er relateret til et bedre helbred og en bedre sygdomshåndtering (Riley, Glasgow, & Eakin, 2001). I relation til DM2 rehabilitering har borgerens sociale relationer endvidere betydning for udbyttet af DM2 rehabilitering. Det kommer til udtryk i et hollandsk mixed methods studie fra 2017, som finder, at sociale relationer har betydning for hvorledes borgere med lav socioøkonomiske status håndterer DM2 (Vissenberg et al., 2017). Der ses en tendens til, at borgere med lav socioøkonomiske status har svært ved at opretholde livsstilsændringer. Studiet konkluderer, at gruppebaserede rehabiliteringsforløb og samtidig involvering af pårørende kan forbedre sygdomshåndteringen blandt borgere med lav socioøkonomiske status (Vissenberg et al., 2017). På den måde bidrager inddragelse af borgerens sociale relationer i rehabilitering til at eksempelvis livsstilsændringer bevares (Vissenberg et al., 2017). I tråd hermed finder en dansk tværsnitsundersøgelse blandt borgere med DM2, at støtte fra familie og venner er associeret med en bedre sygdomshåndtering og bedre velbefindende (Schiøtz, Bøgelund, Almdal, Jensen, & Willaing, 2012).

I forhold til Dahlgren og Whiteheads (1991) model kan sociale relationer adresseres til det tredje lag i modellen, som blandt andet illustrerer individets sociale netværk. På baggrund heraf kan det antages,

at borgerens sociale relationer kan være en bidragende forklaring til social ulighed i DM2 rehabilitering. Med andre ord kan borgerens sociale relationer, og den sociale støtte som er knyttet til disse relationer, være en forklaring på social ulighed i DM2 rehabilitering.

2.2.4. Lokalområde som forklaring på social ulighed i rehabilitering

Ifølge The Marmot Review (2010) er det nødvendigt at skabe et mere lige samfund, for at reducere social ulighed i sundhed. Det skyldes, at ulighed i sundhed kan opstå på grund af ulige forhold i samfundet, blandt andet hvor borgeren er født og opvokset (Marmot, 2010). For borgere der lever i belastede lokalområder er både levetid og leveår uden funktionsnedsættelse kortere end hos borgere i velstillede lokalområder (Marmot, 2010). Når borgere som lever i belastede lokalområder har færre leveår uden funktionsnedsættelse må det formodes, at det lokalområde som borgeren bor i, også kan have betydning for social ulighed i DM2 rehabilitering. At lokalområdet er determinerende for social ulighed i rehabilitering underbygges af en engelsk tværsnitsundersøgelse som finder, at mennesker som bor i belastede lokalområder har en forøget risiko for diabetisk øjensygdom, fordi de i mindre grad udnytter forebyggende indsatser (Scanlon et al., 2008). At borgere fra belastede lokalområder ikke deltager i DM2 rehabilitering i samme grad som borgere fra ikke-belastede lokalområder, kan bidrage til at forklare social ulighed i rehabilitering. I et belastet lokalområde er udbuddet af sund mad og mulighed for fysisk aktivitet mindre sammenlignet med ikke-belastet lokalområde (Andersen et al., 2008). Derfor kan lokalsamfundet påvirke individets sundhedsadfærd, hvilket kommer til udtryk ved, at mennesker som bor i et belastet lokalområde oftere er fysisk inaktive sammenlignet med mennesker som bor i et ikke-belastet lokalområde (Scanlon et al., 2008). De forskellige udbud af sund mad og mulighed for fysisk aktivitet er afhængigt af lokalområdet, og kan være en medvirkende forklaring på social ulighed i udbyttet af rehabilitering. Det antages derfor, at borgere som bor i belastede lokalområder har sværere ved at leve op til de anbefalinger, som gives i DM2 rehabilitering, i forhold til kostvaner og fysisk aktivitet, når adgangen hertil er begrænset, sammenlignet med ikke-belastede områder.

I lyset af Dahlgren & Whiteheads (1991) model tager lokalområde som forklaring på social ulighed i DM2 rehabilitering udgangspunkt i det tredje lag, som blandt andet indeholder lokalområdet. Dermed kan en forklaring på social ulighed i DM2 rehabilitering også henledes til individets kontekst, i form af lokalområde.

Ovenstående afsnit har analyseret social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra den nære kontekst i form af lokalområdet. Imidlertid udgøres borgerens kontekst ikke udelukkende af lokalsamfund og sociale

relationer, fordi det yderste lag illustrerer generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår, jævnfør Dahlgren & Whiteheads (1991) model. Derfor er der behov for en analyse som også inddrager det yderste lag som forklaring på social ulighed i rehabilitering. Følgende afsnit vil analysere kontekstens betydning for social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra et distalt perspektiv, fordi det kan repræsentere de tre yderste lag, og dermed en bredere kontekst.

2.2.5. Et distalt perspektiv som forklaring på social ulighed i rehabilitering

Kommunal rehabilitering indeholder blandt andet patientuddannelse, kostændringer og øget fysisk aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2015). Fokuseringen på livsstilsændringer kan ses i lyset Geoffrey Roses distinktion mellem 'causes of cases' og 'causes of incidence'. Med 'causes of cases' er fokus en individcentreret forklaring på sygdom, eksempelvis kostvaners sammenhæng med diabetes (Rose, 1985). Rose argumenterer for, at 'causes of incidence' er en mere anvendelig tilgang til at få viden om bagvedliggende determinanter bag sygdomsprævalenser og incidenser, fordi fokus flyttes til hele populationens karakteristika frem for udelukkende individets (Rose, 1985). Denne antagelse understøttes af Link & Phelan (1995) som argumenterer for, at der i forebyggelse ikke udelukkende skal fokuseres på individuelle risikofaktorer. Hvis forebyggelsen skal have den bedste effekt, skal sociale levevilkår, som udgør konteksten for individuelle risikofaktorer, ligeledes indtænkes. Link & Phelan argumenterer således for, at der i forebyggelse ikke udelukkende skal fokuseres på proksimale faktorer for sygdom, men tillige distale faktorer som eksempelvis sociale levevilkår (Link & Phelan, 1995).

På baggrund heraf kan social ulighed i håndtering af DM2 ikke udelukkende forstås ud fra et individcentreret fokus, men tillige ud fra konteksten, eksempelvis i form af sociale levevilkår. Det betyder, at konteksten har betydning for forebyggelse af social ulighed i rehabiliteringen. I forhold til Dahlgren & Whiteheads (1991) model indikerer de inddragede teorier, at social ulighed kan forklares ud fra flere forskellige lag i modellen. Det vægtlægges, at fokus på individuelle faktorer ikke kan forklare den sociale ulighed i DM2 rehabilitering alene, derfor kan forklaringen ud fra de sociologiske teorier tilskrives modellens tre yderste lag. Således er konteksten forstået som de tre yderste lag i Dahlgren og Whiteheads (1991) model.

Ovenstående fem forklaringer belyser, at social ulighed i DM2 rehabilitering kan forklares ud fra flere perspektiver og lag i Dahlgren og Whiteheads (1991) model.

2.3. Den politiske baggrund for rehabilitering af borgere med type 2-diabetes

Følgende afsnit vil tage udgangspunkt i politiske dokumenter, som danner baggrund for DM2 rehabilitering i relation til at fremanalysere, hvem der har ansvar for DM2 rehabilitering og dermed hvor det er muligt at implementere forandring med henblik på at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

2.3.1. Grundlaget bag DM2 rehabilitering i kommunalt regi og social ulighed

Kommunernes forebyggelsesindsatser, herunder rehabilitering, tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Forebyggelsespakkerne indeholder anbefalinger, og forslag til hvorledes kommunerne kan prioritere og tilrettelægge forebyggelsesindsatser i en lokal kontekst (Sundheds- og ældreministeriet, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2012). I forebyggelsespakkerne er forebyggelse af social ulighed i sundhed et gennemgående tema, grundet en ulige forekomst og fordeling af sundhed i befolkningen. Derfor lægger forebyggelsespakkerne op til, at kommunerne skal overveje, hvorvidt deres indsatser bidrager til at mindske social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012). I relation til DM2 rehabilitering bygger kommunernes rehabiliteringsindsats på *National Klinisk Retningslinje For Udvalgte Sundhedsfaglige Indsatser Ved Rehabilitering Til Patienter Med Type 2 Diabetes* og *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom* (Sundhedsstyrelsen, 2008, 2015). Forløbsprogrammet for diabetes anvendes, når borgere diagnosticeres med diabetes, herunder DM2, hvorudfra det vurderes, om borgeren henvises til kommunal praksis (Sundhedsstyrelsen, 2008). Forløbsprogrammet for diabetes er dermed ikke direkte tilknyttet DM2 rehabilitering, men angiver generelle retningslinjer fra diagnosetidspunkt og frem. Derimod er national klinisk retningslinje for rehabilitering af borgere med DM2 rettet direkte mod rehabilitering af borgere med DM2 og indeholder evidensbaserede anbefalinger hertil (Sundhedsstyrelsen, 2015).

2.3.2. Lovgivning bag type 2-diabetes rehabilitering

De danske kommuner har det største ansvar, når det omhandler ydelser og tilbud vedrørende rehabilitering (Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Kommunal rehabilitering er ikke angivet direkte i lovgivning, men der findes elementer, som kan indtænkes i rehabiliteringsopgaver i henholdsvis Sundhedslovgivning,

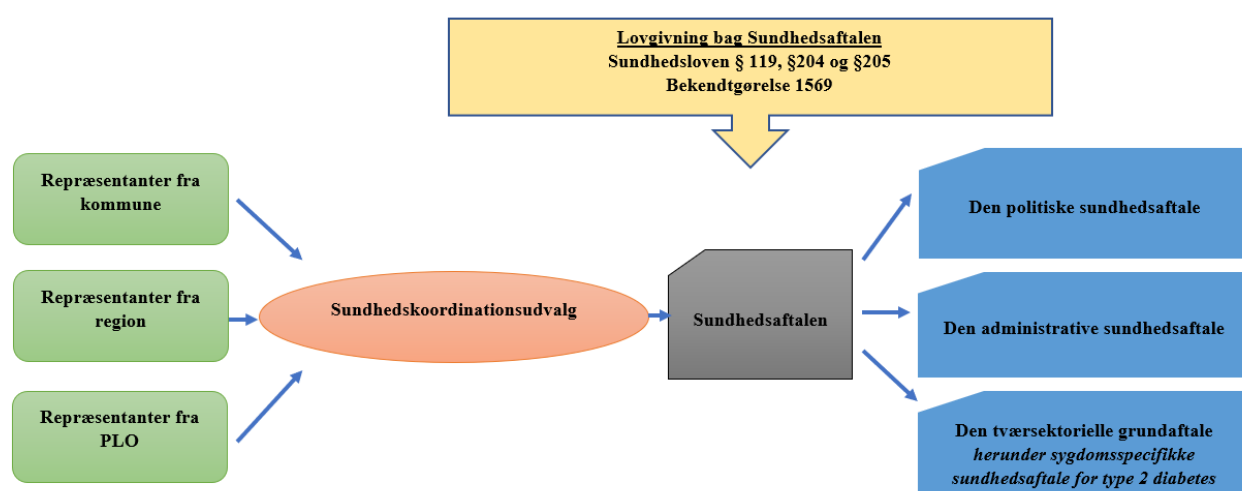
Service Lovgivning, Beskæftigelseslovgivning og Undervisningslovgivning (Socialministeriet et al., 2011).

I sundhedslovgivningen er ansvaret for rehabilitering hovedsageligt hos kommunen, mens ansvaret for rehabiliterende indsatser under indlæggelse på sygehus og i praksissektoren er placeret hos regionerne. I de resterende tre lovgivninger er det fulde ansvar hos kommunerne. Kommunerne har således størst mulighed for at sikre effektive og sammenhængende forløb hos borgerne (Socialministeriet et al., 2011). Kommunerne forvalter selv viden fra de fire lovgivninger og tilrettelægger rehabiliteringsindsatser herudfra, hvormed sammenhængende forløb kan udformes på tværs af lovgivningen (Socialministeriet et al., 2011). I Sundhedsloven fastlægges at forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse, er kommunernes ansvar (Socialministeriet et al., 2011; Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Rehabilitering er en del af patientrettet forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2015). I sociallovgivningen er formålet at fremme borgerens muligheder for at klare sig selv, og blandt andet forbedre borgernes livskvalitet (Socialministeriet, 2018; Socialministeriet et al., 2011). Hvis borgeren med behov for DM2 rehabilitering har mistet eller er i risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet grundet sygdommen, kan beskæftigelseslovgivningen inddrages (Beskæftigelsesministeriet, 2016; Socialministeriet et al., 2011). Den fjerde lovgivning på rehabiliteringsområdet, undervisningslovgivningen inddrages ved behov for undervisning og specialpædagogisk bistand (Socialministeriet et al., 2011). Ud fra lovgivningen har kommunen det overordnede ansvar for rehabilitering (Socialministeriet et al., 2011). Når flere lovgivninger er knyttet til rehabilitering medfører det en kompleksitet. Det fordi, at flere lovgivninger skal indtænkes i den rehabiliterende indsats. På grund af kompleksiteten i lovgivningen bag rehabilitering er det nødvendigt med viden om, hvor ansvaret for indholdet i rehabilitering af borgere med DM2 er placeret. Begrundelsen herfor er, at en identifikation af ansvarshavende indsats er nødvendig, hvis social ulighed i rehabilitering til borgere med DM2 skal forebygges.

2.3.3. Ansvarsfordeling mellem kommune og region i DM2 rehabilitering

Kommunalreformen i 2007 medførte en ny opgavefordeling mellem staten, landets fem regioner og 98 kommuner. Det betød, at kommunerne fik ansvaret for den del af rehabiliteringen som ikke foregår under sygehusindlæggelse (Due, Waldorff, Aarestrup, Laursen, & Curtis, 2008). Imidlertid er ansvarsfordelingen mellem kommune og region ikke helt tydelig, hvilket kommer til udtryk i Sundhedsloven §119 og §205. I sundhedslovens §119 fremhæves det, at regionen har ansvaret i forhold til forebyggende indsatser i praksissektor og i sygehusvæsenet. Tillige fremgår det af §119 at

kommunen har ansvaret for at etablere forebyggende tilbud til borgere, med rådgivning fra regionen (Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Dermed er ansvaret for rehabilitering et overlappende område mellem region og kommune. Det fælles ansvar kommer tillige til udtryk i Sundhedslovens §205, hvor det fremføres, at regionen i samarbejde med regionens kommuner udarbejder en sundhedsaftale i forhold til varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet (Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Sundhedsaftalen udarbejdes af et sundhedskoordinationsudvalg i den enkelte region, som jævnfør §204 består af medlemmer repræsenteret fra regionen og fra regionens kommuner, samt Praktiserende Lægers Organisation (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a). Således er beslutningsmagten i forhold til kommunal rehabilitering med et overvejede ansvar hos regionens sundhedskoordinationsudvalg. I relation til det forandringsbehov det initierende problem udleder, er det fremanalyseret, at en regions sundhedskoordinationsudvalg kan sættes som modtager af et bidrag, som har til formål at reducere social ulighed i DM2 rehabilitering. Dette med henblik på, at sundhedskoordinationsudvalget udarbejder Sundhedsaftalen, som blandt andet er grundlag for DM2 rehabilitering. Specialet har udvalgt Region Nordjyllands sundhedskoordinationsudvalg som modtager af bidraget. Dette begrundes med, at ifølge Sortsø et al. (2017) så er social ulighed i diabetes rehabilitering mindst i store byer, og hermed Region Hovedstaden, hvor imod uligheden er størst i landområder. Herudfra antages at Region Nordjylland er en gennemsnitlig region, idet regionen til dels består af store byer og landområder. Derfor betragtes Region Nordjylland som repræsentativ region for DM2 rehabilitering. I Figur 2 nedenfor at baggrunden for Sundhedsaftalen i Region Nordjylland skitseret.



Figur 2 Baggrunden for Sundhedsaftalen i Region Nordjylland.

3. Afgrænsning

Ud fra ovenstående problemanalyse er der fremanalyseret, at der eksisterer social ulighed både i anvendelse og udbytte af rehabilitering af borgere med DM2. Dette er både en udfordring for det enkelte individ, men ligeledes en udfordring set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv. I analysen af forskellige forklaringer på social ulighed, ud fra Dahlgren og Whiteheads model fremhæves, at determinanter på flere forskellige lag kan være forklarende i forhold til social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2.

I relation til Dahlgren & Whiteheads model er der belæg for at undersøge, hvorledes de resterende lag i modellen kan indtænkes og dermed inddrages i sundhedsaftalerne, som er retningsgivende for rehabiliteringsindsatser til borgere med DM2. Et bidrag til forandring i sundhedsaftalerne forestilles dermed at kunne bidrage til at forebygge social ulighed i kommunal rehabilitering blandt borgere med DM2.

Sundhedskoordinationsudvalget er fremanalyseret som beslutningstagere i forhold til Sundhedsaftalen, som danner grundlag for kommunal DM2 rehabilitering. Specialet afgrænser sig til at tage udgangspunkt i én region, hvor Region Nordjylland vurderes at som en gennemsnitlig region i forhold til social ulighed i DM2 rehabilitering. At bidrage til forandring indenfor social ulighed i kommunal DM2 rehabilitering udformes derfor med sigte på Region Nordjylland og ved forandring gennem sundhedsaftalen.

3.1. Formål

Formålet med specialet er at udarbejde et bidrag til beslutningsgrundlaget bag den kommende Sundhedsaftale for 2019-2022 i Region Nordjylland med sigte på at forebygge social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2. Bidraget til et beslutningsgrundlag rettes sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland, da de har ansvaret for udarbejdelsen af den kommende Sundhedsaftale.

4. Problemformulering

Nedenstående viser specialets problemformulering med tilhørende to forskningsspørgsmål, rettet specialets metoder.

Problemformulering

Hvordan forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering, og hvordan kan denne viden indgå som et bidrag til et beslutningsgrundlag i sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland til udformning af den kommende sundhedsaftale 2019-2022, således at social ulighed i DM2 rehabilitering forebygges?

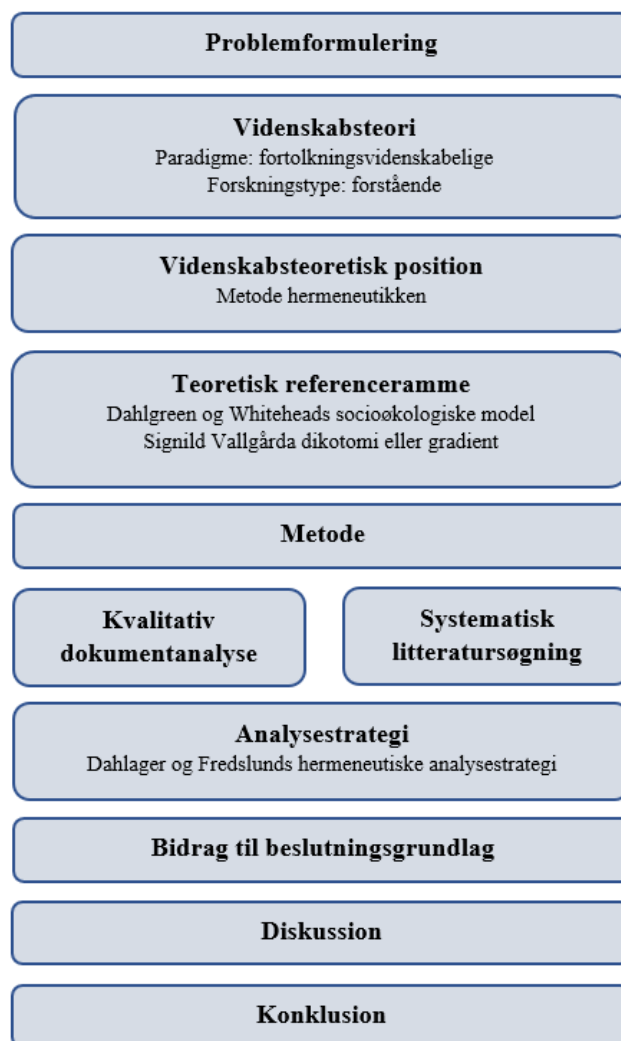
Første forskningsspørgsmål rettet dokumentanalyse

Hvordan udlægges DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed i Region Nordjyllands nuværende sundhedsaftale 2015-2018 samt i Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker og NKR Type 2 Diabetes, og hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering kan fortolkes her ud fra?

Andet forskningsspørgsmål rettet systematisk litteratursøgning

Hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering kan anbefales på baggrund af videnskabelige studier?

Ovenstående problemformulering og forskningsspørgsmål vil være styrende for de fremadrettede videnskabsteoretiske, teoretiske og metodiske valg i specialet. Efterfølgende afsnit vil udfolde dette. I Figur 3 nedenfor ses en oversigt over specialets opbygning:



Figur 3: Oversigt over specialets opbygning.

5. Videnskabsteori

Følgende afsnit belyser specialets paradigme og forskningstype samt videnskabsteoretisk positionering, hvor der argumenteres for relevans i forhold til problemformuleringen.

5.1. Paradigme og forskningstype

Jævnfør specialets formål ønskes det, at udforme et bidrag til et beslutningsgrundlag rettet den kommende Sundhedsaftale i Region Nordjylland med sigte på at forebygge social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2. For at kunne udforme et bidrag til et beslutningsgrundlag er der behov for en fortolkning af, hvordan DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed udlægges i Region Nordjyllands nuværende sundhedsaftale og nationale dokumenter relateret hertil. Formålet med fortolkningen er at få en forståelse af mening. Når der søges en fortolkning, fordrer det nedenstående valg af paradigme og forskningstype.

Et paradigme beskriver den bagvedliggende begrundelse for, hvordan vi tænker og handler, og derigennem hvornår noget menes sandt og troværdigt (Launsø, Rieper, & Olsen, 2017). Specialets bagvedliggende paradigme afspejles i den tilgang, der benyttes for at besvare problemformuleringen og forskningsspørgsmålene. Med andre ord afspejles paradigmet i epistemologien, som er et udtryk for den tilgang der anvendes for at opnå viden (Søren Juul & Pedersen, 2012a). På baggrund af behovet for en fortolkning af den måde DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed udlægges i specialets inddragede empiri, udgør det fortolkningsvidenskabelige paradigme specialets bagvedliggende paradigme. Den forstående forskningstype ligger indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme, og har ligeledes fokus på at forstå og fortolke fænomener (Launsø et al., 2017). Gennem fortolkning af den måde DM2 rehabilitering og social ulighed udlægges på, søges viden om hvordan der kan bidrages til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

5.2. Hermeneutik som videnskabsteoretisk position

Specialets problemformulering søger at bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering, ved konkret at udforme et bidrag til et beslutningsgrundlag til den kommende sundhedsaftale i Region Nordjylland rettet sundhedskoordinationsudvalget. Indholdet til bidraget søges blandt andet gennem fortolkning af, hvordan DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed udlægges i udvalgte dokumenter bag DM2 rehabilitering. Dette er i tråd med hermeneutikken,

hvor fortolkningsarbejdet kan frembringe den mening, som ligger gemt i blandt andet en tekst (Søren Juul, 2012). I specialets tilfælde beror det udelukkende på fortolkning af tekst, og hvorledes DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed udlægges heri.

5.2.1. Metodehermeneutik og den hermeneutiske cirkel

Inden for den hermeneutiske videnskabstradition findes der forskellige retninger, blandt andet metodehermeneutikken. I metodehermeneutikken drejer det sig om, at opnå en forståelse af den mening som gemmer sig i eksempelvis en tekst (Søren Juul, 2012). Filosof og teolog Friedrich Schleiermacher er central indenfor metodehermeneutikken. Schleiermacher forstår hermeneutikken som 'forståelse af fremmed tale', hvilket betyder, at når der er en fremmedhed mellem tekstens læser og forfatteren, foreligger der en fortolkningsopgave, hvor formålet er forståelse af meningsindhold (Søren Juul, 2012). Ifølge Schleiermacher handler hermeneutisk fortolkning om, at delene kun kan forstås ud fra helheden og omvendt, at helheden kun kan forstås ud fra delene, hvilket skal anskues som den hermeneutiske cirkel (Søren Juul, 2012). I en hermeneutisk forståelse af viden opnås erkendelse ved, at der konstant sker en vekselvirkning mellem del- og helhedsforståelse ud fra det fænomen, der ønskes en fortolkning af (Søren Juul, 2012). Dermed er der tale om en flydende ontologi, da omverdenen er påvirket og forandres af forskerens fortolkning (Høyer, 2016). På den måde inddrages forskerens perspektiv i fortolkningen (Søren Juul, 2012). Det forstås som, at forskerens bliver en del af fortolkningen, hvilket kommer til udtryk i at specialets inddrager en teoretisk referenceramme og i analysestrategi, i henholdsvis afsnit 7. *Teoretisk referenceramme* og afsnit 8.1.2. *Analysestrategi til dokumentanalyse*.

I metodehermeneutikken er den hermeneutiske cirkel en epistemologisk ramme for fortolkningen af mening, hvilket står i modsætning til den filosofiske hermeneutik, hvor den hermeneutiske cirkel er et ontologisk princip (Søren Juul, 2012). Fortolkning af mening sker derved igennem fortolkning af tekstmaterialets udlægninger, af det som ønskes undersøgt. Det er i metodehermeneutikken således centralt, at det er gennem metoden at mening opnås (Søren Juul, 2012). Det første forskningsspørgsmål søger hvilken udlægning, der forekommer af DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed i dokumenter bag DM2 rehabilitering samt hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabiliteringen der kan fortolkes her ud fra. Dermed er genstandsfeltet for den hermeneutiske fortolkning dokumenter, hvorfor specialet positionerer sig inden for metodehermeneutikken. Den hermeneutiske cirkel vil være redskab til fortolkning af meningsindhold i dokumenter. Udlægningerne i dokumenterne i form af uddrag, vedrørende både

DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed, vil dermed fungere som delelementer, der samles i en helhed i forbindelse med analysen og fortolkningen af uddragene. Den hermeneutiske cirkel kommer dermed i spil ved anvendelse af en hermeneutisk analysestrategi.

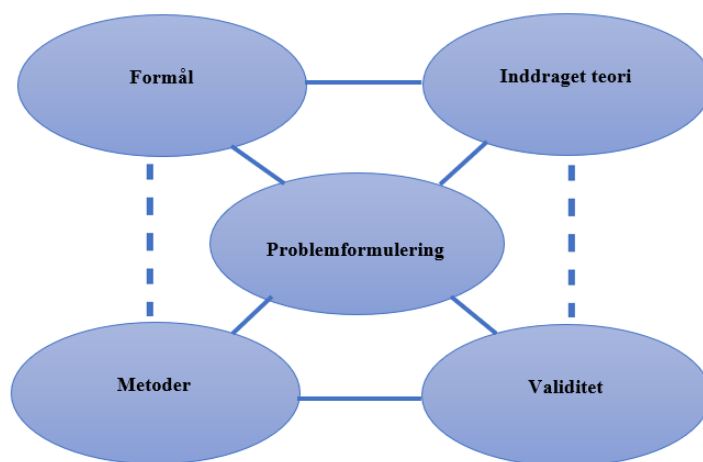
5.2.2. Forforståelse

Specialegruppens forforståelse relateret til social ulighed i DM2 rehabilitering udspringer af den viden, der er opnået gennem initierende problem og problemanalysen. Idet dette speciale er en del af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, er der ligeledes opnået generel viden om social ulighed og forebyggelse gennem uddannelsen, hvilket ligeledes påvirker forforståelsen i forhold til social ulighed i DM2 rehabilitering. Viden angående social ulighed, som er opnået gennem uddannelsen, udspringer blandt andet fra sociologisk teori. Som eksempel kan sociologerne Link & Phelan fremhæves, idet de argumenterer for vigtigheden af både at medtænke distale såvel som proximale faktorer i forebyggelse (Link & Phelan, 1995). Endvidere formes specialegruppens viden angående social ulighed af en socio-økologisk tankegang, blandt andet med inspiration fra Dahlgren & Whitehead og McLeroy et al. Fælles for disse er, at en socio-økologisk model anvendes til at forstå hvordan determinanter på både mikro-, meso- og makroniveau kan påvirke social ulighed i sundhed (Dahlgren & Whitehead, 1991; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988).

Ovenstående fremstilling af forforståelse belyser, at der er mange omkringliggende faktorer hos individet, der har indflydelse på social ulighed. Et udelukkende fokus på individperspektivet er således ikke fyldestgørende i forhold til forebyggelse af social ulighed. På den måde er forforståelsen forankret i teoretisk viden angående social ulighed, hvilket vil afspejles i specialets epistemologi. Forforståelsen er derfor afgørende for, hvilken teoretisk referenceramme der anlægges i problembearbejdningen. Den teoretiske referenceramme præsenteres i afsnit 7. *Teoretisk referenceramme*.

6. Maxwells interaktive model som styringsredskab

Joseph A. Maxwells interaktive model vil blive anvendt som styringsredskab til tilrettelæggelse og udarbejdelse af specialet, for at skabe kohærens mellem specialets elementer. Ifølge Maxwell (2005) er en god tilrettelæggelse af en kvalitativ undersøgelse kendetegnet ved, at alle inddragede komponenter harmoniserer med hinanden (Maxwell, 2005). For at opnå interaktion og rød tråd hele forskningsprocessen igennem er det vigtigt, at forskningen ikke gribes an som en lineær proces, men derimod en reflektiv proces, hvor alle komponenterne genovervejes og modificeres undervejs, i takt med at ny viden opstår (Maxwell, 2005). At arbejde reflektivt vil for specialegruppen betyde, at der nøje reflekteres over, om der er konsistens mellem specialets formål, problemformuleringen og metoder. Maxwells interaktive model, som er illustreret i nedenstående Figur 4, består af fem komponenter: *forskningsspørgsmål*, *metoder*, *formål*, *inddraget teori* og *validitet*. Hermed visualiseres, at der er sammenhæng og samspil mellem alle figurens komponenter i relation til udførelsen af en kvalitativ undersøgelse (Maxwell, 2005).



Figur 4: Maxwells interaktive model til tilrettelæggelse af en kvalitativ undersøgelse oversat efter Maxwell (2005).

Maxwell (2005) fremhæver problemformuleringen, som det centrale og styrende for hvordan undersøgelsen tilrettelægges. Dog har formålet ligeledes en central rolle (Maxwell, 2005). Både problemformulering og formål er dermed styrende for de efterfølgende valg. Ifølge Maxwell (2005) er designet af undersøgelsen overvejelser omkring forholdet til deltagerne, udvælgelse af setting, deltagere, steder til dataindsamling, dataindsamlingsmetoder, analysestrategier og teknikker

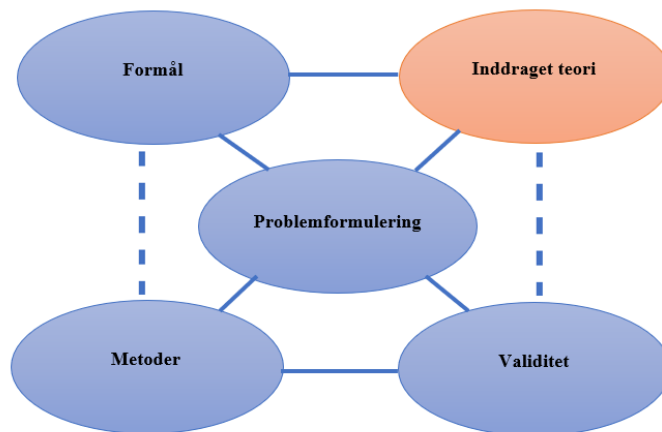
(Maxwell, 2005). Hermed forstår Maxwell design som integreret i metode, fordi design har sammenhæng med hvorledes den kvalitative forskning tilrettelægges og udarbejdes, og denne forståelse af design anvendes i specialet. Ligeledes kan anvendelse af Maxwells interaktive model eksplicitere vigtige komponenter i tilrettelæggelsen af en kvalitativ undersøgelse, således der opstår systematik i udarbejdelsen af de metodiske valg. På denne måde er der større sandsynlighed for, at de metodiske valg bliver velovervejede, og at de opstillede mål opfyldes (Maxwell, 2005). Det betyder, at specialegruppen har anvendt modellen som et styringsredskab, når der skulle træffes metodiske og teoretiske valg. Konkret har det betydet, at når problemformuleringen er blevet ændret, så er modellen anvendt for at reflektere over sammenhængen mellem formål, inddraget teori, metoder og validitet. Det betyder, at metodevalg løbende er blevet tilpasset undervejs, så disse valg af metoder har været egnet til at besvare problemformuleringen. Arbejdet med modellen har fordret refleksioner og opmærksomhed over, om der er kohærens mellem specialets komponenter i forbindelse med problembearbejdningen. Endvidere er validitet en komponent i Maxwells model (Maxwell, 2005). I specialet vil dette blive behandlet i afsnit 12.8. *Opsamling på metodediskussion.*

Maxwell fremhæver, at forskeren i kvalitative undersøgelser er selve forskningens instrument, idet forskerens øjne og ører anses som forskerens redskaber (Maxwell, 2005). At forskeren, jævnfør Maxwell (2005), er den del af forskningsprocessen, er i tråd med specialets videnskabsteoretiske position, fordi forskeren gennem den hermeneutiske cirkel er en del af forskningsprocessen.

I næstkommende afsnit vil der argumenteres for inddraget teori og metoder. Maxwells interaktive model vil udgøre rammen for disponeringen af metodeafsnittet med henblik på at sikre kohærens.

7. Teoretisk referenceramme

Nedenstående Figur 5 illustrerer hvilken komponent i Maxwells model, som det følgende afsnit omhandler. Komponenten 'Inddraget teori' er omdrejningspunktet for det kommende afsnit.



Figur 5: Maxwells interaktive model hvor komponenten 'Inddraget teori' er markeret.

7.1. Teori som linse

Som nævnt er specialegruppens for forståelse teoretisk forankret, hvilket afspejles i specialets epistemologi. Den teoretiske referenceramme vil afspejle specialegruppens for forståelse og indgå i fortolkning af dokumentmaterialet i forhold til dokumenternes udlægning af forebyggelse af social ulighed og DM2 rehabilitering. Teori får således en væsentlig rolle i forhold til fortolkning af empirien. Implikationer ved brug af den anvendte teori inddrages i afsnit 12. *Metodediskussion*.

Klaus Høyer (2016) beskriver teori som en abstraktion af virkeligheden, og hermed vil der ske en oversættelse fra empiri til teori. Hvordan dette foregår afhænger af, hvordan teorien anvendes, og hvilken ontologi der anlægges (Høyer, 2016). Den hermeneutiske position fordrer, at den centrale opgave er at opnå en fortolkende forståelse af mening (Søren Juul, 2012). Som nævnt i afsnit 5.2. *Hermeneutik som videnskabsteoretiske position* er dette i tråd med en flydende ontologi, da verden påvirkes af forskerens fortolkning (Høyer, 2016). Den flydende ontologi går igen ved anvendelse af teori som linse. Teori anvendes som en linse, som verden ses igennem. Når teori anvendes som linse, kan det ligeledes kaldes a priori teori, hvor teorien er med til at forme forskningsundersøgelsen (Creswell, 2007). Linsen placeres over empirien, og der udvælges hvilke dele af empirien, der fokuseres på (Høyer, 2016). Den teoretiske referenceramme anvendes med en deduktiv tilgang, idet at teorien opstilles, før der er indsamlet empiri, og anvendes til at analysere empirien (Birkler, 2010). På den måde gives teorien en væsentlig rolle, idet fænomenet der undersøges skabes af de teoretiske

valg, som empirien betragtes med (Høyer, 2016). Ved anvendelse af teori som linse afgrænser teorien fænomenet på en måde, der gør sammenligning mulig, og derigennem får empirien til at give mening (Høyer, 2016). Konkret vil teorien anvendes i analysestrategien, blandt andet i forhold til kodning af empirien, hvilket udfoldes i afsnit 8.1.2. *Analysestrategi til dokumentanalyse*.

7.2. Specialets teoretiske referenceramme

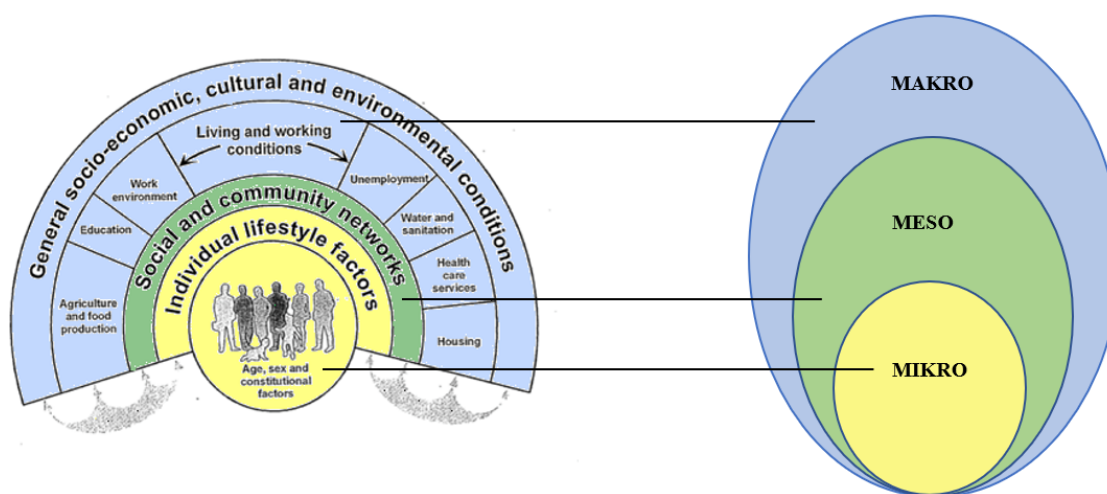
Den teoretiske referenceramme består af to teorier, som præsenteres i følgende afsnit. Indledningsvist henvises til Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model, som ligeledes blev præsenteret i problemanalysen. Dernæst vil Signild Vallgårdas teori i forhold til social ulighed præsenteres. Disse teorier er valgt, idet de kan bidrage med et nuanceret teoretisk blik på forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Vallgårdas (2008) teori bidrager med et analytisk makroniveau, fordi den bidrager med et policyorienteret perspektiv i problematiseringen af forskellige forebyggelsesstrategier bag folkesundhedsprogrammer. Dahlgren & Whiteheads (1991) socio-økologiske model bidrager med både et mikro-, meso- og makroniveau, jævnfør lagene i modellen. Begrundelsen for valget af teori er, at en samfundsteoretisk forståelse af verden er vigtig at inddrage i folkesundhedsvidenskab, fordi folkesundhed er et socialt fænomen lige såvel som et biologisk og psykologisk fænomen (Potvin & McQueen, 2010). Samfundsvidenskabelig teori bidrager med et syn på sundhed, hvor sundhed ikke er en fast uforanderlig kerne, men at sundhed påvirkes af samfundsmæssige og kulturelle forandringer (Pedersen, Nielsen, & Land, 2012).

7.2.1. Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model

Dahlgren & Whiteheads model illustrerer en socio-økologisk tilgang til hvordan social ulighed i sundhed opstår. Modellens indeholder betydningsfulde determinanter for menneskets sundhed (Dahlgren & Whitehead, 1991).

I specialet fortolkes lagene i Dahlgren & Whiteheads model til at være opdelt i henholdsvis mikro-, meso- og makroniveau, med henblik på at gøre analysen og den øvrige problembearbejdning overskuelig for læseren. Oversættelse af lagene i Dahlgren & Whiteheads model til niveauinddeling er udført med inspiration fra Vardinghus-Nielsen & Bak (2018). Det vil sige, at det første og det andet lag i Dahlgren & Whiteheads model fremover benævnes makroniveau, hvilket er markeret med blå i nedenstående Figur 6. Det tredje lag benævnes fremover mesoniveau, og er markeret med grøn i

figuren nedenfor. Fjerde og inderste lag benævnes fremover mikroniveau, hvilket er markeret med gult i nedenstående figur.



Figur 6: Specialegruppens oversættelse af lagene i Dahlgreen & Whiteheads socioøkologiske model (1991) til mikro-, meso- og makroniveau ud fra Vardinghus-Nielsen & Bak (2018).

Centralt for Dahlgreen & Whiteheads model er, at modellens niveauer har en indbyrdes afhængighed. Eksempelvis er menneskets livsstil afhængig af arv, sociale relationer, lokalområde og levevilkår (Dahlgren & Whitehead, 1991). Således illustrerer modellen, at de sygdomme som borgerne rammes af, herunder DM2, ikke udelukkende kan tilskrives borgerens livsstil, men også er under indflydelse af omkringliggende faktorer, der påvirker individet. Ved inddragelse af Dahlgren & Whiteheads (1991) socio-økologiske model anskues specialets problemfelt ud fra et større perspektiv og ikke udelukkende ud fra individuelle forhold.

7.2.2. Vallgårdas dikotomi eller gradient forståelse

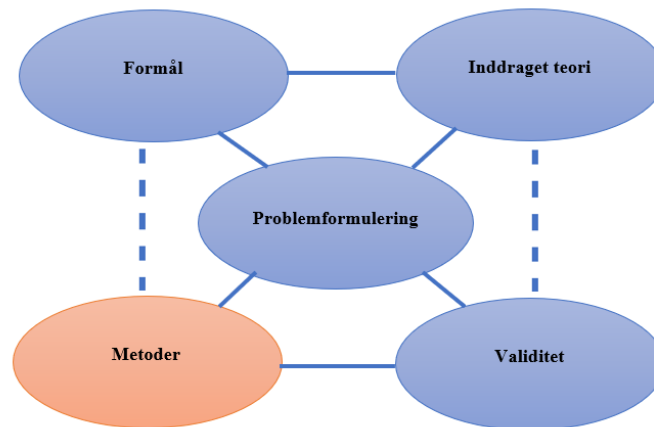
Som teoretisk referenceramme inddrages ligeledes Signild Vallgårdas distinktion mellem dikotomi og gradient (Vallgård, 2008). Ifølge Vallgård (2008) kan social ulighed i sundhed forstås ud fra begreberne dikotomi og gradient. Dikotomiforståelsen knytter sig til, at et mindretal af befolkningen har store sundhedsproblemer sammenlignet med den resterende befolkning. Gradientforståelsen indebærer, at uligheden er relateret til hele befolkningsgruppen, idet at sundhedsproblemerne stiger med lavere uddannelsesniveau og dermed sociale klasse (Vallgård, 2008). Herigennem giver Signild Vallgårdas distinktion mellem dikotomi og gradient det blik som specialegruppen anlægger i forhold til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Desuden knytter Vallgård (2008)

forebyggelsesstrategier til henholdsvis dikotomi- og gradientforståelsen. Dikotomiforståelsen ligger op til en højrisikostrategi, der rettes mod den minoritet i befolkningen, hvor sundhedsproblemer er tilknyttet. Her er der blandt andet fokus på individets adfærd som årsag til social ulighed i sundhed (Vallgård, 2008). I gradientforståelsen inddrages flere forskellige determinanter som årsager til social ulighed i sundhed, blandt andet indkomst, arbejdsmiljø, social bestemt adfærd og sociale strukturer. Udover at rette forebyggelsen mod individets adfærd, gennem en højrisikostrategi, sættes der her også fokus på en strukturel strategi med fokus på levevilkår (Vallgård, 2008). Hermed kombineres to forebyggelsesstrategier i gradientforståelsen.

Vallgårdas (2008) to begreber til forståelse af social ulighed og de dertilhørende forebyggelsesstrategier vil i problembearbejdningen udgøre specialegruppens blik i forhold til forebyggelsesstrategier.

8. Metoder

Nedenstående Figur 7 illustrerer komponenten *metoder* i Maxwells model, og er omdrejningspunktet for følgende afsnit.



Figur 7: Maxwells interaktive model hvor komponenten 'metoder' er markeret.

Specialets problemformulering søger viden om, hvordan social ulighed i DM2 rehabilitering kan forebygges, og hvorledes denne viden kan indgå i et bidrag til beslutningsgrundlaget for den kommende sundhedsaftale for Region Nordjylland. Som det fremgår af afsnit 4. *Problemformulering*, er problemformuleringen suppleret med to forskningsspørgsmål, hvilke vil være retningsgivende for den metodiske fremgang. Først vil der udføres en dokumentanalyse, dernæst udføres en systematisk litteratursøgning. Begrundelserne for metoderne og deres bidrag følger under de særskilte metodeafsnit.

8.1. Dokumentanalyse

Forskningsspørgsmålet rettet dokumentanalysen søger viden om udlægningen af DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed i Region Nordjyllands *Sundhedsaftale* samt i *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* og *National Klinisk Retningslinje For Udvalgte Sundhedsfaglige Indsatser Ved Rehabilitering Til Patienter Med Type 2 Diabetes*. Det med henblik på, at fortolke den nuværende tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering.

I dokumentanalyse foregår der en systematisk tolkning af de inddragede dokumenter (Frederiksen & Beedholm, 2015). At arbejde med dokumentanalyse kan stemme overens med en hermeneutisk position, da dokumentanalyse oprindeligt har taget afsæt i en hermeneutisk tradition (Frederiksen &

Beedholm, 2015). Dokumentanalysen skal bidrage til en fortolkning af meningsindholdet i dokumenterne. Det harmonerer med, at specialet er videnskabsteoretisk positioneret inden for hermeneutikken, jævnfør afsnit 5.2. *Hermeneutik som videnskabsteoretisk position*.

Kennet Lynggaard (2015) definerer et dokument som sprog, der er nedskrevet og dermed fastholdt i tekst og tid. Et dokument kan eksempelvis være retslige skrifter, policy papirer eller mødereferater (Lynggaard, 2015). Der findes forskellige typer af dokumenter, hvilke er adgangsgivende til forskellige typer af information. Det er undersøgelsens formål, som afgør hvilken type dokument, der skal udgøre datagrundlaget (Lynggaard, 2015). Fortolkningen af dokumenternes udlægning af DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed anvendes til at analysere, hvilke implikationer det har for forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Resultaterne af dokumentanalysen vil blive anvendt i udarbejdelsen af et bidrag til beslutningsgrundlaget til den kommende sundhedsaftale.

8.1.1. Udvælgelse og argumentation for valgte dokumenter

Til generering af dokumenter er *sneboldmetoden* anvendt. *Sneboldmetoden* er ifølge Kenneth Lynggaard (2015) brugbar til at generere et sæt af dokumenter, hvor der først udvælges et *moderdokument*, som kan bestå af et eller flere dokumenter. Moderdokumentet udvælges eksempelvis på baggrund af interesse (Lynggaard, 2015). Følgende afsnit vil fremhæve hvilke dokumenter, der inddrages i specialets dokumentanalyse.

Region Nordjyllands Sundhedsaftale 2015-2018

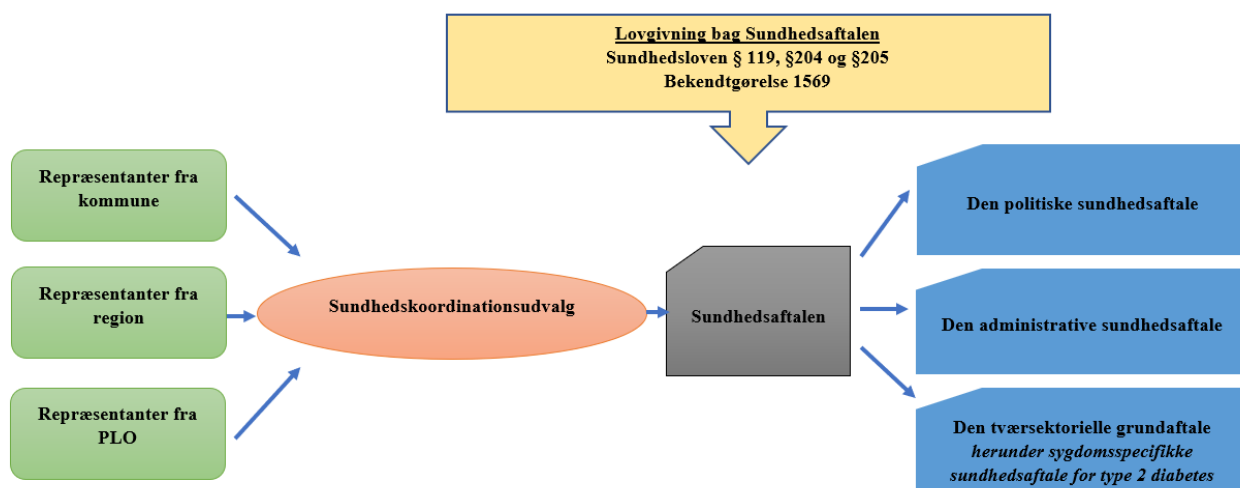
Nuværende Sundhedsaftale for Region Nordjylland er fremfundet som et væsentligt dokument inden for DM2 rehabilitering, da sundhedsaftalen udarbejdes af regionens sundhedskoordinationsudvalg, som jævnfør problemanalysen, har beslutningsmagten i forhold til regional og kommunal rehabilitering. Derfor er Region Nordjyllands Sundhedsaftale 2015-2018 udvalgt som moderdokument ud fra interesse, idet det vurderes, at dette dokument har afgørende indvirkning på udarbejdelsen af DM2 rehabiliteringen. Moderdokumentet, Region Nordjyllands Sundhedsaftale 2015-2018, består af tre separate dokumenter, idet at sundhedsaftalen består af tre aftaler *Den Politiske Sundhedsaftale*, *Den Administrative Sundhedsaftale* og *Den Tværsektorielle Grundaftale*. *Den Tværsektorielle Grundaftale* består af flere dokumenter, som er rettet forskellige diagnoser og problemfelter. Herunder er den *Sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes* udvalgt til analysen, fordi den er rettet DM2 (Region Nordjylland, 2018).

Den Politiske Sundhedsaftale opstiller politiske mål for Sundhedsaftalen (Region Nordjylland, De Nordjyske Kommuner, & Praktiserende Lægers Organisation, 2015b).

Den Administrative Sundhedsaftale beskriver de politiske mål gennem konkrete indsatser, samt arbejdsfordelingen i forhold til indsatsområderne (Region Nordjylland, De Nordjyske Kommuner, & Praktiserende Lægers Organisation, 2015a).

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes har til hensigt at sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb, og omhandler blandt andet arbejds- og ansvarsfordeling samt henvisningsveje. Målgruppen er borgere over 18 år med DM2, som er bosiddende i Region Nordjylland, som alle skal tilbydes et rehabiliteringsforløb (Region Nordjylland, 2016). Det er kommunernes ansvar at tilbyde almen rehabilitering, med fokus på at styrke borgerens egenomsorgsevne. Almen praksis er tovholder i forløbene, og står for henvisning til rehabiliteringstilbud. Borgere med DM2 med alvorlige senfølger tilbydes ligeledes behandling i sygehusregi. *Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes* er rettet mod fagpersoner indenfor DM2 rehabilitering, med henblik på at skabe kvalitet i ydelserne (Region Nordjylland, 2016).

Nedenstående Figur 2 illustrerer baggrunden for Sundhedsaftalen i Region Nordjylland ved aktører og lovgivning som har indflydelse på Region Nordjyllands Sundhedsaftale.



Figur 2 Baggrunden for Sundhedsaftalen i Region Nordjylland.

Ud fra moderdokumentet i form af Region Nordjyllands Sundhedsaftale er der ved sneboldmetoden fremfundet dokumenter med relevans for DM2 rehabilitering, hvilke er udarbejdet af

Sundhedsstyrelsen. Disse dokumenter har indflydelse på indholdet i Sundhedsaftalen, da de fungerer som evidensgrundlag og er udvalgt, idet der henvises til disse gennem de regionale dokumenter. Derigennem er sneboldmetoden anvendt til at udvælge yderligere dokumenter, hvorved der skabes sammenhæng mellem inddragede dokumenter.

De dokumenter der inddrages udover Sundhedsaftalen er *National Klinisk Retningslinje For Udvalgte Sundhedsfaglige Indsatser Ved Rehabilitering Til Patienter Med Type 2 Diabetes (herefter NKR Type 2 diabetes)* samt *Introduktion Til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* (Sundhedsstyrelsen, 2012, 2015).

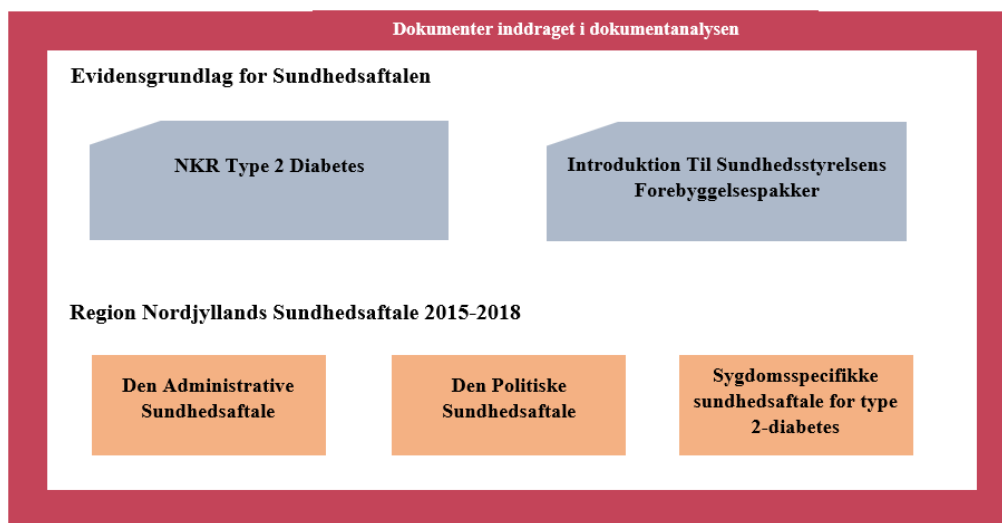
NKR Type 2 Diabetes

NKR Type 2 Diabetes er evidensbaserede kliniske retningslinjer for rehabilitering til borgere med DM2. Dokumentet er først og fremmest henvendt alle med ansvar for organisering, implementering og udførelse af rehabiliteringsindsatserne, samt ansvarlige for monitorering og kvalitetssikring af indsatserne. Derudover er de henvendt til beslutningstagere, interesseorganisationer og borgere med DM2 (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker

I Sundhedsaftalen henvises overordnet til forebyggelsespakkerne. Da der ikke eksisterer forebyggelsespakker rettet områderne diabetes, rehabilitering eller social ulighed, er *Introduktionen til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* udvalgt. Dette dokument er udvalgt ud fra et helhedsindtryk opnået ved gennemlæsning af forebyggelsespakkerne og *Introduktionen til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker*, hvor social ulighed omtales i introduktions dokumentet. Dermed vurderes dokumentet "*Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker*" mest relevant i forhold til denne analyse. *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* er blandt andet målrettet planlæggere i kommunerne, som har ansvar for kommunalt sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne er henvendt alle borgere i kommunerne, både raske og syge. Formålet er at mindske borgernes udsættelse for risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Dokumentanalysen består dermed af fem dokumenter, og disse anses som de mest centrale i forhold til DM2 rehabilitering i Region Nordjylland. I nedenstående Figur 8 illustreres de udvalgte dokumenter.



Figur 8: Illustration af de udvalgte dokumenter

8.1.2. Analysestrategi til dokumentanalyse

Specialets dokumentanalyse omhandler fortolkning af meningsindhold. Denne fortolkning af meningsindhold udformes, jævnfør metodehermeneutikken ved, at delene kun kan forstås ud fra helheden og omvendt (Søren Juul, 2012). I analysen af de udvalgte dokumenter anvendes Dahlager og Fredslunds (2016) hermeneutiske analysestrategi, med henblik på at skabe kohærens med specialets hermeneutiske position, jævnfør afsnit 5. *Videnskabsteori* og afsnit 6. *Maxwells interaktive model som styringsredskab*.

Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi er rettet mod forskellige metoder, blandt andet analyse af skrevne dokumenter, i relation til en problemstilling (Dahlager & Fredslund, 2016). Den hermeneutiske analyse af dokumenterne er udvalgt med henblik på at fortolke udlægninger i dokumenterne, hvormed den hermeneutiske cirkel sættes i spil. Ved inddragelse af forforståelse i analysen bliver det muligt, at se mere eller noget andet, end det der umiddelbart fremkommer af teksten (Dahlager & Fredslund, 2016). Forforståelsen inddrages i specialet gennem den teoretiske referenceramme, som er udvalgt på baggrund af specialegruppens forforståelse, jævnfør afsnit XX.

Dahlager og Fredslunds (2016) hermeneutiske analyse opdeles i to overordnede kategorier. Først dekontekstualisering hvor dele tages ud fra helheden, og herefter rekontekstualisering hvor materialet sammensættes igen på ny. Analysestrategien består af fire trin. Dekontekstualiseringen består af trin et til tre, og rekontekstualiseringen består af trin fire (Dahlager & Fredslund, 2016). Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi er illustreret i Tabel 1 nedenfor.

Dahlager og Fredslunds hermeneutisk analysestrategi trin for trin	
Trin 1	Teksten læses igennem for at skabe et helhedsindtryk. Forforståelsen sættes i parentes, for at give plads til teksten.
Trin 2	Meningsbærende enheder skabes ved en organisering af teksten. Der fokuseres på hvad teksten siger, uden at søge en dybere mening med teksten. De meningsbærende enheder struktureres herefter i kategorier, hvilket kaldes meningskategorisering. Kategorierne kan blandt andet hentes fra tekstens begrebsverden eller fra teori. Hermed anvendes forforståelsen fra dette trin.
Trin 3	Meningskategorier fra andet trin operationaliseres. Eksempelvis kan kategorier slås sammen, eller der kan dannes underkategorier.
Trin 4	Rekontekstualiseringen søger ikke indsigt i hvad teksten siger, men har sit fokus på hvordan teksten kan forstås og derigennem besvare forskningsspørgsmålet. Kategorierne fra tredje trin kobles sammen på nye måder, hvor fokus er på relationer mellem kategorierne. Herved kan overordnede temaer samle flere kategorier under sig. Der arbejdes fra dele til helhed, hvor helheden ses i den kontekst hvor den indgår, og dermed fortolkes udsagn, for at opnå en mere nuanceret forståelse.

Tabel 1: Illustration af Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi (Dahlager & Fredslund, 2016).

I nedenstående beskrives hvordan analysestrategien konkret blev anvendt i specialet.

I *trin 1* gennemlæses de inddragede dokumenter, hvorudfra der skabes et helhedsindtryk af dokumenterne.

I *trin 2* inddrages den teoretiske referenceramme, som illustrerer specialegruppens forforståelse, til at fremfinde meningsbærende enheder i dokumenterne. Konkret har det betydet, at centrale begreber fra de inddragede teorier er blevet udvalgt til meningskategorier, idet udvalgte citater fra dokumentanalysen var oplagt at samle under dette navn. Meningskategorierne *gradientforståelse*, *dikotomiforståelse* og *udlægning af social ulighed* er eksempler på hvilke meningskategorier, der er udsprunget af den teoretiske referenceramme. Der blev i alt fremanalyses 19 meningskategorier. At meningskategorierne både er dannet ud fra tekst og teoretiske referenceramme er i tråd med *trin 2* i Dahlager og Fredslunds analysestrategi, hvor meningskategorier både kan fremspringe ud fra tekstens begrebsverden eller fra teori (Dahlager & Fredslund, 2016). De meningsbærende enheder opstilles i en tabel, hvorudfra der dannes meningskategorier. For at skabe overblik over analysestrategiens *trin 2* herunder hvilke meningsbærende enheder, der tildeles samme meningskategori, får hver meningskategori en farvekode, og meningsbærende enheder som tilhører meningskategorien placeres samlet. Et eksempel herpå, kan ses i Tabel 2 nedenfor og det samlede kodetræ kan ses i *Bilag 1: Kodetræ*.

Meningsbærende enheder	Meningskategori
At vi i fællesskab sikrer en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare, og har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. Vi skal også sikre, at borgere med særlige behov får den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes. (P, s. 11)	Tidlig indsats
I denne aftaleperiode er der primært fokus på forebyggelse indenfor alkohol og tobak og på særlige indsatser for børn samt borgere med psykisk sygdom (A, s. 19)	
Forebyggelsesindsatsen målrettes tidlig opsporing (S, s. 9)	

Tabel 2: Illustration af trin 2 i dokumentanalysen.

Efter tildeling af meningskategorier operationaliseres meningskategorierne, ved at nogle af kategorierne lægges sammen, og der dannes underkategorier. De syv *operationaliseringskategorier* tildeles ligeledes en farvekode, for at skabe overblik, over hvilke meningskategorier, der er lagt sammen. Skabelse af operationaliseringskategorier svarer til *trin 3* i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi. De syv forskellige operationaliseringskategorier analyseres på baggrund af de meningsbærende enheder der udgør de enkelte operationaliseringskategorier. Et eksempel på hvordan meningskategorier sammenlægges til operationaliseringskategorier kan ses i Tabel 3 nedenfor.

Meningskategori	Operationaliseringskategori
Udlægning af rehabilitering	Rehabilitering
Mål for rehabilitering	
Tidlig indsats	
Kvalitetsjusterede leveår	

Tabel 3: Eksempel på sammenlægning af meningskategorier til operationaliseringskategorien rehabilitering.

Gennem dokumentanalysen blev der fremanalyseret 19 meningskategorier i analysestrategiens andet trin, som i analysestrategiens tredje trin samles i syv operationaliseringskategorier. I nedenstående Tabel 4, fremgår hvordan de syv operationaliseringskategorier er dannet ud fra de 19 meningskategorier.

Meningskategorier (antal: 19)	Operationaliseringskategorier (antal: 7)
Udlægning af rehabilitering	Rehabilitering
Mål for rehabilitering	
Tidlig indsats	
Kvalitetsjusterede leveår	
Borgerinddragelse	Inddragelse af borger og pårørende
Pårørende	
Sygdomsmestring	Sygdomsmestring
Samarbejde mellem sektorer	Samarbejde mellem sektorer
Behandling	Stratificering
Stratificering	
Forandringer i sundhedsvæsenet	Kvalitet og forandringer i sundhedsvæsenet Økonomi
Populationsperspektiv	
Kvalitet	
Økonomi	
Udlægning af social ulighed	Social ulighed - Gradientforståelse - Dikotomiforståelse - Livsstilsorienteret
Sundhedssyn	
Gradientforståelse	
Dikotomiforståelse	
Livsstilsorienteret	

Tabel 4: Illustration af analyseprocessen hvor 19 meningskategorier bliver fremanalyseret til 7 operationaliseringskategorier.

På baggrund af operationaliseringskategorierne skabes analysens *trin 4* og dermed rekontekstualiseringen. Operationaliseringskategoriernes navne revideres ud fra analyseafsnittenes indhold, således overskriften er mere sigende for afsnittet. Analyseafsnittene har til hensigt at skabe en ny helhed af dokumenterne, som kan besvare forskningsspørgsmålet. I Tabel 5 nedenfor ses, hvordan navnene i de syv operationaliseringskategorier skifter til et mere sigende navn for kategorien efter rekontekstualiseringen.

Navn på operationaliseringskategori	Nyt navn efter rekontekstualisering
Rehabilitering	<i>Individcentreret rehabilitering</i>
Inddragelse af borger og pårørende	<i>Samarbejde på tværs</i>
Sygdomsmestring	<i>Sygdomsmestring på mikroniveau</i>
Samarbejde mellem sektorer	<i>Samarbejde mellem sektorer</i>
Stratificering	<i>Dikotom stratificering</i>
Social ulighed	<i>Social ulighed</i>
Kvalitet og forandringer i sundhedsvæsenet	<i>Ønske om en strukturel strategi</i>

Tabel 5: Revideringen af navnene på operationaliseringskategorierne ud fra indholdet i analyseafsnittet

I analysen af dokumenterne inddrages meningsbærende enheder, som fungerer som uddrag og anvendes som understøttende belæg for analysen og fortolkningen af dokumenterne.

Et eksempel på analysetekst fra resultatafsnittet ses i Tabel 6 nedenfor.

Meningsbærende enhed	Analysetekst
“...specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed” (A, s. 20).	Det fortolkes endvidere, at fokus på udsatte borgere er fremtrædende i forhold til at reducere social ulighed i sundhed, fordi et særligt fokus på udsatte borgere er et middel til at reducere social ulighed i sundhed, hvilket følgende uddrag viser:

Tabel 6: Eksempel på analysetekst fra resultatafsnittet.

Ifølge Dahlager og Fredslund (2016) bliver den empirinære analyse i analysestrategiens fjerde trin, *rekontekstualiseringen*, genstand for endnu en analyse. På denne måde sker der en bevægelse fra de enkelte dele, det vil sige operationaliseringskategorierne, til en større helhed. Analysestrategien er udført lineært gennem de fire trin i Dahlager og Fredslunds analysestrategi for at skabe struktur, mens præsentationen af de samlede resultater af dokumentanalysen giver mest mening at frembringe i starten af resultatafsnittet, for læsevenlighedens skyld.

8.2. Litteratursøgning

Forskningsspørgsmålet rettet den litteratursøgningen søger viden om hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering det kan anbefales på baggrund af videnskabelige studier. For

at besvare forskningsspørgsmålet udføres en analyse på baggrund af en systematisk litteratursøgning. Metoden for den systematiske litteratursøgning, og den indledende søgning til specialets indledende fase beskrives i det følgende. For dokumentation af den udførte systematiske litteratursøgning henvises til *Bilag 2: Søgeprotokol*, som indeholder søgeprotokol for den systematiske litteratursøgning.

8.2.1. Indledende søgning

Inden den systematiske litteratursøgning blev udført, er der foretaget en indledende søgning. Den indledende søgning er anvendt til at identificere referencer til brug i initierende problem og problemanalyse. Rienecker & Jørgensen (2014) beskriver den indledende søgning, som en metode til at identificere problemfeltet, ved en ufokuseret søgning med en efterfølgende kædesøgning (Rienecker & Jørgensen, 2014). Den indledende søgning er foretaget ved søgning af litteratur på Google, Google Scholar og AAU's database Primo. Derudover er der, i den indledende søgning, udført søgning i databaserne PubMed og Embase hvor både fritekstsøgninger og thesaurus søgninger er anvendt. Ud fra identificeret relevant litteratur er der ligeledes udført kædesøgning. Kædesøgning er en søgning, der anvender litteraturens referencer, for på den måde at lede videre til anden anvendelig litteratur (Hørmann, 2015).

8.2.2. Systematisk litteratursøgning

Følgende tre trin til en systematisk litteratursøgning kan sikre valide og reproducerbare søgninger: 1) systematisk litteratursøgning, 2) litteraturudvælgelse ud fra inklusions- og eksklusionskriterier samt relevans og 3) kvalitetsvurdering af de inkluderede artikler (Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Oelholm, 2014; Stenbæk & Jensen, 2007). De tre trin er styrende for specialets systematiske litteratursøgning.

Til den systematiske litteratursøgning er facetsøgning anvendt. Facetsøgning har til formål at skabe gennemsigtighed og giver dermed mulighed for at reproducere den systematiske litteratursøgning (Buus, Tingleff Boldrup, Blach Rossen, & Munch Kristiansen, 2008). Facetsøgning er anvendt i søgningen, med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet, som nedbrydes til facetter, for at give indhold til søgningen. Facetternes opbygning tager udgangspunkt i PIO, som er udvalgt fra PICO-strukturen. PICO strukturen omhandler P-populations, I-intervention, C-comparison og O-outcome (Frandsen et al., 2014). Idet forskningsspørgsmålet ikke er rettet en sammenligning, udelades C-comparison.

Dermed skabes facetterne af P-population, som er DM2, idet målgruppen er borgere med DM2, I-intervention er rehabilitering, da det tilbydes til DM2 borgerne, og O-outcome er social ulighed, idet der ses social ulighed i DM2 rehabilitering. Facetterne er opstillet i Tabel 7 nedenfor.

Facet 1 (P-population)	Facet 2 (I- intervention)	Facet 3 (O-outcome)
Type 2 Diabetes	Rehabilitering	Social ulighed

Tabel 7: Illustration af facetter til den systematiske litteratursøgning.

Til at udføre den systematisk søgning er der skabt en søgeskabelon, som er udgangspunktet for søgningen i den enkelte database. Søgeskabelonen ses i Tabel 8 nedenfor. Skabelonen viser, hvordan der søges indenfor hver facet, på både indekserede termer og friteksttermer. Det er imidlertid vigtigt, at der i søgningen i databaserne er opmærksomhed på, at de forskellige databaser har hver deres søgesprog, hvilket kræver hver sin søgestrategi (Stenbæk & Jensen, 2007). På baggrund heraf gives i søgningerne plads til, at databaserne er forskellige, og derfor også har forskellige indeksering af termer. Derfor udvælges i den enkelte database de indekserede søgetermer, som er mest sigende for den enkelte facet. Det betyder, at det ikke er nøjagtigt de samme ord, der søges i hver database, med indholdet af termerne søges at være sammenlignelige.

Facet 1 - Type 2 diabetes	Facet 2 - Rehabilitering	Facet 3 - Social ulighed
Indekserede termer Indekserede termer der dækker den medicinske betegnelse af type 2-diabetes	Indekserede termer Indekserede termer der afdækker rehabilitering, jævnfør WHO eller Hvidbogens definition heraf	Indekserede termer Indekserede termer der afdækker social ulighed i relation til sygdom og sundhed
Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritext. Derudover søges på "type 2 diabetes"	Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritext. Derudover søges på "rehabilitation"	Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritext. Derudover søges på "health inequal*"

Tabel 8: Fælles søgeskabelon til databaserne.

At anvende indekserede termer i søgningen øger præcisionen, da det medfører en systematik i søgningen (Buus et al., 2008). Til de indekserede søgetermer anvendes explode-funktionen i de

tilfælde, hvor det vurderes relevant at inddrage underliggende termer. Dette vurderes ud fra, om underliggende termer vil bidrage med relevante fund eller øge mængden af støj.

Til *facet 1 - type 2 diabetes* er der søgt efter indekserede termer som omhandler DM2, idet målgruppen for rehabiliteringen er borgere med DM2. Til *facet 2 - rehabilitering* er der søgt efter indekserede termer omhandlende rehabilitering. For at sikre, at rehabilitering i de indekserede termer kan sammenlignes med definitionen af rehabilitering i dansk kontekst, søges termer der kan sammenlignes med national og international definition heraf, da disse jævnfør problemanalysen, anvendes i dansk rehabilitering. Det gælder World Health Organizations samt Hvidbogens definitioner (Johansen et al., 2004; World Health Organization, 2011). Til *facet 3 - social ulighed* søges indekserede termer som omhandler social ulighed i sundhed eller sygdom, idet den sociale ulighed er i relation til DM2 rehabilitering. For hver database beskriver specialegruppen hvordan de indekserede termer beskrives i databasen, og i hvorfor termen er anvendt i den systematiske søgning, hvilket fremgår af *Bilag 2: Søgeprotokol*.

Som supplement til de indekserede termer anvendes fritekstsøgninger for at finde endnu ikke indekseret og dermed nyeste studier, samt til at udbrede søgningen. Fritekstsøgning søger i hele databasen, dermed giver fritekstsøgning ofte mange hits (Hørmann, 2015). I fritekstsøgningen er der tillige søgt fritekst på de indekserede termer, der er fundet i den enkelte database, med henblik på at fremsøge nyeste studier til at afdække facetten. Derudover er der udvalgt en mest sigende fritekst-term for hver facet, som inddrages i alle fritekstsøgninger. Disse er udvalgt på baggrund af de første systematiske søgninger, der er udført. For facet 1 gælder det *Type 2 Diabetes*, for facet 2 gælder det *Rehabilitation* og for facet 3 gælder det *health inequal**.

Det er søgt i *all fields* i fritekstsøgningen idet erfaringen fra den indledende søgning var, at problemfeltet kun er begrænset belyst. Ved *all fields* søges efter fritekst termen i hele artiklen og ikke kun udvalgt dele, som eksempelvis titel og abstract. Ved at søge fritekst i *all fields* stræbes der efter at opnå høj recall, som er en betegnelse for at identificere alle relevante studier i databasen. Når der stræbes efter høj recall går der på kompromis med præcisionen, det vil sige, om de fremfundne artikler er relevante (Frandsen et al., 2014). Meget få hits i de første søgninger der er afprøvet i den systematiske søgning har været afgørende for, at der søges høj recall frem for høj præcision. Dette er med vished om, at der i de fundne hits kan eksistere meget støj grundet fritekstsøgningen.

Der er anvendt trunkering (*) i fritekstsøgningen. Trunkering medfører en udvidelse af søgningen, idet at alle endelser af et ord inddrages (Buus et al., 2008). Trunkering er anvendt ved termer hvor forskellige endelser var muligt og relevant, dette gælder eksempelvis *health inequal**. Der er ligeledes anvendt frasesøgning til fritekst termene. Frasesøgning ("frasen") sammensætter ord som en frase, hvor det kun ønskes at fremfinde hits med nøjagtigt denne frase (Fredericia Bibliotek, n.d.). Frasesøgning er eksempelvis anvendt til "type 2 diabetes".

Den systematiske søgning udarbejdes ved først at forberede søgningen indenfor hver facet, gældende for både indekserede termer og friteksttermer. For hver facet er indekserede termer og fritekstord kombineret med den boolske operator OR. Den boolske operator OR er en metode til at udvide den systematiske søgning (Buus et al., 2008). På den måde fremfindes alle studier, som inkluderer et eller flere af termene fra facetten. Herefter er facetterne kombineret ved at anvende den boolske operator AND. AND har til formål er at indsnævre søgningen (Buus et al., 2008). Det skyldes, at den boolske operator AND kræver at hver del, der kombineres med AND skal være repræsenteret i søgningen. De fremsøgte studier indeholder på den måde elementer fra de tre facetter. I Tabel 9 nedenfor illustreres en facetsøgning, fra søgningen i databasen Cinahl.

OR	AND			
	Cinahl (09.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		Headings MH "Diabetes Mellitus, Type 2"(31.596)	Headings MH "Rehabilitation+" (185.819) MH "Patient education+" (55.072)	Headings MH "Health Status Disparities" (3208) MH "Healthcare Disparities" (4527)
		Fritekst TX "diabetes mellitus type 2" (31.889) TX "type 2 diabetes" (35.849)	Fritekst TX "Rehabilitation" (228.856) TX "Patient education" (67.723)	Fritekst "Health Status Disparit*" (3262) "Healthcare Disparit*" (5212) "Health inequal*" (6735)
		49.060 hits	399.311 hits	14.005 hits
		Facet 1: 49.060	Facet 1 & 2: 6388	Facet 1, 2 & 3: 112
		Samlet resultat: 112		

Tabel 9: Facetsøgning i Cinahl med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

8.2.3.Valg af databaser

Den systematiske søgning blev udarbejdet i databaserne Embase, PubMed, Cinahl, PsycInfo, Sociological Abstract og Scopus fra d. 01.05.2018 til d. 10.05.2018. Databaserne er udvalgt ud fra relevans i forhold til problemformuleringen og det andet forskningsspørgsmål.

Embase afdækker mange europæiske tidsskrifter. Databasen er biomedicinsk, og et godt supplement til søgning i PubMed databasen (Hørmann, 2015). Databasen er udvalgt grundet de europæiske studier, da det vurderes som overførbart til dansk kontekst.

PubMed databasen hører under MEDLINE, som er den største medicinske database. Udover det medicinske felt dækker PubMed også eksempelvis ergo- og fysioterapi samt sygepleje (Hørmann, 2015). Databasen er udvalgt da det er en stor database med mange peer-reviewed studier. PubMed vurderes relevant i forhold til DM2 rehabilitering, grundet fagområderne.

Cinahl er hovedsagelig sygeplejefaglig men indeholder beslægtede områder som fysioterapi og ernæring. Cinahl er især anvendelig til søgning efter kvalitative studier (Hørmann, 2015). Specialets systematiske litteratursøgning ønsker både at finde kvalitative og kvantitative studier til at besvare forskningsspørgsmålet.

PsycInfo databasen indeholder psykologiske aspekter indenfor et bredt felt, som eksempelvis sociologi, sygepleje, uddannelse og økonomi (Hørmann, 2015). PsycInfo vurderes relevant idet at social ulighed i DM2 rehabilitering jævnfør den teoretiske referenceramme med Dahlgren & Whiteheads model, kan forklares ud fra flere forskellige determinanter, hvor det ligeledes er relevant at belyse psykologiske aspekter i relation til social ulighed.

Sociological Abstracts indeholder internationale sociologiske studier samt tilgrænsende områder, herunder socialpolitik (Videnscentret, 2018). Databasen er udvalgt for at opnå en bredere søgning, end den medicinske som de foregående databaser hovedsageligt afspejler, fordi et sociologisk perspektiv er relevant for specialets problemstilling

Scopus databasen er en multifaglig database, og er den største søgedatabase (Videnscentret, 2018). Databasen inddrages for at udvide søgningen, blandt andet i forhold til mere humanistisk sundhedsforskning, end den medicinske sundhedsforskning.

8.2.4. Inklusions- og eksklusionskriterier

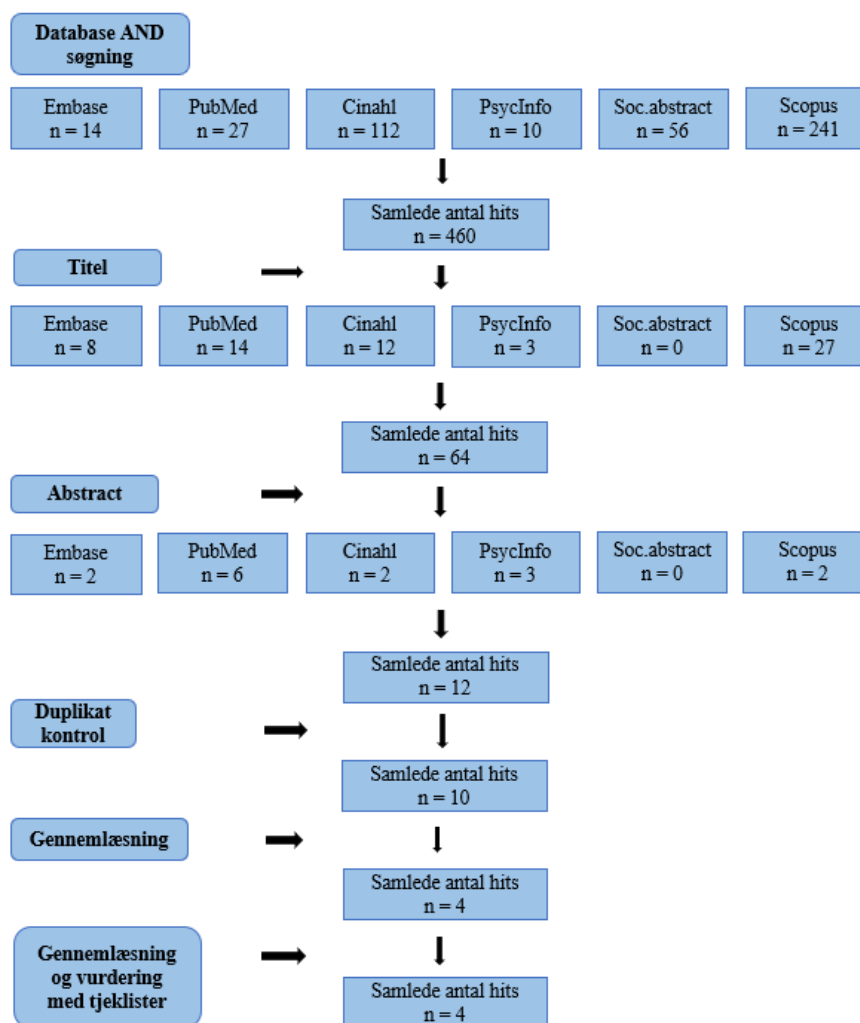
Til udvælgelse af studier fra den systematiske søgning er der opstillet inklusions- og eksklusionskriterier. Kriterierne er, at studierne skal være skrevet på dansk, engelsk, norsk eller svensk, for at specialegruppen kan læse studierne. Desuden skal studierne være sammenlignelige med en dansk kontekst, for at kunne overføres til specialets problemstilling. Dette udføres i form af et kriterie om, at studierne skal være fra vestlige lande. For at sikre studierne er af videnskabeligt højt niveau, skal studierne der inddrages være peer-review. Samtidig betyder det at bøger, afhandlinger, posters og lignende ekskluderes. For at sikre relevans i forhold til specialets problemstilling er det et inklusionskriterium, at studierne omhandler social ulighed i rehabilitering. Samtidig ekskluderes studierne hvis rehabiliteringen omhandler psykisk sygdom, da dette ikke vurderes overførbart til DM2 rehabilitering. Inklusions- og eksklusionskriterierne kan ses opstillet i Tabel 10 nedenfor.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier på dansk, engelsk, norsk, svensk	Studier som omhandler rehabilitering af psykisk sygdom
Studier fra vestlige lande	Bøger, afhandlinger, posters, abstract
Peer-review studier	
Studier omhandlende social ulighed i rehabilitering	

Tabel 10: inklusions- og eksklusionskriterier som baggrund for litteraturudvælgelsen

8.2.5 Udvalgelse og kvalitetsvurdering

Udvælgelse af studier har gennemgået fire trin. De første to trin foregår separat for hver database. *Første trin* i udvælgelsen er at gennemgå titel på de fundne hits, og vurderer disse ud fra relevans i forhold til forskningsspørgsmålet, samt i forhold til inklusion- og eksklusionskriterier. *I andet trin* gennemgås abstract på tilbageværende hits. Abstract vurderes ud fra relevans i forhold til forskningsspørgsmålet samt inklusions- og eksklusionskriterierne. *I tredje trin* skimmes/gennemlæses resterende studier, hvor der igen ses på relevans i forhold til forskningsspørgsmål samt inklusions- og eksklusionskriterier. Tredje trin foregår fælles for resterende hits fra alle databaser. Der laves en duplikat-kontrol, så selvom et studie er fundet i flere databaser, registreres studiet kun en gang. *I fjerde trin* vurderes de udvalgte studier ud fra en tjekliste svarende til studiets design, og studier der vurderes godkendte ud fra tjeklisten inddrages i specialet, og anvendes dermed i analysen. I Figur 9 nedenfor ses et flowdiagram over udvælgelsen af studier med de fire trin.



Figur 9: Flowdiagram over udvælgelse af studier på baggrund af den systematiske litteratursøgning

8.2.6. Tjeklister til kvalitetsvurdering

Studiets design afgør, hvilken tjekliste der anvendes (EQUATOR Network, n.d.). De udvalgte studier er af følgende designs: et systematisk review, og tre observationelle studier, i form af tværsnitsstudier. Derfor inddrages PRISMA til det systematiske review og STROBE til de tre observationelle studier. Kvalitetsvurderingen med tjeklister er udført med henblik på at skabe en systematisk kvalitetsvurdering af de inddragede studier. Ud fra gennemgang med tjeklister vurderes studiets styrker og svagheder i relation til metoden, og eventuelle fejl og mangler kan derfor frasortere et studie, eller gøre specialegruppen opmærksom herpå, i forhold til, hvilken vægt studiet tillægges i resultaterne. De udfyldte tjeklister kan ses i *Bilag 3: Kvalitetsvurdering af studier*.

8.2.7. Analyse af videnskabelige studier fra systematisk litteratursøgning

På baggrund af de udvalgte studier udføres en analyse med henblik på at skabe et resultatafsnit til besvarelse af specialets andet forskningsspørgsmål. Analysen af studierne i forhold til specialets teoretiske referenceramme sker gennem to analytiske processer. I den første proces analyseres studiernes resultater særskilt i forhold til fire overordnede spørgsmål, som er dannet på baggrund af forskningsspørgsmålet og den teoretiske referenceramme. I den anden analytiske proces sammenholdes alle studiernes resultater samlet og analyseres eksplicit i forhold til specialets teoretiske referenceramme, i en rekontekstualisering. Begrundelsen for denne fremgangsmåde med to analytiske processer, er for at skabe transparens for læseren.

Efter resultatafsnittet, på baggrund af analyse af inddragede studier, inddrages resultaterne i en samlet rekontekstualisering med resultaterne fra dokumentanalysen. Hermed udbygges fjerde trin i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi, som er anvendt til dokumentanalysen, idet at inddragelse af resultaterne fra studierne i rekontekstualiseringen, er med til at skabe endnu en ny helhed i rekontekstualiseringen. Gennem den samlede rekontekstualisering kan resultaterne fra de inddragede artikler supplere de fund, der er gjort gennem dokumentanalysen, og der dannes hermed en samlet syntese af resultaterne.

9. Resultater

Nedenstående resultatafsnit indeholder resultaterne og rekontekstualisering fra henholdsvis dokumentanalyse og den systematiske litteratursøgning. Afslutningsvis indgår resultaterne fra dokumentanalysen og den systematiske litteratursøgning i en samlet rekontekstualisering.

9.1. Resultater fra dokumentanalyse

Dokumentanalysen anvendes til at fortolke hvordan social ulighed og DM2 rehabilitering udlægges i de inddragede dokumenter. Når der refereres til uddrag fra dokumenterne vil den *Den Politiske Sundhedsaftale* (2015b), *Den Administrative Sundhedsaftale* (2015a) og *Sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes* (2016) angives som henholdsvis P, A og S. *NRK Type 2 Diabetes* (2015) angives med NKR, og *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* (2012) angives med F.

I nedenstående resultatafsnit er overskrifterne dannet ud fra en rekontekstualisering af de syv operationaliseringskategorier ud fra specialet teoretiske referenceramme. I Tabel 5 nedenfor ses hvordan operationaliseringskategoriens navn er ændret.

Analyserne i de enkelte afsnit vil bestå af uddrag fra meningsbærende enheder, som tilhører de enkelte operationaliseringskategorier. De meningsbærende enheder fremgår af kodetræet tilhørende analysen, som ses i *Bilag 1: Kodetræ*. Resultatafsnittet starter med en samlet rekontekstualisering, hvor de rekontekstualiserede kategorier vil blive sat sammen til en ny helhed med henblik på at besvare første forskningsspørgsmål. Rekontekstualiseringen er i tråd med specialets videnskabsteoretiske positionering inden for metodehermeneutikken, hvor den hermeneutiske cirkel er redskab til fortolkning. Det vil sige, at fortolkning af meningsindholdet i dokumentmaterialet opnås ved, at der sker en vekselvirkning mellem del- og helhedsforståelse.

Navn på operationaliseringskategori	Nyt navn efter rekontekstualisering
Rehabilitering	<i>Individcentreret rehabilitering</i>
Inddragelse af borger og pårørende	<i>Samarbejde på tværs</i>
Sygdomsmestring	<i>Sygdomsmestring på mikroniveau</i>
Samarbejde mellem sektorer	<i>Samarbejde mellem sektorer</i>
Stratificering	<i>Dikotom stratificering</i>
Social ulighed	<i>Social ulighed</i>
Kvalitet og forandringer i sundhedsvæsenet	<i>Ønske om en strukturel strategi</i>

Tabel 5: Revideringen af navnene på operationaliseringskategorierne ud fra indholdet i analyseafsnittet

9.1.1. Rekontekstualisering af dokumentanalyse

Følgende afsnit præsenterer resultatet af rekontekstualiseringen af den empirinære analyse ud fra specialets teoretiske referenceramme svarende til trin fire i Dahlgren og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi. Formålet er en besvarelse af første forskningsspørgsmål, som et led til besvarelse af den samlede problemformulering.

Hvordan udlægges DM2 rehabilitering i dokumentmaterialet?

Ud fra Dahlgren & Whiteheads model fortolkes kategorien *Individcentreret rehabilitering* til at adressere modellens mikroniveau, fordi dokumenternes udlægning af rehabilitering af borgere med DM2 fortolkes som overvejende individcentreret. Rehabilitering af borgere med DM2 beskrives som patientuddannelse og vejledning, og dokumentmaterialet tager udgangspunkt i WHO's definition på rehabilitering. I WHO's definition er formålet at give den enkelte borger redskaber til at opnå bedst mulig funktionsevne, og det fortolkes til at være udslagsgivende for, at dokumenternes udlægning af rehabilitering placeres på mikroniveau. Dog nuancerer kategorien *Samarbejde på tværs* dokumentmaterialets udlægning af DM2 rehabilitering til også at omfatte mesoniveauet i Dahlgren & Whiteheads model, fordi samarbejde mellem sundhedsvæsenet og borgerne vægtes højt. På den måde kombineres et individcentreret fokus med et fokus på socialt netværk i DM2 rehabilitering. Kategorien *Sygdomsmestring på mikroniveau* adresserer desuden også mesoniveauet i Dahlgren & Whiteheads model, fordi det ud fra dokumentmaterialet fortolkes, at der er opmærksomhed på sociale relationers betydning for borgerens sygdomsmestring i form af gruppedynamik og netværksdannelse. Dog fortolkes det endvidere, af kategorien *Sygdomsmestring på mikroniveau*, at formålet bag opmærksomheden på gruppedynamik og netværksdannelse er livsstilsændringer hos borgeren, og

derfor er mikroniveauet dominerende. Desuden fortolkes det, at det i dokumentmaterialets udlægning af DM2 rehabilitering er centralt at understøtte borgerens mestringssevne eller egenomsorgsevne, hvilket også tilskrives mikroniveauet i Dahlgren & Whiteheads model, fordi evnen til at mestre sygdom er knyttet til individet.

Hvordan udlægges forebyggelse af social ulighed i dokumentmaterialet?

Ud fra indholdet i kategorien *Samarbejde mellem sektorer* fortolkes et helhedsorienteret perspektiv i forhold til forebyggelsesområdet. Det kan adresseres både mikro-, meso og makroniveauet i Dahlgren & Whiteheads model, fordi inddragelse af forskellige politikområder og forvaltningsområder udlægges som nødvendigt for forebyggelsesarbejdet.

I relation til hvordan forebyggelse af social ulighed udlægges i dokumenterne, fortolkes det ud fra kategorien *Social ulighed* at der er forskellige udlægnings af social ulighed i dokumentmaterialet. Gradientforståelsen fortolkes at være i dokumentmaterialets udlægning, fordi social ulighed er relateret til hele befolkningen, og at sundhed og trivsel varierer med uddannelsesniveau og erhvervsgrupper. Derudover fortolkes dikotomiforståelsen også i dokumentmaterialets udlægning, fordi der i udlægningen er et fremtrædende fokus på udsatte borgere for at reducere social ulighed i sundhed. Dog fortolkes det, at fokus på udsatte borgere udlægges som middel til at forebygge social ulighed, og derfor er dikotomiforståelsen, og dermed en højrisikostrategi dominerende i dokumentmaterialet. Ydermere fortolkes det, at en individualiseret udlægning af sundhed dominerer i dokumenterne fordi livsstil er omdrejningspunktet for forebyggelsen og i rehabilitering af borgere med DM2. I relation til Dahlgren & Whiteheads model kan fokuseringen på livsstil tilskrives mikroniveauet i modellen.

Hvilken tilgang til forebyggelse kan der fortolkes ud fra dokumentmaterialet?

Ud fra indholdet i kategorien *Sygdomsmestring på mikroniveau* kan det ud fra Vallgårdas teori fortolkes, at dokumentmaterialet udlægger forebyggelse af social ulighed ud fra en dikotomiforståelse og dermed en højrisikostrategi, fordi der er et særligt fokus på at øge mestringssevnen hos sårbare borgere. I tråd hermed fortolkes dikotomiforståelsen og dermed en højrisikostrategi også ud fra indholdet i kategorien *Dikotom stratificering*, idet der lægges vægt på, at der skal udarbejdes differentierede tilbud især med fokus på borgere med særlige behov, og stratificering anvendes med henblik på at reducere social ulighed. Stratificeringen fortolkes som værende et udtryk for Vallgårdas dikotomiforståelse, idet der er opmærksomhed på at identificere de diabetespatienter, der har de mest

udtalte komplikationer af deres DM2. Tillige kan mikroniveauet i Dahlgren & Whiteheads model fortolkes ud fra formen for stratificering, fordi borgerens sværhedsgrad af sygdommen er afgørende for stratificeringen. Imidlertid fortolkes det, at der i dokumentmaterialet søges viden og redskaber til at kunne udbygge stratificeringen til ligeledes at tage højde for psykosociale faktorer, hvormed rehabilitering og forebyggelse af social ulighed ønskes at udbredes til at omfatte mesoniveauet i Dahlgren og Whiteheads model. I kategorien *Ønske om en strukturel strategi* fortolkes det endvidere, at der er et ønske om at forbedre sundhedsvæsenet ud fra en strategi, hvor hele befolkningens sundhed er fokus for forebyggelse. Dette fortolkes som en strukturel forebyggelsesstrategi, som i kombination med højrisikostrategi indgår i Vallgårdas gradientforståelse.

9.1.2. Belæg for ovenstående rekontekstualisering

Ovenstående viser, de resultater der er frembragt gennem dokumentanalysen. Følgende afsnit vil vise analysen af det udvalgte meningsbærende enheder fra dokumentanalysens syv operationaliseringskategorier, som belæg for ovenstående rekontekstualisering.

9.1.2.1. Individcentreret rehabilitering

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Rehabilitering* med dertilhørende meningsbærende enheder.

Det fortolkes, at der i Sundhedsaftalens udlægning af rehabilitering fokuseres på at give den enkelte borger redskaber til at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne. Med andre ord er omdrejningspunktet for rehabilitering den enkelte borgers funktionsevne, og dermed individcentreret. Sundhedsaftalens udlægning af rehabilitering bygger på WHO's definition af rehabilitering, og definerer rehabilitering som:

Indsatserne i Genoptræning og Rehabilitering bygger på værdierne i WHO's definition af rehabilitering: Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse (A, s. 36).

Endvidere er der i Sundhedsaftalen fokus på, at borgeren kan være inddraget i flere forskellige indsatser på samme tid. Udlægningen af rehabilitering fortolkes derfor også som værende helhedsorienteret, hvilket kommer til udtryk i nedenstående uddrag.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at borgeren, samtidig med at være i gang med en eller flere sundhedsmæssige indsatser, også kan være i gang med en indsats indenfor beskæftigelses-, undervisnings- eller socialområdet. Det er derfor vigtigt, at vi i sundhedsaftalen tager højde for dette og udvikler samarbejder, der kan håndtere disse situationer (A, s. 15).

Imidlertid fortolkes rehabilitering af borgere med DM2 ikke som helhedsorienteret, men som individcentreret, fordi kommunal rehabilitering af borgere med DM2 beskrives som patientuddannelse og vejledning. Det ses i uddraget fra *Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes*: “Den Kommune rehabilitering omhandler både individuel og gruppeorienteret patientuddannelse og vejledning” (S, s. 7). Fortolkningen af rehabilitering som individcentreret gør sig ligeledes gældende i *NKR for Type 2 Diabetes*, idet rehabilitering udlægges til at omfatte patientuddannelse, diætbehandling og fysisk træning:

Denne rehabilitering eller livsstilsbehandling af type 2 diabetes afgrænses nærmere nedenfor og er emnet for denne nationale kliniske retningslinje. Rehabiliteringen omfatter sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling, motion og rygeafvænning og er det grundlæggende indhold i de regionale forløbsprogrammer for type 2 diabetes (NKR, s. 7).

Ud fra ovenstående kategori fortolkes det, at rehabilitering overvejende er individcentreret, idet at indholdet i rehabiliteringsindsatser indbefatter indsatser, hvis sigte er at give den enkelte borger redskaber til at opnå bedst mulig funktionsevne.

9.1.2.2 Samarbejde på tværs

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Inddragelse af borger og pårørende*.

Ud fra Sundhedsaftalen fortolkes det, at borgerinddragelse, pårørende og god kommunikation er centralt i Sundhedsaftalen. Med andre ord vægtes samarbejde mellem sundhedsvæsenet og borgerne. Denne inddragelse skal ske kommunikativt og stiller ligeledes krav til de involverede

sundhedspersoner. De individbundne faktorer og sundhedspersonalets kommunikative evner fortolkes dermed som afgørende for, hvorvidt borgeren opnår optimalt udbytte af sundhedstilbuddet, herunder rehabilitering. Det fremhæves i følgende uddrag:

God kommunikation til og med borgeren er en forudsætning for et optimalt udbytte af et givent sundhedstilbud...borgeren er den vigtigste sundhedsressource i eget sygdomsforløb... sundhedsvæsenet skal anerkende og inddrage borgerens og de pårørendes viden og erfaringer (P, s. 6).

At borgeren er en ressource og at samarbejdet med borgeren er vigtigt, kommer ligeledes til udtryk i *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* hvor det fortolkes, at borgerne i samspil med kommunen ansues som vigtige for forebyggelsesindsatser:

Borgerne besidder ressourcer, som kommunen vil kunne drage stor nytte af, hvis der skabes de nødvendige forudsætninger for aktiv deltagelse og engagement i forebyggelsesarbejdet. Det er således hensigtsmæssigt, at kommunerne involverer borgerne, når det gælder om at skræddersy tilbud til særlige målgrupper i befolkning, fx udsatte borgere (F, s. 8).

Ud fra ovenstående uddrag fortolkes det, at samarbejdet mellem sundhedsvæsenet, borgere og pårørende udlægges som essentielt for sikre det rette sundhedstilbud, herunder rehabilitering.

9.1.2.3. Sygdomsmestring på mikroniveau

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Sygdomsmestring*.

Gennemgående for sundhedsaftalens tre dokumenter er et ønsket om at styrke borgerens mestringsevne eller egenomsorgsevne. Det fortolkes som individorienteret, fordi evnen til at mestre sygdom er knyttet til individet. Det illustrerer følgende uddrag: *“Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme“ (S, s. 11).*

Endvidere fortolkes det, at der er et særligt fokus på at øge mestringsevnen hos sårbare borgere, da det angives, at de har svært ved at tage hånd om egen sundhed:

...at vi i fællesskab sikrer en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare, og har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. Vi skal også sikre, at borgere med særlige behov får den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes (P, s. 11).

I det nationale dokumentmateriale er der ligeledes en gennemgående tendens til at sygdomsmestring anskues ud fra et individorienteret perspektiv, hvilket illustreres i det følgende:

Den sygdomsspecifikke patientuddannelse bør tage afsæt i patientens ønsker og behov, således at der målrettet arbejdes ud fra principper om at styrke patientens egne ressourcer (eller kompetencer) med henblik på at kunne mestre sygdommen og livet med den (NKR, s. 41).

Imidlertid ses der udover et individorienteret perspektiv også opmærksomhed på sociale relationers betydning for borgerens sygdomsmestring. Herunder at gruppedynamik og netværksdannelse anskues som positivt for sygdomsmestring. Dog kan det fortolkes, at målet med en positiv gruppedynamik og efterfølgende netværksdannelse er en integration af livsstilsændringer. Dermed tydeliggøres det, at livsstilsændringer udlægges som omdrejningspunktet i borgerens sygdomsmestring, hvilket kan anskues som et biomedicinsk og individorienteret perspektiv på sygdomsmestring:

Det gruppebaserede rehabiliteringstilbud er typisk sammenhængende og struktureret, og kan potentielt medføre en positiv gruppedynamik og en efterfølgende netværksdannelse. Dermed kan elementerne i en livsstilsændring naturligt integreres (NKR, s 16).

Ud fra ovenstående fortolkes det, at der i dokumenternes udlægning af rehabilitering særligt er opmærksomhed på at understøtte borgerens mestrings- og egenomsorgsevne specielt hos sårbare borgere. Der ses ligeledes at gruppedynamik og netværksdannelse prioriteres, men at formålet hermed er livsstilsændringer hos borgeren.

9.1.2.4. Samarbejde mellem sektorer

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Samarbejde mellem sektorer*.

Sammenhæng mellem kommune, sygehus og almen praksis er i fokus i Sundhedsaftalen, hvilket illustreres i følgende uddrag: "*Sundhedsaftalen om forebyggelse har fokus på sammenhængende*

forebyggelsesforløb på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis” (A, s. 19). Det fortolkes ud fra Sundhedsaftalen, at et sammenhængende forløb fordrer et samarbejde mellem flere forskellige politiske sektorer, blandt andet indenfor rehabilitering. Det vil sige at samarbejdet mellem sektorer fortolkes som en forudsætning for en sammenhængende indsats: *“Der er også behov for at sundheds- og beskæftigelsessektoren arbejder sammen, så det bliver muligt at iværksætte samtidige indsatser, som er samordnede og koordinerede” (P, s 6).* En konkret eksemplificering af samarbejdet mellem sektorer illustreres i nedenstående uddrag, hvor BMI, funktionsevne og sociale vilkår udlægges som relevante patientoplysninger, der skal videregives. Med andre ord udlægges både individbundne og sociale vilkår som relevante patientoplysninger der skal videregives i samarbejdet mellem sektorer indenfor rehabilitering:

Almen Praksis bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliteringsindsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser (stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger (S, s. 10).

Endvidere fortolkes det ud fra *Den Administrative Sundhedsaftale*, at der er et overvejende fokus på en sårbar gruppe af borgere i forhold til sammenhængende indsatser:

Sundhedsaftalen har et gennemgående fokus på borgere, som har behov for indsatser kendetegnet ved særlige koordineringsbehov, flere samtidige indsatser, høj kompleksitet, og hvor der er behov for stor sammenhængskraft mellem region, kommuner og almen praksis (A, s. 37).

Ud fra Introduktion til forebyggelsespakker fortolkes det ligeledes, at det i forebyggelsesarbejde er nødvendigt, at forskellige politikområder og forvaltningsområder inddrages. Dermed spredes ansvaret for borgernes sundhed ud over hele kommunen, hvilket fortolkes som et helhedsorienteret perspektiv i forhold til forebyggelsesområdet, fordi rammer og betingelser for sundhed gælder flere områder end blot sundhedsområdet:

Fremme af borgernes sundhed er hele kommunens ansvar på tværs af politikområder. De rammer og betingelser, der er med til at skabe sundhed, fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor kan implementeringen af forebyggelsespakkerne med fordel ske på

tværs af forvaltninger i kommunerne. På den måde vil de anbefalede indsatser komme til at indgå som en del af de eksisterende kerneydelser og politikker i kommunen, frem for alene at blive en indsats i sundhedsafdelingen. Det forudsætter, at der arbejdes med at få sundhed ind i alle politikker (F, s. 19).

Ud fra ovenstående kategori fortolkes det, at samarbejdet mellem sektorer er en forudsætning for en sammenhængende indsats. Samarbejdet mellem sektorer skal blandt andet omhandle individbundne og sociale vilkår hos den enkelte borger, og borgere med de største sundhedsudfordringer prioriteres særligt i samarbejdet mellem sektorer. Desuden findes der i den nationale del af dokumenterne, at ansvaret for borgernes sundhed tilskrives forskellige politikområder og forvaltningsområder, hvilket fortolkes som helhedsorienteret.

9.1.2.5. Dikotom stratificering

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Stratificering*.

I forhold til forebyggelse af social ulighed udlægges det i *Den Administrative Sundhedsaftale*, at der skal udarbejdes differentierede tilbud fordi der er forskel på grupper af borgere i samfundet, hvoraf nogle grupper har dårligere livsvilkår og færre ressourcer end andre. Det fortolkes, at stratificering anvendes med henblik på at reducere social ulighed, fordi det i *Den Administrative Sundhedsaftale* udlægges, at der skal udvikles differentierede tilbud for at mindske uligheden i sundhed:

Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgernes mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenet øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger, så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud (A, s. 31).

Stratificeringen er fremtrædende både i Sundhedsaftalen og i *NKR for Type 2 Diabetes*, hvor patientens sygdomsforløb er udslagsgivende for hvilket behandlingsforløb patienten tildeles, og sygdommens sværhedsgrad er derfor det afgørende i forhold til stratificeringen:

Patienter med type 2 Diabetes kan stratificeres i almen praksis eller på hospitalerne med udgangspunkt i nedenstående niveau inddeling, som tager hensyn til sygdommens sværhedsgrad.

Stratificeringen skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det bedste og mest hensigtsmæssige niveau for behandling (S, s. 2).

Det fortolkes yderligere, at der ønskes at kunne stratificeres ud fra psykosociale forhold, men at der mangler viden og redskaber hertil. Dette kommer til udtryk i følgende uddrag:

Vedrørende setting, organisation og indhold af en samlet rehabilitering er der brug for udviklingen af et evidensbaseret screeningsredskab til en psykosocial stratificering samt en afprøvning af afledte rehabiliteringsprogrammer, gruppebaserede eller individuelt tilrettelagte, standard- eller skræddersyede programmer, kulturelt tilpassede eller ikke-tilpassede, med eller uden supplerende patientuddannelse/anden terapi m.m. (NKR, s. 69).

Ud fra denne kategori fortolkes det, at stratificering anvendes med henblik på at reducere social ulighed. Det er sværhedsgraden af sygdommen, der er afgørende for stratificering i forhold til behandlingsforløbet, men også at der søges viden og redskaber til at kunne udbygge stratificeringen til ligeledes at tage højde for psykosociale faktorer.

9.1.2.6. Social ulighed

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Social ulighed*.

I de fem dokumenter fremkommer forskellige udlægninger af social ulighed. I *Den Politiske Sundhedsaftale* fortolkes udlægningen af social ulighed at være relateret til hele befolkningen, fordi at sundhed og trivsel varierer med uddannelsesniveau og erhvervsgrupper: “...at der fortsat er store variationer i sundhed i trivsel - såvel geografisk som mellem forskellige uddannelsesgrupper og erhvervsgrupper” (P, s. 10). Endvidere fortolkes det, at udlægningen af social ulighed ikke er ensidig i *Den Politiske Sundhedsaftale*, fordi det udlægges at sårbare grupper har brug for særlig opmærksomhed: “For at sikre alle borgere et godt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud, fokuseres der gennem aftalen også på konkrete sårbare målgrupper, der har brug for en særlig opmærksomhed” (P, s 4). Udlægningen af, at social ulighed i sundhed er relateret til hele befolkningen, men særligt til sårbare grupper ses også i *Den Administrative Sundhedsaftale*:

Sundheden i Nordjylland er ikke ligeligt fordelt. Der er, som i resten af landet, store variationer relateret til uddannelsesgrad og erhvervstilknytning. Herudover har visse sårbare grupper særligt store sundhedsudfordringer (A, s. 11).

Det fortolkes endvidere, at fokus på udsatte borgere er fremtrædende i forhold til at reducere social ulighed i sundhed, fordi et særligt fokus på udsatte borgere er et middel til at reducere social ulighed i sundhed, hvilket følgende uddrag viser: *“... specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed” (A, s. 20).*

Ud fra de nationale dokumenter udlægges det, at borgere med kronisk sygdom har været prioriteret i forhold til forebyggelse. Det fortolkes, at der i de nationale dokumenter ligeledes er et fremtrædende fokus på udsatte borgere: *“Særligt har indsatserne for kronisk syge borgere været i fokus, og i løbet af de seneste år har kommunerne særligt styrket indsatsen for denne gruppe”. (F, s. 7).*

Det fortolkes ud fra Sundhedsaftalen, at det er en individualiseret udlægning af sundhed som dominerer i dokumenterne fordi sundhedsvaner, og dermed livsstil, bliver omdrejningspunktet for forebyggelsen og rehabilitering af borgere med DM2. Herved fortolkes Sundhedsaftalens tre dokumenter som livsstilsorienterede i relation til både forebyggelse af social ulighed og rehabilitering af borgere med DM2, hvilket følgende uddrag viser: *“Andelen af nordjyder med gode sundhedsvaner skal stige - særligt blandt kortuddannede borgere og borgere uden erhvervsuddannelse” (P, s. 11).* Kerneydelserne i den sygdomsspecifikke sundhedsaftale er også livsstilsorienterede, hvilket kommer til udtryk i følgende uddrag: *“...Kerneydelserne er i “NKR type 2 diabetes” beskrevet som: Sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling, øgning af den fysiske aktivitet eller træning, rygeafvænning” (S, s. 6).*

Ud fra ovenstående kategori fortolkes det, at udlægningen af social ulighed ikke er ensidig i dokumentmaterialet, og at der er fokus på udsatte borgere anskues som middel til at forebygge social ulighed. Endvidere fortolkes det, at der er en individualiseret udlægning af sundhed som dominerer i dokumenterne, fordi livsstil bliver omdrejningspunktet for rehabilitering af borgere med DM2.

9.1.2.7. Ønske om en strukturel strategi

Følgende afsnit er baseret på operationaliseringskategorien *Kvalitet og forandringer i sundhedsvæsenet*.

Den Administrative Sundhedsaftale beskriver et ønske om at afprøve det internationale koncept Triple Aim i forhold til at forbedre sundhedsvæsenet. Ud fra Triple Aim fortolkes det, at hele befolkningens sundhed er fokus for forebyggelse, således fortolkes det at Triple Aim afviger fra den nuværende tilgang til forebyggelse, hvor forebyggelsen særligt er rettet sårbare grupper i befolkningen:

Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål:

- *Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet).*
- *Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet).*
- *Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet) (A, s. 50).*

I *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* fortolkes det, at gevinsten ved forebyggelse forventes at vise sig ved sparede omkostninger. Modsat er der opmærksomhed på social ulighed i sundhed, hvor en reducere af social ulighed i sundhed kan kræve indsatser, som ikke medfører en umiddelbart økonomisk besparelse. Det fortolkes, at forebyggelse af social ulighed prioriteres på trods af, at det ikke umiddelbart giver besparelser. Det illustreres i følgende uddrag:

På samfunds niveau er gevinsten ved forebyggelse de sparede omkostninger, der ville have været forbundet med den pågældende risikofaktor. Andre hensyn og ønsker, fx ønsket om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, kan dog gøre, at det i nogle tilfælde kan være fornuftigt at gennemføre en indsats, selvom det ikke umiddelbart betaler sig ud fra en økonomisk betragtning (F, s. 13).

Ud fra kategorien fortolkes det, at der er åbenhed for at udbygge Sundhedsaftalen med Triple Aim konceptet, hvor hele befolkningens sundhed er fokus for forebyggelse. Ud fra *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker* fortolkes det, at forebyggelse af social ulighed er vigtigere end økonomiske besparelser.

9.2. Resultater fra analyse af systematisk litteratursøgning

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af den systematiske litteratursøgning. Som beskrevet i metodens afsnit 8.2.7. *Analyse af videnskabelige studier fra systematisk litteratursøgning* vil studierne resultater fortolkes i relation til specialets teoretiske referenceramme.

9.2.1. Præsentation af udvalgte studier

Som det illustreres i flowdiagram over udvælgelse af studier fra den systematiske litteratursøgning, er der fire studier som lever op til inklusionskriterierne. Flowdiagrammet kan ses i Figur 9 i afsnit 8.2.5. *Udvælgelse og kvalitetsvurdering*. Til at præsentere de fire studier er der opstillet en tabel pr. studie, Tabel 11-14, som beskriver formål, population, design og metode, resultater og resultat fra kvalitetsvurdering med tjekliste. For hvert studie er der ligeledes et afsnit efter tabellen med en grundigere beskrivelse af metode og dermed vurdering af metoden og generaliserbarheden til specialet.

**Koetsenruijter et al. 2015: Social support and self-management capabilities in diabetes patients:
An international observational study**

Titel: Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study Forfattere: J. Koetsenruijter, N. van Eikelenboom, J. van Lieshout, I. Vassilev, C. Lionis, E. Todorova, M. Portillo, C. Foss, M. Serrano Gil, P. Roukova, A. Angelaki, A. Mujika, I. Ruud Knutsen, A. Rogers, M. Wensing. Publiceret: 2015 Land: Holland	
Formål	At undersøge hvilke aspekter af socialt netværk, der er relateret til egenomsorg hos borgere med DM2, og om disse netværk har potentiale til at reducere ugunstige helbredseffekter hos udsatte borgere med DM2.
Studiepopulation	1692 personer med diagnosen type 2 diabetes fra 6 europæiske lande.
Design og metode	Studiet er et tværsnitsstudie. Der indsamles data med spørgeskemaundersøgelse med 1692 borgere med DM2 ift. grundlæggende oplysninger, co-morbiditet og egenomsorg. Efterfølgende indsamles data ved interview, med fokus på socialt netværk og social støtte. Til at analysere indsamlet data anvendes lineær regression, med egenomsorg som afhængig variabel og socialt netværk som uafhængige variabel. Der udføres tillige en justeret analyse, til confounderkontrol.
Resultater	Studier viser at egenomsorg afhænger af uddannelse og indkomst, hvor lav grad af uddannelse og indkomst viser sammenhæng med dårligere egenomsorg. Derimod ses, at stor informationsmæssig og emotionel støtte er associeret med god egenomsorg. Ydermere ses, at det især er borgere med lav grad af uddannelse, som har god gavn af informationsrigt netværk. Dermed viser studiet evidens for at stærk social støtte kan kompensere for negative effekter på egenomsorgen ved lav grad af uddannelse hos borgere med DM2. Interventioner bør derfor ikke udelukkende fokusere på den enkelte patient, men ligeledes involvere patientens sociale netværk, specielt blandt lavtuddannede.
Kvalitetsvurdering	STROBE tjekliste. 20 point ud af 22 mulige. Vurderes som god.

Tabel 11: Præsentation af studie af Koetsenruijter et al. 2015

Studiet af Koetsenruijter et al. (2015) er et tværsnitsstudie med 1692 borgere med DM2 fra 6 europæiske lande som studiepopulation. De seks lande er henholdsvis; Norge, Spanien, England, Bulgarien, Grækenland og Holland. Formålet med studiet er at undersøge hvilke aspekter af sociale netværk, der er relateret til egenomsorg hos borgere med DM2, og om disse netværk har potentiale til at reducere ugunstige helbredseffekter hos udsatte borgere med DM2 (Koetsenruijter et al., 2015). Studiet anvender først en valideret spørgeskemaundersøgelse til at indsamle demografisk data og data om co-morbiditet og egenomsorg. Herefter anvendes kvantitativt personligt- eller telefoninterview med fokus på socialt netværk og social støtte som dataindsamlingsmetode (Koetsenruijter et al., 2015). Et kvantitativt interview udføres det ved, at der stilles forberedte spørgsmål på en ensartet måde til alle i studiepopulationen. På en struktureret måde opsamles der dermed data til udvalgte variable, som kan analyseres ved statistiske metoder (Kruuse, 2007).

Til at analysere indsamlet data anvendes lineær regression, med egenomsorg som afhængig variabel og socialt netværk som uafhængig variabel. Der anvendes lineær regression, da begge variable for egenomsorg behandles som interval skala. Analysen udføres først for hele studiepopulationen, hvorefter analysen opdeles på lav socioøkonomiske status og høj socioøkonomiske status, målt ud fra uddannelsesniveau.

I analysen kontrolleres for confoundere, ved at udføre en justeret analyse. Der kontrolleres for confounding af variablerne alder, køn, co-morbiditet, forældre født i andet land og indkomst (Koetsenruijter et al., 2015). Det vurderes, at studiets valg af lineær regression til analysen er hensigtsmæssig, da der søges sammenhæng mellem afhængig og uafhængig variabel, med interval skala for den afhængige variabel. Lineær regression er netop kendetegnet ved, at den afhængige variabel er på intervalskala (Svend Juul, 2012). At der udføres kontrol for mulige confoundere er hensigtsmæssig, for ikke at tilskrive en forkert faktor, som værende forklarende for sammenhængen. En justeret analyse tager effekten af de udvalgte variable ud af analysen, hvis dette medfører store ændringer af estimatet, kan der være tale om confounding (Szklo & Nieto, 2014). En svaghed ved studiets måde at kontrollere for confoundere er, at alle variable inddrages i en justeret analyse, og i resultatafsnittet uddybes analysen heraf ikke nærmere. I og med at alle variable inddrages på en gang, er det ikke gennemsigtigt for læser, hvilke at de udvalgte variable, der evt. påvirker sammenhængen. Ligeledes har designet i form af tværsnitsstudie indflydelse på studiets styrke. Det skyldes, at det ikke er muligt at udtale sig om kausale sammenhænge ved et tværsnitsstudie (Svend Juul, 2012). Forfatterne er selv opmærksomme på dette, og beskriver at designet medfører, at de kun kan gætte på underliggende mekanismer, til at forklare den sammenhæng de ser (Koetsenruijter et al., 2015). At studiet selv er opmærksomme herpå og ikke opstiller kausale sammenhænge vurderes som en styrke for studiets troværdighed.

Til at indsamle data og inkludere borgere i studiepopulationen anvendes en spørgeskemaundersøgelse. Her anvendes to domæner fra det validerede *Health Education Impact Questionnaire* spørgeskema (Koetsenruijter et al., 2015). Spørgeskemaet er udviklet som et brugervenligt og relevant måleinstrument til at evaluere på patientuddannelsesprogrammer på tværs af en bred vifte af kroniske sygdomme. Spørgeskemaet har en høj construct validitet og er et reliabelt redskab. Det er anvendeligt til at give klinikere, forskere og politikere information om patientuddannelsesprogrammer til kronisk sygdom (Osborne, Elsworth, & Whitfield, 2007). At der

anvendes et allerede valideret spørgeskema, som har høj construct validitet og er reliabelt vurderes som en styrke i studiet. Når der er høj construct validitet og reliabilitet i spørgeskemaet, vil det sige, at det er et godt redskab til at måle det, der ønskes viden om, og at der kan tilknyttes så få systematiske fejl som muligt, samt at det er anvendeligt til at spørge om det samme flere gange og på tværs af personer, og stadig være sammenligneligt (Szklo & Nieto, 2014; Thorsen, 2005). Da studiet undersøger seks forskellige lande, er der dermed behov for at spørgeskemaet kan fungere i alle de seks lande. I to af landene, Bulgarien og Grækenland, er spørgeskemaet imidlertid ikke anvendt, fordi der ikke ligger en valideret udgave på henholdsvis bulgarsk og græsk. Derfor har studiet selv sørget for oversættelse til de gældende lande, med oversættelse og tilbageoversættelse af tre personer, samt en professionel oversætter, hvor kulturelle aspekter medtænkes (Koetsenruijter et al., 2015). At anvende oversættelse med kontrol via tilbageoversættelse til oprindeligt sprog er der imidlertid ikke evidens for at udføre (Thorsen, 2005). Dermed kan der stilles spørgsmålstejn til validiteten af spørgeskemaet i de to lande. Ulempen ved at oversætte spørgeskemaer er generelt, at de personer der oversætter, ikke har nok viden om sproget, kulturelle forskelle eller den faglighed der ligger i spørgeskemaet (Thorsen, 2005). Det vurderes dog, at studiet til dels opvejer dette, i form af, at udvikleren af spørgeskemaet inddrages i en diskussion af oversættelsen, samt at der udføres pilottestning af de oversatte spørgeskemaer med tre borgere med DM2 (Koetsenruijter et al., 2015).

Da studiet har tværsnitsstudie som design er STROBE tjekliste anvendt til at kvalitetsvurdere. Her er tildelt 20 ud af 22 point, og studiet vurderes som gennemarbejdet og godt ud fra pointene. De elementer som ikke har givet point, og som dermed er mangler i studiet ud fra tjeklisten omhandler, at perioden for dataindsamling ikke beskrives. Derudover beskriver studiet ikke, om der er missings, og hvordan de i så fald håndteres, hvilket er en svaghed i studiet. Når der ikke er oplysninger om missings, er det ikke gennemsigtigt, hvorledes eventuelle missings er håndteret og fordelt i studiepopulationen. Hvis det er indenfor en bestemt gruppe i studiepopulationen hvor der opstår missing, kan det medføre selektionsbias, da denne gruppes svar ikke indregnes i resultaterne (Svend Juul, 2012).

Generaliserbarheden af studiet til besvarelse af specialets forskningsspørgsmål styrkes i form af, at undersøgelsen er baseret på vestlige lande. Derudover er studiepopulationen borgere med DM2. En ulempe i generaliserbarheden er, at studiet ikke er konkrete i forhold til rehabilitering. Studiet er inkluderet ud fra en forståelse i specialegruppen om, at det som studiet måler på, nemlig egenomsorg

kan sidestilles med rehabilitering, idet at dette undersøges ud fra et spørgeskema, som omhandler evaluering af patientuddannelsesprogrammer for kroniske sygdomme, hvor der ligeledes kan trækkes tråde til rehabilitering.

Walker et al. 2014: Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling

Titel: Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling Forfattere: R. Walker, M. Gebregziabher, B. Martin-Harris, L. E. Egede Publiceret: 2014 Land: USA	
Formål	At undersøge hvilke sociale determinanter for sundhed der har indflydelse på egenomsorg hos borgere med DM2.
Studiepopulation	615 voksne borgere med DM2 i sydøst USA.
Design og metode	Studiet er et tværsnitstudie. Borgere med DM2 rekrutteres fra to klinikker i primær sundhedssektor. Som metode anvendes en spørgeskemaundersøgelse, til at indsamle demografiske oplysninger, data om sociale determinanter for sundhed og egenomsorg. Til at analysere data anvendes bekræftende faktoranalyse (CFA).
Resultater	Studier viser at egenomsorg afhænger af uddannelse og indkomst, hvor lav grad af uddannelse og indkomst viser sammenhæng med dårligere egenomsorg. Derimod ses, at stor informationsmæssig og emotionel støtte er associeret med god egenomsorg. Ydermere ses, at det især er borgere med lav grad af uddannelse, som har god gavn af informationsrigt netværk. Dermed viser studiet evidens for at stærk social støtte kan kompensere for negative effekter på egenomsorgen ved lav grad af uddannelse hos borgere med DM2. Interventioner bør derfor ikke udelukkende fokusere på den enkelte patient, men ligeledes involvere patientens sociale netværk, specielt blandt lavtuddannede.
Kvalitetsvurdering	Resultaterne fra studiet viser at psykosociale faktorer er stærkere associeret med egenomsorg end faktorer i forhold til social status. De psykosociale faktorer kan opdeles i kategorier, mental sundhed, social støtte og self-efficacy. Egenomsorg bedres ved god mental sundhed, stor social støtte og høj self-efficacy. Studiet foreslår på baggrund heraf, at der tages højde for psykosociale faktorer i fremtidige interventioner.

Tabel 12: Præsentation af studie af Walker et al. 2014.

Walker et al. (2014) er et tværsnitstudie, med formål om at undersøge hvilke sociale determinanter for sundhed, der har indflydelse på egenomsorg hos borgere med DM2. Dette udføres ved at finde og teste skjulte variable (Walker et al., 2014). Skjulte variable er variable som ikke kan måles direkte ud fra data, men ved matematiske modeller kan skjulte variable udledes af kendte variable (Cai, 2012). Der søges skjulte variable for social status og psykosociale faktorer i forhold til self-efficacy, social støtte og mental sundhed. Studiepopulationen består af 615 voksne borgere med DM2 fra sydøst USA.

Der anvendes en spørgeskemaundersøgelse som metode (Walker et al., 2014). Spørgeskemaet er sammensat af items fra 11 forskellige validerede spørgeskemaer. De sammensættes ud fra en modificeret version af et konceptuelt rammeværktøj til at se på sammenhænge mellem socioøkonomiske faktorer og diabetes udfald (Walker et al., 2014). Studiet er tydelige i hvilke validerede spørgeskemaer, de har deres items fra, men det fremgår ikke hvorvidt de er sammensat efter rammeværktøjet, og hvad de mener med en modificeret version heraf. På baggrund heraf vurderes at gennemsigtheden i studiet er svækket, da det ikke fremgår tydeligt hvordan spørgeskemaet er valideret.

Til at analysere data anvendes *structured equation modeling* (SEM), som består af et sæt strategier som kombinerer regression, path analyse og faktoranalyse. Dermed er det muligt at lave komplekse modelleringer med tæt relaterede variable (Walker et al., 2014). Studiet vurderes gennemsigtigt og grundige i deres beskrivelse af statistiske analyser. Analysen foregår over flere niveauer med serier af bekræftende faktoranalyse til at identificerer skjulte variable, og efterfølgende udføres statistisk som tester de skjulte variable samt tester den model, som opsættes på baggrund af faktoranalysen, der beregnes χ^2 værdier til estimerne (Walker et al., 2014). χ^2 værdierne er med til at illustrere signifikansniveauet af de fundne estimer (Svend Juul, 2012).

I de statistiske analyser håndteres missing ved en maximum likelihood metode fremfor listwise deletion (Walker et al., 2014). At studiet beskriver deres måde til at håndtere missings, anses som en styrke. Ligeledes er der fordele og ulemper ved forskellige metoder til at håndtere missings. Listwise deletion er mest udbredt, men ulempen er, at en informant udelukkes fra analysen, ved missing på blot et variabel. Maximum likelihood søger derimod for at studiepopulationen forbliver intakt og ved missing værdien estimeres i stedet ud fra resterende data (Kang, 2013).

Da studiet har tværsnitstudie som design er STROBE tjekliste anvendt til at kvalitetsvurdere. Her er tildelt 20 ud af 22 point, og studiet vurderes som gennemarbejdet og godt ud fra pointene. De elementer som ikke har givet point, og som dermed er mangler i studiet ud fra tjeklisten omhandler, at der ikke angives perioder for dataindsamling og udførelse af analyse, samtidig registreres ikke hvor der har været missings værdier. Dermed mister studiet gennemsigtheden i forhold til deskriptive elementer. Ligeledes er studiet ikke tydelige i forhold til confounderkontrol, men da der laves en omfattende statistisk analyse, inklusion statistisk analyse, til at kontrollere egne resultater, vurderes overordnet at studiet er grundige i deres databearbejdning.

Generaliserbarheden at studiet til specialets forskningsspørgsmål er god i forhold til målgruppen, som er borgere med DM2. Generaliserbarheden svækkes imidlertid af at studiet er fra USA, som i forhold til sundhedssystem er anderledes end i Danmark. Samtidig vurderes, at det er de samme determinanter der er i spil i relation til egenomsorg hvad enten borgeren med DM2 er bosiddende i Danmark eller USA.

Espelt et al. 2011: Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus in Europe 1999-2009: A Panorama of Inequalities.

Titel: Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus in Europe 1999-2009: a Panorama of Inequalities. Forfattere: A. Espelt, L. Arriola, C. Borrell, I. Larrañaga, M. Sandin, A. Escobar-Pujolar Publiceret: 2011 Land: Spanien	
Formål	At lave en syntese af resultater fra studier fra Europa fra 1999-2009, som måler på sammenhængen mellem socioøkonomiske status og incidens, prævalens og mortalitet af DM2.
Studiepopulation	N= 2.040.389 europæere med DM2 fra 19 videnskabelige studier Alder 16-79 år. Mænd og kvinder.
Design og metode	Studiet er et systematisk review. Der foretages systematisk litteratursøgning i PubMed baseret på register-, journal- og spørgeskemadata fra Europa. Reviewet er baseret på 19 artikler, som de klassificerer alt efter om de omhandler incidens, prævalens eller mortalitet. Nogle af studierne behandler både prævalens og mortalitet og figurerer derfor i begge kategorier: A. Diabetes incidens (2 studier) B. Diabetes prævalens (14 studier) C. Diabetes mortalitet (5 studier)
Resultater	Der er evidens for, at der er social ulighed i DM2 i Europa, både i forhold til incidens, prævalens og mortalitet. Associationen mellem socioøkonomiske status og DM2 kan forklares af sammenhængen mellem socioøkonomiske status og risikofaktorer som sundhedsadfærd og adgang til sundhedsydelser. Dog finder nogle af studierne i reviewet, at uligheden skal forklares ud fra kontekstuelle faktorer, som eksempelvis område karakteristika og velfærdsstat eller strukturelle faktorer. A. I forhold til incidens: Der er en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og højere incidens af DM2. Der er en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og udsat lokalområde. B. I forhold til prævalens: Der er en signifikant sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og højere prævalens af DM2. Eksempelvis viser et af de inddragede studier (Gayer et al.), at borgere uden uddannelse har en højere risiko for DM2 sammenlignet med borgere med uddannelse. C. I forhold til mortalitet finder fire ud fem studier, at der er sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og øget mortalitet.
Kvalitetsvurdering	PRISMA tjekliste. Tildeles 16 ud af 27 points. Studiets vurderes som godt, til trods for den lave score. PRISMA er både til metaanalyser og reviews, så derfor den lave score, fordi dette review ikke kan få point for eksempelvis at beskrive additional analysis, ved eksempelvis en meta-regression.

Tabel 13: Præsentation af studie af Espelt et al. 2011.

Studiets af Espelt et al. (2011) er et systematisk review, som har til formål at lave en syntese af resultater fra studier fra Europa i perioden 1999-2009, som målet på sammenhængen mellem socioøkonomiske status og incidens, prævalens og mortalitet af DM2. Der inddrages 19 videnskabelige studier, med samlet set 2.040.389 europæere, bestående af mænd og kvinder i alderen 16 til 79 år. De 19 studier fordeles på tre grupper alt afhængigt af, om de omhandler diabetes incidens, diabetes prævalens eller diabetes mortalitet, med en fordeling på henholdsvis to, fjorten og fem studier. Nogle studier dækker over mere end en af de tre grupper, og indgår dermed flere steder (Espelt et al., 2011).

I studiets angives konkret søgestrategi, og hvilke limits de anvender, samt inklusions- og eksklusionskriterier for inddragelse af studier (Espelt et al., 2011). Hermed øges gennemsigtigheden af studiet, hvilket vurderes som en styrke. I og med at studiet er et systematisk review, er det samtidig en måde at få klarlagt eksisterende evidens indenfor feltet. Det skyldes, at et systematisk review er en metode, hvor der er indsamlet, analyseret og formidlet eksisterende evidens i en oversigtsartikel (Svend Juul, 2012). De inddragede studier i reviewet måler DM2 på forskellige måder, eksempelvis ved blodprøve eller selvvrideret af borgeren (Espelt et al., 2011). Dette er en svaghed ved studiet, idet at der derfor kan være inddraget borgere, som ikke har en klinisk stillet diagnose med DM2. Idet at studiets 19 inddragede studier har forskellige designs og metoder, har studiets forfattere ikke haft mulighed for at udføre en metaanalyse på tværs af de 19 studier (Espelt et al., 2011). Havde studiet haft mulighed for at udføre metaanalyse på baggrund af studierne, ville det have været en styrke for evidensniveauet i studiet. En metaanalyse sammenfatter de statistiske analyser, hvormed det antages, at flere undersøgelser af samme problemstilling kan sammenfattes til en fælles erfaring, igennem statistisk analyse på baggrund af eksisterende analyser (Svend Juul, 2012).

Ved kvalitetsvurdering med PRISMA tjekliste er der tildelt 16 ud af 27 mulige point. PRISMA er både til systematisk review og metaanalyser, og dermed er der flere elementer som studiet ikke kan opfylde, da disse er henvendt til metaanalyse. Eksempelvis kan studiet ikke få point for at beskrive additional analysis, som eksempelvis meta-regression. De manglende point herfra, vurderes derfor ikke som en indikator for studiets kvalitet. Studiet angiver ikke design i titlen samt er ikke grundige i deres introduktion i forhold til studiets rationale, og hvad der allerede er viden om i forhold til problemstillingen. Dette er en svaghed for studiet ud fra tjeklistevurdering. Samlet set vurderes studiet som værende godt.

Generaliserbarheden af studiet til specialets andet forskningsspørgsmål styrkes af, at studiet omhandler social ulighed hos borgere med DM2 ud fra forskellige parametre, og søger at finde løsninger herpå, ved at klarlægge hvad årsagerne til uligheden er. Reviewet er baseret på register-, journal- og spørgeskemadata fra Skotland, England, Spanien, Finland, Sverige, Norge, Danmark, Tyskland, Belgien, Schweiz, Italien, Spanien, Tjekkiet, Litauen og Estland, Polen og Slovenien. Generaliserbarheden til specialet vurderes på baggrund heraf til at være medium, da ikke alle de inkluderede studiepopulationer lever under samme velfærdssystem og samme opbygning af sundhedsvæsenet som i Danmark. Endnu en årsag til at generaliserbarheden kunne være bedre er, at studiet ikke beskriver rehabilitering, men kommer med mulige forklaringer på interventioner, som kan mindske uligheden i DM2. Dermed er studiet ikke konkrete i forhold til rehabilitering, og der er ved inklusion af studiet lavet en vurdering af, at det som studiet beskriver som mulige løsninger på ulighedsproblematikken kan overføres til rehabilitering i dansk kontekst, selvom det er ikke er det studiet selv skriver.

Sortsø et al. 2017: Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark

Titel: Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark Forfattere: C. Sortsø, J. Lauridsen, M. Emneus, A. Green & P. B. Jensen Publiceret: 2017 Land: Danmark	
Formål	3 delt formål: - At beskrive ulighed i anvendelse af diabetes tilbud i sundhedsvæsenet. - At forstå determinanter bag uligheden i forhold til sociodemografiske og kliniske morbiditetsfaktorer. - At sammenligne empirisk udfald ved brug af enten indkomstniveau eller uddannelsesniveau som mål for socioøkonomiske status.
Studiepopulation	Alle registrerede diabetespatienter i Danmark inden januar 2012, og som er i live januar 2011 (n = 318.729)
Design og metode	Tværsnitsstudie med registerforskning. Der indsamles data fra 6 danske sundhedsregistre. Analysen baseres på tre overordnede variabelgrupper: socioøkonomiske status og demografisk karakteristika, brug af sundhedsvæsen og behov for sundhedsvæsen. Der udføres statistiske analyser i tre led, med udgangspunkt i sundhedsøkonomiske analyser. Det gælder concentration index, lineær regression og bootstrap analyse.
Resultater	Der tages udgangspunkt i det danske sundhedsvæsen, hvor alle har lige adgang til behandling. Der ses moderat ulighed i anvendelse af det danske sundhedsvæsen. Diabetespatienter med høj socioøkonomiske status målt ved uddannelsesniveau, er mere opsøgende ift. at benytte sundhedsvæsenet og deltage i tilbud fra sundhedsvæsenet. Diabetespatienter med høj indkomst anvender <i>out-patient</i> tilbud, som fx. kommunal rehabilitering mest, ift. dem med lav indkomst. Diabetespatienter med lav indkomst anvender derimod behandling på sygehus og hos egen læge mest i forhold til dem med høj indkomst. På baggrund af uddannelsesniveau ses forskelle i brug af sundhedsvæsenet afhængigt af region, hvor Region Hovedstaden anvender sundhedsvæsenet mere end regioner med mindre byer, som fx region nord. Diabetespatienter med lav socioøkonomiske status anvender sundhedsvæsenet mest i store byer, formentlig fordi der er flere ressourcer til at opsøge og inkludere dem. Når der anvendes socioøkonomiske status mål, er uddannelse bedre end indkomst, dog anbefales at bruge en kombination hvis muligt.
Kvalitetsvurdering	STROBE tjekliste. 20 point ud af 22 mulige. Vurderes som god.

Tabel 14: Præsentation af studie af Sortsø et al. 2017.

Studiet af Sortsø et al. (C. Sortsø, Lauridsen, Emneus, Green, & Jensen, 2017) er et dansk tværsnitsstudie, som anvender registerforskning, og hermed er der tale om et kvantitativt studie. Studiet har et tredelt formål, 1: beskrivelse af ulighed i anvendelse af diabetestilbud i sundhedsvæsenet, 2: at forstå determinanter bag uligheden i forhold til sociodemografiske og kliniske morbiditetsfaktorer, 3: at sammenligne empirisk udfald ved brug af enten indkomstniveau eller uddannelsesniveau som mål for socioøkonomisk status. Studiet er en del af *the Diabetes Impact Study 2013* (C. Sortsø et al., 2017).

Der anvendes registerbaseret data fra 6 danske sundhedsregistre: dansk nationalt diabetesregister, landspatientregister, lægemiddelstatistikregisteret, sygesikringsregister, det centrale personregister

og socialt register fra Danmarks statistik. Her indsamles data på alle registreret i diabetesregisteret i januar 2012. Inklusionskriteriet er, at alle registrerede i diabetesregisteret skal være i live januar 2011. Det giver en undersøgelsespopulation på 318.729 borgere med diabetes. Analysen baseres på data for en etårig periode fra januar 2011 til januar 2012 (C. Sortsø et al., 2017).

Variablerne til analysen på baggrund af indsamlet data, opdeles i tre overordnede grupper: 1) patientens socioøkonomiske status og demografiske karakteristika, 2) brug af sundhedsvæsenet, 3) behov for brug af sundhedsvæsenet.

Til at måle socioøkonomisk ulighed i omkostninger til sundhedsvæsenet anvendes *concentration index* (C. Sortsø et al., 2017). Concentration index er en sundhedsøkonomisk analyse, hvor et index på nul er lig med ingen ulighed i forhold til omkostninger (Dictionary Central, 2018). Concentration indexet giver en værdi mellem -1 og +1. Ved +1 er alle sundhedsvæsenets omkostninger knyttet til borgere med høj socioøkonomiske status. Ved -1 er alle sundhedsvæsenets omkostninger knyttet til borgere med lav socioøkonomiske status (C. Sortsø et al., 2017). For at tilføje forklarende variable til analysen udføres efterfølgende en lineær regression, som forbinder omkostninger i sundhedsvæsenet til de forklarende variable (determinanter), hvormed concentration indexet nedbrydes (C. Sortsø et al., 2017). Afslutningsvis udføres en *bootstrap* analyse, som har til hensigt at vurdere tilfældige afvigelser indenfor studiepopulationen og til at opnå måling af standard error. Det udføres igennem fire trin, hvor standard deviation og t-test er outcome (C. Sortsø et al., 2017). Igennem *bootstrap* analysen er studiet med til at validere sin egen statistiske undersøgelse. Det vurderes, da der matematisk udføres gentagelser af analysen, som udmunder i standard deviation og t-test, som henholdsvis angiver spredning omkring middelværdi og sammenligning af middelværdier (Svend Juul, 2012; Kirkwood & Sterne, 2003).

Studiet beskriver inddragede variable og operationalisering heraf til den statistiske analyse, ligeledes er resultaterne præsenteres med tydeligt angivet tabeller. Dermed er der vurderet, at der er gennemsigtighed i forhold til udførelse af analysen, samt valide metoder er anvendt til analyse. Svagheden ved studiet ligger i studiedesignet, som er en tværsnitsundersøgelse. Ved tværsnitsundersøgelse er det ikke muligt at tale om kausale sammenhænge, da eksponering og outcome er indsamlet samtidigt (Svend Juul, 2012). Studiet gør selv opmærksom på denne problematik, men angiver at deres resultater i stedet kan udtale sig om forskelle mellem grupper, og på baggrund heraf udtale sig om ulighed mellem lav og høj socioøkonomiske status i forhold til brug

af diabetes tilbud. På baggrund af kvalitetsvurdering med STROBE tjekliste, er der tildelt 20 ud af 22 point, og studiet vurderes hermed metodemæssigt godt. De elementer som ikke giver point ved kvalitetsvurdering med STROBE tjekliste omhandler studiets beskrivelse og håndtering af missings, hvor studiet ikke er tydelige omkring dette.

Idet at studiet er baseret på danskere med diabetes vurderes generaliserbarheden til specialet god. Studiet fokuserer på ulighed i diabetes. Dog omfatter det mere af sundhedsvæsenet end blot rehabilitering, hvorfor ikke alle determinanter er lige generaliserbare, men fordelene ligger i at rehabilitering er en del heraf. En ulempe i forhold til generaliserbarheden er, at studiet fokuserer på diabetes, og ikke specifikt på DM2 som i specialet. Idet at DM2 udgør langt størstedelen af alle diabetestilfælde (Sundhedsstyrelsen, 2017), anses det ikke som en væsentlig ulempe. Studiets anvendelighed til at besvare forskningsspørgsmål to er svækket, i form af at studiet kun beskriver social ulighed hos borgere med diabetes i forhold til brug af det danske sundhedsvæsen, men ikke har nogle løsninger herpå. Dermed kan studiet ikke besvare, hvilken tilgang til forebyggelse der er væsentlig i forhold til DM2 rehabilitering. Dette er med til at illustrere et videnshul, da studiet er udvalgt som en af de mest sigende efter søgningen. Studiet er ligeledes identificeret i indledende søgninger og anvendes som reference i problemanalysen.

9.2.2. Analyse af udvalgte studier fra systematik søgning

Følgende afsnit vil indeholde en præsentation og fortolkning af resultaterne fra de inddragede studier, som blev identificeret gennem den systematiske litteratursøgning. Det betyder, at de udvalgte studier fortolkes ud fra forskningsspørgsmålet til litteratursøgningen og specialets teoretiske referenceramme. Det udføres ved, at der er opstillet fire spørgsmål på baggrund af forskningsspørgsmålet og den teoretiske referenceramme, som besvares af de udvalgte studier. Nærmere information herom kan ses i metodeafsnit 8.2.7. *Analyse af videnskabelige studier fra systematisk litteratursøgning.*

9.2.2.1 Hvordan forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra determinanter på mikroniveau?

Ifølge studiet af Espelt et al. (2011) afhænger social ulighed i DM2 af faktorer, som er forbundet til visse typer af livsstil. Blandt andet fremhæves overvægt som en af de mest tungtvejende årsager til DM2. Endvidere er der en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og en øget incidens,

prævalens og mortalitet grundet DM2 (Espelt et al., 2011). Ligeledes er lav socioøkonomiske status negativt forbundet med borgerens evne til egenomsorg (Koetsenruijter et al., 2015). Ydermere er borgere med DM2s egenomsorg afhængig af psykologisk stress, borgerens self-efficacy samt social støtte. Samlet betegnes det som psykosociale faktorer, der påvirker borgerens egenomsorg, og anses som sociale determinanter der kan indtænkes i interventioner, hvor målet er egenomsorg. Dermed anses psykosociale faktorer ikke som en enkelt social determinant, men nærmere at psykosociale faktorer indeholder flere elementer, der både kan have positive og negative indflydelse på egenomsorgen blandt borgere med DM2 (Walker et al., 2014).

9.2.2.2. Hvordan forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra determinanter på mesoniveau?

I studiet af Koetsenruijter (2015) fremgår det, at der er en sammenhæng mellem et informationsrigt netværk og borgerens evne til egenomsorg, og at denne sammenhæng var stærkest blandt lavtuddannede med DM2. Studiet indikerer, at effekten af et informationsrigt netværk muligvis kan reducere den ufordelagtig effekt, som lav socioøkonomiske status har på borgers egenomsorgsevne (Koetsenruijter et al., 2015). Ydermere fremgår det i studiet af Koetsenruijter (2015), at følelsesmæssig støtte fra borgerens netværk ligeledes har en positiv sammenhæng med borgerens evne til egenomsorg (Koetsenruijter et al., 2015). Dermed er der i borgerens netværk potentiale til at forbedre evnen til egenomsorg blandt borgere med DM2. I studiet af Walker et al. fremgår det tillige, at social støtte forbindes med borgerens egenomsorg (Walker et al., 2014). Dog fremhæves ikke, hvad den sociale støtte skal bestå af, hvorimod det i studiet af Koetsenruijter et al. (2015) fremhæves, at støtten skal indeholde information og emotionel støtte. Bopælsområdet har i studiet af Sortsø et al. (2017) betydning for social ulighed i DM2, fordi den region som borgere bor i, er afgørende i forhold til anvendelse af sundhedsvæsenet. Borgere med diabetes som bor i byerne anvender sundhedsvæsenet i højere grad, end borgere i mindre lokalsamfund.

9.2.2.3. Hvordan forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra determinanter på makroniveau?

I studiet af Sortsø et al. (2017) ses, at borgere med diabetes med lav socioøkonomiske status er mindre opsøgende i forhold til at bruge sundhedsvæsenet og er mindre villige til at deltage i tilbud, som eksempelvis rehabilitering. Det underbygges af studiet af Espelt et al, hvor det udlægges at social ulighed i DM2 blandt andet afhænger af borgerens adgang til sundhedsydelser, som desuden

fremhæver, at adgangen til sundhedsydelser kan modificeres eller fremmes gennem hensigtsmæssig politik (Espelt et al., 2011). Det udlægges desuden i studiet, at selvom der overvejende findes individorienterede associationer mellem DM2 og socioøkonomiske status, bør der i politik medtænkes strukturelle faktorer, som kan være relateret til DM2. Eksempelvis at forbedre adgang til sund mad og forbedre muligheden for fysisk aktivitet (Espelt et al., 2011). Således er uhensigtsmæssig livsstil blandt borgere med DM2 ikke udelukkende et individuelt valg, men snarere betinget af sociale strukturer hvor borgeren er placeret i disse sociale strukturer (Espelt et al., 2011).

9.2.2.4. Hvilken forebyggelsesstrategi kan anvendes til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering?

I studiet af Koetsenruijter et al. (2015) er der en sammenhæng mellem lav socioøkonomiske status og mindre evne til egenomsorg, og dermed er forebyggelsen hovedsageligt rettet borgere med lav socioøkonomiske status, da de er mest udsatte i forhold til DM2. Ligeledes fremhæver Koetsenruijter et al. (2015), at informationsmæssig støtte har størst effekt blandt borgere med lav socioøkonomiske status, og derfor anses informationsmæssig støtte som en mulighed for at forbedre egenomsorgsevnen hos borgere med lav socioøkonomiske status (Koetsenruijter et al., 2015). Ifølge Espelt et al. har borgere med lav socioøkonomiske status dårligere egenomsorg og modtager en lavere behandlingskvalitet på trods af, at de anvender sundhedsydelser oftere. En løsning herpå kan være en tværfaglig professionel indsats og en integration af psykosociale interventioner, der kan forbedre trivsel, egenomsorg og sygdomskontrol blandt borgere med DM2 (Espelt et al., 2011). Koetsenruijter et al. (2015) fremhæver, at interventioner ikke udelukkende bør fokusere på den enkelte borger, men ligeledes involvere borgerens sociale netværk. At involvere borgerens netværk er specielt væsentligt blandt borgere med lav socioøkonomiske status i relation til at øge borgerens evne til egenomsorg (Koetsenruijter et al., 2015). I studiet af Walker et al. (2014) fremhæves det, at fremtidige interventioner bør udarbejde strategier, der tager højde for personer med høj psykologisk stress, lav social støtte og lav self-efficacy, idet dette har negativ påvirkning på borgerens evne af egenomsorg (Walker et al., 2014). Med henblik på at takle social ulighed i DM2 bør forebyggelsespolitik fokusere på at reducere udsatte områder og fremme populationsbaseret forebyggelse ved at reducere risikoadfærd hos hele befolkningen. Derudover bør adgangen til og udnyttelsen af sundhedsydelser forbedres særligt blandt borgere med lav socioøkonomiske status (Espelt et al., 2011).

9.2.3. Rekontekstualisering af de udvalgte studier

I det følgende præsenteres den viden, som de fire inkluderede studier tilsammen bidrager med. Studierne vil i afsnittet blive fortolket ud fra specialets teoretiske referenceramme.

Studierne viser, at lav socioøkonomiske status er negativt forbundet med borgerens evne til egenomsorg, og borgere med lav socioøkonomiske status har en øget incidens, prævalens og mortalitet af DM2 (Koetsenruijter et al., 2015). Ligeledes fremgår det, at social ulighed i DM2 er forbundet til visse typer af livsstil, som eksempelvis overvægt (Espelt et al., 2011). Ud fra specialets referenceramme fortolkes ovenstående som individ bundne risikofaktorer, hvilket adresseres mikroniveauet i Dahlgren & Whiteheads model. Det vil sige, at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering skal indtænke determinanter, som kan tilskrives den enkelte borger, som eksempelvis borgerens socioøkonomiske status og livsstil.

Endvidere viser studierne, at der er et potentiale i borgerens netværk, fordi at informativ og emotionel støtte fra netværket kan forbedre egenomsorg blandt borgere med DM2 (Koetsenruijter et al., 2015; Walker et al., 2014). Ud fra Dahlgren & Whiteheads model fortolkes studierne resultater at adressere mesoniveauet, fordi det indeholder sociale relationer. På baggrund heraf fortolkes det, at der er et potentiale i borgerens sociale relationer i forhold til at forebygge social ulighed blandt borgere med DM2, fordi forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering ud fra determinanter på mesoniveau kan forbedre borgerens egenomsorg.

Ydermere viser studierne, at social ulighed er betinget af sociale strukturer, der er politisk modificerbare. Det fremgår, at opmærksomhed på borgerens adgang til sundhedsydelser er elementer, der kan forklare social ulighed (Espelt et al., 2011; C. Sortsø et al., 2017). Desuden er lokalområdet afgørende for, hvor meget borgere med diabetes anvender sundhedsvæsenet, og det ses, at borgere i mindre lokalsamfund anvender sundhedsvæsenet mindst (C. Sortsø et al., 2017). Ligeledes at en forbedring af mulighederne for fysisk aktivitet og adgang til sund mad kan reducere social ulighed (Espelt et al., 2011). Ovenstående kan relateres til makroniveauet i Dahlgren & Whiteheads model, fordi politiske bestemmelser udlægges som styrende for både adgangen til sundhedsydelser i lokalområder og rammerne for borgernes livsstil. Det fortolkes på baggrund heraf, at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering ligeledes skal indtænke makroniveau, med konkret opmærksomhed på sunde og tilgængelige rammer for borgerne. I relation til Dahlgren & Whiteheads

model udgør sunde og tilgængelige rammer miljømæssige og kulturelle vilkår, som påvirker borgernes levevilkår.

I studierne resultater fremkommer det, at borgere med lav socioøkonomiske status har dårligere egenomsorg (Espelt et al., 2011; Koetsenruijter et al., 2015). I relation til Vallgårdas teori fortolkes, at dikotomiforståelsen og dermed en højrisikostrategi gør sig gældende, fordi borgere med lav socioøkonomiske status angives som en sårbar gruppe. Ligeledes fremgår det, at forebyggelsespolitik bør fokusere på at reducere udsatte områder og fremme populationsbaseret forebyggelse ved at reducere risikoadfærd for at takle social ulighed i DM2 (Espelt et al., 2011). Dette fortolkes som en strukturel tilgang til forebyggelse, jævnfør Vallgårdas teori. Desuden kan en tværfaglig professionel indsats og en integration af psykosociale interventioner være en strategi til at forebygge dårlig egenomsorg blandt borgere med lav socioøkonomiske status (Espelt et al., 2011). På baggrund af ovenstående fortolkes resultaterne fra studierne at fordre en kombination af en strukturel og højrisiko forebyggelsesstrategi i forhold til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

9.3. Samlet rekontekstualisering af resultater

Dette afsnit vil indeholde en rekontekstualisering af resultaterne fra dokumentanalysen og den systematiske litteratursøgning, jævnfør metodeafsnit 8.2.7. *Analyse af videnskabelige studier fra systematisk litteratursøgning*. På denne måde vil resultaterne blive sammensat til en ny helhed.

I resultaterne fra dokumentanalysen beskrives rehabilitering af borgere med DM2 som patientuddannelse og vejledning, og det fremgår centralt for rehabilitering af borgere med DM2 at understøtte borgerens egenomsorgsevne. I studierne fremgår det, at borgerens socioøkonomiske status er negativt forbundet med evnen til egenomsorg (Koetsenruijter et al., 2015). Med inddragelse af den teoretiske referenceramme kan borgerens socioøkonomiske status og egenomsorgsevne tilskrives mikroniveauet i Dahlgren og Whiteheads model, fordi det er determinanter som er knyttet til individet. På baggrund heraf er borgerens egenomsorgsevne og socioøkonomiske status determinanter på mikroniveau som kan indtænkes i forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering.

I relation til at forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering på et mesoniveau fremgår det af studierne, at der er et potentiale i borgerens sociale relationer i forhold til at forebygge social ulighed blandt borgere med DM2. I borgerens netværk er der et potentiale for støtte som kan forbedre

borgerens evne til egenomsorg (Koetsenruijter et al., 2015; Walker et al., 2014). Ud fra dokumentanalysen fremgår det ligeledes, at sociale relationer kan have betydning for borgerens egenomsorg i form af gruppedynamik og netværksdannelse. Ydermere fortolkes det i dokumentanalysen, at der er et ønske om at stratificeringen af borgere med DM2 udbredes til at tage højde for psykosociale faktorer, således at rehabilitering udbredes til at omfatte mesoniveauet i Dahlgren & Whiteheads model. På baggrund heraf er sociale relationer determinanter på mesoniveau, som skal indtænkes i forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Desuden kan psykosociale faktorer indtænkes i den nuværende stratificering med henblik forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

I relation til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering på et makroniveau fremgår det af dokumentanalysen, at der er et ønske om at udbygge opmærksomheden på psykosociale faktorer og strukturelle strategier, hvor hele befolkningens sundhed prioriteres i relation til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering. I studierne fremgår det, at borgerens adgang til sundhedsydelser er elementer, der kan indtænkes i forebyggelsen (Espelt et al., 2011; C. Sortsø et al., 2017), samt mulighederne for at borgerne får adgang til sund mad og muligheder for fysisk aktivitet forbedres (Espelt et al., 2011). Således er borgernes adgang til sundhedsydelser, eksempelvis rehabilitering og adgang til sund mad samt fysisk aktivitet determinanter på makroniveau som skal indtænkes i forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Determinanter på makroniveau er i relation til Dahlgren & Whiteheads model determinanter på et makropolitisk niveau, fordi miljømæssige og kulturelle vilkår påvirker borgernes levevilkår.

I dokumentanalysen er højrisiko strategien dominerende, fordi der er et særligt fokus på at øge mestringsevnen hos sårbare borgere. Højrisiko strategien fortolkes også i et af studierne, hvor dårlig egenomsorg blandt borgere med lav socioøkonomiske status kan forebygges gennem en tværfaglig professionel indsats og en integration af psykosociale interventioner (Espelt et al., 2011). I et studie fremgår anbefalinger om en kombination af højrisiko og strukturel strategi, idet forebyggelsespolitik bør fokusere på at reducere udsatte områder og fremme populationsbaseret forebyggelse (Espelt et al., 2011). Desuden viser et studie, at lokalområdet er af betydning for social ulighed, fordi borgere i mindre lokalsamfund anvender sundhedsvæsenet mindst (C. Sortsø et al., 2017), hvilket fordrer en strukturel forebyggelsesstrategi, jævnfør Vallgårdas teori. Endvidere fremkommer der i dokumentmaterialet et ønske om at forbedre sundhedsvæsenet ud fra en strukturel

forebyggelsesstrategi. I fortolkningen af både de inddragede studier og dokumenterne ses, at faktorer fra både mikro-, meso- og makroniveau er afgørende for social ulighed i DM2 rehabilitering, og det antages, at den nuværende vægtlægning på højrisko og individuelle faktorer ikke favner nok determinanter, til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering. Samlet viser resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og dokumentanalysen, at en kombination af en strukturel strategi og en højriskostrategi kan anbefales til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

10. Kontekstbeskrivelse og bidrag til beslutningsgrundlag

På baggrund af specialets resultater fra foregående afsnit fremlægges et bidrag til beslutningsgrundlaget for den kommende Sundhedsaftale 2019-2022. Indledningsvist er en kontekstbeskrivelse, i forhold til hvem der skal modtage bidraget, og hvem der afsender bidraget.

10.1. Kontekstbeskrivelse

Følgende kontekstbeskrivelse i forhold til modtager og afsender af bidraget, er udformet på baggrund af viden om Sundhedsaftaler, Sundhedskoordinationsudvalg og beslutningsgangen bag dette, fra henholdsvis problemanalyse, udvælgelse af dokumenter til dokumentanalysen og analyse af dokumenter og udvalgte videnskabelige studier.

Sundhedsaftalen udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget, som består af medlemmer repræsenteret fra regionen, regionens kommuner, samt Praktiserende Lægers Organisation. Medlemmerne fra regionen og regionens kommuner er folkevalgte politikere (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a). På baggrund af, at sundhedsaftalen udarbejdes af regionens sundhedskoordinationsudvalg vurderes sundhedskoordinationsudvalget som relevante modtagere af bidraget, som ligeledes har været formålet specialet igennem.

To af de udvalgte dokumenter til dokumentanalysen, *NKR Type 2 Diabetes* og *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*, er, jævnfør metodeafsnit 8.1.1. *Udvælgelse og argumentation for valgte dokumenter*, en del af evidensgrundlaget bag nuværende Sundhedsaftale i Region Nordjylland. Dokumenterne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, og hermed er sundhedsaftalen baseret på viden udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Ligeledes fremgår det i lovgivningen bag Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsaftaler, at Sundhedskoordinationsudvalget skal udforme et udkast til sundhedsaftalen med afsæt i nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, men at det er Sundhedsstyrelsen, som skal godkende sundhedsaftaler, før de kan anvendes regionalt. Godkendelse af Sundhedsaftalen beror blandt andet på, at Sundhedsaftalen omhandler fastsatte obligatoriske områder og i relevant omfang inddrager tværgående temaer, som fremgår i *Bekendtgørelse for Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler* samt i *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a, 2013b).

Ligeledes ses i resultaternes samlede rekontekstualisering, afsnit 9.3. *Samlet rekontekstualisering af resultater fra dokumentanalyse og systematisk litteratursøgning*, at strukturel strategi kan anvendes i kombination med højrisikostrategi til at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering. De strukturelle elementer omhandler determinanter på makroniveau, som påvirker borgernes levekår. Når det fremgår at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering foregår på et makropolitisk niveau fordrer det, at afsenderne af specialet bidrag skal befinde sig netop på et makroniveau. Ovenstående indikerer, at Sundhedskoordinationsudvalget ikke har mulighed for selv at afgøre, hvad der skal inddrages i den kommende sundhedsaftale, da de lovgivningsmæssigt skal holde sig indenfor bestemte rammer. For at specialets bidrag skal indgå som en del af beslutningsgrundlaget for den kommende Sundhedsaftale antages dermed, at bidraget skal opfattes som en del af *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*, for at det er en mulighed for sundhedskoordinationsudvalget, at arbejde ud fra bidraget. Det vil sige, at specialets resultater hypotetisk er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, og derefter indskrevet i *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Hermed bliver bidraget hypotetisk set afsendt af Sundhedsstyrelsen til Sundhedskoordinationsudvalget igennem *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Da Sundhedsstyrelsens udmeldinger ikke er specifikke for den enkelte region, udsendes bidraget dermed til de fem regioners sundhedskoordinationsudvalg. Hermed udbredes modtagerne af bidraget til at være alle fem regioners sundhedskoordinationsudvalg.

10.2. Bidrag

I det følgende præsenteres bidraget baseret på specialets resultater, som også er placeret i *Bilag 4: Bidraget*. Bidraget er opstillet som en del af Sundhedsstyrelsens *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. I nuværende vejledning indgår *lighed i sundhed* som et tværgående tema, og bidragets indhold indskrives dermed hypotetisk set herunder.

Hensigten er, at bidraget herigennem indgår i det beslutningsgrundlag, som regionernes sundhedskoordinationsudvalg udarbejder den kommende Sundhedsaftale for 2019-2022 på baggrund af. Dette med henblik på specialets formål om at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering. Bidraget er udarbejdet på baggrund af specialets samlede rekontekstualisering af resultater fra dokumentanalysen og studier udvalgt fra den systematiske litteratursøgning. Resultaterne er rekontekstualiseret med inddragelse af specialets teoretiske referenceramme med Vallgårdas (2008) dikotomi- eller gradientforståelse samt Dahlgren og Whiteheads (1991) socio-økologiske model.

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Supplement til punkt 5.4. Lighed i Sundhed

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed¹.

Sundhedsaftalen bør i den forbindelse have fokus på kombinerede forebyggelsesstrategier til forebyggelse af social ulighed i type 2-diabetes rehabilitering.

- Det anbefales, at anvende strukturel forebyggelsesstrategi i form af lige adgang til sundhedsydelser og forbedre muligheder for sund mad og fysisk aktivitet i lokalområdet². I form af strukturel forebyggelsesstrategi anbefales et større fokus på borgernes levevilkår.
- Det anbefales at anvende højrisikostrategi med fokus på borgere med lav socioøkonomisk status³, og borger med høj psykologisk stress, lav social støtte og lav self-efficacy⁴ idet det har betydning for borgerens egenomsorg.

Sundhedsaftalen bør endvidere inddrage borgernes sociale relationer i type 2-diabetes rehabilitering.

- Det anbefales at inddrage borgernes sociale relationer, idet de har betydning for egenomsorgsevnen og dermed sygdomsmestring, især hos borgere med lav socioøkonomisk status⁵.

Ligeledes bør sundhedsaftalen have fokus på at udbygge nuværende stratificering af borgere med type 2-diabetes ud fra psykosociale faktorer.

- Nuværende stratificering af borgere med type 2-diabetes bør udbygges, så der ikke udelukkende stratificeres efter sygdommens sværhedsgrad, men tillige stratificere efter psykosociale faktorer så som psykologisk stress, lav social støtte og lav self-efficacy idet det har stor betydning for borgerens egenomsorg⁶.

Sundhedsstyrelsen, 7. juni 2018

¹ (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013)

² (Espelt et al. 2011; Sortsø et al., 2017)

³ (Koetsenruijter et al. 2015; Sortsø et al., 2017; Espelt et al. 2011)

⁴ (Walker et al. 2014)

⁵ (Walker et al. 2014; Koetsenruijter et al. 2015)

⁶ (Espelt et al. 2011)

11. Resultatdiskussion

Følgende afsnit er en diskussion af specialets resultater ud fra det udarbejdede bidrag til beslutningsgrundlaget for den kommende Sundhedsaftale 2019-2022. I første del af diskussionen vil bidragets tre anbefalinger være genstand for diskussion. Herefter diskuteres modtager og afsender af bidraget. Efterfølgende diskuteres den beslutningsmagt som hersker hos Sundheds- og Ældreministeriet i forhold til sundhedsaftalen. Dernæst diskuteres elementer, som kan have indflydelse på beslutningstagernes villighed til at inddrage bidragets anbefalinger i deres arbejde. Ydermere diskuteres hvilke udfordringer der kan opstå fra at specialets budskaber er indskrevet i sundhedsaftalen, og til at det er implementeret i kommunal DM2 forebyggelsespraksis. Afslutningsvist diskuteres lægmandsperspektivet i forhold til bidraget. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser i relation til specialets bidrag vil løbende blive diskuteret, og opsamles i diskussionens sidste afsnit.

11.1. Diskussion af indholdet i bidraget

Som den fremgår af afsnit 10.2. *Bidrag* indeholder specialets bidrag tre anbefalinger til, hvordan social ulighed i DM2 rehabilitering kan forebygges. I nedenstående diskussionsafsnit vil de tre overordnede anbefalinger, kombineret forebyggelsesstrategi, inddragelse af sociale relationer og stratificering efter psykosociale faktorer, blive genstand for diskussion. Diskussionen er med henblik på styrker og svagheder ved anbefalingerne, samt mulige utilsigtede konsekvenser ved anbefalingerne fra bidraget.

11.1.1. Kombineret forebyggelsesstrategi

I bidraget anbefales det, at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering strategisk skal være en kombination af højrisikostrategi og strukturel strategi. Det strukturelle element i forebyggelse anbefales på baggrund af studiet Espelt et al. (2011) som angiver, at forebyggelsespolitik bør fokusere på strukturelle strategier og fokusere på udsatte områder. At fokusere på lokalområde underbygges af Sortsø et al. (2017), idet at borgere i mindre lokalsamfund anvender sundhedsvæsenet mindst, som i relation til den teoretiske referenceramme fordrer strukturel forebyggelse. Det strukturelle element kan blandt andet nås ved, at indtænke borgernes adgang til sundhedsydelser (Espelt et al., 2011; C. Sortsø et al., 2017). Mere konkret kan borgernes adgang til sund mad og fysisk aktivitet forbedres

(Espelt et al., 2011). På den måde inddrages borgernes lokalområde, når der forebygges med en strukturel strategi, ud fra anbefalingerne.

Fordelen ved at integrere elementer fra en strukturel strategi er, at der kan forebygges flere sygdomstilfælde, end hvis forebyggelsen udelukkende sigtes, de borgere som er i højrisiko. Det underbygges af, at strukturelle forebyggelsesstrategier stræber efter at opnå små ændringer i hele befolkningen sammenlignet med højrisikostراتيجier der har til formål at skabe store ændringer hos de personer der er i højrisiko (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). På den måde er en strukturel strategi velegnet til at reducere incidensen af sygdom (Cooney et al., 2009). Fordelen ved en strukturel strategi er dermed, at den er rettet mod underliggende årsager til sygdom, og på den måde gavner strategien hele befolkningen (Rose, 1985). Hvis incidensen af sygdom nedjusteres, ved at anvende en strukturel strategi, er der færre der vil befinde sig i højrisikogruppen, hvor det er nødvendigt at iværksætte klinisk forebyggelse og rådgivning (Vallgård et al., 2014). Ulemperne ved en strukturel strategi er, at strukturelle tiltag kun frembringer en lille fordel for hvert individ, hvilket kan virke hæmmende for borgerens motivation (Rose, 1985).

Evidensgrundlaget for at indtænke strukturel strategi i bidraget er desuden, set i forhold til specialets teoretiske referenceramme, hvormed den strukturelle strategi indebærer en påvirkning af borgernes levevilkår. Hermed inddrager strukturel strategi determinanter på makroniveau. Det forstås som generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår, jævnfør Dahlgren & Whiteheads (1991) model. På den måde rettes bidraget et makropolitisk niveau, fordi formålet er at forbedre de miljømæssige og kulturelle vilkår, som påvirker borgernes levevilkår. Det kan komme til udtryk gennem et påbud eller forbud, som fastsættes og reguleres af nationale eller lokale myndigheder (Vallgård et al., 2014). Styrken ved at indtænke determinanter på makroniveau, er at det medfører en strukturel strategi. Strukturelle strategier anses som værende både omkostningseffektive og lighedsfremmende (Vallgård et al., 2014). Sammenholdt med bidraget om at forebygge social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2, vurderes det derfor som en styrke at rette opmærksomheden mod determinanter på makroniveau og dermed en strukturelstrategi, fordi den anskues som en lighedsfremmende metode. På den anden side kan opmærksomhed på makroniveauet og derigennem strukturelle tiltag kritiseres for at begrænse borgernes frihed og herunder frie valg af livsstil, og staten kritiseres for at bestemme over borgerne (Jørgensen et al., 2012; Vallgård et al., 2014). Dog fremhæves det, at sygdom også kan begrænse borgernes frihed, fordi sygdom kan påvirke borgerens mulighed for at leve, som de ønsker (Vallgård et al., 2014). Eksempelvis kan

følgevirksomheder af DM2 påvirke livskvaliteten hos borgeren, fordi sygdommen kan begrænse borgernes grundlæggende hverdagsaktiviteter (Ijzerman et al., 2012).

Imidlertid er rehabilitering af borgere med DM2 kun relevant for en afgrænset gruppe i befolkningen, hvorfor det også er nødvendigt, at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering også inddrager elementer fra en højrisikostrategi. Højrisikostrategien er jævnfør afsnit 9.3. *Samlet rekontekstualisering af resultater fra dokumentanalyse og systematisk litteratursøgning* dominerende i nuværende sundhedsaftale. At fortsætte med højrisikostrategi underbygges af det systematiske review fra Espelt et al. (2011), som finder at nedsat egenomsorg hos borgere med lav socioøkonomiske status kan forebygges ved at indtænke psykosociale interventioner og gennem tværfaglig professionelle indsatser.

Fordelen ved en højrisikostrategi er, at den er relevant for den enkelte borger og som følge heraf øges motivationen hos borgeren (Rose, 1985). I relation til social ulighed kan fordelene ved højrisikostategien imidlertid udgøre en svaghed, fordi den individualiserede forebyggelsesstrategi kan øge uligheden (Jørgensen et al., 2012). Dette begrundes med, at borgernes overskud og motivation kan være udslagsgivende for, at nogle borgere har lettere ved at profitere af den forebyggelse, som tilbydes gennem højrisikostategien (Rose, 1985). Der er dermed risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed idet højrisikostategien afhænger af personens ressourcer og indsats, hvormed det forventes, at veluddannede personer har større overskud til at efterleve givne anbefalinger end personer med lav uddannelse (Vallgård et al., 2014). Højrisikostategien kan dermed medføre *victim blaming*, hvis borgeren ikke formår at følge forebyggelsens anvisninger (Cooney et al., 2009). Det vil sige, at den enkelte borger selv gøres ansvarlig, og dermed skyldig i egen sundhedstilstand. På den måde placeres ansvaret for sundhed hos den enkelte borger, og ikke i sociale og politiske strukturer (Middelthon, 2009).

Der er således fordele og ulemper ved både en strukturel- og en højrisikostategi, og derfor kan begge tilgange være nødvendige for at forebygge social ulighed i rehabilitering af borgere med DM2. Fordelen ved kombinationen af forebyggelses tilgange underbygges af The Marmot Review (2010). Her argumenteres der for, at det ikke er tilstrækkeligt at fokusere på de dårligst stillede borgere, fordi det ikke vil mindske uligheden og kun løse en lille del af problemet. For at forebygge social ulighed bør forebyggelsen være strukturel, men samtidig også indeholde elementer af højrisikostategien, da

der sandsynligvis er behov for større intensitet af forebyggelse blandt borgere med lav socioøkonomiske status (Marmot, 2010). Med øje for, at formålet med specialet er at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering, vurderes anbefalingen i specialets bidrag om en kombineret forebyggelses tilgang i rehabilitering af borgere med DM2 anvendelig. Det underbygges ligeledes af Rose (1985), som indikerer at en kombineret forebyggelsesstrategi er anvendelig til folkesundhedsproblemer.

11.1.2. Forebyggelsespotentialer i borgernes sociale relationer

Bidragets anden anbefaling handler om, at integrere det fremanalyserede forebyggelsespotentialer i borgernes sociale relationer i DM2 rehabilitering.

Begrundelsen herfor baseres til dels på to af de inddragede studier, hvor der ses potentialer i borgernes sociale relationer i forhold til at forebygge social ulighed i DM2. Det skyldes, at der er en positiv sammenhæng mellem sociale relationer og borgerens egenomsorgsevne (Koetsenruijter et al., 2015; Walker et al., 2014). Anbefalingen kan underbygges af, at mangel på sociale relationer associeres med kendte risikofaktorer såsom overvægt, fysisk inaktivitet og adgang til sundhedsydelser (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015).

Der findes forskellige teoretiske forståelser af, hvorfor sociale relationer er i stand til at påvirke helbredet, herunder teorien om *direkte effekt*. Teorien om *direkte effekt* indebærer, at der sker en bedring af sundhedsadfærden hos borgere med mange og gode relationer, og at borgerens selvværd, personlige ressourcer og velbefindende øges (Lund & Due, 2011). Specialets resultater og efterfølgende anbefaling i bidraget er i tråd med teorien om *direkte effekt*, hvor sociale relationer betragtes som positivt for helbredet. Imidlertid kan sociale relationer også være en belastning for helbredet. Det betyder, at sociale relationer også kan fremme en negativ sundhedsadfærd, fordi adfærden blandt netværkspersoner er afgørende for udviklingen af sundhedsadfærd hos borgeren, idet netværkets adfærd har en afsmittende effekt (Lund & Due, 2011). Tillige kan der være en social ulighed indlejret borgerens sociale relationer, fordi at borgere med lav socioøkonomiske status oftere har færre positive rollemodeller i deres netværk (Vissenberg et al., 2017). På baggrund af evidensen bag bidragets anbefaling indikeres, at et informationsrigt socialt netværk, forstået som personer der kan vejlede i forhold til egenomsorg, især kan være fordelagtig for borgerens egenomsorgsevne hos borgere med lav socioøkonomiske status (Koetsenruijter et al., 2015). Dette taler for, at sociale relationer især har en positiv effekt hos borgere med lav socioøkonomiske status. Endvidere ses det,

at hvis der er en sundhedsprofessionel i borgerens netværk, så har det en positiv effekt på egenomsorgen blandt borgere med lav socioøkonomiske status (Koetsenruijter et al., 2015). Dermed kan det antages, at hvis der er forskelle i hvor stærkt et informationsrigt netværk borgerne har, kan effekten af sociale relationer have forskellig effekt fra borger til borger, også indenfor gruppen af borgere med lav socioøkonomiske status. Hvis der opstår forskelle indenfor gruppen af borgere med lav socioøkonomiske status, ved inddragelse af sociale relationer i DM2 rehabilitering, kan det medføre en utilsigtet konsekvens i forhold til, at forebyggelsespotentialer i sociale relationer, kan være med til at opdele gruppen af borgere med lav socioøkonomiske status i to grupper. Dermed vil kun den ene gruppe opnå effekt af inddragelse af sociale relationer. Det udmøntes i, at social ulighed i sociale relationer vil medføre social ulighed i den *direkte effekt*, som sociale relationer har på borgerens egenomsorg. Med andre ord vil der være en ulighed i borgernes profitering af DM2 rehabilitering, hvis en andel af borgerne med lav socioøkonomiske status i højere grad har ressourcessvage sociale relationer sammenlignet med de resterende borgere.

11.1.3. Udbygge den nuværende stratificering

Bidragets tredje anbefaling angiver, at den nuværende stratificering af borgere med DM2 udbygges, således at der ikke udelukkende stratificeres efter sygdommens sværhedsgrad, men tillige stratificeres efter psykosociale faktorer. Det anbefales på baggrund af, at nedsat egenomsorg hos borgere med lav socioøkonomiske status blandt andet kan forebygges ved at integrere psykosociale interventioner (Espelt et al., 2011). Dette er kombineret med at dokumentanalysen viser, at der er et ønske om at stratificere efter psykosociale faktorer i DM2 rehabilitering, jævnfør afsnit 9.3. *Samlet rekontekstualisering af resultater.*

Psykosociale faktorer kan eksempelvis være borgerens socioøkonomiske status (Tamayo, Herder, & Rathmann, 2010). Specialets budskab om at stratificere efter psykosociale faktorer, kan derfor i rehabiliterings praksis håndteres ved at stratificere efter borgernes socioøkonomiske status.

Stratificering efter både sygdommens sværhedsgrad og psykosociale faktorer er en styrke, set i lyset af Dahlgren & Whiteheads model. Det skyldes, at ved at udbygge stratificeringen til også at omfatte psykosociale faktorer, vil determinanter i hele modellen blive integreret i rehabilitering af borgere med DM2. På den anden side kan en stratificering efter psykosociale faktorer medføre en utilsigtet konsekvens i form af stigmatisering. Stigmatisering indebærer, at en borger eller flere borgere bliver stemplet som medlemmer af en negativt stereotypiseret gruppe, der bliver set ned på eller

diskrimineres (Goffman, 2014). Specialets anbefaling om at stratificere efter psykosociale faktorer, eksempelvis efter borgerens socioøkonomiske status, kan derfor medføre at borgere med lav socioøkonomiske status bliver stemplede som borgere, der ikke selv er i stand til at varetage deres DM2 sygdom, og at de derved bliver set ned på i samfundet. På den måde kan rehabilitering med integreret psykosocial stratificering utilsigtet komme til at skade de borgere, som det var formålet at hjælpe gennem den psykosociale stratificering.

I de ovenstående afsnit er de tre overordnede anbefalinger fra bidraget diskuteret, hvorigennem mulige utilsigtede konsekvenser er diskuteret, hvilket det vurderes væsentligt at holde for øje i implementeringsprocessen. I efterfølgende afsnit diskuteres modtager og afsender af bidraget.

11.2. Modtager og afsender af bidraget

Modtager af bidraget er sundhedskoordinationsudvalgene i Danmarks fem regioner. Årsagen til at der er udbredt til alle fem regioner er som nævnt i afsnit *10.1. Kontekstbeskrivelse*, at sundhedsstyrelsens vejledning, som bidraget hypotetisk set afsendes igennem, er henvendt alle fem sundhedskoordinationsudvalg. Det skyldes, at de resterende fire regioners sundhedskoordinationsudvalg, ligeledes er underlagt samme lovgivning og bekendtgørelser, som Region Nordjyllands sundhedskoordinationsudvalg, som specialets bidrag indledningsvist var rettet imod, jævnfør specialets formål.

På den ene side kan der argumenteres for, at bidraget kan overføres til alle regioner, fordi bidraget til dels er baseret på fortolkning af internationale studier. På den anden side er overførbarheden til andre regioner begrænset, fordi der i specialet ikke er udført en analyse på de resterende fire regioners sundhedsaftaler, hvormed dele af empirien, der ligger til grund for analysen, kun gælder for Region Nordjylland. Samlet set kan det dog antages, at der er flere ligheder imellem Sundhedsaftalerne i de fem regioner, som gør overførbarhed mulig, idet at love og bekendtgørelser bag er gældende for alle fem regioner, samt at Sundhedsstyrelsen står for godkendelse af alle Sundhedsaftaler.

Afsender af specialets bidrag er som beskrevet Sundhedsstyrelsen via *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Herigennem anses indholdet i bidraget hypotetisk set som udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. At Sundhedsstyrelsen skulle have udarbejdet anbefalinger i forhold til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering anses som muligt, da

Sundhedsstyrelsen selv har fokus på generel forebyggelse af social ulighed. Det skyldes at ulighed i sundhed indgår som et af punkterne hos Sundhedsstyrelsens arbejde med forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2018a).

11.3. Beslutningsmagt hos Sundheds- og Ældreministeriet

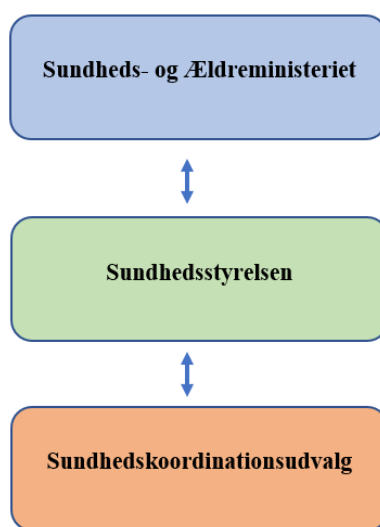
Den nuværende sundhedsaftale for 2015-2018 er som nævnt i afsnit 10.1. *Kontekstbeskrivelse* baseret på *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

I vejledningen fremgår fire obligatoriske indsatsområder, herunder forebyggelse og rehabilitering. De obligatoriske indsatsområder skal inddrages i sundhedsaftalen. Desuden fremgår fem tværgående temaer, som sundhedskoordinationsudvalget i relevant omfang kan tage udgangspunkt i, herunder temaet *Lighed i Sundhed* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013b). Det tværgående tema *Lighed i Sundhed* er det specialets bidrag hypotetisk set er en del af, og afsendes gennem *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler* til sundhedskoordinationsudvalgene.

Da *Lighed i Sundhed* er et tværgående tema er det op til det enkelte sundhedskoordinationsudvalg at inddrage lighed i sundhed i relevant omfang. Da der er fire omfattende obligatoriske områder, kan det dog diskuteres, hvad der skal til, før at sundhedskoordinationsudvalget kan og vil inddrage og prioriterer tværgående temaer, som eksempelvis lighed i sundhed, i et omfattende omfang, som dækker bidragets anbefalinger.

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er imidlertid underlagt *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a). Bekendtgørelsen viser blandt andet de fire obligatoriske indsatsområder samt de tværgående temaer. Bekendtgørelsen er underlagt Sundhedsloven (Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt sundhedsloven udarbejdes og udgives af Sundheds- og Ældreministeriet (Sundheds- og ældreministeriet, 2018; Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a). Dermed er beslutningsgrundlaget bag sundhedsaftalerne ligeledes underlagt Sundheds- og Ældreministeriet. Ændringer i hvilke temaer der hersker som henholdsvis obligatoriske og tværgående i *vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, for at øge inddragelse af forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering i den kommende sundhedsaftale, skal dermed rettes Sundheds- og Ældreministeriet. Sundheds- og Ældreministeriet vil være den højeste instans, hvor igennem der er

mulighed for at påvirke beslutningsgrundlaget for kommende sundhedsaftale. I Figur 10 nedenfor er en hierarkisk oversigt over de tre instanser der har indflydelse på sundhedsaftalerne. Beslutningsgrundlaget og arbejdet med sundhedsaftalerne baseres på et politisk system, som lovgivningsmæssigt afgøres af Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsaftalerne baseres på vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som ligeledes godkender sundhedsaftalerne. Sidste led er udformning af den regionale sundhedsaftale af sundhedskoordinationsudvalget.



Figur 10: Oversigt over de tre instanser som har indflydelse på sundhedsaftalerne

Det kan på baggrund af at Sundheds- og Ældreministeriet er højeste instans i forhold til Sundhedsaftalerne diskuteres, hvorvidt bidraget, for at sikre størst mulig indflydelse bør være rettet en lovændring.

Hvis specialets bidrag som supplement var målrettet en ændring af lovgivningen indenfor området, rettes bidraget derigennem ligeledes til Sundheds- og Ældreministeriet. På den ene side kan det virke ambitiøst at bidraget skulle påvirke til en lovændring. På den anden side er der ingen regler for, hvor et lovforslag skal komme fra. Ifølge Hedegaard Jensen (2012) kan et lovforslag komme mange steder fra. Eksempelvis kan lovforslaget komme fra borgerne gennem medierne, eller fra en interesseorganisation (Hedegaard Jensen, 2012).

I 2018 er det blevet muligt for alle at påvirke lovgivning indenfor et bestemt område, ved at stille et borgerforslag til folketinget. I et borgerforslag opstilles et forslag af tre borgere med stemmeret. Herefter skal 50.000 borgere med stemmeret støtte forslaget. Bliver dette en realitet fremsættes

forslaget som et beslutningsforslag og behandles og kommer til afstemning i folketingssalen (Folketinget, 2018). Dermed ligger en mulighed for at gøre mere opmærksom på problematikken og mulige løsninger til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering på lovgivningsniveau. Lovforslaget bliver mere konkret i forhold til at gøre *Lighed i sundhed* til et obligatorisk område i sundhedsaftalerne, i stedet for et tværgående tema, hvormed sundhedskoordinationsudvalgets incitament for at inddrage de centrale budskaber fra bidraget forventes øget.

11.4. Velvillighed til at inddrage specialets budskaber

To af de nævnte instanser i afsnittet ovenfor består af folkevalgte politikere, det gælder sundhedskoordinationsudvalget og Sundheds- og Ældreministeriet. Da de er folkevalgte politikere, har de derigennem forskellige incitamenter, som er styret af deres politiske ståsted og bagland (Winter & Nielsen, 2008). I de følgende afsnit inddrages derfor forskellige elementer, som kan have betydning for, at der er velvillighed til at bidraget inddrages, både i forhold til velvilligheden hos regionale sundhedskoordinationsudvalg og Sundheds- og Ældreministeriet, jævnfør ovenstående afsnit.

11.4.1. Input via medier

Medierne kan være en måde at øge villigheden hos politikere til at prioritere bidragets anbefalinger fra vejledningen i den kommende sundhedsaftale. Det skyldes, at medierne har en afgørende politisk rolle, hvorfor medierne ofte anvendes som en vej til de politiske beslutningstagere (Binderkrantz, Christiansen, & Pedersen, 2014). Ved at anvende medier til at sprede et budskab, anvendes samtidig en uformel omend stor magt over for beslutningstagerne. Mediernes magt kan anvendes til at sætte dagsordenen i en politisk debat (Hedegaard Jensen, 2012). Dermed kan inddragelse af medierne være med til at påvirke den politiske dagsorden, i forhold til hvad der prioriteres i den kommende sundhedsaftale.

Det kan dog diskuteres, hvorvidt specialets bidrag interesserer medierne, og interessen vurderes afgørende for, at bidragets budskaber får en betydelig plads i medierne. Det kan eksempelvis antages, at medierne lettere kan føre en sag, som allerede har vist resultater. Specialets bidrag har dermed en svaghed i form af, at elementerne i bidraget ikke er evalueret, og det dermed ikke vides, hvor stor en effekt bidraget vil have på forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. En fordel er derimod, at der i Danmark er stor opmærksomhed på social ulighed i sundhed, hvorfor forebyggelse af social ulighed antages generelt at interessere medierne. Opmærksomhed på social ulighed i sundhed ses blandt andet i de nationale mål for sundhed, hvor et mål omhandler reduktion af social ulighed i

sundhed. De national mål er udarbejdet for en tiårig periode, af daværende regering i 2014 (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014). For at nå ud til beslutningstagerne kan medierne, og den magt de besidder, dermed være en måde at udbrede kendskabet til bidragets anbefalinger.

11.4.2 Input via lobbyarbejde

En supplerende måde at påvirke beslutningstagerne på er ved lobbyarbejde. Det skyldes, at lobbyisme indebærer, at der udføres en uformel påvirkning af et politisk system (Hedegaard Jensen, 2012). Et eksempel på lobbyarbejde er, når personer eller organisationer varetager egne interesser, ved at påvirke politiske beslutningstagere i forhold til interessen (Vallgård et al., 2014). Da specialet har en konkret målgruppe, borgere med DM2, kunne en mulighed i forhold til at påvirke beslutningstagerne være gennem lobbyarbejde. Eksempelvis ved inddragelse af en organisation, eksempelvis Diabetesforeningen, som antages at være fortalere for, at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering. Når der udføres lobbyisme, er magten hos eksempelvis interesseorganisationen, i form af de medlemmer som organisationen repræsenterer, samt de penge som organisationen råder over (Hedegaard Jensen, 2012). Hvis en organisation, eksempelvis Diabetesforeningen, dermed forsøger at få specialets bidrag inddraget i den kommende sundhedsaftale ved lobbyarbejde, påvirker de beslutningstagerne i form af antallet af medlemmer og organisationens økonomi til at udføre lobbyarbejde. Beslutningstagerne antages at være interesserede, når større forsamlinger har en fælles interesse, idet disse medlemmer af organisationen, ligeledes er de borgere, som skal stemme på de folkevalgte politikere i både Sundhedskoordinationsudvalg og Sundheds- og Ældreministeriet. På den anden side kan beslutningstagerne også være påvirket af lobbyisme med andre interesser, eksempelvis fra organisationer med større midler og antal medlemmer bag. Der ligger derfor magt hos de organisationer, virksomheder og andre der udfører lobbyarbejde, som både kan være fremmende og hæmmende for prioritering af bidragets anbefalinger og et eventuelt lovforslag.

11.4.3. Prioritering af frihed eller fællesskab i forebyggelsesetik

Anbefalingerne i specialets bidrag udbygger det nuværende overvejende fokus på individuelle faktorer i sundhedsaftalen, da der blandt andet anbefales, at sociale relationer indtænkes i DM2 rehabilitering, samt at der bør forebygges med strukturelle strategier, blandt andet med fokus på lokalområde og borgerens levekår.

I relation til forebyggelse inden for sundhed og sygdom opstår der etiske overvejelser, idet mange borgere også har andre værdier end sundhed, som kan komme i vejen for selve forebyggelsen. Herved

kan forebyggelse komme i karambolage med borgerens måde at leve og handle på, eksempelvis ved et ønske om at handle uden indblanding fra andre (Vallgård et al., 2014).

Bidragets centrale budskaber kan ses i relation til en solidarisk forebyggelsesetik. En solidarisk forebyggelsesetik ser borgerne som sociale væsner, der er afhængige af fællesskab og et fungerende samfund. Det skyldes, at borgerens handlinger, herunder i relation til sundhed, påvirkes af omgivelserne, hvorved fællesskab bliver en nødvendig forudsætning for sundhed (Vallgård et al., 2014). Dette stemmer overens med at makro- og mesoniveau, jævnfør Dahlgren & Whiteheads model, påvirker mikroniveau, og dermed borgerens håndtering af DM2, da samfundets organisering er placeret på makroniveau og sociale relationer og påvirkning fra lokalsamfundet er placeret på mesoniveau. I specialets bidrag er sundhedssynet dermed præget af, at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering ikke kun afhænger af den enkelte borger med DM2, men determinanter fra hele Dahlgren & Whiteheads model, da fællesskabet har betydning for DM2 rehabiliteringen.

I resultaterne fra dokumentanalysen er det fundet, at der i nuværende dokumentmateriale bag DM2 rehabiliteringen er et overvejende fokus på individuelle faktorer. Det kan sidestilles med en liberalistisk forebyggelsesetik. En liberalistisk forebyggelsesetik er udbredt i den vestlige verden, og ser borgeren som selvstændig og selvforvaltende. Borgeren er dermed i stand til selv at opstille mål i forhold til egen sundhed og handle derefter. Nøgleordet i den liberalistiske forebyggelsesetik er frihed, hvormed borgeren selv forvalter eget liv (Vallgård et al., 2014). En liberalistisk forebyggelsesetik kan dermed være med til at forklare det nuværende overvejende fokus på mikroniveau, hvis borgeren anses som selvforvaltende i forhold til egen sundhed. Dermed antages, at borgeren på baggrund af oplysninger nået ved eksempelvis patientuddannelse i DM2 rehabilitering, selv kan handle mest hensigtsmæssigt ud fra dette.

Ud fra ovenstående fremgår det, at der indenfor forebyggelsesetik hersker to forskellige retninger i henholdsvis specialets bidrag og i den nuværende sundhedsaftale, og derigennem DM2 rehabilitering. Hvis der i nuværende sundhedskoordinationsudvalg arbejdes ud fra en liberalistisk forebyggelsesetik, kan dette have betydning for, hvordan bidraget, i form af vejledning fra Sundhedsstyrelsen, opfattes, da eksempelvis vigtigheden af sociale relationer prioriteres højere i den solidariske forebyggelsesetik end i liberalistisk forebyggelsesetik. Dermed kan forebyggelsesetikken være afgørende for, hvordan der arbejdes videre med indholdet i *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*.

En opvejende faktor i forhold til forskelle i forebyggelsesetisk retning er, at der via dokumentmaterialet i dokumentanalysen er fundet, et ønske om at udbygge med strukturel forebyggelse og inddragelse af psykosociale faktorer i relation til stratificering af borgere med DM2. På baggrund heraf ses der ikke et udelukkende liberalistisk forebyggelsesetisk syn i nuværende sundhedsaftale.

11.4.4. Samfundsøkonomiske overvejelser

Jævnfør kommunalreformen i 2007 blev den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen indført, således at kommunerne har et delvist betalingsansvar, når kommunens borgere behandles i sundhedsvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Dermed tilskyndes kommunalpolitikere at være interesseret i at foretage beslutninger, så der ydes en så effektiv forebyggelse som muligt, fordi kommunen dermed får færre omkostninger til borgernes sygehusindlæggelser (Møller Pedersen, 2013). Ud fra ovenstående kan den kommunale medfinansiering skabe incitament for, at medlemmer af sundhedskoordinationsudvalget ønsker at prioriterer det tværgående tema *Lighed i sundhed* som bidraget hypotetisk set er skrevet ind under. Årsagen hertil er, at forebyggelse potentielt kan forhindre sygehusindlæggelser, som er omkostningsfulde for kommuner og regioner.

Overvejelser og beslutninger om nye politiske tiltag tager oftest udgangspunkt i økonomiske beregninger (Møller Pedersen, 2013). En sundhedsøkonomisk evaluering kan anvendes til at påvise effekt, og defineres som en komparativ analyse, hvor både effekter og omkostninger i relation til to eller flere behandlinger tages i betragtning. Formålet med en sundhedsøkonomisk evaluering er dermed at klarlægge, hvilke tiltag der er mest omkostningseffektive at indføre, så der opnås mest muligt sundhed pr. krone (Drummond, Schulpher, Claxton, Stoddart, & Torrance, 2015; Møller Pedersen, 2013). Sundhedsøkonomi er derfor et væsentligt aspekt at tage højde for, i relation til at elementer i de valgfrie tværgående temaer fra *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler* prioriteres ude i den enkelte regions sundhedskoordinationsudvalg. En begrænsning ved specialets bidrag er derfor, at der ikke er udført sundhedsøkonomiske evalueringer, som kan påvise effekt i form af sparede kroner ud fra anbefalingerne.

Der findes forskellige sundhedsøkonomiske evalueringer. Cost-effectiveness måler den sundhedsmæssige gevinst i naturlige enheder for eksempel funktionsevne eller leveår, men ulempen

er, at denne type analyse ikke kan sammenlignes med andre analyser med andre effektmål (Møller Pedersen, 2013). Cost-effectiveness analysen kan anvendes til at belyse hvor meget specialets bidrag ville tilføre af for eksempel øget funktionsevne og ekstra leveår i relation til at reducere den sociale ulighed i DM2 rehabiliteringen, og forventes dermed at kunne styrke beslutningstagernes interesse, såfremt at øget funktionsevne og ekstra leveår er en politisk prioritering.

Imidlertid er udfordringen ved forebyggelse, at gevinsterne ved forebyggelsestiltag ikke er at måle med det samme, men i stedet viser sig langt senere. Forebyggelse som langsigtet alternativ indebærer, at der skal tilføres ekstra midler i en periode, hvor effekten først ses flere år senere (Møller Pedersen, 2013). At gevinsterne af forebyggelsestiltaget først viser sig langt senere gør, at det kan være en udfordring i relation til at påvirke sundhedskoordinationsudvalgets villighed til at anvende specialets bidrag. Derudover er sammensætningen i sundhedskoordinationsudvalgets medlemmer kun gældende for en valgperiode (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013a). Når en mulig effekt af bidragets anbefalinger ikke ses før efter flere år kan det, sammenholdt med at sundhedskoordinationsudvalgets folkevalgte medlemmer kun er garanteret en plads i udvalget i fire år ad gangen, udgøre en udfordring at overbevise om vigtigheden af bidraget. Derfor kan det anskues som en begrænsning, at specialets bidrag ikke er forudsigelig vedrørende bidragets omkostninger og effekter, som dermed kan begrænse velvilligheden til at behandle bidraget hos medlemmerne i sundhedskoordinationsudvalget. Derfor kan gennemførelsen af en sundhedsøkonomisk evaluering være et relevant supplement til specialets bidrag, fordi sundhedskoordinationsudvalget på baggrund af analysen så kan vurdere omkostninger og effekter ved anbefalingerne. Imidlertid fremgår det i *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker*, at netop inden for forebyggelse af social ulighed kan indsatser prioriteres på trods af, at det ikke umiddelbart betaler sig ud fra et økonomisk perspektiv (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Hvis sundhedskoordinationsudvalget prioriterer bidragets anbefalinger i udbredt grad, så anbefalingerne inddrages i den kommende Sundhedsaftale, vurderes at det på sigt vil påvirke samfundsøkonomien i positiv retning. Begrundelsen herfor er, at når der indtænkes strukturel forebyggelsesstrategi vil det ligeledes komme den almene befolkning til gode (Rose, 1985). Strukturelle tiltag med fokus på lettere adgang til sund mad og bedre muligheder for fysisk aktivitet vil formentlig have en positiv indvirkning på forekomsten af nye DM2 tilfælde. Dette begrundes med, at kost og motion er risikofaktorer i relation til udvikling af DM2 (Agardh et al., 2011). Nedsættes

incidensen af DM2 vil færre dermed få brug for rehabiliterende indsatser. Strukturelle tiltag i relation til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering vil dermed forventes at påvirke antallet af DM2 tilfælde positivt, det vil sige der opstår færre der har brug for rehabilitering hvilket dermed forventes at have en positiv indvirkning på samfundsøkonomien.

De ovenstående afsnit har diskuteret elementer som kan have indflydelse på hvorvidt bidragets anbefalinger indskrives i kommende sundhedsaftale. I næste afsnit vil den kommende sundhedsaftale blive betragtet som udarbejdet, med inddragelse af bidragets anbefalinger. Hermed inddrages en diskussion, af implementeringsprocessen, fra at der er taget en politisk beslutning og til at elementerne indgår i kommunal DM2 rehabiliteringspraksis.

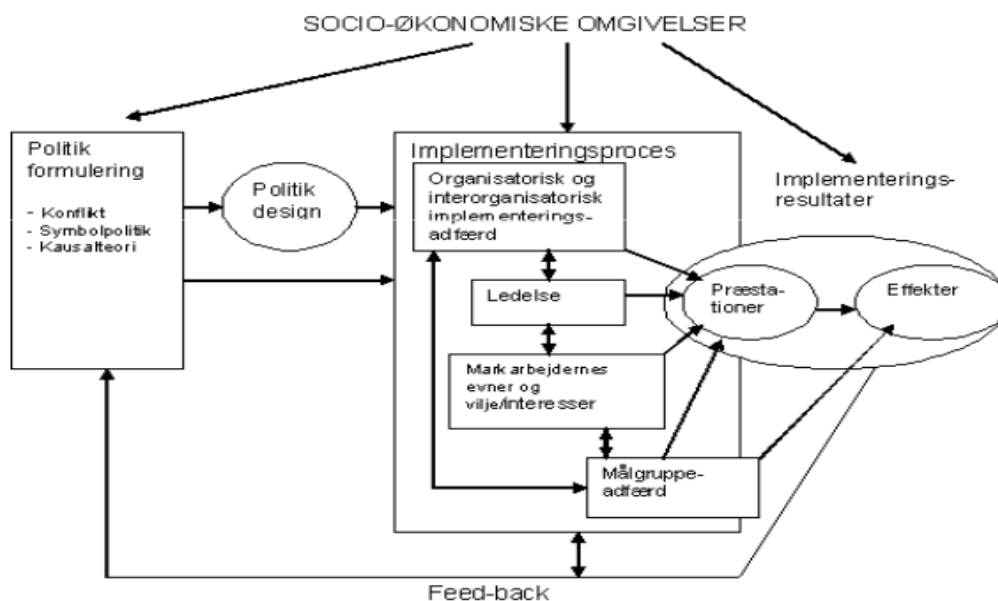
11.5. Ny vejledning fra sundhedsstyrelsen i høring

Specialets bidrag er udformet således at anbefalingerne afsendes via Sundhedsstyrelsens *Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*, da Sundhedskoordinationsudvalget er underlagt bekendtgørelser og indholdet af denne vejledning, og at det derfor ikke er muligt at henvende sig direkte til Sundhedskoordinationsudvalget. Afsender er derfor opsat hypotetisk efter den normale beslutningsgang.

Imidlertid ses, at Sundhedsstyrelsen tidligere på året har sendt en ny vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler i offentlig høring, og vejledningen har mulig ikrafttrædelse juni 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2018c). I den nye vejledning, som sundhedskoordinationsudvalget fremover er underlagt fremgår det, at sundhedskoordinationsudvalget lokalt får større magt til selv at beslutte fokusområder og målgrupper, og at sundhedsaftalerne samtidig bliver mindre bureaukratiske (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Ud fra dette tyder det på, at sundhedskoordinationsudvalget tildeles en større selvbestemmelse i det kommende beslutningsgrundlag, omend at vejledningen fortsat skal følges, blandt andet i forhold til obligatoriske områder. Dermed anses villigheden i det enkelte sundhedskoordinationsudvalg at have større betydning fremover, i forhold til i hvilket omfang tværgående temaer prioriteres. Dette kan dermed have både fordele og ulemper for specialets bidrag, alt afhængigt af hvilken interesse der er for at fokuserer mere på forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Desuden kan det faktum, at sundhedskoodinationsudvalgenes øgede selvbestemmelse i forhold til indholdet i Sundhedsaftalerne underbygge relevansen af, at regionernes sundhedskoordinationsudvalg er modtagere af bidraget.

11.6. Implementering af bidraget i kommunal rehabiliterings praksis

Specialets bidrag anbefaler, at der implementeres en ny strategisk tilgang til rehabilitering af borgere med DM2 i Region Nordjyllands Sundhedsaftale. Hvis bidraget inddrages i den kommende Sundhedsaftale, er det dog ikke ensbetydende med, at anbefalingerne fra bidraget bliver implementeret i kommunal DM2 rehabiliteringspraksis, fordi der er forskellige elementer, som påvirker implementeringen af en politisk beslutning. Nedenstående diskussion omhandler elementer af den proces anbefalingerne i bidraget skal gennemgå for at blive implementeret i DM2 rehabiliteringen, såfremt bidragets indhold medtages i den kommende Sundhedsaftale. Søren Winter (2008) har udviklet *Den integrerede implementeringsmodel*, som fremhæver fire elementer der har betydning for, hvordan en politisk beslutning implementeres (Winter & Nielsen, 2008). Ifølge Winter & Nielsen er *den integrerede implementeringsmodel* generel, det vil sige, at den kan bruges til de fleste politiske områder (Winter & Nielsen, 2008). Modellen består af fire elementer; *Politikformulering*, *Politikdesign*, *Implementeringsprocessen* og *Implementeringsresultater* (Winter & Nielsen, 2008). Modellen ses i Figur 11 nedenfor.



Figur 11: Den integrerede implementeringsmodel

Dette diskussionsafsnit omhandler modellens tredje element *implementeringsprocessen*. Det vil sige, at omdrejningspunktet for diskussion vil være, hvad der kan påvirke implementeringsprocessen af specialets bidrag i kommunal rehabiliteringspraksis. Som det fremgår af ovenstående figur påvirkes

implementeringsprocessen både af politisk design, organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd, ledelse, markarbejdernes evner og vilje/interesser og målgruppeadfærd. De nævnte faktorer illustrerer forskellige led i implementeringsprocessen (Winter & Nielsen, 2008).

Et af de første led i implementeringsprocessen er *organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd*. Det kommer til udtryk ved, at der i implementeringen af en politisk beslutning normalvis deltager flere forskellige myndigheder og organisationer, som har forskellige interesser (Winter & Nielsen, 2008). For at opfylde specialets formål om at bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering er det således ikke nok, at bidragets anbefalinger inddrages i den kommende Sundhedsaftale 2019-2022. Før at forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering kan blive et reelt *implementeringsresultat* forudsætter det en succesfuld implementeringsproces. Som nævnt påvirkes implementeringsprocessen blandt andet af *organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd*, og hvorvidt en implementering bliver en succes er afhængigt af interesserne hos de deltagende aktører i implementeringsprocessen. På den måde indebærer implementeringsprocessen, at specialets bidrag fortolkes af de deltagende aktører, som kan have forskellige politiske interesser. En tungtvejende årsag til problemer med implementering er, hvis de involverede aktører har et incitament til at handle, således at det hæmmer en realisering af politiske mål (Winter & Nielsen, 2008). På den måde vil specialets bidrag blive påvirket af de involverede aktørers vilje til at social ulighed i DM2 rehabilitering skal forebygges ud fra den strategi, som specialets bidrag indeholder. Eksempelvis kan nogle af de involverede aktører have et liberalistisk sundhedssyn, jævnfør afsnit 11.4.3. *Prioritering af frihed eller fællesskab i forebyggelsesetik*. Det kan medføre et incitament for at forebygge ud et individorienteret perspektiv, og dermed hæmme realiseringen af, at social ulighed i DM2 rehabilitering forebygges ud fra en socio-økologisk tilgang. På den måde er der i implementeringsprocessen indlejret et magtperspektiv, fordi de involverede aktører kan handle ud fra incitamenter, som enten kan hæmme eller fremme realiseringen af, at social ulighed i rehabilitering forebygges ud fra en socio-økologisk tilgang.

11.7. Betydningen af lægmandsperspektivet

Selvom bidraget skulle blive implementeret i den kommende sundhedsaftale, er det ikke ensbetydende med, at anbefalingerne i bidraget resulterer i forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. I nedenstående diskussionsafsnit vil det diskuteres, om det vil medføre en utilsigtet konsekvens, at lægmandsperspektivet ikke er inddraget i udarbejdelsen af bidraget.

Antropologen og psykiateren Arthur Kleinman har udviklet en teori omkring det pluralistiske sundhedssystem, hvilken kan anvendes til at illustrere lægmandsperspektivet (Jensen, 1997). Ifølge Kleinman (1980) består et sundhedssystem af tre forskellige sektorer, henholdsvis den folkelige sektor, den professionelle og den alternative sektor. Den professionelle er samfundets autoriserede behandlingssystem, og den alternative sektor består af ikke autoriserede behandlere. Den folkelige sektor er den største sektor, og udgøres af lægfolks egen håndtering af sygdom, og det er her lægfolk evaluerer den behandling, de får fra de andre sektorer (Kleinman, 1980). Syge borgere bevæger sig mellem de forskellige sektorer, og på den måde bliver borgerens sygdomsopfattelse, det vil sige lægmandsperspektivet, et resultat af aspekter fra alle tre sektorer. Dog kommer den største påvirkning fra den folkelige sektor, fordi den er forbundet med det personlige livsforløb og borgerens nuværende livssituation (Jensen, 1997).

Selvom bidraget skulle blive implementeret i sundhedsaftalen, er det ikke ensbetydende med at bidraget er meningsgivende ud fra et lægmandsperspektiv. Hvis ikke borgerne kan se mening i eksempelvis bidragets anbefaling om vægtningen af sociale relationer i DM2 rehabilitering, vil det påvirke bidragets tilsigtede formål. På den måde er det en begrænsning ved specialets bidrag, at der ikke tages højde for lægmandsperspektivet. Imidlertid fremgår det af *Den Politiske Sundhedsaftale*, at borger- og patientinddragelse er et politisk fokusområde hvilket indebærer, at borgerne udover at blive inddraget i egne forløb, tillige inddrages i den overordnede planlægning på sundhedsområdet. Konkret skal Sundhedskoordinationsudvalget i samarbejde med Patientinddragelsesudvalget videreudvikle borgerinddragelsen (Region Nordjylland et al., 2015b). Således prioriteres lægmandsperspektivet i implementeringsprocessen omkring sundhedsaftalen. Dermed tages der højde for et hverdagskulturelt aspekt, som er betydningsfuld i sygdomsforebyggelse (Timm, 1997). På baggrund af ovenstående kan det udledes, at det er relevant at medtænke lægmandsperspektivet i implementeringsprocessen, for at opnå det tilsigtede formål med specialets bidrag.

11.8. Opsamling på resultatdiskussion

Som afslutning på resultatdiskussionen kan det udledes, at hvis bidragets indhold implementeres i den kommende sundhedsaftale, vil det kunne have både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser. Den tilsigtede konsekvens af anbefalingerne i bidraget er at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering, jævnfør specialets formål. Konkret er sigtet bag anbefalingerne, at rehabiliteringsbehovet reduceres for alle i befolkningen ved en kombination af strukturel forebyggelse og højrisikostrategi. Desuden

tilsigtes det, at indtænkning af borgerens sociale relationer og en udbygning af den nuværende stratificering kan bidrage til en reduktion af sociale ulighed i effekten af rehabilitering.

Imidlertid kan en implementering af bidraget også have utilsigtede konsekvenser. Eksempelvis fremgår det at anbefalingen om at udbygge den nuværende stratificering, kan medføre at borgere med lav socioøkonomiske status bliver stigmatiserede. Desuden kan anbefalingen om indtænkning af borgerens sociale relationer utilsigtet medføre ulighed i borgernes profitering af DM2 rehabilitering, både i relation til hele befolkningen og tillige i gruppen af borgerne med lav socioøkonomiske status, fordi der er forskel i størrelsen af informationsrigt netværk. Desuden kan den solidariske forebyggelsesetik, som er indlejret i bidraget, utilsigtet fremstå som frihedsbegrænsende, hvis borgernes værdier ikke deler samme værdier om sundhed, som der ligger bag bidraget.

12. Metodediskussion

Følgende afsnit er en metodediskussion af specialets videnskabsteoretiske position, styringsredskab, teoretiske referenceramme og metoder. I de enkelte diskussionsafsnit vil styrker og begrænsninger blive fremhævet, og validiteten af undersøgelsen vil blive diskuteret ud fra Nanna Mik-Meyer og Lise Justesens (2012) generelle kvalitetskriterier indenfor kvalitativ forskning. På den måde vil disse kvalitetskriterier løbende blive diskuteret i forhold til de metodiske valg i specialet.

12.1. Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning

Nanna Mik-Meyer og Lise Justesen opstiller generelle kvalitetskriterier for kvalitativ forskning, som betegnes *kohærens*, *konsistens* og *transparent* (Justesen & Mik-Meyer, 2012).

Kvalitetskriteriet *kohærens* omhandler, at forskningens komponenter har god og logisk sammenhæng. Det vil sige, om der er en tydelig sammenhæng mellem forskningsspørgsmålet, de inddragede teorier og de metodologiske valg.

Konsistens er relateret til kohærenskriteriet, men er mere knyttet til, om begreber indenfor metodologi og teorier er anvendt på en konsekvent, og dermed konsistent måde. Det vil sige, om der er præcision i de forskningsmæssige valg (Justesen & Mik-Meyer, 2012).

For at læseren kan vurdere forskningens kohærens og konsistens er det afgørende, at de metodologiske og teoretiske valg er gjort eksplicitte. Denne eksplicitering omhandler kvalitetskriteriet *transparent*. For at skabe transparent er det afgørende, at alle valg beskrives grundigt, og at der er en tydelig argumentation for disse valg (Justesen & Mik-Meyer, 2012).

Ovenstående kvalitetskriterier vil løbende blive diskuteret gennem metodediskussionen. Slutteligt vil der udarbejdes en opsamling af metodediskussion i relation til specialets validitet.

12.2. Diskussion af den videnskabsteoretisk position

Specialets hermeneutiske videnskabsteoretiske position har været styrende for valg gennem specialet, herunder metoder og analysestrategi, hvorfor dette afsnit vil indeholde en diskussion af styrker og begrænsninger ved hermeneutikken som videnskabsteoretisk position.

En styrke ved hermeneutikken er, at den i undersøgelser af samfundet kan indfange den intentionalitet som ligger bag handlinger i den sociale verden (Søren Juul, 2012). I forhold til specialets

problemformulering er det en styrke, fordi den søger viden om et fænomen i samfundet; hvordan social ulighed i DM2 rehabilitering kan forebygges.

En begrænsning ved hermeneutikken er, at viden indenfor hermeneutikken opnås gennem fortolkning. Denne fortolkning vil altid vil være usikker og åben for diskussion, fordi ingen fortolkning kan gøre krav på at være den endelige sandhed (Søren Juul, 2012). På den måde er begrænsningen ved specialets bidrag, at denne er resultat af specialegruppens fortolkninger, hvilken er påvirket af subjektivitet, og ikke kan gøre krav på være den endegyldige sandhed vedrørende forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering.

Desuden medfører den metodehermeneutiske positionering en begrænsning i, at der ikke tages højde for den magt, som er indlejret i de inddragede tekster i specialets problembearbejdning. Modsat metodehermeneutikken, sættes der i konstruktivistisk tilgang gennem diskursanalyser parentes om muligheden for at nå frem til en rigtig fortolkning. I diskursanalyser skabes menneskets virkelighedsforståelse gennem sprog og begreber. Der er fokus på de diskurser, der er i spil, og dermed hvilke interesser der er på spil, samt konsekvenser af dominerende diskurser. Det vil sige, at der lægges vægt på at analysere magtkampe og konflikter mellem forskellige diskurser (Hansen, 2012; Søren Juul & Pedersen, 2012b). I relation til specialets problemformulering ville en diskursanalytisk tilgang kunne have bidraget med viden om magtkampe og konflikter mellem de diskurser, som fremgår af empirien.

Det udledes ud fra ovenstående, at specialets videnskabsteoretiske positionering inden for metodehermeneutikken bidrager til kohærens i specialet, fordi der er en tydelig sammenhæng mellem den viden som søges i problemformuleringen og den form for viden, som der kan opnås gennem metodehermeneutikken. Det er en begrænsning for specialets resultater, at de er opnået gennem fortolkning, fordi den altid vil være usikker og åben for diskussion. Eksempelvis ville en konstruktivistisk positionering og diskursteoretisk vinkel på specialet kunne have bidraget med viden om den magt som er indlejret i diskurser i empirien.

12.3. Diskussion af Maxwells interaktive model som styringsredskab

I følgende afsnit diskuteres, inddragelse af Maxwells model som styringsredskab til tilrettelæggelse og udarbejdelse af specialet, og hvilken betydning det har for specialets kohærens.

Maxwells (2005) interaktive model har fungeret som styringsredskab gennem tilrettelæggelsen og udarbejdelsen af specialet. Det har betydet, at det er søgt at skabe grundige beskrivelser i metodeafsnittet, med hvilke valg der er foretaget og begrundelsen for disse, for dermed søges at tydeliggøre sammenhængen mellem specialets komponenter. Maxwell (2005) ser på vidensproduktion som en cirkulær proces, hvilket stemmer overens med specialets hermeneutiske videnskabsteoretiske position. I specialets startfase var der ikke klarhed over de metodiske tilgange. Her var Maxwells model et godt redskab i den cirkulære proces, hvor specialets tanker og valg af metoder løbende blev revideret, idet modellen skabte opmærksomhed på vigtigheden af sammenhæng mellem formål, problemformulering og inddraget teori. At der tages udgangspunkt i Maxwells (2005) interaktive model som styringsredskab, har betydet en løbende refleksion i specialegruppen over hele forskningsprocessen og alle dens elementer for at skabe sammenhæng. Dette anses som en styrke, idet der dermed er fokus på at skabe kohærens mellem forskningens dele.

Maxwells interaktive model kan ikke frembringe svar på, hvilke metodiske valg der harmonerer, hvilket overlades til forskerens vurdering og beslutninger (Maxwell, 2005). Forskerens evne og kvalifikationer inden for det forskningsmæssige felt vurderes dermed af afgørende betydning for, at der kan opnås kohærens i forskningen.

Ligeledes har Maxwells (2005) interaktive model været medvirkende til, at speciale medlemmerne har været opmærksomme på at beskrive de metodologiske valg grundigt for at skabe transparens. At skabe transparens i forskningsprocessen er efterstræbelsesværdigt, idet transparens indenfor kvalitativ forskning går hånd i hånd med forskningens kvalitet (Tanggaard & Brinkmann, 2015b).

På baggrund heraf kan det udledes, at Maxwells model skaber opmærksomhed på, at specialets dele søger at opnå en god og logisk sammenhæng mellem problemformuleringen, de inddragede teorier og de metodologiske valg, hvilket er afgørende for at opnå kohærens i specialet. Dog har specialegruppens kvalifikationer indflydelse på om denne kohærens opnås.

12.4. Diskussion af specialets teoretiske referenceramme

Idet der er anvendt en teoretisk referenceramme i specialet, har teorien haft en afgørende betydning for specialets resultater. I følgende afsnit diskuteres anvendeligheden af specialets teoretiske referenceramme i relation til kvalitetskriteriet *konsistens*.

I specialet er der inddraget en teoretisk referenceramme i form af Dahlgren og Whiteheads (1991) socioøkologiske model og Signild Vallgårdas (2008) forståelse af dikotomi og gradientforståelsen i relation til forebyggelse af social ulighed.

Det vurderes, at inddragelse af den teoretiske referenceramme stemmer godt overens med den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, idet en referenceramme udgør forforståelsen. Ved anvendelse af en teoretisk referenceramme i specialet styrkes konsistensen dermed, idet specialet forholder sig til forforståelsen jævnfør hermeneutikken, og inddrager denne i analysearbejdet. Den teoretiske referenceramme er anvendt som et epistemologisk redskab, til at opnå viden specialet igennem. At forforståelsen inddrages ved hjælp af den teoretiske referenceramme, og at den teoretiske referenceramme er anvendt specialet igennem, anses som en styrke i forhold til konsistens.

Det kan diskuteres, om specialegruppen har været for fokuseret på at finde frem til løsningsforslag i forhold til hvad specialets bidrag skulle indeholde i relation til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabiliteringen, og det strategiske og politiske i forhold til implementering af bidraget er blevet overset. Dahlgren og Whiteheads socioøkologiske model inddrager perspektiver på det politiske og strategiske, hvilket med fordel ligeledes kunne være inddraget. Den teoretiske referenceramme frembringer ikke noget konkret pejlemærke i forhold til hvordan det politiske og organisatoriske hænger sammen, det vil sige, hvem der kan udføre de ændringer, som specialets bidrag frembringer. Dette er en svaghed ved valg af teorier til referencerammen. Ligeledes er dette noget specialegruppen først er blevet opmærksomme på gennem processen. Inddragelse af teorier der belyser det organisatoriske og politiske i relation til at specialets bidrag, vil dermed være et perspektiv der fremadrettet bør undersøges.

I specialet anvendes teori som en linse. Når teori anvendes som linse, er det resultat som generes i undersøgelsen påvirket af de teoretiske valg, som er foretaget (Høyer, 2016). Den teoretiske referenceramme har dannet den overordnede struktur, som har været styrende for analyse og fortolkningsarbejdet af den inddragede empiri. Referencerammen har dermed haft stor indvirkning på hvilke meningskategorier, der er identificeret gennem den anvendte analysestrategi. På den måde har den teoretiske referenceramme bidraget med struktur og systematik i problembearbejdningen, hvilket kan anses som en styrke.

Det kan diskuteres, om teori som linse, og dermed inddragelse af en teoretisk referenceramme, harmonerer med den videnskabsteoretiske hermeneutiske position. Dette begrundes med, at linse begrebet ikke imødekommer hermeneutikkens grundantagelser om, den hermeneutiske cirkel og opnåelse af ny forforståelse, da specialegruppens forforståelse afspejles igennem linsen, som er fastlagt fra start. Anvendelse af et linseperspektiv medfører, at forskningens resultater på forhånd er underlagt en vis form for præmis (Høyer, 2016). Linse-begrebet har dermed sat en fast ramme i forhold til belysningen af problemstillingen. Det kan diskuteres, om Høyers (2016) dåseåbner begreb i stedet burde være anvendt. Dette begrundes med, at dåseåbner begrebet anvender teori til at få hul på en analyse og dermed indkredse og åbne feltet (Høyer, 2016). Dåseåbner-begrebet lægger ligeledes op til, at der inddrages ny teori, som forskningsprocessen skrider frem og at inddragelse af ny teori kan anvendes for at belyse problemstillingen yderligere (Høyer, 2016). Dåseåbnerperspektivet ville dermed være mere åben for at forforståelsen kunne revideres og ville dermed harmonere bedre med det videnskabsteoretiske valg. Inddragelse af ny teori ville imødekomme, at forforståelsen blev revideret, hvilket ville være en styrke set i relation til den videnskabsteoretiske position.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at valg af den teoretiske referenceramme stemmer overens med den hermeneutiske videnskabsteoretiske position, idet den udgør forforståelsen. Det bidrager til konsistens i undersøgelsen. På den anden side imødekommer valget af at anvende teori som linse ikke, at forforståelsen eksplicit revideres, hvilket er en svaghed jævnfør den hermeneutiske cirkel.

12.5. Diskussion af dokumentanalysen

I følgende afsnit vil valget af dokumentanalyse som metode blive diskuteret.

En styrke ved dokumentanalysen som metode er, at den giver mulighed for indsigt i områder, som det ellers er vanskelig at få adgang til (Launsø et al., 2017). I relation til det første forskningsspørgsmål er valget af dokumentanalyse som metode velegnet, fordi den viden som søges er produceret af instanser, som det ikke umiddelbart er muligt at få adgang til. Eksempelvis fremgår det af stk. 5 i *Forretningsorden for Sundhedskoordinationsudvalget for Region Nordjylland*, at møderne i Sundhedskoordinationsudvalget ikke er offentlige tilgængelige (Region Nordjylland, 2014). Desuden er det en styrke, at tekstanalyse er en metode indenfor metodehermeneutikken (Søren Juul, 2012). På den måde bidrager valget af dokumentanalyse som metode til konsistens i specialet, fordi der er præcision i metodevalget i forhold til specialets videnskabsteoretiske position.

Det vurderes som en begrænsning, at der i specialet udelukkende er inddraget sekundære dokumenter, fordi det begrænser den form for viden specialets resultater baseres på. Ifølge Lynggaard (2015) er mætningspunktet nået, når inddragelse af nye dokumenter kun bidrager marginalt til analysen. Der skelnes mellem primære, sekundære og tertiære dokumenttyper, hvilket angiver hvilke aktører et dokument cirkulerer i blandt (Lynggaard, 2015). De inddragede dokumenter er sekundære dokumenter, og bidrager med viden omkring de politiske og kliniske anbefalinger vedrørende DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed. Et primært dokument kan eksempelvis være et mødereferat, som kan bidrage med en analyse af forhandlinger, der foregår bag lukkede døre (Lynggaard, 2015). Ved at have inddraget primære dokumenter kunne det have bidraget med viden om, hvordan forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering aktuelt behandles i sundhedskoordinationsudvalget. Det vurderes på baggrund heraf, at mætningspunktet ikke er nået.

Endvidere er det en begrænsning ved dokumentanalysen som metode, at rationalet i dokumenterne er fikseret i tid. Ifølge Lynggaard (2015) udtrykker en dokumentanalyse det rationale som var, da dokumentet blev produceret. I relation til specialets bidrag, kan det være en begrænsning, af bidraget udarbejdes ud fra et historisk rationale for forebyggelsen af social ulighed i DM2 rehabilitering, fordi det er uvist, om det rationale som kommer til udtryk i de inddragede dokumenter er tidssvarende. Det vil sige, at specialets bidrag udarbejdes ud fra et rationale vedrørende DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed, som på nuværende tidspunkt kan have ændret sig, hvilket begrænser anvendeligheden af resultaterne.

I forlængelse heraf, er det en begrænsning ved dokumentanalysen som metode, at der ikke tages højde for det subjektive aspekt, som er knyttet til medlemmerne fra sundhedskoordinationsudvalget. Specialegruppen havde fra undersøgelsens start planlagt at foretage kvalitative interviews med medlemmer fra Region Nordjyllands sundhedskoordinationsudvalg, men de havde ikke ressourcer til at deltage i interviews. Gennem en kvalitativ interviewundersøgelse kan der gives adgang til specifikke individers forståelse af fænomener i deres livsverden (Tanggaard & Brinkmann, 2015a). På den måde kunne en kvalitativ interviewundersøgelse have bidraget med viden om, hvordan medlemmerne fra sundhedskoordinationsudvalget forstår politiske processer og prioriteringer vedrørende DM2 rehabilitering og social ulighed. Desuden kunne en inddragelse af flere metoder have styrket undersøgelsens triangulering (Justesen & Mik-Meyer, 2012). På denne måde ville

studiets konklusioner fremstå mere robuste, fordi der kan undgås potentielle bias når der anvendes flere metoder til at belyse samme fænomen.

Ud fra ovenstående diskussion kan det udledes, at valget af dokumentanalyse som metode bidrager til konsistens i specialet. Dog medfører dokumentanalyse som metode begrænsninger for specialets resultater, fordi der overses betydningen af subjektivitet hos medlemmerne i sundhedskoordinationsudvalget. Desuden kunne inddragelse af primære dokumenter have kvalificeret specialets resultater.

12.6. Diskussion af systematisk litteratursøgning

I dette afsnit vil den systematiske litteratursøgnings fremgangsmåde og udførelse blive diskuteret med fokus på styrker og begrænsninger. Ligeledes elementer fra den endelige søgning som kan have implikationer for specialets resultater.

I den systematiske litteratursøgning er der søgt at opnå en grundighed i søgningen. Grundighed er ifølge Frandsen et al. (2014) med til at øge søgningens reproducerbarhed, da grundighed er knyttet til gennemførelse og afrapportering af søgningen. Specialegruppen har i fællesskab udført søgninger, og sikret en ensartet søgning. Ligeledes er søgningen af rapporteret i *Bilag 2: Søgeprotokol*, og metoden herfor er beskrevet i afsnit 8.2. *Litteratursøgning*. På baggrund heraf vurderes, at reproducerbarheden af den systematiske litteratursøgning er god. Ovenstående hænger ligeledes sammen med kvalitetskriteriet *transparens*, idet den systematiske søgning er gjort transparent ved inddragelse af en søgeprotokol.

Kvaliteten af en systematisk litteratursøgning kan vurderes ud fra recall og præcision. *Recall* omhandler andel af relevante søgeresultater, der identificeret gennem den systematiske søgning og *præcision* indbefatter, hvor stor en andel af de fremfundne studier, der er relevante (Frandsen et al., 2014). Det er ikke muligt at søge at opnå både høj recall og høj præcision, hvorfor der foretages en afvejning mellem recall og præcision (Buckland & Gey, 1994). I specialets systematiske litteratursøgning er der søgt at opnå høj recall. Årsagen til dette valg har været, at der allerede i den indledende søgning blev fundet, at evidensgrundlaget er sparsomt indenfor problemfeltet. For at opnå flest mulige relevante hits, søges dermed at opnå høj recall. Dette er blandt andet opnået ved at lave

brede facetsøgninger, med både indekserede termer og friteksttermer, for at få mest muligt med i søgningerne.

En måde hvorpå søgningen kunne være udbredt endnu mere ville være ved trunkering af friteksttermen '*rehabilitation*' som er inddraget i facet 2 i alle databaser. Ved trunkering til '*rehabil**' ville søgningen være udbredt endnu mere. Trunkering medfører en udvidelse af søgningen, idet at alle endelser af et ord inddrages (Buus et al., 2008). Dog er der i forvejen mange hits ved fritekstsøgning på '*rehabilitation*', hvormed trunkering her, kan antages kun at have suppleret med mere støj til søgningen, og dermed ikke relevant hits. Idet at søgningen samlet giver 460 hits fra de seks databaser vurderes, at en høj recall er opnået, da mange hits er fremfundet. Det vurderes desuden at søgeresultaterne var relevante for problemformuleringen, fordi et af de udvalgte studier, Sortsø et al. (2017), er et kendt studie fra den indledende søgning. At dette studie blev fremfundet ved den systematiske litteratursøgning kan dermed agere som kontrol af, at søgningen fandt frem til det, der søgtes efter (Stenbæk & Jensen, 2007).

Den systematiske litteratursøgning endte med fire udvalgte studier, som blev vurderet med tjekliste og ved kritisk gennemgang i resultatafsnit 9.2.1. *Præsentation af udvalgte studier*. Dette er med til at give en bevidsthed om kvaliteten i de udvalgte studier, samt relevansen i forhold til at besvare forskningsspørgsmålet. I den systematiske søgning var der åbenhed for inddragelse af både kvalitative og kvantitative studier. Imidlertid er der kun fremfundet kvantitative studier i søgningen. Kvalitative studier kunne imidlertid have medført studier, hvor borgerens eller fagpersoners oplevelser af, hvad der er væsentligt i forhold til hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering, der kan anbefales. Studier indenfor det kvalitative felt kunne have tilført dybde (Launsø et al., 2017).

Tre af de inddragede studier har tværsnitsstudie som design (Koetsenruijter et al., 2015; C. Sortsø et al., 2017; Walker et al., 2014). Hypoteser om årsagssammenhænge kan ikke undersøges ved hjælp af tværsnitsstudier, idet der ikke er en tidsmæssig adskillelse mellem eksponering og outcome (Svend Juul, 2012). De tre studier er alle bevidste om denne implikation ved deres design. For specialets resultater betyder det, at der på baggrund af disse tre studier ikke er mulighed for at tale om kausale sammenhænge. Analysen baseres derfor overvejende på, de forskelle studierne kan påvise mellem grupper, og derigennem hvordan og med hvilken tilgang, der kan forebygges social ulighed i DM2 rehabilitering. Ulempen ved tværsnitsstudiedesignet er i dette tilfælde, at studierne ikke kan give

forklaringer og løsninger, som kan påvise en forebyggelses effekt over tid. Det skyldes at tværsnitsstudie måler eksponering og outcome samtidig (Svend Juul, 2012).

Studiet af Espelt et al. (2011), som ikke er et tværsnitsstudie, men derimod et systematisk review, har igennem resultatafsnittet bidraget med en stor andel, sammenlignet med de resterende studier hver for sig. At Espelt et al. (2011) anvendes som evidensgrundlag til en stor andel af resultaterne betyder, at evidensgrundlaget er smalt, når kun et enkelt studie er evidensen for et resultat. En opvejning i forhold til dette ligger imidlertid i studiets design, da studiets resultater er baseret på resultater fra 19 videnskabelige studier.

De fire inddragede videnskabelige studier har fokus på social ulighed i diabetes i relation til egenomsorg og tilslutning til sundhedstilbud. Kun studiet af Sortsø et al. (2017) er konkrete i forhold til at kalde det rehabilitering. Generaliserbarheden i forhold til rehabiliteringskonteksten kan dermed diskuteres. Idet studierne undersøger, hvilke aspekter der har indflydelse på borgerens egenomsorg i relation til at mestre sygdommen, og hvorvidt borgerne tilslutter sig sundhedsvæsenets tilbud vurderes, at resultaterne kan overføres til specialets problemstilling om rehabilitering, da disse elementer kan relateres til tanken bag rehabiliteringens formål. Dette begrundes med, at rehabilitering internationalt defineres ud fra, at borgeren skal opnå redskaber, således der opnås optimal funktionsevne (World Health Organization, 2011). Dog rettes der opmærksomhed på, at resultaterne er af mere generel karakter, og ikke undersøges direkte i relation til rehabilitering. Dette er ligeledes med til at tydeliggøre det videnshul, som specialet opererer indenfor.

Ovenstående afsnit har diskuteret styrkerne og begrænsninger i specialets systematiske litteratursøgning. Jævnfør ovenstående diskussion bidrager den systematiske litteratursøgning til en styrkelse af specialets transparens, fordi der er udarbejdet en søgeprotokol.

12.7. Diskussion af analysestrategi

I følgende afsnit diskuteres den anvendte analysestrategi i forhold til strategiens sammenhæng med specialets hermeneutiske position og dokumentanalysen, fordi det er afgørende for specialets konsistens.

En styrke ved Dahlager & Fredslunds (2016) analysestrategi er, at den bidrager med konsistens i specialet, fordi den er hermeneutisk og dermed korresponderer med specialets hermeneutiske

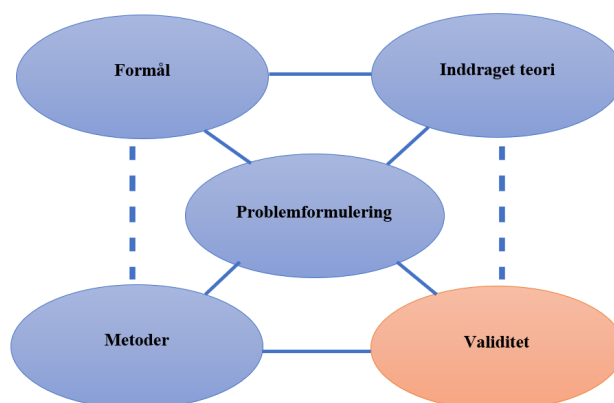
position. I analysestrategien kommer det til udtryk ved, at forskeren gennem analysestrategiens fire trin veksler mellem del og helhedsforståelse til opnåelse af viden. Det er i tråd med hermeneutikkens grundantagelse om, at erkendelse opnås gennem en pendling mellem helheds- og delforståelse (Søren Juul, 2012). På den måde tages den hermeneutiske grundantagelse i anvendelse på en konsekvent måde gennem specialets analysestrategi, hvilket bidrager til konsistens. En begrænsning ved den anvendte analysestrategi er imidlertid, at den ikke udelukkende henvendt til dokumentanalyse. Dahlager & Fredslunds hermeneutiske analysestrategi kan anvendes til analyse af både interviewundersøgelser og tekster, og den indebærer ikke en kvalitetsvurdering af de inddragede dokumenter (Dahlager & Fredslund, 2016). Specialets dokumentanalysen kunne kvalificeres ved at kombinere de fire trin i Dahlager & Fredslunds analysestrategi med eksplicitering af den indledende kvalitetskontrol af dokumenterne. I forhold til dokumentanalyse og vurdering af dokumenternes kvalitet anvendes ofte følgende elementer: autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og mening (Duedahl & Jacobsen, 2010; Lynggaard, 2015). Ovenstående kan bidrage med en systematisk kvalitetskontrol af de inddragede dokumenter og være med til at udbygge specialets resultatafsnit med henblik på relevante afsender og modtager af specialets bidrag. På den måde påvirker valget af at anvende Dahlager & Fredslund analysestrategi specialets kohærens, fordi valget af analysestrategi vil bidrage til en mere logisk sammenhæng mellem specialets komponenter, hvis analysestrategien kun var henvendt dokumentanalyse.

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at den valgte analysestrategi bidrager til konsistens i specialet, fordi den er i tråd med grundantagelserne i specialet hermeneutiske position. Dog påvirkes kohærens i specialet, fordi at den valgte analysestrategi ikke er direkte henvendt dokumentanalyse.

12.8. Opsamling på metodediskussion

Ud fra ovenstående diskussion fremhæves både styrker og begrænsninger ved specialets epistemologiske og metodologiske valg. Ovenstående metodediskussion har diskuteret kvalitetskriterierne *kohærens*, *konsistens* og *transparens* ud fra Mik-Meyers & Justesens kvalitetskriterier for kvalitativ forskning. Jævnfør Maxwells (2005) er validiteten en komponent i den interaktive model. Ifølge Maxwell omhandler validitet at forskeren forholder sig til hvordan resultater og konklusioner kan være forkerte (Maxwell, 2005). Endvidere fremhæver Maxwell (2005) at det skal tydeliggøres, hvorfor resultaterne af forskningen er troværdige. Kvalitetskriteriet *validitet* omtales ligeledes af Mik-Meyer & Justesen (2012) og vurderes ud fra om studiets resultater belyser

problemformuleringen. Specialegruppen anvender Mik-Meyer & Justesens (2012) begreber til at belyse komponenten validitet i Maxwells (2005) model. I Figur 12 nedenfor ses Maxwells model, hvor komponenten *validitet* er markeret.



Figur 12: Maxwells interaktive model hvor komponenten 'validitet' er markeret.

I ovenstående metodediskussion er troværdigheden af specialets resultater diskuteret ud fra hvordan *kohærens*, *konsistens* og *transparens* påvirkes af de valg som er foretaget i specialets problembearbejdning. Som det fremgår af ovenstående metodediskussion påvirkes kohærens negativt, idet den valgte analysestrategi ikke udelukkende er henvendt dokumentanalyse. Ligeledes påvirkes kohærens negativt idet teori som linse ikke imødekommer hermeneutikkens cirkularitet. Kohærens styrkes i specialet ved, at der er tydelig sammenhæng mellem den viden som problemformuleringen søger og den viden, som kan opnås gennem hermeneutikken. Ligeledes styrkes kohærens i specialet, idet der ud fra en hermeneutisk videnskabsteoretisk position vælges at anvende en referencerammen som epistemologisk redskab til at udgøre forforståelsen. Konsistensen styrkes endvidere ved, at der er præcision i metodevalgene idet dokumentanalyse udvælges som metode hvilket harmonerer med specialets videnskabsteoretiske position. Slutteligt bidrager søgeprotokollen fra den systematiske litteratursøgning til transparens i specialet.

13. Konklusion

Specialets formål er en udarbejdelse af et bidrag til beslutningsgrundlaget for den kommende Sundhedsaftale. Dette med henblik på at bidrage til at forebygge sociale ulighed i DM2 rehabilitering. Specialets resultater er opnået ved en kvalitativ dokumentanalyse og en systematisk litteratursøgning. Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model og Vallgårdas distinktion mellem gradient- og dikotomiforståelse er anvendt som teoretisk referenceramme i relation til begge metoder.

Rekontekstualiseringen af dokumentanalysen viste, at DM2 rehabilitering overvejende udlægges som individcentreret. Forebyggelse af social ulighed udlægges til overvejende at omhandle sårbare borgere, hvilket kan sidestilles med dikotomiforståelsen. Tilgangen til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering, fortolkes som en højrisikostrategi på grund af dokumentmaterialets ovenstående udlægnings af DM2 rehabilitering og forebyggelse af social ulighed.

Rekontekstualisering af de udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgning viste, at en kombination af en strukturel og højrisiko forebyggelsesstrategi kan bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Endvidere kan støtte fra borgerens sociale relationer i DM2 rehabilitering, og opmærksomhed på borgernes levevilkår, det vil sige muligheden for sund mad og fysisk aktivitet i lokalområde og adgang til sundhedsydelser, bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering.

Den samlede rekontekstualisering af dokumentanalysen og studier fra den systematiske litteratursøgning viste udover ovenstående, at en udbygning af den nuværende stratificering til at omfatte psykosociale faktorer kan bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering. Den samlede rekontekstualisering med specialets teoretiske referenceramme udgør baggrunden for specialets bidrag med henblik på at forebygge social ulighed i DM2 rehabilitering.

Bidraget udgør følgende anbefalinger:

- At der bør anvendes en kombineret forebyggelsesstrategi
- At nuværende stratificering bør udbygges, så den omfatter psykosociale faktorer
- At borgerens sociale relationer bør indtænkes i DM2 rehabilitering.

Idet at diskussionen finder både resultat- og metodemæssige forbehold anerkender specialegruppen, at resultaterne og dermed bidragets anbefalinger med fordel kan underbygges af yderligere undersøgelser. Overordnet kan det konkluderes på baggrund af specialet, at hvis bidragets anbefalinger bliver succesfuldt implementeret i DM2 rehabilitering, kan det bidrage til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering.

14. Referenceliste

Referencelisten er udført efter referencesystemet APA (American Psychological Association 6. edition) med referenceprogrammet Mendeley.

Aalborg Universitet. (2015). PBL - Problembaseret læring. In *Aalborg Universitet Rektorsekretariatet*. Aalborg Universitet.

Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 804–818.

Andersen, A. F., Carson, C., Watt, H. C., Lawlor, D. A., Avlund, K., & Ebrahim, S. (2008). Life-course socio-economic position, area deprivation and type 2 diabetes: Findings from the British women's heart and health study. *Diabetic Medicine*, 25(12), 1462–1468.

Bandura, A. (1999). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In *Self efficacy in changing societies* (pp. 1–45). Cambridge University Press.

Beskæftigelsesministeriet. (2016). Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Retrieved March 15, 2018, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=184891>

Binderkrantz, A. S., Christiansen, P. M., & Pedersen, H. H. (2014). *Organisationer i politik* (1st ed.). Hans Reitzels Forlag.

Birkler, J. (2010). *Videnskabsteori - en grundbog*. (J. Birkler, Ed.) (1. udgave). Kbh.: Munksgaard Danmark.

Brown, A. F., Ettner, S. L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, M. F., ... Beckles, G. L. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: A conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic Reviews*, 26(February), 63–77.

Buckland, M., & Gey, F. (1994). The relationship between recall and precision. *Journal of the American Society for Information Science*, 45(1), 12–19.

Buus, N., Tingleff Boldrup, E., Blach Rossen, C., & Munch Kristiansen, H. (2008). Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, 10(108).

- Cai, L. (2012). Latent variable modeling. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(2), 118–120. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4198841&tool=pmcentrez&render_type=abstract
- Chong, S., Ding, D., Byun, R., Comino, E., Bauman, A., & Jalaludin, B. (2017). Lifestyle changes after a diagnosis of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(1), 43–50.
- Cooney, M. T., Dudina, A., Whincup, P., Capewell, S., Menotti, A., Jousilahti, P., ... Graham, I. (2009). Re-evaluating the Rose approach: Comparative benefits of the population and high-risk preventive strategies. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(5), 541–549.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry & Choosing Among Five Approaches*. *Qualitative Inquiry & Research Design* (2. udgave). London: Sage Publications Inc.
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S., & Cayaban, A. R. R. (2017). Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*, 36, 25–32. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.004>
- Dahlgren, L., & Fredslund, H. (2016). Hermeneutisk analyse. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab 2* (4th ed., pp. 157–181). København: Munksgaard.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper. Main* (Vol. 14).
- Dalsgaard, E.-M., Skriver, M. V., Sandbaek, A., & Vestergaard, M. (2015). Socioeconomic Position, Type 2 Diabetes and Long-Term Risk of Death. *Plos One*, 10(5), 1–10.
- Diabetesforeningen. (2018). Diabetes i Danmark. Retrieved March 20, 2018, from <https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>
- Dictionary Central. (2018). DC Dictionary Central. Retrieved May 18, 2018, from <http://www.dictionarycentral.com/definition/concentration-index.html>
- Diderichsen, F. (2016). Social ulighed. In B. B. Jensen, M. Grønbaek, & S. Reventlow (Eds.), *Forebyggende sundhedsarbejde* (6. udgave, pp. 93–100). København: Munksgaard Danmark.
- Drummond, M., Schulpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods*

for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. United kingdom: Oxford University Press.

Due, T. D., Waldorff, S. B., Aarestrup, A. K., Laursen, B., & Curtis, T. (2008). *Sundhedscentre i Danmark - organiser og samarbejdsrelationer*. Statens Institut for Folkesundhed. København.

Duedahl, P., & Jacobsen, H. M. (2010). Elementær dokumentanalyse. In *Introduktion til dokumentanalyse* (pp. 53–78). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

EQUATOR Network. (n.d.). EQUATOR Network. Retrieved November 21, 2017, from <https://www.equator-network.org>

Espelt, A., Arriola, L., Borrell, C., Larranaga, I., Sandin, M., & Escolar-Pujolar, A. (2011). Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus in Europe 1999- 2009: a Panorama of Inequalities. *Current Diabetes Reviews*, 7(3), 148–158.

Folketinget. (2018). Om borgerforslag. Retrieved May 22, 2018, from <https://www.borgerforslag.dk/om-borgerforslag/>

Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fæsterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 7, 647–651.

Fredericia Bibliotek. (n.d.). Søgning og søgeteknik - vejledning og guidelines. Retrieved April 9, 2017, from <https://fredericiabib.dk/soegning>

Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2015). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. In *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (2nd ed., pp. 73–84). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Goffman, E. (2014). *Stigma om afvigerens sociale identitet* (2nd ed.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Gray, A. M. (1982). Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380.

Grintsova, O., Maier, W., & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: A systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1–14.

- Gucciardi, E. (2008). A systematic review of attrition from diabetes education services: Strategies to improve attrition and retention research. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1), 53–65.
- Hanak, M. L., Falk, J., Størup, M., & Bruun, J. J. (2007). *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen*. København S.
- Hansen, A. D. (2012). Diskurs- og videnskabsteori. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1. udgave, pp. 233–273). Hans Reitzels Forlag.
- Hedegaard Jensen, O. (2012). *Grundbog i dansk og international politik* (1st ed.). Aarhus C: Systime.
- Holm, L. V., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Johansen, C., Vedsted, P., Bergholdt, S. H., ... Søndergaard, J. (2013). Social inequality in cancer rehabilitation: A population-based cohort study. *Acta Oncologica*, 52(2), 410–422.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: a MetaAnalysis. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
- Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (2. udgave, pp. 37–49). Kbh.: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.
- Høyer, K. (2016). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4. udgave, pp. 17–41). Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Ijzerman, T. H., Schaper, N. C., Melai, T., Meijer, K., Willems, P. J. B., & Savelberg, H. H. C. M. (2012). Lower extremity muscle strength is reduced in people with type 2 diabetes, with and without polyneuropathy, and is associated with impaired mobility and reduced quality of life. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95(3), 345–351.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen – kort fortalt*. København K.
- Jensen, S. F. S. (1997). *Mellem haab og afmagt. DSI-rapport*.
- Johansen, J., Rahbek, J., Møller, K., & Jensen, L. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*.

Rehabilitering i Danmark. Århus C: Marselisborgcentret.

- Jones, L., Crabb, S., Turnbull, D., & Oxlad, M. (2014). Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *Journal of Health Psychology*, 19(3), 441–453. <https://doi.org/10.1177/1359105312473786>
- Jørgensen, T., Capewell, S., Prescott, E., Allender, S., Sans, S., Zdrojewski, T., ... Vanuzzo, D. (2012). Population-level changes to promote cardiovascular health. *European Journal of Preventive Cardiology*, (3), 409–421. <https://doi.org/10.1177/2047487312441726>
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2012). Quality criteria and qualitative methodology. In L. Justesen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Qualitative Research Methods in Organisation Studies* (pp. 46–50). Hans Reitzel Forlag.
- Juul, S. (2012). *Epidemiologi og Evidens*. (S. Juul, Ed.) (2. udgave). Kbh.: Munksgaard.
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori- en indføring* (1. udgave, pp. 107–146). Hans Reitzel Forlag.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012a). Hvorfor videnskabsteori? In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori- en indføring* (1. udgave, pp. 9–22). Hans Reitzel Forlag.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012b). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1. udgave, pp. 399–430). Hans Reitzels Forlag.
- Kang, H. (2013). The prevention and handling of the missing data. *Korean Journal of Anesthesiology*, 64(5), 402–406.
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. C. (2003). *Medical Statistics*. (B. R. Kirkwood & J. A. C. Sterne, Eds.) (2. udgave). Massachusetts: Blackwell Science.
- Kjøller, M. (2007). Baggrund og formål. In S. I. for Folkesundhed (Ed.), *Folkesundhedsrapporten 2007* (pp. 37–44). København K: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

- Koetsenruijter, J., van Eikelenboom, N., van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, C., Todorova, E., ... Wensing, M. (2015). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 638–643. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.029>
- Kruuse, E. (2007). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsede fag* (6th ed.). Dansk Psykologisk Forlag.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. (7. udgave). København: Munksgaard.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior, Spec No*(1995), 80–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7560851> <http://www.jstor.org/stable/2626958> <http://about.jstor.org/terms>
- Lund, R., & Due, P. (2011). Sociale relationer og helbred. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen (Eds.), *Medicinsk sociologi* (1. udgave, pp. 87–104). København: Munksgaard Danmark.
- Lynggaard, K. (2015). Dokumentanalyse. In *Kvalitative metoder. En grundbog* (2. udgave, pp. 153–168). Hans Reitzel Forlag.
- Marmot. (2010). *Fair society full report*. Retrieved from <https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review-strategic-review-of-health-inequalities-in-england-post-2010>
- Maxwell, J. A. (2005). A Model for Qualitative Research Design. In J. A. Maxwell (Ed.), *Qualitative Research Design - An Interactive Approach* (2. udgave, pp. 1–11). Sage publication: Sage Publications Inc.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.
- Merton, R. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Association*, 1(6), 894–904.
- Middelthon, A. (2009). Når maden bliver frelser eller bøddel. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 223–238). København K: Nyt Nordisk Forelag Arnold

Busck.

- Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2014). *Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. Sum.Dk*. København K.
- Mladenovic, A. B., Wozniak, L., Plotnikoff, R. C., Johnson, J. A., & Johnson, S. T. (2014). Social support, self-efficacy and motivation: A qualitative study of the journey through HEALD (Healthy Eating and Active Living for Diabetes). *Practical Diabetes*, 31(9), 370–374. <https://doi.org/10.1002/pdi.1905>
- Møller Pedersen, K. (2013). *Sundhedsøkonomi* (1. udgave,). København: Munksgaard Dammark.
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 735–744. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x>
- Osborne, R. H., Elsworth, G. R., & Whitfield, K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.002>
- Pedersen, K. B., Nielsen, S. B., & Land, B. (2012). Behovet for teorier i sundhedsfremme. In B. Dybbroe, B. Land, & S. B. Nielsen (Eds.), *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 27–40). København: Samfundslitteratur.
- Potvin, L., & McQueen, D. V. (2010). Modernity, Public Health and Health Promotion: A reflexive Discourse. In D. V. McQueen & I. Kickbusch (Eds.), *Health and Modernity - The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 12–21). New York: Springer Science + Business Media.
- Region Nordjylland. (2014). *Forretningsorden for Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland*. Retrieved from http://www.rn.dk/politik/sundhedskoordinationsudvalget/-/media/Rn_dk/Politik/Sundhedskoordinationsudvalget/Forretningsorden-for-Sundhedskoordinationsudvalget.ashx
- Region Nordjylland. (2016). *Den tværsektorielle Grundaftale, 2015-2018. Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes*. Retrieved from http://www.rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tværsektorielle-

Grundaftale/Genoptræning-og-rehabilitering/Samlet_Sygdomsspecifik-sundhedsaftale-for-diabetes-type-2_november-2016.ash

Region Nordjylland. (2018). Sundhedsaftalen 2015-2018. Retrieved April 19, 2018, from <http://www.rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018>

Region Nordjylland, De Nordjyske Kommuner, & Praktiserende Lægers Organisation. (2015a). Administrative Sundhedsaftale, 4–51. Retrieved from http://www.rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Endelig-sundhedsaftale-2015-2018/Den-Administrative-Sundhedsaftale_final.ashx?la=da

Region Nordjylland, De Nordjyske Kommuner, & Praktiserende Lægers Organisation. (2015b). Den Politiske Sundhedsaftale 2015-2018. Retrieved from http://www.rn.dk/~media/Rn_dk/Sundhed/Til_sundhedsfaglige_og_samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale_2015/Endelig_sundhedsaftale_2015-2018/Den_Politiske_Sundhedsaftale_final.ashx

Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., De Labry-Lima, A. O., & Márquez-Calderón, S. (2010). Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 18(6), 572–587. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00960.x>

Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2014). *Den gode opgave Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (4th ed.). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Riley, K. M., Glasgow, R. E., & Eakin, E. G. (2001). Resources for Health: A Social-Ecological Intervention for Supporting Self- management of Chronic Conditions. *Journal of Health Psychology*, 6(303), 693–705. <https://doi.org/10.1177/135910530100600607>

Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 427–432.

Rosella, L. C., Lebenbaum, M., Fitzpatrick, T., O'Reilly, D., Wang, J., Booth, G. L., ... Wodchis, W. P. (2016). Impact of diabetes on healthcare costs in a population-based cohort: a cost analysis. *Diabetic Medicine*, 33(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/dme.12858>

- Scanlon, P. H., Carter, S. C., Foy, C., Husband, R. F. A., Abbas, J., & Bachmann, M. O. (2008). Diabetic retinopathy and socioeconomic deprivation in Gloucestershire. *Journal of Medical Screening*, 15(3), 118–121. <https://doi.org/10.1258/jms.2008.008013>
- Schiøtz, M. L., Bøgelund, M., Almdal, T., Jensen, B. B., & Willaing, I. (2012). Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(5), 654–661. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03485.x>
- Smith, G. D., Bartley, M., & Blane, D. (1990). The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 301(6748), 373–377. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6748.373>
- Socialministeriet, B. (2018). Bekendtgørelse af lov om social service. Retrieved March 15, 2018, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=197036>
- Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, & Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*. Indenrigs og sundhedsministeriet.
- Sortsø, C., Emneus, M., Green, A., Jensen, P. B., & Eriksson, T. (2015). Societal Costs of Diabetes Mellitus 2025 and 2040--Forecasts Based on Real World Cost Evidence and Observed Epidemiological Trends in Denmark. *Modern Economy*, 6(10), 1150–1166. Retrieved from <http://www.scirp.org/journal/me%5Cnhttp://dx.doi.org/10.4236/me.2015.610109http://dx.doi.org/10.4236/me.2015.610109%5Cnhttp://creativecommons.org/licenses/by/4.0/%5Cnhttp://www.scirp.org/journal/me/%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db>
- Sortsø, C., Jorgen, L., Emneus, M., Green, A., & Jensen, P. (2016). Decomposing Inequality in Diabetes Patients' Morbidity Patterns, Survival and Health Care Usage in Denmark. *COHERE - Centre of Health Economics Research Decomposing*, Nr 2, 1–70.
- Sortsø, C., Lauridsen, J., Emneus, M., Green, A., & Jensen, P. B. (2017). Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark. *Health Economics Review*, 7(1), 1–22.
- Sortsø, C., Lauridsen, J., Emneus, M., Green, A., & Jensen, P. B. (2017). Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark. *Health Economics Review*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0155-5>
- Stenbæk, D. E., & Jensen, M. F. (2007). *Litteratursøgning*. (F. B. Kristensen & H. Sigmund, Eds.),

Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København S. Retrieved from <http://www.sst.dk/mtv>

Sundheds- og ældreministeriet. (2018). Bekendtgørelse af sundhedsloven. Retrieved March 20, 2018, from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/191>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2013a). Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Retrieved May 22, 2018, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=160777>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2013b). Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Retrieved May 22, 2018, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152>

Sundheds- og ældreministeriet. (2017). *Den nationale diabetes-handlingsplan*. København K.

Sundhedsstyrelsen. (2008). *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes* (1,0).

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. København. <https://doi.org/978-87-7601-340-0>

Sundhedsstyrelsen. (2012). *Introduktion til sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. København S.

Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes*.

Sundhedsstyrelsen. (2017). *Styrket indsats for mennesker med diabetes*. København S. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/~media/20532F80C337496F836778C1DBFC121A.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2018a). Forebyggelse. Retrieved May 22, 2018, from <https://www.sst.dk/da/om-os/organisation/forebyggelse>

Sundhedsstyrelsen. (2018b). Høring: Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Retrieved May 27, 2018, from <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/61560>

Sundhedsstyrelsen. (2018c). Sundhedsstyrelsen sender ny vejledning om sundhedsaftaler i høring. Retrieved May 27, 2018, from <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/sundhedsstyrelsen-sender->

ny-vejledning-om-sundhedsaftaler-i-hoering

- Sundhedsstyrelsen, & Teknologivurdering Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Type 2 diabetes. (2003). *Type 2-diabetes Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling*. København S: Jones And Bartlett Publischer, Inc.
- Szklo, M., & Nieto, F. J. (2014). *Epidemiology Beyond the Basics* (3rd ed.).
- Tamayo, T., Herder, C., & Rathmann, W. (2010). Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: a systematic review. *BMC Public Health*, 10(1), 525.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015a). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In T. Lene & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (2. udgave, pp. 29–55). Hans Reitzels Forlag.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015b). Kvalitet i kvalitative studier. In M. Schilling (Ed.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2nd ed., pp. 521–532). København: Hans Reitzels Forlag.
- Thoolen, B., De Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K., & Rutten, G. (2007). Who participates in diabetes self-management interventions? Issues of recruitment and retainment. *The Diabetes Educator*, 33(3), 465–474.
- Thorsen, H. (2005). Spørgeskemaer i klinisk forskning: fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer. *Forskning i Fysioterapi*, 2, 1–10. Retrieved from http://fysio.dk/Upload/Graphics/PDF-filer/Metodeartikler/2005/spoergeskema_oversaettelse_HanneThor.pdf
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop: Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *GRUS*, 52, 24–36.
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health : Dichotomy or gradient ? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 85, 71–82.
- Vallgård, S. (2009). Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 166–187). København K: Nyt Nordisk Forelag Arnold Busck.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1st ed.). København:

Munksgaard.

- Vardinghus- Nielsen, H., & Bak, C. K. (2018). Perspektiver og forståelser af social ulighed i sundhed. In A. Dalsgaard & L. Meldgaard (Eds.), *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (1. udgave, pp. 148–174). Gads Forlag.
- Videnscentret. (2018). Videnscentret. Retrieved May 14, 2018, from <http://videncentret.dk/forskerservice/litteraturoegning/sundhedsvidenskabelige-databaser/>
- Vissenberg, C., Nierkens, V., Van Valkengoed, I., Nijpels, G., Uitewaal, P., Middelkoop, B., & Stronks, K. (2017). The impact of a social network based intervention on self-management behaviours among patients with type 2 diabetes living in socioeconomically deprived neighbourhoods: A mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(6), 569–583. <https://doi.org/10.1177/1403494817701565>
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2014). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 34–40. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.002>
- Winter, S. C., & Nielsen, V. L. (2008). Myten om den apolitiske forvaltning af lovgivning. In *Implementering af politik* (1. udgave, pp. 11–24). Hans Reitzel Forlag.
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability 2011*. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>

15. Bilag

Bilag 1 - Kodetræ over dokumentanalyse

I nedenstående Tabel 15 ses kodetræet fra dokumentanalysens trin 2 og trin 3.

Trin 2: Meningsbærende enheder	Trin 2: Meningskategori	Trin 3: Operationaliseringskategori
I forebyggelsespakkerne indgår fire typer af indsatser Rammer (kommunale planer, politikker). Tilbud (rådgivning, træning, behandling af borgere). Informationsindsatser og undervisning (oplysning, markedsføring af kommunale forebyggelsestilbud, understøttelse af nationale/centrale initiativer). Tidlig opsporing (i denne sammenhæng screening og opsporing af risikofaktorer, som kommunen iværksætter i eget regi eller med andre sektorer). (f, s. 16).	Info om materialet	Info om materialet
PLO-Nordjylland og Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Nordjylland har deltaget i udvikling af sundhedsaftalen, da de, ifølge Sundhedslovens § 57, er forpligtet til at arbejde i henhold til Sundhedsaftalen. (A, s 5)	Afsender	
Sundhedskoordinationsudvalget består af fem kommunale og fem regionale politikere samt to repræsentanter fra De Praktiserende Lægers Organisation (PLO- Nordjylland) samt regionale og kommunale administrative repræsentanter (A, s6)		
Sundhedsaftalen bygger desuden på Sundhedsaftalen 2011– 2014 samt på aftaler om kronikerindsatsen og sygdomsspecifikke områder (A, s. 36).		
Kronikerområdet; Rammeaftalen, som skitserer de generelle principper; de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler for KOL, Hjerte-kar, Diabetes , Demens, Rehabilitering og paliation i forbindelse med kræft, som konkretiserer arbejdsdelingen indenfor de enkelte områder. (A, s.36)		
Implementering af national klinisk retningslinje for rehabilitering af type 2 diabetes er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar, som det er aftalt i Sundhedsaftalerne. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte den fortsatte implementering af forløbsprogrammerne og de justeringer og ændringer den nationale kliniske retningslinje giver anledning til. (nkr s 66)	Ansvar	
Sundhedsaftalen er lovpligtig og godkendt i Regionsrådet og de nordjyske kommunal-bestyrelser. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge op på sundhedsaftalen – herunder en gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold (p, s. 3).		
Den Administrative Sundhedsaftale – der beskriver nye tiltag og arbejdsdelingen i forhold til hvert indsatsområde samt tværgående temaer og administrativ organisering i henhold til Vejledning for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (A s. 4).		
Herefter følger sundhedskoordinationsudvalget løbende op på Sundhedsaftalen og vurderer en gang årligt, om Sundhedsaftalen skal revideres. (A, s4)		
Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i Nordjylland, som varetager hver deres myndighedsområde på henholdsvis det regionale og det kommunale område. PLO-Nordjylland (A, s. 5)		
I forbindelse med implementering og opfølgning på Sundhedsaftalen 2015-2018 arbejdes der i en tværsektoriel organisering på politisk og administrativt niveau for at udvikle, implementere og følge op på henholdsvis Den Politiske Sundhedsaftale og Den Administrative Sundhedsaftale. (A, s6)		

Sundhedskoordinationsudvalget har, ifølge Sundhedsloven, et overordnet ansvar for udarbejdelse, vedtagelse, implementering af samt opfølgning på Sundhedsaftalen 2015-2018. (A, s. 6)		
Den Administrative Styregruppe har det overordnede administrative ansvar for udviklingen og driften af Sundhedsaftalen. Styregruppen består af repræsentanter på direktorniveau fra regionen og kommunerne samt repræsentanter fra PLO. (A, s 9)		
Almen Praksis og hospitalerne har ansvaret for opsporing og diagnosticering af Type 2 Diabetes, samt at opspore begyndende tegn til komplikationer ved type 2 diabetes. Endvidere bør kommunerne (hjemmepleje og sundhedscentre) altid være opmærksomme på de mennesker, der er i risikogruppe for at udvikle diabetes type 2 (S, s. 5).		
Almen praksis har ansvaret for behandlingen og kontrol af patienter stratificeret til niveau 1 og 2. Hospitalsambulatorierne har ansvaret for behandlingen af patienter stratificeret til niveau 3. (S, s.6)		
De kommunale sundhedscentre bør være opmærksomme på om effekten af et rehabiliteringsforløb kan kræve justeringer af den medicinske behandling. (S, s.6)		
I aftalen skelnes mellem hospitals rehabilitering og kommunal rehabilitering (S, s. 6)		
Den sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb. Aftalen er revideret i 2015 af den Sundhedsfaglige Referencegruppe for Diabetes Type 2. Formålet med den nye aftale er at sikre en mere dynamisk aftale med udgangspunkt i de reviderede stratificeringskriterier, med klare overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsfordeling samt henvisningsveje. (S, s.2)		
Almen praksis som tovholder. Patienter på alle niveauer følges som udgangspunkt af den praktiserende læge. Dermed har den praktiserende læge ansvaret for at sikre en koordinering af den sundhedsfaglige indsats og vurdere patientens helbred løbende (S, s. 9)		
Dele af rehabiliteringen kan efter aftale med patienten foregå hos den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer behovet for rehabiliteringen og kan foretage henvisning (S, s. 9)		
Hospitalerne har ansvaret for den specialiserede behandling, vejledning og kontrol af niveau 3 patienter, med mindre andet er aftalt. Hospitalet tilbyder behandling (justering og intensivering), samt den dertil knyttede vejledning/uddannelse i sygdomsmestring (S, s. 10).		
Orientering til kommune(Sundhedscentre): Sygehuset bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliterings indsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser(stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger. (S, s.10)	Evidensgrundlag	
Kommunen har ansvaret for at tilbyde den almene rehabilitering til patienter på alle niveauer. Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme (S, s.11)		
Det anbefales at rehabiliteringsindsatsen følger "Nationale Kliniske Retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes (S, s. 6)		
Der er solid evidens for, at det vil styrke folkesundheden betragteligt at mindske borgernes udsættelse for de risikofaktorer, som forebyggelsespakkerne handler om, mens der er mere spredt evidens for, hvilke forebyggelsesmetoder der er mest effektive, og hvordan de bedst implementeres (f, s. 18).		

Der er evidens for, at motion og kostændring kan reducere risikoen for diabetes udvikling med 50-60%, og ved manifest diabetes er intensiv multifaktoriel intervention associeret med en 3-5-dobling af chancen for at kunne opnå et næsten normalt glukoseniveau (nkr s 62)		
For at denne målgruppe får optimal behandling er indholdet i den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for type 2 diabetes målrettet fagpersoner i almen lægepraksis, på hospitaler og i kommuner, som udfører indsatserne til patienter med Diabetes Type 2. Der udover kan den sygdomsspecifikke sundhedsaftale have relevans for andre, som ønsker indsigt i behandling, kontrol og rehabilitering af patienter med Diabetes Type 2, f.eks. planlæggere, politikere og patienter/pårørende mv. (S, s.2)	Modtager	
Publikationen er målrettet sundhedschefer og planlæggere i kommunerne, som har ansvaret for at prioritere, planlægge og tilrettelægge udførelsen af det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde (f, s. 5).		
primære målgruppe for denne kliniske retningslinje er alle personer med ansvar for organisering, implementering, udførelse af de sundhedsfaglige indsatser i rehabiliteringen og behandlingen af patienter med type 2 diabetes samt ansvarlige for monitorering og kvalitetssikring af indsatsen. Sekundært henvender retningslinjen sig også til interesseorganisationer og beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau samt til de mange patienter med type 2 diabetes. (nkr S 7)	Målgruppe	
Sundhedsaftalen gælder alle borgere i alle kommuner (p, s 5).		
Sundhedsaftalens målgruppe er bred og omfatter alle borgere, der har behov for en sammenhængende sundhedsindsats fra aktører på tværs af sektorer. (A, s 4)		
Den primære målgruppe for indsatserne i denne sygdomsspecifikke sundhedsaftale er borgere/patienter (over 18 år) med Type 2 diabetes bosiddende i Region Nordjylland. (S, s.2)		
Alle diagnosticerede type 2 diabetes patienter, skal have tilbudt et rehabiliteringstilbud (S, s. 6)		
... Det betyder, at rehabilitering i kommunalt regi kan være et tilbud for alle patienter på alle stratificeringsniveauer (S, s. 6)		
Alle nydiagnosticerede type 2 diabetes patienter skal have tilbudt et rehabiliteringsforløb (S, s. 9)		
For at sikre et lokalt fokus på Sundhedsaftalen etableres fire Politiske Forankringsgrupper (A, s6). Formålet er: - at skabe en arena, hvor lokalpolitiske forhold kan drøftes blandt sundhedsområdets politiske aktører. (A, s7). - at sætte fokus på samspillet mellem de lokale politikker / strategier og tiltag, der er aftalt i Sundhedsaftalen	Fokusområder	
Sundhedskoordinationsudvalget har et regionalt sigte og de Politiske Forankringsgrupper et lokalt sigte (A, S7)		
Med udgangspunkt i de nordjyske udfordringer har Sundhedskoordinationsudvalget vedtaget fire overordnede pejlemærker, der skal bidrage til "Et stærkt fælles nordjysk sundhedsvæsen": 1. Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet. 2. Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. 3. En lærende og respektfuld samarbejdskultur. 4. Sundhedstilbud på nye måder. (p, s.5).	Mål for sundhedsaftalen	
I takt med at der opstår ny viden, og indsatser foldes ud, reviderer og fastsætter Sundhedskoordinationsudvalget Sundhedsaftalens målsætninger (p, s 15)		
Den Administrative Sundhedsaftale konkretiserer de politiske mål gennem konkrete indsatser i forhold til de tværgående temaer:		

• Arbejdsdeling og samarbejde. • Koordinering af kapacitet. • Inddragelse af patienter og pårørende. • Lighed i sundhed. • Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed (A,s 4)		
De politiske mål konkretiseres også i forhold til de obligatoriske indsatsområder, der fremgår af Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler: • Forebyggelse • Behandling og Pleje • Genoptræning og rehabilitering • Sundheds IT og digitale arbejdsgange. (A,s.4)		
Succesfuld implementering af Sundhedsaftalen forudsætter en veltilrettelagt plan for iværksættelse af de aftalte tiltag og en målrettet formidling af indholdet i den nye aftale. I tillæg dertil er det nødvendigt at følge op på, om vi når målene, så parterne kan vurdere behovet for at justere indsatsen. (A, s.49)		
Vi skal hele vejen igennem møde borgeren med en rehabiliterende tilgang og i fællesskab understøtte den enkeltes mulighed for at mestre eget liv (p, s. 4).		
Det er vigtigt at være opmærksom på, at borgeren, samtidig med at være i gang med en eller flere sundhedsmæssige indsatser, også kan være i gang med en indsats indenfor beskæftigelses-, undervisnings- eller socialområdet. Det er derfor vigtigt, at vi i sundhedsaftalen tager højde for dette og udvikler samarbejder, der kan håndtere disse situationer (A, s. 15)		
Sundhedstilbud, med sammenhæng og kvalitet som et politisk pejlemærke, skal derfor også forstås som sammenhængende og koordineret med beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet og socialområdet. (A, s.15)		
Indsatserne i Genoptræning og Rehabilitering bygger på værdierne i WHO's definition af rehabilitering: "Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse." (A, s. 36).		
6.2.1. Overordnet fokus International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) har de senere år været en af grundstenene indenfor rehabilitering, idet den udfolder en helhedsorienteret tilgang til dette arbejde. ICF inddrager på en systematisk måde borgerens kropsniveau, aktivitetsniveau, deltagelsesniveau samt borgerens personlige faktorer og dennes kontekst. Med ICF som udgangspunkt vil det derfor være muligt at sikre en systematik, som gør arbejdet med borgeren mere helhedsorienteret - det kan fx være i forhold til arbejdet med målsætninger i rehabilitering og i arbejdet med at monitorere de forskellige indsatser. (A, s.37)		
Vi har aftalt, at: en helhedsorienteret/rehabiliterende tilgang skal være fælles udgangspunkt for arbejdet med patienter/borgere (A, s.37)		
i den kommende periode arbejde systematisk med at udbrede ICF tankegangen – dels overordnet og dels i relation til konkrete indsatser. (A, s.37)		
igangsætte et udviklingsarbejde, som skal se på mulighederne for en tværsektoriel monitorering af kronikerindsatsen - herunder forsøge at inddrage principperne i ICF. (A, s.40)		
Rehabilitering er en vigtig del af den samlede sundhedsindsats. Formålet med rehabilitering er, at patienten opnår øget empowerment. Dette er en medvirkende forudsætning for øget livskvalitet og sygdomshåndtering, og derved kan risikoen for komplikationer eller forværring af eksisterende komplikationer reduceres (S, s. 6).		
	Rehabilitering	Rehabilitering

“Rehabilitering er en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund” (S, s. 6)		
Hospitals rehabilitering kan modtages i hospitalsregi. Den tilbydes i tilknytning til behandlingsstart og behandlingsjustering. Den omfatter kun den del af rehabilitering, der er nødvendigt for gennemførelse af succesfuld medicinskbehandling. Rehabilitering omfatter (både individ og gruppe niveau) introduktion til undervisning og vejledning i at leve med Type 2 Diabetes med udgangspunkt i KRAM. Den individuelle vejledning har primært fokus på kosten med udgangspunkt i medicinjustering/medicinstart. Patientundervisningen foregår typisk i hold og er primært målrettet niveau 3 patienter. Undervisningen er rettet mod vejledning og information af at få en bedre forståelse af sin sygdom samt hvorledes man bedst mulige kan mestre egen sygdom. (S, s. 7)		
Den Kommunale rehabilitering omhandler både individuel og gruppeorienteret patientuddannelse og vejledning. Den kan tilbydes alle niveauer af patienter, hvor der vurderes et behov. Rehabiliteringen foregår i en længere periode (typisk 8-12 uger), og der forventes dermed en længere fastholdelse af patienten. Den enkelte kommune vurderer sammen med patienten, hvad indholdet i indsatsen bør være. Indsatsen tilpasses patientens behov og ressourcer mhp. rette indsats på rette tidspunkt. Patienten er i centrum, medinddrages og tager ansvar for egen rehabilitering. De pårørende inddrages i det omfang, det er muligt. Der tilbydes indsatser jf. anbefalingen i “NKR type 2 diabetes”. Kommunal rehabilitering udbydes af kommunerne. (S,s. 7)		
Overvej at tilbyde patienter med type 2 diabetes en sammenhængende rehabiliteringsindsats bestående af sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling og eventuelt fysisk træning (nkr, s. 6)		
En sammenhængende sygdomsspecifik rehabiliteringsindsats med patientuddannelse og diætbehandling kan være enten gruppebaseret eller individuelt (nkr, s. 6)		
Rehabilitering er en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund” (nkr s.7)		
I denne retningslinje omfatter begrebet rehabilitering af type 2 diabetes ikke genoptræning af et mistet funktionsniveau eller social revalidering, men udelukkende den sundhedsfaglige indsats, der stiler mod at optimere helbredstilstanden, forhindre forværring, forebygge komplikationer og øge livskvaliteten for patienter med type 2 diabetes. (Nkr s. 8)		
Keyordelserne i rehabiliteringen af type 2 diabetes omfatter: - Sygdomsspecifik patientuddannelse - Diætbehandling - Øgning af den fysiske aktivitet eller træning - Rygeafvænning (nkr s. 8)		
Denne rehabilitering eller livsstilsbehandling af type 2 diabetes afgrænses nærmere nedenfor og er emnet for denne nationale kliniske retningslinje. Rehabiliteringen omfatter sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling, motion og rygeafvænning og er det grundlæggende indhold i de regionale forløbsprogrammer for type 2 diabetes (nkr, s. 7)		
Et sammenhængende tilbud vil kunne sikre en indsats, hvor der er et behov for det, og en vedholdende indsats vil kunne sikre, at en opnået livsstilsændring kan opretholdes (nkr s. 10).		
Sammenhængende dækker over en struktureret tidsmæssigt afgrænset indsats med eller uden opfølgning, som det er gjort i de kontrollerede studier. Indholdet har primært været patientundervisning ved læge/sygeplejerske og diætbehandling ved klinisk diætist samt råd om øget fysisk aktivitet eller træning. Efterfølgende er der som supplement til den systematiske didaktisk opbyggede undervisning		

arbejdet med de pædagogiske metoder for om muligt at fremme den adfærdsmodificerende effekt. (nkr s. 10).		
En generel (ikke diabetes-specifik) kronikeruddannelse kan være et brugbart supplement til den sygdomsspecifikke patientuddannelse for nogle patienter.(nkr s. 41)		
Der er i de sidste 4-5 år etableret tilbud over hele landet med lidt forskelligt indhold hovedsagelig i form af gruppebaserede tilbud med patientuddannelse, diætbehandling og fysisk træning. Desuden har mange kommuner rygestopkurser og tilbud om en generel patientuddannelse for kronisk syge. (nkr s. 65)		
at vi i fællesskab sikrer en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare, og har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. Vi skal også sikre, at borgere med særlige behov får den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes. (p, s. 11)	Tidlig indsats	
I denne aftaleperiode er der primært fokus på forebyggelse indenfor alkohol og tobak og på særlige indsatser for børn samt borgere med psykisk sygdom (A, s. 19)		
Forebyggelsesindsatsen målrettes tidlig opsporing (S, s. 9)		
At de borgere, der henvises til kommunale forebyggelses og rehabiliteringstilbud, starter og fuldfører tilbuddet. I aftaleperioden skal der udvikles måltal for fuldførelse af tilbud. (p, s 7).	Mål for rehabilitering	
At der fra 2016 sker en stigning i antallet af borgere, der henvises fra sygehuse og almen praksis til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Målet er, at 85 % af de borgere, som henvises til et forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud, starter i tilbuddet (p, s. 7).		
6.2.7. Kronikerindsatsen Der skal i den kommende periode arbejdes med at videreudvikle området - specielt omkring monitorering af indsatsen og med hensyn til at kunne rumme de udfordringer der er omkring borgere med flere samtidige kroniske sygdomme. Med hensyn til monitorering af indsatsen har vi indtil nu alene registreret antallet af borgere, der henvises til kommunale rehabiliteringstilbud. Der er behov for en tværsektoriel monitorering af indsatsens effekter. (A, s.40)		
Der er opsat mål om, at borgere der henvises til rehabiliteringstilbud, starter og gennemfører tilbuddet, og der skal kunne påvises en effekt af borgernes deltagelse i et tilbud (S, s. 12)		
For hvert spørgsmål blev det på forhånd fastlagt hvilke kritiske og vigtige outcomes, der skulle fokuseres på. En blivende forbedring i den metaboliske kontrol, målt som HbA1c efter et år, er sammen med mål for livskvaliteten de gennemgående outcomes. De spørgsmål, der omhandler kost har herudover fokuseret på BMI frem for mål for kropssammensætningen i en forventning om, at flere studier så ville indeholde relevante data. (nkr s. 8)		
Self-management stiler mod at øge patientens egenomsorg og mestringssevne ved at støtte op om og bygge videre på patientens egne ressourcer og formidle opstilling af egne mål.. Det kan eventuelt involvere patientens pårørende. Formålet er at skabe et grundlag for en intervention delvist formet af og tilpasset den enkelte for dermed at øge chancerne for en hensigtsmæssig livsstilsændring. (nkr s. 41)		
Forskning vedrørende hvilke sundhedstilbud der bidrager til kvalitetsjusterede leveår (QALY). (A, s. 13)	Kvalitetsjusterede leveår	
Denne vision indebærer, at vi sætter det enkelte menneske i centrum, så vi på alle niveauer møder borgeren med fokus på at sikre det rette sundhedstilbud og sikre mulighederne for at øge det enkelte menneskes mestringssevne. (p., s. 4)		
God kommunikation til og med borgeren er en forudsætning for et optimalt udbytte af et givent sundhedstilbud. Vi er enige om, at borgeren er den vigtigste		

sundhedsressource i eget sygdomsforløb, og vi er enige om, at sundhedsvæsenet skal anerkende og inddrage borgerens og de pårørendes viden og erfaringer. (p, s 6).	Borgerinddragelse	Inddragelse af borger og pårørende
Vi skal kontinuerligt være opmærksomme på at inddrage borgerne i udviklingen af nye sundhedstilbud (p, s 14)		
Borger / patient inddragelse er et politisk fokusområde. Dette handler både om inddragelse i egne forløb og i den overordnede planlægning på sundhedsområdet. (A, s 10)		
Den fælles vision er et sundhedsvæsen, som: • anerkender borgernes viden som nødvendig og ligeværdig. • reelt inddrager borgeren i beslutninger om egen sundhed og behandling, så indsatsen så vidt muligt tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens livssituation, behov og ressourcer. • inddrager borgerens og de pårørendes perspektiver i udvikling af sundhedsvæsenet. • er tilgængeligt og fleksibelt i forhold til den hverdag og det liv, borgeren lever. (A, s10)		
I Nordjylland anerkender vi vigtigheden af, at borgerens viden, ønsker og livssituation bevidst og systematisk inddrages i behandlingsforløbet, og vi anerkender, at borgeren skal have mulighed for at tage mest muligt ansvar. Pårørende har vigtig viden og erfaring og udgør en væsentlig ressource i at tilrettelægge det bedst mulige behandlingsforløb. Hvordan og i hvilket omfang, de pårørende inddrages, skal afklares med borgeren og de pårørende. (A, s.10)		
5.2.1 Øget fokus på borgerinddragelse og særlige målgrupper Patient- eller borgerperspektivet er ikke nyt, men der er potentiale for at udvikle sundhedsvæsenet ved at styrke borgerinddragelsen. Helt overordnet er det målet, at der altid er en ligeværdig og anerkendende dialog med borgeren og dennes pårørende – både i den konkrete situation, men også når nye tilbud planlægges, eller når tilbud evalueres. Det gør, at tilbud i højere grad kan tilpasses borgerens situation, og at borgerens ressourcer inddrages. (A, s. 30)		
Vi har aftalt, at: • der i alle forløb skal være tale om en ligeværdig dialogbaseret tilgang. Formålet er at afklare borgerens ressourcer og behov ud fra en rehabiliteringsstankegang, hvor der fokuseres på borgerens evne til at mestre egen sygdom, og hvor vi sammen med borgeren tilrettelægge det rigtige forløb. Et forløb der er tværfagligt og tværsektorielt koordineret, hvor borgerens ressourcer inddrages aktivt (A, s. 30)		
5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgernes mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenet øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger, så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud.(A, s. 31)		
Rehabilitering af borgere med komplekse problemstillinger er meget omfattende og af meget varierende karakter og derfor individuelt tilrettelagt. (A, s.37)		
Borgeren er en vigtig sundhedsressource i eget forløb (A, s 43)		
Borgeren skal have mulighed for at bidrage med egne data til de sundhedsfaglige aktører og understøttes i at anvende egne sundhedsoplysninger og data proaktivt A, s. 43)		
Der skal tages højde for, at nogle borgere har svært ved at håndtere ny teknologi og har få ressourcer til at tage hånd om egen sundhed. Samarbejdet med borgeren tager derfor udgangspunkt i borgernes ressourcer, forudsætninger for og ønske om inddragelse. Borgerens pårørende og andre ressourcepersoner omkring borgeren skal ses som en aktiv part i patientens forløb. Sundheds-IT skal ikke være en barriere for lighed i sundhed (A, s 43)		

Borgerne besidder ressourcer, som kommunen vil kunne drage stor nytte af, hvis der skabes de nødvendige forudsætninger for aktiv deltagelse og engagement i forebyggelsesarbejdet. Det er således hensigtsmæssigt, at kommunerne involverer borgerne, når det gælder om at skræddersy tilbud til særlige målgrupper i befolkning, fx udsatte borgere. (f, s. 8).		
Den sygdomsspecifikke patientuddannelse bør tage afsæt i patientens ønsker og behov, således at der målrettet arbejdes ud fra principper om at styrke patientens egne ressourcer (eller kompetencer) med henblik på at kunne mestre sygdommen og livet med den. (nkr s. 41)		
Self-management stiler mod at øge patientens egenomsorg og mestringssevne ved at støtte op om og bygge videre på patientens egne ressourcer og formidle opstilling af egne mål. Det kan eventuelt involvere patientens pårørende. Formålet er at skabe et grundlag for en intervention delvist formet af og tilpasset den enkelte for dermed at øge chancerne for en hensigtsmæssig livsstilsændring. (nkr s. 41)		
Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling. (nkr s 10)		
God kommunikation til og med borgeren er en forudsætning for et optimalt udbytte af et givent sundhedstilbud. Vi er enige om, at borgeren er den vigtigste sundhedsressource i eget sygdomsforløb, og vi er enige om, at sundhedsvæsenet skal anerkende og inddrage borgerens og de pårørendes viden og erfaringer. (p, s 6).	Pårørende	
At pårørende inddrages i kommunikationen med og om borgeren, når borgeren ønsker det og har givet samtykke til det (p, s13).		
Den fælles vision er et sundhedsvæsen, som: • anerkender borgernes viden som nødvendig og ligeværdig. • reelt inddrager borgeren i beslutninger om egen sundhed og behandling, så indsatsen så vidt muligt tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens livssituation, behov og ressourcer. • inddrager borgerens og de pårørendes perspektiver i udvikling af sundhedsvæsenet. • er tilgængeligt og fleksibelt i forhold til den hverdag og det liv, borgeren lever. (A, s10)		
I Nordjylland anerkender vi vigtigheden af, at borgerens viden, ønsker og livssituation bevidst og systematisk inddrages i behandlingsforløbet, og vi anerkender, at borgeren skal have mulighed for at tage mest muligt ansvar. Pårørende har vigtig viden og erfaring og udgør en væsentlig ressource i at tilrettelægge det bedst mulige behandlingsforløb. Hvordan og i hvilket omfang, de pårørende inddrages, skal afklares med borgeren og de pårørende. (A, s.10)		
5.2.1 Øget fokus på borgerinddragelse og særlige målgrupper Patient- eller borgerperspektivet er ikke nyt, men der er potentiale for at udvikle sundhedsvæsenet ved at styrke borgerinddragelsen. Helt overordnet er det målet, at der altid er en ligeværdig og anerkendende dialog med borgeren og dennes pårørende – både i den konkrete situation, men også når nye tilbud planlægges, eller når tilbud evalueres. Det gør, at tilbud i højere grad kan tilpasses borgerens situation, og at borgerens ressourcer inddrages. (A, s. 30)		
Vedrørende setting, organisation og indhold af en samlet rehabilitering er der brug for udviklingen af et evidensbaseret screeningsredskab til en psykosocial stratificering samt en afprøvning af afledte rehabiliteringsprogrammer, gruppebaserede eller individuelt tilrettelagte, standard- eller skræddersyede programmer, kulturelt tilpassede eller ikke-tilpassede, med eller uden supplerende patientuddannelse/anden terapi m.m. (nkr s. 69)		
Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten,		

når de vælger behandling. (nkr s 10)	Stratificering	Stratificering
Et træningsprogram af lav til moderat intensitet er realistisk at gennemføre for den gennemsnitlige patient med type 2 diabetes. Træning med højere intensitet kan tilbydes patienter, som er motiverede og kan gennemføre dette. (Nkr s.28)		
Et fysisk træningsprogram tilbydes i dag ikke systematisk til alle patienter med type 2 diabetes i rehabilitering. På basis af den vedtagne stratificering er patienter med komplikationer til diabetes blevet visiteret til behandling og rehabilitering i sygehusregi, hvor kun enkelte steder tilbyder et træningsprogram. I den forbindelse har det været diskuteret, hvorvidt patienter med komplikationer til diabetes har samme nytte af træning, og om der er betydningsfulde skadevirkninger (nkr s. 32)		
at vi har fælles fokus på at målrette sundhedsvæsenets ydelser differentieret til borgerne – med henblik på at udnytte ressourcerne bedst muligt (p, s. 14).		
5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgernes mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenet øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger, så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud. (A, s. 31)		
Vi har aftalt, at: • der skal udvikles differentierede tilbud, så borgerne understøttes i at få størst muligt udbytte af sundhedsvæsenets ydelser. (A, s. 31)		
Patienter med type 2 Diabetes kan stratificeres i almen praksis eller på hospitalerne med udgangspunkt i nedenstående niveau inddeling, som tager hensyn til sygdommens sværhedsgrad. Stratificeringen skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det bedste og mest hensigtsmæssige niveau for behandling. (S, s. 2).		
Stratificeringen bør være dynamisk, da patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres. Stratificeringskriterierne i denne aftale svarer til Sundhedsstyrelsens stratificeringskriterier i Forløbsprogram for Diabetes. ... Ved debut og efterfølgende årskontroller skal patienten stratificeres til enten niveau 1, 2 eller 3. Niveau 1-patienter har velreguleret diabetes uden komplikationer og følges i almen praksis. Niveau 2-patienter har høj risiko for eller begyndende komplikationer. Behandlingsniveau i almen praksis intensiveres. Niveau 3-patienter har kompleks diabetes med manifesterede senkomplikationer eller flere komplicerede kroniske sygdomme (især svær hjerte-/karsygdom). (S, s.2-3)	Behandling	
Den indledende stratificering vil typisk foregå i almen praksis (S, s. 7)		
Almen Praksis har ansvar for den indledende stratificering, mens den løbende stratificering kan ske i Almen Praksis eller på Hospitalet afhængigt af, hvor behandlingen/kontrollen udføres (S, s. 9)		
Patienter med type 2 Diabetes kan stratificeres i almen praksis eller på hospitalerne med udgangspunkt i nedenstående niveau inddeling, som tager hensyn til sygdommens sværhedsgrad. Stratificeringen skal bidrage til, at den enkelte person med diabetes løbende sikres det bedste og mest hensigtsmæssige niveau for behandling. (S, s. 2).	Behandling	
Et fysisk træningsprogram tilbydes i dag ikke systematisk til alle patienter med type 2 diabetes i rehabilitering. På basis af den vedtagne stratificering er patienter med komplikationer til diabetes blevet visiteret til behandling og rehabilitering i sygehusregi, hvor kun enkelte steder tilbyder et træningsprogram. I den forbindelse har det været diskuteret, hvorvidt patienter med komplikationer til diabetes har samme nytte af træning, og om der er betydningsfulde skadevirkninger (nkr s. 32)		

Der er evidens for, at motion og kostændring kan reducere risikoen for diabetes udvikling med 50-60%, og ved manifest diabetes er intensiv multifaktoriel intervention associeret med en 3-5-dobling af chancen for at kunne opnå et næsten normalt glukoseniveau (nkr s 62)		
Denne vision indebærer, at vi sætter det enkelte menneske i centrum, så vi på alle niveauer møder borgeren med fokus på at sikre det rette sundhedstilbud og sikre mulighederne for at øge det enkelte menneskes mestringssevne. (p., s. 4)	Sygdomsmestring	Sygdomsmestring
Sårbarhed handler bl.a. om nedsat funktionsevne, etnicitet, mestringssevne eller sociale forhold, der udfordrer muligheden for at profitere af sundhedsydelse (p, s 4).		
at vi i fællesskab sikrer en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare, og har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. Vi skal også sikre, at borgere med særlige behov får den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes. (p, s. 11)		
Der er borgere, som, pga. etnicitet, læsefærdigheder, forståelsesvanskeligheder mv., kan have svært ved at orientere sig i sundhedsvæsenet og vide hvor, der kan søges hjælp til specifikke sundhedsmæssige udfordringer. Denne problemstilling vil kunne imødekommes gennem målrettet information til borgerne de steder, hvor de i forvejen er i kontakt med sundhedsvæsenet. (A, s.26)		
Vi har aftalt, at: • vi afdækker, om der er behov for en fælles indsats, der sikrer information til borgerne om sundhedsvæsen, sundhed og forebyggelse. Informationen skal i sin form, indholdsmæssigt og som informationsbærende medie være tilgængelig for alle målgrupper, herunder særligt grupper med læse- og forståelsesvanskeligheder. Erfaringer lokalt, regionalt, nationalt og internationalt inddrages. (A, s..26)		
Konkret vil vi: • i aftaleperioden sikre en særlig aktiv opfølgning på de borgere, der har svært ved at passe aftaler eller i øvrigt har lav mestringssevne i forhold til egen sundhed / sygdom. (A, s. 31)		
Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme. (S, s. 11).		
Kommunen har ansvaret for at tilbyde den almene rehabilitering til patienter på alle niveauer. Den kommunale rehabilitering har fokus på at styrke egenomsorgsevnen og derved sikre øget livskvalitet og minimere risikoen for følgesygdomme (S, s.11)		
Hospitalet har ansvaret for den specialiserede behandling, vejledning og kontrol af niveau 3 patienter, med mindre andet er aftalt. Hospitalet tilbyder behandling (justering og intensivisering), samt den dertil knyttede vejledning/uddannelse i sygdomsmestring (S, s. 10).		
Kommunernes sundhedscentre og hospitals ambulatorierne kan oplyse patienten om muligheden for at deltage i fx Diabetesforeningens motivationsgrupper, der kan fungere som et godt supplement til patienttilbuddene (S, s. 7)		
Rehabilitering er en vigtig del af den samlede sundhedsindsats. Formålet med rehabilitering er, at patienten opnår øget empowerment. Dette er en medvirkende forudsætning for øget livskvalitet og sygdomshåndtering, og derved kan risikoen for komplikationer eller forværring af eksisterende komplikationer reduceres (S, s. 6).		
Overvej 'Self-management tilgange' som integreret del af (eller supplement til) den sygdomsspecifikke patientuddannelse af patienter med type 2 diabetes (nkr, s. 6)		
Det gruppebaserede rehabiliteringstilbud er typisk sammenhængende og struktureret, og kan potentielt medføre en positiv gruppedynamik og en efterfølgende netværksdannelse. Dermed kan elementerne i en livsstilsændring naturligt integreres. (nkr s 16).		

Den sygdomsspecifikke patientuddannelse bør tage afsæt i patientens ønsker og behov, således at der målrettet arbejdes ud fra principper om at styrke patientens egne ressourcer (eller kompetencer) med henblik på at kunne mestre sygdommen og livet med den. (nkr s. 41)		
Anbefalingen vedrørende 'Self-management' i patientuddannelsen bygger på den klinisk betydningsfulde effekt på den glykæmiske kontrol på kort sigt og den positive effekt på self-efficacy hvad angår kost, motion og monitorering. (nkr s. 44)		
Med Den Politiske Sundhedsaftale er der skabt et fælles fundament for en samordnet og koordineret indsats (p, s. 3).		
Almen praksis, de nordjyske kommuner og de nordjyske sygehuse er "hinandens forudsætninger". Ingen af parterne kan virkeliggøre visionen alene (p, s. 3).		
Med den nuværende sundhedsaftale har vi fået lagt et solidt fundament, som understøtter sammenhængen mellem sygehuse, almen praksis og kommuners sundhedstilbud, (p, s 4).		
I Nordjylland er der gode traditioner for at samarbejde om, at borgeren får det bedst mulige forløb i sundhedsvæsenet (p, s. 4).		
Sygehusvæsenet er præget af stigende specialisering og samling af behandlingen. Den fortsatte udvikling i sygehusvæsenet betyder, at det borgernære sundhedsvæsen skal håndtere flere og mere komplekse opgaver. (p, s.6)		
...sundhedsvæsenets parter skal udnytte ressourcerne på nye måder, så behandlingen sker på rette niveau (p, s 6)		
God kommunikation og et godt samarbejde på tværs af sektorer skaber tryk og sikkerhed, så borgeren får den behandling og pleje, der er brug for. (p, s 6)		
Vi skal også i fællesskab arbejde på at minimere de utilsigtede hændelser, der sker i sektorovergangene. (p, s 6).		
Der er også behov for at sundheds- og beskæftigelsessektoren arbejder sammen, så det bliver muligt at iværksætte samtidige indsatser, som er samordnede og koordinerede (p, s 6).		
Vi skal lære og drage nytte af erfaringer gjort andre steder; kommunalt, regionalt, nationalt og internationalt.(p, S12)		
Region, sygehuse, almen praksis og kommuner skal samarbejde respektfuldt og dele viden. Parterne skal i respekt for hinanden forpligte sig til, at ændringer i egen kapacitet, arbejdstilrettelæggelse og flytning af konkrete opgaver sker velplanlagt og koordineret med borgerens behov i centrum (p, s. 13).		
at vi får skabt fælles faglige miljøer på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner, så vi får en "vi-kultur" / et fælles sprog til gavn for nordjyske borgere. (p, s13)		
har behov for at samarbejde om at udvikle nye fælles løsninger i overgangen mellem sygehus og almen praksis / eget hjem. (p,s 14)		
I takt med at der opstår ny viden, og indsatser foldes ud, reviderer og fastsætter Sundhedskoordinationsudvalget Sundhedsaftalens målsætninger (p, s 15)		
I respekt for hinandens arbejde er vi opmærksomme på, at den konkrete arbejdstilrettelæggelse i en sektor kan påvirke kapaciteten i en anden sektor. Der er derfor behov for løbende at holde hinanden ajour med væsentlige ændringer i varetagelsen af kerneydelserne. (A, s.11)		
Det overordnede formål med sundhedsaftalen om forebyggelse er: "at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet." (A, s 19)		

Sundhedsaftalen om forebyggelse har fokus på sammenhængende forebyggelsesforløb på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis (A, s. 19)	Samarbejde mellem sektorer	Samarbejde mellem sektorer
Regionen har ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til de borgere, der er henvist til behandling på sygehus. Dette gælder både indlagte borgere og borgere, der behandles ambulant. Når en borger er færdigbehandlet på sygehus, overgår ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til borgerens hjemkommune. Kommunerne tilbyder som minimum de borgerrettede indsatser, som er anbefalet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om tobak og alkohol. (A, s. 19)		
4.6. Rådgivning og kompetenceudvikling Den regionale rådgivningsforpligtelse Regionerne er ifølge Sundhedslovens § 119 stk. 3 forpligtet til at yde kommunerne rådgivning i forhold til forebyggelsesindsatsen. En del af denne rådgivning vil foregå bilateralt, men hovedparten af rådgivningsforpligtelsen vil udmønte sig i vederlagsfri tværsektorielle temadage og i regi af de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler (A, s. 26)		
Kompetenceudvikling En forudsætning for sammenhæng i den regionale og kommunale forebyggelse er, at indsatserne bygger på samme faglige dokumentation / evidens, så patienter og borgere møder de samme budskaber i primær og sekundær sektor. (A, s. 27).		
Der er i aftaleperioden særlig fokus på: Sammenhængende forebyggelsesforløb for bl.a. børn og unge, borgere med misbrugsproblemer, borgere med kronisk sygdom, nedsat funktionsevne, ældre borgere, borgere med psykiske sygdomme og socialt udsatte borgere. (A s. 27)		
Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Behandling og Pleje er: ”at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet” (A, s.29)		
Det politiske fokus er, at vi skal bruges hinandens ressourcer meningsfuldt, og at vi systematisk skal dele viden på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse, så alle parter har gode forudsætninger for at løse deres del af opgaven. (A, s. 34)		
Sundhedsaftalen har et gennemgående fokus på borgere, som har behov for indsatser kendetegnet ved særlige koordineringsbehov, flere samtidige indsatser, høj kompleksitet, og hvor der er behov for stor sammenhængskraft mellem region, kommuner og almen praksis.(A, s.37)		
der skal udvikles en model for tværsektorielt samarbejde omkring meget komplekse patienter. (A, s37)		
Sundhedsaftalen 2015-2018 bygger desuden på en række aftaler i Den Tværsektorielle Grundaftale. Aftalerne definerer den konkrete arbejdsdeling vedrørende Forebyggelse, Indlæggelse og udskrivning, Genoptræning, Behandlingsredskaber og hjælpemidler, Opfølgning på Utilsigtede hændelser samt aftaler vedrørende særlige målgrupper – herunder den ældre medicinske patient og borgere med kroniske sygdomme. Disse aftaler er fortsat gældende og skal kontinuerligt have stort fokus med henblik på at sikre, at aftalerne efterleves og implementeres i driftsorganisationerne (A, s. 49)		
Målgrupperne skal introduceres forskelligt til sundhedsaftalen. Ledelseslaget skal have et tværgående kendskab til Sundhedsaftalens indhold, mens frontpersonalet skal kende til de delaftaler, der har betydning for varetagelse af deres konkrete ansvarsområde – herunder at kunne henvise borgeren til de rette tilbud (A, s.50)		
Den sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb. Aftalen er revideret i 2015 af den Sundhedsfaglige Referencegruppe for Diabetes Type 2. Formålet med den nye aftale er at sikre en mere dynamisk aftale med udgangspunkt i de reviderede stratificeringskriterier, med klare overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsfordeling samt henvisningsveje. (S, s.2)		
Behandlingsindsatsen overfor mennesker med type 2 Diabetes er baseret på et tværsektorielt samarbejde, hvor det overordnede formål er, at sikre sammenhængende patientforløb (S, s. 2)		

Almen Praksis bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliteringsindsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser (stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger (S, s. 10).		
Orientering til kommune(Sundhedscentre): Sygehuset bør i henvisningen være forpligtet/villig til at give kommunen relevante oplysninger om borgeren inden en rehabiliterings indsats. Herunder bl.a. kort sygehistorie, diabetiske senfølger og andre væsentligste diagnoser(stratificeringsniveau), medicinliste, behandlingsmål, nyeste HbA1c, kolesterol, vægt, BMI, funktionsevne og sociale vilkår samt kontaktoplysninger. (S, s.10)		
Almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats, og der ligger et potentiale i at understøtte implementeringen af forebyggelsespakkerne via et systematisk samarbejde mellem kommune og almen praksis. (f, S. 8)		
Sundhed på tværs Fremme af borgernes sundhed er hele kommunens ansvar på tværs af politikområder. De rammer og betingelser, der er med til at skabe sundhed, fordeles sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor kan implementeringen af forebyggelsespakkerne med fordel ske på tværs af forvaltninger i kommunerne. På den måde vil de anbefalede indsatser komme til at indgå som en del af de eksisterende kerneydelser og politikker i kommunen, frem for alene at blive en indsats i sundhedsafdelingen. Det forudsætter, at der arbejdes med at få sundhed ind i alle politikker (f, s. 19).		
Det stigende antal patienter med type 2 diabetes og andre kroniske lidelser og dermed stigende udgifter til sundhedsvæsenet, var baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen i 2005 anbefalede 'en større tilpasning af sundhedsvæsenets organisation til en forbedret – og i højere grad tværfaglig og tværsektoriel – indsats over for den kronisk syge patient' (nkr s. 62).		
Det stigende antal patienter med type 2 diabetes og andre kroniske lidelser og dermed stigende udgifter til sundhedsvæsenet, var baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen i 2005 anbefalede 'en større tilpasning af sundhedsvæsenets organisation til en forbedret – og i højere grad tværfaglig og tværsektoriel – indsats over for den kronisk syge patient' (nkr s. 62).		
For at kunne sikre sammenhængende forløb af høj kvalitet er det vigtigt at have viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer. Der er derfor behov for at forske i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, og for systematisk kvalitetsudvikling og dokumentation. Med sundhedsaftalen vil vi derfor fortsat prioritere forskning og samarbejde om dokumentation, som kan bidrage til kvalitetsudvikling af det nordjyske sundhedsvæsen. (A, s.13)	Forandringer i sundhedsvæsenet	
I det kommende samarbejde om Sundhedsaftalen vil vi afprøve, om vi kan anvende Triple Aim som metode og tanke-sæt. Det indebærer, at vi skal arbejde med en baseline for de udfordringer, vi skal løse, og dokumentation af at de forandringer, vi iværksætter, virker. (A, s.50)		
Vi vil derfor afprøve Triple Aim på mindst en nærmere defineret målgruppe / population i aftaleperioden, hvor relevante indsatser, målrettet målgruppen, udvikles og afprøves i nye tværsektorielle samarbejdsformer. Dette skal være udgangspunktet for at vurdere, om vi vil benytte metoden generelt i det tværsektorielle samarbejde. (A, s.50)		
Pakkernes anbefalinger retter sig mod både raske og syge borgere i kommunen (f, s. 6).	Populationsperspektiv	
Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål: • Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet).		

• Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet). • Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet). (A, s.50)		
Borgeren skal have det sundhedstilbud, der er behov for, til tiden og med størst mulig kvalitet. Det skal almen praksis, kommuner og sygehuse samarbejde med borgeren og hinanden om (p, s 6).	Kvalitet	Kvalitet og forandringer i sundhedsvæsenet
fælles udfordringer kræver, at vi har et lærende sundhedsvæsen, der systematisk, løbende og respektfuldt arbejder med videndeling på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Målet er at sikre den højest mulige kvalitet ved at bygge på samme viden og derved trække i samme retning. (p, S12)		
For at kunne sikre sammenhængende forløb af høj kvalitet er det vigtigt at have viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer. Der er derfor behov for at forske i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, og for systematisk kvalitetsudvikling og dokumentation. Med sundhedsaftalen vil vi derfor fortsat prioritere forskning og samarbejde om dokumentation, som kan bidrage til kvalitetsudvikling af det nordjyske sundhedsvæsen. (A, s.13)		
Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Genoptræning og rehabilitering er: ”at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet”. (A, s.36)		
Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Sundheds-IT og digitale arbejdsange er: ”at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejde mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.” (A, s.43)		
bidrage til dokumentation af indsatser med henblik på, at understøtte kvalitet i behandling, pleje og rehabilitering. (A, s.43)		
Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål: • Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet). • Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet). • Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet). (A, s.50)		
Den sygdomsspecifikke Sundhedsaftale for Type 2 Diabetes skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle tilbud og forløb. Aftalen er revideret i 2015 af den Sundhedsfaglige Referencegruppe for Diabetes Type 2. Formålet med den nye aftale er at sikre en mere dynamisk aftale med udgangspunkt i de reviderede stratificeringskriterier, med klare overordnede retningslinjer for arbejds- og ansvarsfordeling samt henvisningsveje. (S, s.2)		
Vi er enige om, at indsatsen skal ske på det mindst specialiserede og mest omkostningseffektive niveau, der kan tilbyde en fuld for- svarlig behandling, hvor en positiv udvikling for borgeren sikres (LEON princippet). (p, s. 12)	Økonomi	Underkategori til kvalitet og forbedringer i sundhedsvæsenet: Økonomi
Vi vil eksperimentere med nye organisationsformer, der bedre kan understøtte sammenhæng i borgerens forløb. Det kan være fælles fysiske lokaliteter / matrikler, og det kan være fælles drevne enheder, hvor personale fra de forskellige sektorer arbejder sammen til gavn for borgerne. Vi er parate til at pulje fælles midler til udviklingsprojekter og indsatser. Det afgørende er, at LEON princippet opfyldes (p, s 14)		
Med den økonomi vi har til rådighed, skal vi på nye måder skabe mere livskvalitet og sundhed for borgeren (p, s. 14)		
at vi har fælles fokus på at målrette sundhedsvæsenets ydelser differentieret til borgerne – med henblik på at udnytte ressourcerne bedst muligt (p, s. 14).		

”Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelser skal leveres på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON – princippet). (A, s 11)		
Borgeren skal tilbydes en fuldt forsvarlig behandling på det laveste specialiseringsniveau og det mest omkostningseffektive niveau, hvor positiv udvikling for borgeren sikres. (A, s..33)		
Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål: • Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet). • Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet). • Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet). (A, s.50)		
På samfunds niveau er gevinsten ved forebyggelse de sparede omkostninger, der ville have været forbundet med den pågældende risikofaktor. Andre hensyn og ønsker, fx ønsket om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, kan dog gøre, at det i nogle tilfælde kan være fornuftigt at gennemføre en indsats, selvom det ikke umiddelbart betaler sig ud fra en økonomisk betragtning. (f, s 13)		
Det stigende antal patienter med type 2 diabetes og andre kroniske lidelser og dermed stigende udgifter til sundhedsvæsenet, var baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen i 2005 anbefalede ’en større tilpasning af sundhedsvæsenets organisation til en forbedret – og i højere grad tværfaglig og tværsektoriel – indsats over for den kronisk syge patient’ (nkr s. 62).		
visionen om ”Et stærkt fælles sundhedsvæsen i Nordjylland, der understøtter og bidrager til, at nordjyske borgere sikres muligheder for at have et godt liv med mange gode leveår,” (p, s 3).	Social ulighed	Social ulighed
Sundhed er en af de væsentligste forudsætninger i livet for, at borgeren kan leve det liv han / hun ønsker, for at kunne tage aktivt del i samfundet og for at kunne fastholde egen og familiens forsørgelse (p, s. 4)		
”et stærkt fælles sundhedsvæsen i Nordjylland, der understøtter og bidrager til, at nordjyske borgere sikres lige muligheder for at have et godt liv med mange gode leveår.” (p, s 4).		
Sårbarhed handler bl.a. om nedsat funktionsevne, etnicitet, mestringssevne eller sociale forhold, der udfordrer muligheden for at profitere af sundhedsydelserne (p, s 4).		
Målet er, at alle borgere sikres lige muligheder i adgang og udbytte af sundhedstilbud og for at få et langt og godt liv (p, s 5)		
der mangler dokumenterede metoder til at ”knække kurven” (p, s10).		
Sundhedsprofilen fra 2013 viste, at der fortsat er store variationer i sundhed og trivsel – såvel geografisk som mellem forskellige uddannelsesgrupper og erhvervsgrupper (p, s10).		
Sundhed og trivsel grundlægges i barne- og ungdomsårene. Derfor er det vigtigt, at alle parter gør deres yderste for at sikre, at alle børn og unge får gavn af de mange gode forebyggende sundhedstilbud (p, s 10)		
3.2. Lighed i sundhed Sundheden i Nordjylland er ikke ligeligt fordelt. Der er, som i resten af landet, store variationer relateret til uddannelsesgrad og erhvervstilknytning. Herudover har visse sårbare grupper særligt store sundhedsudfordringer. Vi har et sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle, men der er stor ulighed i både brug og udbytte af sundhedsydelser – såsom forebyggelses-, rehabiliterings- og behandlingstilbud. (A, s.11)		
der samarbejde med den nyoprettede forskningsenhed Dansk Center for Ulighed i Sundhed på Aalborg Universitetshospital, som vil sætte forskningsprojekter i		

gang, der skal give viden og redskaber til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Enheden vil, i samarbejde med de nordjyske kommuner og almen praksis, indsamle data og dele erfaringer på tværs af sektorer og fagligheder – blandt andet med udgangspunkt i rehabiliterings-programmer for hjertepatienter og telemedicin. I aftaleperioden vil vi følge forskningsenhedens arbejde med henblik på at kvalitetssikre det tværsektorielle samarbejde omkring lighed i sundhed. (A, s.13)		
I aftaleperioden vil der være fokus på at sikre henvisning til kommunal forebyggelse indenfor tobak, alkohol og stoffer. Formålet med indsatsen er at sikre et godt forebyggelsesforløb over sektorgrænserne, så flest mulige borgere med livsstilsproblemer deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud. Henvisning skal ske, når det er fagligt begrundet, og når borgeren er motiveret for at deltage. Specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed. (A, s.20)		
Kompetenceudviklingen skal dels fokusere på de faktorer, der bredt påvirker alle befolkningsgruppers sundhed, dels de faktorer der påvirker særligt udsatte gruppers sundhed: • Forebyggelse og sundhedsfremme også med fokus på udsatte borgere. • Social ulighed i sundhed. Den sociale gradient og fokus på særligt udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Sundhedspædagogiske metoder, særligt i forhold til udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Planlægnings- og evalueringsmetoder til brug for den kommunale og regionale forebyggelsesindsats (A, s. 27)		
5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgernes mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenet øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger, så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud.(A, s. 31)		
Ulighed i sundhed er et tema, som er gennemgående i alle forebyggelsespakker. Anbefalingerne indeholder bl.a. rammesættende indsatser, der har en effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og dermed også en stor effekt i forhold til ulighed. Andre indsatser i pakkerne er særlig målrettet socialt udsatte grupper (f, s. 5).		
I de tilfælde hvor efterspørgslen overstiger udbuddet af specifikke forebyggelsestilbud, er det særligt vigtigt at sikre, at det er de rette borgere, der får tilbuddet ud fra kriterier om behov og motivation, samt med henblik på at imødegå social ulighed i sundhed (f, s. 22).		
Faktorer hos patienten som motivation, fysik kapacitet, andre lidelser, sprog, kulturelle forhold, uddannelsesniveau på den ene side og tilgængelige tilbud og muligheder vil imidlertid i mange tilfælde sætte begrænsninger for den opnåelige rehabiliteringsindsats og dermed effekten.(nkr s. 11)		
På samfunds niveau er gevinsten ved forebyggelse de sparede omkostninger, der ville have været forbundet med den pågældende risikofaktor. Andre hensyn og ønsker, fx ønsket om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, kan dog gøre, at det i nogle tilfælde kan være fornuftigt at gennemføre en indsats, selvom det ikke umiddelbart betaler sig ud fra en økonomisk betragtning. (f, s 13)		
Dette ud fra en fælles forståelse af at borgerne skal kunne opnå og vedligeholde den bedst muligt fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne med henblik på at bevare eller opnå uafhængighed og selvstændighed (WHO's definition). (p, s.4)		
Vi skal gøre mest muligt for, at borgeren kan spille en aktiv og ligeværdig rolle ved at skabe et sundhedsvæsen, der inddrager og anerkender den enkelte borgers ressourcer og behov (p, s 4).		
Et særligt fokus rettes mod borgere med psykisk sygdom samt sårbare grupper, hvor funktionsnedsættelse, etnicitet, mestringssevne, sociale forhold m.m.		

udfordrer sundheden og muligheden for at profiere af sundhedsydelse (A, s4)	Sundhedssyn	
Indsatserne i Genoptræning og Rehabilitering bygger på værdierne i WHO's definition af rehabilitering: "Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse." (A, s. 36).		
understøtte, at borgeren bliver inddraget i eget forløb og motiveres til at blive en aktiv sundhedsaktør (A, s 43)		
Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål: • Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet). • Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet). • Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet). (A, s.50)		
Borgerens sundhed og trivsel er et fælles anliggende for den enkelte, familie og netværk, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som skaber sundhed og trivsel. Mens staten sætter de overordnede rammer for sundheden, har kommunerne ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud i lokalområdet, der fremmer sundhed og forebygger sygdom. Sammen har kommuner og regioner en fælles opgave i at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere. Fremadrettet er der stadig udfordringer og uudnyttede potentialer i den sundhedsfremmende- og forebyggende indsats (f, s. 7).		
Sundhedsprofilen fra 2013 viste, at der fortsat er store variationer i sundhed og trivsel – såvel geografisk som mellem forskellige uddannelsesgrupper og erhvervsgrupper (p, s10).	Gradientforståelse	Underkategori til social ulighed - Gradientforståelse
Eksempelvis ved vi, at børn (i 0-5 års alderen) af kortuddannede og arbejdsløse mødre markant sjældnere deltager i forebyggende helbredsundersøgelser hos egen læge (p, s 10).		
Kompetenceudviklingen skal dels fokusere på de faktorer, der bredt påvirker alle befolkningsgruppers sundhed, dels de faktorer der påvirker særligt udsatte gruppers sundhed: • Forebyggelse og sundhedsfremme også med fokus på udsatte borgere. • Social ulighed i sundhed. Den sociale gradient og fokus på særligt udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Sundhedspædagogiske metoder, særligt i forhold til udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Planlægnings- og evalueringsmetoder til brug for den kommunale og regionale forebyggelsesindsats (A, s. 27)		
Usunde vaner er i stigende grad koncentreret blandt socialt dårligere stillede grupper opgjort på uddannelses- og indkomstniveau (f, s. 11).		
Prævalensen af type 2 diabetes er betydelig højere i de store indvandrergupper i Danmark sammenlignet med etnisk danskere, og fra en nylig analyse af prævalens og forbrug af sundhedsydelser står det desuden klart, at prævalensen er højere blandt de dårligst uddannede og socialt dårligst stillede borgere (nkr s. 62)		
Et træningsprogram af lav til moderat intensitet er realistisk at gennemføre for den gennemsnitlige patient med type 2 diabetes. Træning med højere intensitet kan tilbydes patienter, som er motiverede og kan gennemføre dette. (Nkr s.28)		

For at sikre alle borgere et godt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud, fokuseres der gennem aftalen også på konkrete sårbare målgrupper, der har brug for en særlig opmærksomhed (p, s 4).		
Sårbarhed handler bl.a. om nedsat funktionsevne, etnicitet, mestringssevne eller sociale forhold, der udfordrer muligheden for at profitere af sundhedsydelse (p, s 4).		
At der i aftaleperioden udvikles metoder, der kan understøtte definerede sårbare borgere til at kunne deltage i og gennemføre den forebyggelse, behandling eller rehabilitering, de tilbydes (p, s 7).		
der er en overdødelighed blandt psykisk syge, som lever mellem 15 og 20 år kortere end almen befolkningen. En af årsagerne er bl.a., at psykisk syge ikke altid behandles for deres somatiske sygdomme, ligesom psykisk syge ikke tilbydes forebyggelse og rehabilitering i samme omfang som andre. Derfor har det psykiatriske område et stort fokus i Sundhedsaftalen (p, s 10)		
Derfor har det psykiatriske område et stort fokus i Sundhedsaftalen 2015 – 2018 (p, s 10).		
Sundheden skal øges for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv, og levetiden for mennesker med psykiske lidelser skal øges (p, s.11).		
at vi i fællesskab sikrer en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare, og har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. Vi skal også sikre, at borgere med særlige behov får den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes. (p, s. 11)		
3.2. Lighed i sundhed Sundheden i Nordjylland er ikke ligeligt fordelt. Der er, som i resten af landet, store variationer relateret til uddannelsesgrad og erhvervstilknytning. Herudover har visse sårbare grupper særligt store sundhedsudfordringer. Vi har et sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle, men der er stor ulighed i både brug og udbytte af sundhedsydelser – såsom forebyggelses-, rehabiliterings- og behandlingstilbud. (A, s.11)		
...kvinder og mænd der er psykisk syge, i gennemsnit lever henholdsvis 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed. En af årsagerne er, at disse borgere ikke behandles for deres somatiske sygdomme, ligesom de ikke tilbydes eller profiterer af forebyggelse og rehabilitering i samme omfang som andre. (A, s 11)		
”Det politiske mål er derfor, at sundheden skal øges for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv, og at levetiden skal øges for mennesker med psykiske lidelser.” (A, s 11)		
Dette mål kræver, at vi bliver langt bedre til at identificere målgrupper, der har særlige udfordringer, og at vi bliver bedre til at målrette vores indsatser konkret til dem, der har de største sundhedsudfordringer (A, s.11)		
Vi vil i fællesskab arbejde på en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare eller har særlige behov, og hvor en målrettet indsats vil gøre en forskel. De skal have den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes. (A, s. 11)		

Derfor har vi i Den Administrative Sundhedsaftale aftalt en række konkrete initiativer, der er målrettet forskellige sårbare grupper. (A, s.11)	Dikotomiforståelse	Underkategori til social ulighed - Dikotomiforståelse
Et særligt fokus rettes mod borgere med psykisk sygdom samt sårbare grupper, hvor funktionsnedsættelse, etnicitet, mestringssevne, sociale forhold m.m. udfordrer sundheden og muligheden for at profitere af sundhedsydelse (A, s4)		
Der er opmærksomhed på borgere / patienter, der er særligt udsatte eller har særlige behov. Det gælder bredt ift. borgere med kronisk sygdom, borgere med multisygdom, ældre, socialt udsatte samt borgere med skadeligt forbrug af rusmidler. (A, s. 19)		
I denne aftaleperiode er der primært fokus på forebyggelse indenfor alkohol og tobak og på særlige indsatser for børn samt borgere med psykisk sygdom (A, s. 19)		
I aftaleperioden vil der være fokus på at sikre henvisning til kommunal forebyggelse indenfor tobak, alkohol og stoffer. Formålet med indsatsen er at sikre et godt forebyggelsesforløb over sektorgrænserne, så flest mulige borgere med livsstilsproblemer deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud. Henvisning skal ske, når det er fagligt begrundet, og når borgeren er motiveret for at deltage. Specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed. (A, s.20)		
Kompetenceudviklingen skal dels fokusere på de faktorer, der bredt påvirker alle befolkningsgruppers sundhed, dels de faktorer der påvirker særligt udsatte gruppers sundhed: • Forebyggelse og sundhedsfremme også med fokus på udsatte borgere. • Social ulighed i sundhed. Den sociale gradient og fokus på særligt udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Sundhedspædagogiske metoder, særligt i forhold til udsatte grupper og grupper med særlige behov. • Planlægnings- og evalueringsmetoder til brug for den kommunale og regionale forebyggelsesindsats (A, s. 27)		
5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgernes mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenet øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger, så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud.(A, s. 31)		
Vi har aftalt, at: • der skal udvikles en model for tværsektorielt samarbejde omkring meget komplekse patienter (A, s. 37).		
Højrisikopatienter defineres i Guidelines for type 2-diabetes, en fælles behandlingsvejledning med enslydende kliniske behandlingsmål som: Mikroalbuminuri eller flere risikofaktorer som hypertension, rygning og arvelig disposition), og patienter med hjerte-kar-sygdom (S, s. 5)		
Kommunen kan bidrage til risikovurdering og forebyggelse af Type 2 Diabetes ved at være særlige opmærksom på risikogrupper (S, s. 11)		

Kommunerne har i de seneste år haft et stigende fokus på indsatsen i forhold til kronisk syge borgere (f, s. 5).		
Særligt har indsatserne for kronisk syge borgere været i fokus, og i løbet af de seneste år har kommunerne særligt styrket indsatsen for denne gruppe. (f, s. 7).		
I de tilfælde hvor efterspørgslen overstiger udbuddet af specifikke forebyggelsestilbud, er det særligt vigtigt at sikre, at det er de rette borgere, der får tilbuddet ud fra kriterier om behov og motivation, samt med henblik på at imødegå social ulighed i sundhed (f, s. 22).		
Prævalensen af type 2 diabetes er betydelig højere i de store indvandrergupper i Danmark sammenlignet med etnisk danskere, og fra en nylig analyse af prævalens og forbrug af sundhedsydelser står det desuden klart, at prævalensen er højere blandt de dårligst uddannede og socialt dårligst stillede borgere (nkr s. 62)		
LIVSSTILSVANER BLANDT MENNESKER MED PSYKISK SYGDOM I 2013 (p, s. 10 - faktaboks)	Livsstilsorienteret	Underkategori til social ulighed - Livsstilsorienteret
ANDEL AF RYGERE I NORDJYLLAND I 2013 (p, s. 10 - faktaboks)		
At andelen af nordjyder med gode sundhedsvaner skal stige – særligt blandt kortuddannede borgere og borgere uden erhvervsuddannelse. I forhold til rygning, som er én indikator på gode sundhedsvaner, er det målet, at andelen af rygere falder fra 17 % i 2013 til 14 % i 2017 i regionen som helhed. Samtidig er det et mål, at forekomsten af rygning blandt kortuddannede og borgere uden uddannelse er faldet tilsvarende eller mere (p, s.11).		
Regionen har ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til de borgere, der er henvist til behandling på sygehus. Dette gælder både indlagte borgere og borgere, der behandles ambulant. Når en borger er færdigbehandlet på sygehus, overgår ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til borgerens hjemkommune. Kommunerne tilbyder som minimum de borgerrettede indsatser, som er anbefalet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker om tobak og alkohol. (A, s. 19)		
I denne aftaleperiode er der primært fokus på forebyggelse indenfor alkohol og tobak og på særlige indsatser for børn samt borgere med psykisk sygdom (A, s. 19)		
I aftaleperioden vil der være fokus på at sikre henvisning til kommunal forebyggelse indenfor tobak, alkohol og stoffer. Formålet med indsatsen er at sikre et godt forebyggelsesforløb over sektorgrænserne, så flest mulige borgere med livsstilsproblemer deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud. Henvisning skal ske, når det er fagligt begrundet, og når borgeren er motiveret for at deltage. Specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed. (A, s.20)		
Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker vil fremover udgøre rammen for udviklingen i den kommunale forebyggelse, og for de tilbud, kommunerne har indenfor alkohol, tobak og stoffer (A, s.20).		
Kerneydelserne er i "NKR type 2 diabetes" beskrevet som: - Sygdomsspecifik patientuddannelse - Diætbehandling - Øgning af den fysiske aktivitet eller træning - Rygeafvænning (S, s. 6)		

Niveau 3 patienter tilbydes kostvejledning samt rådgivning om alkohol, såfremt det er relevant i forbindelse med behandlingsjustering/intensivering på Hospitalerne. Desuden gives vejledning om motion (S, s. 10).		
Rygning, overforbrug af alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet er centrale risikofaktorer, som spiller en afgørende rolle for den voksende ulighed i sundhed i form af forekomsten af følgende sygdomme (f, s. 11).		
Borgernes uhensigtsmæssige sundhedsadfærd har store konsekvenser for kommunernes øko- nomi, men effekterne af en sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats ses ofte først flere år ud i fremtiden (f, s. 13).		
Overvej at tilbyde diætbehandling (kostanamnese, analyse, vejledning i kostprincipper/kostplan) frem for kostråd til patienter med type 2 diabetes (nkr, s. 6)		
Overvej at tilbyde superviseret aerob træning af lav til moderat intensitet til patienter med type 2 diabetes frem for råd om øget fysisk aktivitet (nkr, s. 6)		
Der er meget fokus på overvægt og slanketure og betydningen af disse for vægttab og glukoseniveauet ved type 2 diabetes (Nkr s.24)		
Anbefalingen vedrørende 'Self-management' i patientuddannelsen bygger på den klinisk betydningsfulde effekt på den glykæmiske kontrol på kort sigt og den positive effekt på self-efficacy hvad angår kost, motion og monitorering. (nkr s. 44)		

Tabel 15: Kodetræ fra dokumentanalyse

Bilag 2 – Søgeprotokol

Dette bilag viser søgeprotokol for den systematiske litteratursøgning der er udført i specialet.

Forskningsspørgsmål - systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning tager afsæt i specialets andet forskningsspørgsmål, som lyder:

Hvilken tilgang til forebyggelse af social ulighed i DM2 rehabilitering kan anbefales på baggrund af videnskabelige studier?

Facetsøgning

Ud fra forskningsspørgsmålet er der skabt tre facetter, som styrer den systematiske søgning.

Begrundelse herfor er beskrevet i metodeafsnit 8.2. *Litteratursøgning*. I Tabel 7 nedenfor ses en illustration af facetterne.

Facet 1 (P-population)	Facet 2 (I- intervention)	Facet 3 (O-outcome)
Type 2 Diabetes	Rehabilitering	Social ulighed

Tabel 7: Illustration af facetter til den systematiske litteratursøgning.

Søgeskabelon

Til at udføre den systematisk søgning er der udarbejdet en søgeskabelon, som er udgangspunktet for søgningen i den enkelte database. Se Tabel 8 nedenfor. Skabelonen viser hvordan der søges indenfor hver facet. Der gives i søgningerne plads til, at databaserne er forskellige og derfor også har forskellige indeksering af termer. Derfor udvælges i den enkelte database de indekserede søgetermer som er mest sigende for den enkelte facet. Det betyder, at det ikke er nøjagtigt de samme termer, der søges på i hver database, med indholdet af termerne søges at være sammenlignelige.

Facet 1 - Type 2 diabetes	Facet 2 - Rehabilitering	Facet 3 - Social ulighed
Indekserede termer Indekserede termer der dækker den medicinske betegnelse af type 2-diabetes	Indekserede termer Indekserede termer der afdækker rehabilitering, jævnfør WHO eller Hvidbogens definition heraf	Indekserede termer Indekserede termer der afdækker social ulighed i relation til sygdom og sundhed
Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritekst. Derudover søges på "type 2 diabetes"	Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritekst. Derudover søges på "rehabilitation"	Fritekst Indekserede termer i den enkelte database søges også som fritekst. Derudover søges på "health inequal*"

Tabel 8: Fælles søgeskabelon til databaserne.

Facetsøgninger i udvalgte databaser

I det følgende præsenteres de endelige facetsøgninger til de udvalgte databaser, Embase, PubMed, Cinahl, PsycInfo, Sociological Abstracts og Scopus. Facetsøgninger præsenteres nedenfor i Tabel 16-21. Derudover er der redegjort for indekserede termer, til den enkelte database.

Facetsøgning i Embase

		AND		
		Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
OR	Embase (09.05)	Emtree 'non insulin dependent diabetes mellitus/exp' (213,467)	Emtree 'Rehabilitation/exp' (345.405) 'Patient education/exp' (102.824)	Emtree 'Social inequality/exp' (81) 'Social inequalities/exp' (24) 'Health inequality/exp' (64) 'Health inequalities/exp' (20) 'Social determinants of health/exp' (3743)
		Fritekst 'non insulin dependent diabetes mellitus' (214.890) 'type 2 diabetes' (158.018)	Fritekst 'rehabilitation' (516.459) 'patient education' (113.217)	Fritekst 'Social inequal*' (3372) 'Health inequal*' (5606) 'Social determinants of health' (7343)
		244.703 hits	809.281 hits	15.363 hits
		Facet 1: 244.703	Facet 1, & 2: 8880	Facet 1, 2, & 3: 14
		Samlet resultat: 14		

Tabel 16: Facetsøgning i Embase med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af Emtree-termer:

Facet 1:

Non insulin dependent diabetes mellitus/exp er udvalgt, til facet 1. Embase viser at ved interesse i 'diabetes mellitus type 2' er denne term den anvendelige emtree term, som indeholder flere synonymer for DM2. Termen er tilføjet til Embase i 1979. Idet at termen fuldt dækker en almen beskrivelse af DM2 udvælges kun et emtree-term i denne facet. Termen explodes for at udvide søgningen og få underliggende synonymer med.

Facet 2:

Rehabilitation/exp er valgt fordi det dækker rehabiliteringsprogram og proces. Der er fokus på at rehabilitere med henblik på at borgeren kan komme sig over deres sygdom. Dermed vurderes, at Emtree termen kan relateres til Hvidbogs definition om at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv, og WHO's definition om at give patienten redskaber til at mestre eget liv. Emtree termen er exploded, idet der under Emtree termen rehabilitation er flere relevante fokusområder. Blandt andet *community based rehabilitation*, *functional assessment* og *recreational therapy*.

Patient education/exp er valgt som emtree term, da der her er fokus på at give patienten redskaber i forhold til egen sygdom. Termen er tilføjet i 1984. Termen explodes for at udvide søgningen.

Facet 3:

I facet 3 er der udvalgt fem forskellige emtree-termer. De fire er candidate-term, hvilket vil sige, at de for nyligt er tilføjet som indekserede termer. Til disse termer er der ingen beskrivelse endnu. Da der kun er få hits til hver af de fire termer, er det valgt at inddrage dem alle, for at udvide søgningen, så meget som muligt. De fire candidate-termer er *Social inequality/exp*, *Social inequalities/exp*, *Health inequality/exp* og *Health inequalities/exp*. Disse er ligeledes alle exploded. Derudover er *Social determinants of health/exp* udvalgt som emtree-term, og explodes. Termen er ligeledes forholdsvis ny og tilføjet i 2014. Termen omhandler sociale determinanter i relation til sundhed.

Facetsøgning i PubMed

OR	AND			
	PubMed (09.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		MeSH term: "Diabetes Mellitus, Type 2" (113.470)	MeSH term: "Rehabilitation Research" (81) "Rehabilitation" (272.100) "Patient education" (79.589)	MeSH term: "Social determinants of health" (1482)
		Fritekst: "Diabetes Mellitus, Type 2" (113.636) "Type 2 Diabetes" (102.899)	Fritekst: "Rehabilitation Research" (6421) "Rehabilitation" (367.282) "Patient education" (92.499)	Fritekst: "Social determinants of health" (19.293) "Health inequal*" (4619)
		152.523 hits	621.571 hits	22.860 hits
		Facet 1: 152.523	Facet 1 & 2: 7276	Facet 1, 2 & 3: 27
		Samlet resultat: 27		

Tabel 17: Facetsøgning i PubMed med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af MeSH-termer:

I PubMed explodes MeSH-termer automatisk. Derved indeholder alle udvalgte MeSH-termer underliggende termer

Facet 1:

Diabetes Mellitus, Type 2 er MeSH-terminen til facet 1. Terminen dækker over ikke insulinkrævende diabetes, svarende til definition af DM2.

Facet 2:

Rehabilitation Research er udvalgt til facet 2, da det omhandler forskning omkring flere forskellige aspekter af rehabilitering, som psykologiske, uddannelsesmæssige, sociale og økonomiske aspekter ved rehabilitering. Dermed inddrages en bred forståelse af rehabilitering.

Rehabilitation er ligeledes inddraget som omhandler, at borgere skal genvinde funktionsniveau efter sygdom.

Patient Education as Topic er inddraget, i det det omhandler at give redskaber i forhold til borgerens eget behov i forhold til sundhed.

Facet 3:

Social Determinants of Health inddrages i facet 3, da denne omhandler de omstændigheder der gælder for den enkelte borger, i forhold til sundhed, blandt andet hvor man er født og opvokset, job og alder, samt økonomiske og socialpolitiske elementer.

Facetsøgning i Cinahl

OR	AND			
	Cinahl (09.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		Headings MH "Diabetes Mellitus, Type 2"(31.596)	Headings MH "Rehabilitation+" (185.819) MH "Patient education+" (55.072)	Headings MH "Health Status Disparities" (3208) MH "Healthcare Disparities" (4527)
		Fritekst TX "diabetes mellitus type 2" (31.889) TX "type 2 diabetes" (35.849)	Fritekst TX "Rehabilitation" (228.856) TX "Patient education" (67.723)	Fritekst "Health Status Disparit*" (3262) "Healthcare Disparit*" (5212) "Health inequal*" (6735)
		49.060 hits	399.311 hits	14.005 hits
		Facet 1: 49.060	Facet 1 & 2: 6388	Facet 1, 2 & 3: 112
		Samlet resultat: 112		

Tabel 18: Facetsøgning i Cinahl med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af Headings-termer

Facet 1:

Diabetes Mellitus, Type 2 udvælges i facet 1, da termen dækker over ikke insulinkrævende diabetes.

Facet 2:

Rehabilitation+ anvendes i facet 2, fordi termen dækker over at genoprette evnen til at leve og arbejde så normalt som muligt, hvilket er i tråd med WHO's definition af rehabilitering, hvor formålet er vedligeholdelse bedst mulig funktionsevne. Termen explodes, og medtager dermed *Rehabilitation, Community-Based*, som dækker over rehabiliteringsindsatser i samfundet. Denne

forståelse af rehabilitering er i tråd med Hvidbogens definition af rehabilitering, hvor rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation.

Patient education er ligeledes med som Headings-term i facet 2. Termen omhandler at give redskaber til borgeren og pårørende i forhold til borgerens sygdom, som kan antages at være i relations til WHO's definition af rehabilitering.

Facet 3:

I facet 3 eksisterer ikke termer der direkte omhandler social ulighed i relation til sundhed og sygdom. De udvalgte er de termer der nærmer sig mest muligt.

Healthcare Disparities anvendes i facet 3, og er en term der dækker over forskelle i adgang til sundhedstilbud.

Health Status Disparities anvendes ligeledes, og over forskellige i sundhed blandt en population.

Facetsøgning i PsycInfo

OR	AND			
	PsycInfo (10.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		Index Terms: {Type 2 Diabetes} (3063)	Index Terms: {Rehabilitation} (18.488) {Enabling} (261) {Client Education} (3697)	Index Terms: {Health Disparities} (6620)
		Fritekst (Any Field) "Type 2 diabetes" (6401)	Fritekst (Any Field) "Rehabilitation" (175.086) "Enabling" (14.964) "Client Education" (3761)	Fritekst (Any Field) "Health Disparit*" (13.031) "Health inequal*" (1965)
		6401 hits	192.516 hits	14.304 hits
		Facet 1: 6401	Facet 1 & 2: 329	Facet 1, 2, & 3: 10
		Samlet resultat: 10		

Tabel 19: Facetsøgning i PsycInfo med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af Index-termer

Facet 1:

Type 2 Diabetes anvendes til facet 1, og dækker ikke insulin-krævende diabetes. Termen er ikke

exploded, da underliggende termer ikke er relevante. Dette samme gælder for index-termer i facet 2 og 3.

Facet 2:

Rehabilitation inddrages i facet 2 og omhandler behandling med fokus på at få borgeren tilbage til sundhedstilstand som tidligere.

Enabling inddrages, men der mangler beskrivelse af termer. Inddrages for at udvide søgningen.

Client Education omhandler at give information og instruktion til borgeren i relation til borgerens sygdom.

Facet 3:

Health Disparities inddrages som det mest sigende index-term til facet 3. Termen dækker over *health care disparities* og *health status disparities*.

Facetsøgning - Sociological Abstracts

OR	AND			
	Soc. abstracts (08.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		Indekseret term:	Indekseret term:	Indekseret term:
		Diabetes (1062)	Rehabilitation.exp (2876)	Social inequality (7430)
		Fritekst	Fritekst	Fritekst
		Diabetes (5320) "Type 2 Diabetes" (696)	Rehabilitation (15.007)	"Social inequal*" (18.177) "Health inequal*" (2799)
		5320 hits	15.007 hits	20.131 hits
		Facet 1: 5320	Facet 1 & 2: 544	Facet 1, 2, & 3: 56
	Samlet resultat: 56			

Tabel 20: Facetsøgning i Sociological Abstracts med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af indekserede termer:

Facet 1:

Diabetes inddrages. Der eksisterer ikke en indekseret term kun målrettet DM2. Termen er ikke exploded, da det tilføjer forskellige sygdomme.

Facet 2:

Rehabilitation inddrages som exploded, da det giver lidt flere hits, i en ellers smal søgning.

Thesaurus beskrives ikke, og der vises ikke indekseringstræ, derfor vides ikke hvad explode tilføjer.

Facet 3:

Social inequality inddrages, og dækker over omstændigheder der resulterer i at nogle sociale grupper er underprivilegerede i forhold til andre. Anvendes da der ikke eksisterer indekserede termer, som er rettet ulighed i forhold til sygdom og sundhed.

Facetsøgning i Scopus-database

OR	AND			
	Scopus (10.05)	Facet 1 Diabetes Type 2	Facet 2 Rehabilitering	Facet 3 Social ulighed
		Fritekst "Type 2 diabetes" (478.009)	Fritekst Rehabilitation (1.115.987)	Fritekst "Health inequal*" (35.579)
		478.009 hits	1.115.987 hits	35.579 hits
		Facet 1: 487.009	Facet 1 & 2: 27.343	Facet 1, 2, & 3: 241
		Samlet resultat: 241		

Tabel 21: Facetsøgning i Scopus med antal hits pr. søgeterm, samt ved OR og AND kombinationer.

Beskrivelse af søgetermer:

Scopus databasen indeholder ikke tesaurus. Derfor er der ikke søgt på indekserede termer i denne database, og søgningen består derfor kun af fritekst-termer.

Antal hits i databaserne fordelt på facetter og kombinationer heraf

I Tabel 22 nedenfor vises antal hits til hver facet, og facetterne kombineret, for hver enkel database.

	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 1+2	Facet 1+2+3
Embase	244.703	809.281	15.363	8880	14
PubMed	152.523	621.571	22.860	7276	27
Cinahl	49.060	399.311	14.005	6388	112
PsycInfo	6401	192.516	14.304	329	10
Sociological Abstract	5320	15.007	20.131	544	56
Scopus	478.009	1.115.987	35.579	27.343	241

Tabel 22: Oversigt over antal hits for hver facet og facetterne kombineret, for hver database.

Inklusions- og eksklusionskriterier til udvælgelse af studier

Til udvælgelse af studier på baggrund af ovenstående søgninger er der opstillet in- og eksklusionskriterier. Disse er opstillet i Tabel 10 nedenfor.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier på dansk, engelsk, norsk, svensk	Studier som omhandler rehabilitering af psykisk sygdom
Studier fra vestlige lande	Bøger, afhandlinger, posters, abstract
Peer-review studier	
Studier omhandlende social ulighed i rehabilitering	

Tabel 10: inklusions- og eksklusionskriterier som baggrund for litteraturudvælgelsen

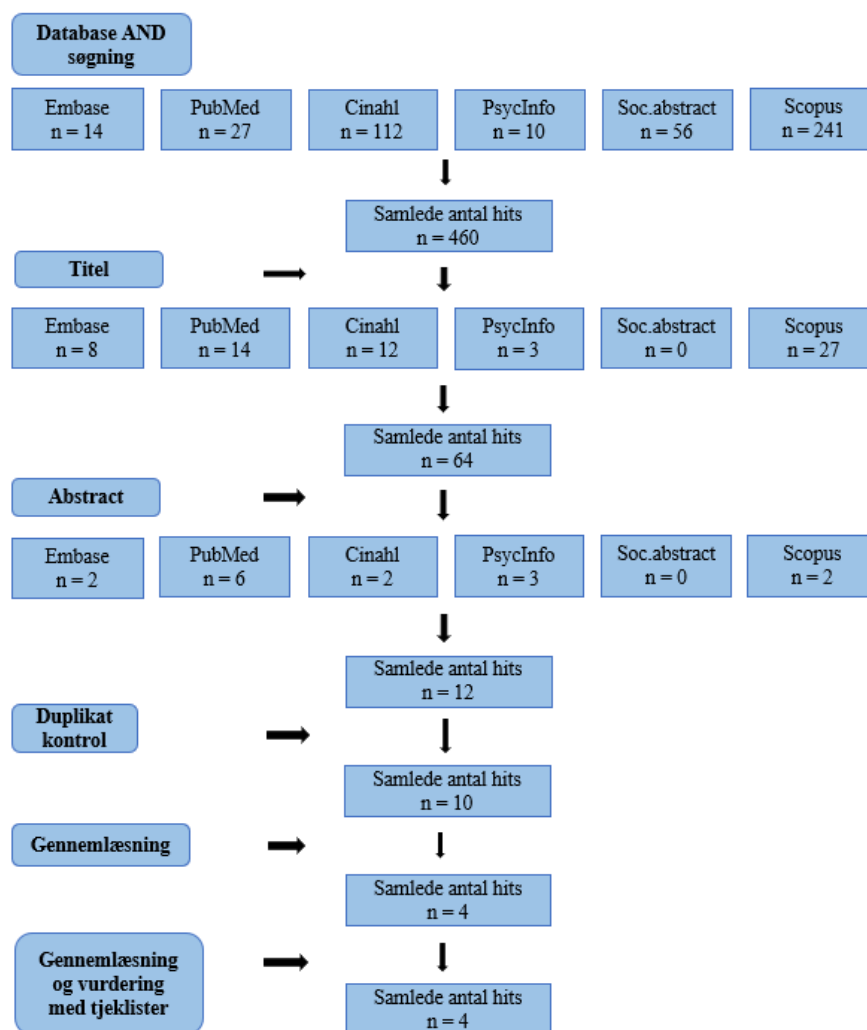
Udvælgelse af studier

Studier fundet ved den systematiske litteratursøgning blev udvalgt gennem fire trin.

1. Gennemlæsning af titler på alle fundne hits.
2. Gennemlæsning af alle abstract på de udvalgte hits fra punkt 1.
3. Kontrol for duplikator. Skimming/gennemlæsning af hele forskningsartiklen i de studier der blev udvalgt fra punkt 2.

4. Grundig gennemlæsning af de studier der blev udvalgt fra punkt 3. Under dette punkt hører ligeledes kvalitetsvurdering ud fra tjeklisterne, tilhørende det enkelte studiedesign. Kvalitetsvurderingerne kan ses i *Bilag 3: Kvalitetsvurdering af studier*.

For trin et til tre vurderes der ud fra relevans i forhold til forskningsspørgsmålet og specialets overordnede problemformulering, samt ud fra ovenstående in- og eksklusionskriterier. I fjerde trin tages der højde kvaliteten af studiet, ud fra en kvalitetsvurdering med tjekliste. I Figur 9 nedenfor ses et flowdiagram over udvælgelse fra samlet antal hits, til endeligt udvalgte studier efter kvalitetsvurdering.



Figur 9: Flowdiagram over udvælgelse af studier på baggrund af den systematiske litteratursøgning.

Printscreen af endelige søgninger

Embase

History

Save | Delete | Print view | Export | Email

Combine >

using ☒ And ☐ Or

^ Collapse

#20	#4 AND #9 AND #19	14
#19	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	15,363
#18	'social determinants of health'	7,343
#17	'social determinants of health'/exp	3,743
#16	'health inequal''	5,606
#15	'social inequal''	3,372
#14	'health inequalities'/exp	20
#13	'health inequality'/exp	64
#12	'social inequalities'/exp	24
#11	'social inequality'/exp	81
#10	#4 AND #9	8,880
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	809,281
#8	'rehabilitation'	516,459
#7	'patient education'	113,217
#6	'patient education'/exp	102,824
#5	'rehabilitation'/exp	345,405
#4	#1 OR #2 OR #3	244,703
#3	'type 2 diabetes'	158,018
#2	'non insulin dependent diabetes mellitus'	214,890
#1	'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp	213,467

14 results for search #20 Set email alert Set RSS feed Search details Index miner

PubMed

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#65	Add	Search (((("Type 2 Diabetes") OR "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND (((("Rehabilitation Research"[Mesh]) OR "Rehabilitation"[Mesh]) OR "rehabilitation research") OR "rehabilitation") OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) OR "patient education")) AND (((("Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "social determinants of health") OR "health inequal"'))	27	08:26:51
#64	Add	Search (("Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "social determinants of health") OR "health inequal"'	22860	08:25:12
#63	Add	Search (((("Type 2 Diabetes") OR "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND (((("Rehabilitation Research"[Mesh]) OR "Rehabilitation"[Mesh]) OR "rehabilitation research") OR "rehabilitation") OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) OR "patient education")	7276	08:24:48
#62	Add	Search (((("Rehabilitation Research"[Mesh]) OR "Rehabilitation"[Mesh]) OR "rehabilitation research") OR "rehabilitation") OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) OR "patient education"	621571	08:24:25
#61	Add	Search "health inequal"'	18400	08:14:32
#60	Add	Search "social determinants of health"	5202	08:14:17
#59	Add	Search "Social Determinants of Health"[Mesh]	1482	08:13:53
#57	Add	Search "patient education"	92499	08:12:53
#56	Add	Search "Patient Education as Topic"[Mesh]	79589	08:12:41
#55	Add	Search "rehabilitation"	367282	08:12:24
#54	Add	Search "rehabilitation research"	6421	08:12:12
#53	Add	Search "Rehabilitation"[Mesh]	272100	08:12:00
#52	Add	Search "Rehabilitation Research"[Mesh]	81	08:11:47
#51	Add	Search (((("Type 2 Diabetes") OR "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]	152523	08:11:32
#50	Add	Search "Type 2 Diabetes"	102899	08:11:08
#49	Add	Search "Diabetes Mellitus, Type 2"	113636	08:10:47
#48	Add	Search "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]	113470	08:10:13

Cinahl

Search History/Alerts

[Print Search History](#) [Retrieve Searches](#) [Retrieve Alerts](#) [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches			Refresh Search Results		
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions		
☐ S17	S6 AND S9 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (112)	View Details	Edit
☐ S16	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14,005)	View Details	Edit
☐ S15	TX "health inequal"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (6,735)	View Details	Edit
☐ S14	TX "health status disparit"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,262)	View Details	Edit
☐ S13	TX "healthcare disparit"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (5,212)	View Details	Edit
☐ S12	(MH "health Status Disparities")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,208)	View Details	Edit
☐ S11	(MH "healthcare Disparities")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,527)	View Details	Edit
☐ S10	S6 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (6,388)	View Details	Edit
☐ S9	S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (49,060)	View Details	Edit
☐ S8	(S4 OR S5 OR S6 OR S7)	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (399,311)	View Details	Edit
☐ S7	TX "patient education"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (67,723)	View Details	Edit
☐ S6	TX "rehabilitation"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (228,856)	View Details	Edit
☐ S5	(MH "Patient Education+")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (55,072)	View Details	Edit
☐ S4	(MH "rehabilitation+")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (185,819)	View Details	Edit
☐ S3	S3 TX "type 2 diabetes"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (35,849)	View Details	Edit
☐ S2	TX "diabetes mellitus type 2"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (31,889)	View Details	Edit
☐ S1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (31,596)	View Details	Edit

PsycInfo

Recent Searches

All ☐		
☐	(((IndexTermsFilt: ("Health Disparities")))) OR (((Any Field: ("health disparit")))) OR (((Any Field: ("health inequal")))) AND (((Any Field: ("client education")))) OR (((Any Field: ("enabling")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Client Education")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Enabling")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Rehabilitation")))) AND (((Any Field: ("type 2 diabetes")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Type 2 Diabetes")))) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	10 Results
☐	((IndexTermsFilt: ("Health Disparities")) OR ((Any Field: ("health disparit")) OR ((Any Field: ("health inequal")))) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	14304 Results
☐	Any Field: "health inequal" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	1965 Results
☐	Any Field: "health disparit" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	13031 Results
☐	Index Terms: {Health Disparities} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	6620 Results
☐	(((Any Field: ("client education")))) OR (((Any Field: ("enabling")))) OR (((Any Field: ("rehabilitation")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Client Education")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Enabling")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Rehabilitation")))) AND (((Any Field: ("type 2 diabetes")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Type 2 Diabetes")))) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	329 Results
☐	((Any Field: ("client education")) OR ((Any Field: ("enabling")) OR ((Any Field: ("rehabilitation")) OR ((IndexTermsFilt: ("Client Education")) OR ((IndexTermsFilt: ("Enabling")) OR ((IndexTermsFilt: ("Rehabilitation")))) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	192516 Results
☐	Any Field: "client education" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	3761 Results
☐	Any Field: "enabling" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	14964 Results
☐	Any Field: "rehabilitation" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	175086 Results
☐	Index Terms: {Client Education} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY Edit Save X Refresh Alert Share	3697 Results

Index Terms: {Enabling}	261 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	
    	
Index Terms: {Rehabilitation}	18488 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	
    	
((Any Field: ("type 2 diabetes"))) OR ((IndexTermsFilt: ("Type 2 Diabetes")))	6401 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	
    	
Any Field: "type 2 diabetes"	6401 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	
    	
Index Terms: {Type 2 Diabetes}	3063 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	
    	

Sociological Abstracts

Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
S17	s10 and s16	Sociological Abstracts	56*	Actions ▼
S16	s11 or s14 or s15	Sociological Abstracts	20,131*	Actions ▼
S15	"health inequal"	Sociological Abstracts	2,799*	Actions ▼
S14	"social inequal"	Sociological Abstracts	18,177*	Actions ▼
S11	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality")	Sociological Abstracts	7,430*	Actions ▼
S10	s5 and s9	Sociological Abstracts	544*	Actions ▼
S9	s7 or s8	Sociological Abstracts	15,007*	Actions ▼
S8	rehabilitation	Sociological Abstracts	15,007*	Actions ▼
S7	MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Rehabilitation")	Sociological Abstracts	2,876*	Actions ▼
S5	S1 OR S2 OR S4	Sociological Abstracts	5,320*	Actions ▼
S4	"type 2 diabetes"	Sociological Abstracts	696*	Actions ▼
S2	diabetes	Sociological Abstracts	5,320*	Actions ▼
S1	MAINSUBJECT.EXACT("Diabetes")	Sociological Abstracts	1,062*	Actions ▼

Scopus

Search history	Combine queries...	e.g. #1 AND NOT #3	Q	?
8 "Type 2 diabetes" AND "Rehabilitation" AND "Health inequal"	241 document results	    		
7 "Health inequal"	35,579 document results	    		
6 ALL ("Type 2 diabetes" AND "Rehabilitation")	27,343 document results	    		
5 ALL ("Rehabilitation")	1,115,987 document results	    		
4 ALL ("Type 2 diabetes")	478,009 document results	    		

Dato og identifikation

Litteratursøgningen blev foretaget på Aalborg Universitet fra d. 01.05.18 og afsluttet d. 10.05.18.

Søgningen blev foretaget af:

Lotte Lykke Larsen, Vigga Marie Norup Jensen, Sisse Rodkjær Søndergaard

Bilag 3 – Kvalitetsvurdering af studier

Tjeklisterne er udvalgt ved at farvemarkere. Punkter farvet grøn vurderes til opfyldt. Ved rød tekst opfyldes kriteriet ikke. Sort tekst er ikke relevant for studiet, og tæller med som opfyldt.

Koetsenruijter et al. 2015. Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study.

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection (dataindsamlingsperiode bliver ikke nævnt)
Participants	6	(a) Cohort study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up Case-control study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls Cross-sectional study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
		(b) Cohort study—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed

Case-control study—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case

Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest

(c) *Cohort study*—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)

Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Walker et al. 2014. Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modelling.

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection Dette punkt er kun delvist opfyldt.
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed. (d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i>—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i>—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Espelt et al. 2011. Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus in Europe 1999-2009: a Panorama of Inequalities.

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	

Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Sortsø et al. 2017. Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark.

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (vurderes ikke aktuelt ved registerforskning) (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i>—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i>—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period (ikke relevant)
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Bilag 4 – Bidrag til beslutningsgrundlag

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Supplement til punkt 5.4. Lighed i Sundhed

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed⁷.

Sundhedsaftalen bør i den forbindelse have fokus på kombinerede forebyggelsesstrategier til forebyggelse af social ulighed i type 2-diabetes rehabilitering.

- Det anbefales, at anvende strukturel forebyggelsesstrategi i form af lige adgang til sundhedsydelser og forbedre muligheder for sund mad og fysisk aktivitet specielt i lokalområdet⁸. I form af strukturel forebyggelsesstrategi anbefales et større fokus på borgernes levevilkår.
- Det anbefales at anvende højrisikostrategi med fokus på borgere med lav socioøkonomisk status⁹, og borger med høj psykologisk stress, lav social støtte og lav self-efficacy¹⁰ idet det har betydning for borgerens egenomsorg.

Sundhedsaftalen bør endvidere inddrage borgernes sociale relationer i type 2-diabetes rehabilitering.

- Det anbefales at inddrage borgernes sociale relationer, idet de har betydning for egenomsorgsevnen og dermed sygdomsmestring, især hos borgere med lav socioøkonomisk status¹¹.

Ligeledes bør sundhedsaftalen have fokus på at udbygge nuværende stratificering af borgere med type 2-diabetes ud fra psykosociale faktorer.

- Nuværende stratificering af borgere med type 2-diabetes bør udbygges, så der ikke udelukkende stratificeres efter sygdommens sværhedsgrad, men tillige stratificere efter psykosociale faktorer så som psykologisk stress, lav social støtte og lav self-efficacy idet det har stor betydning for borgerens egenomsorg¹².

Sundhedsstyrelsen, 7. juni 2018

⁷ (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013)

⁸ (Espelt et al. 2011; Sortsø et al., 2017)

⁹ (Koetsenruijter et al. 2015; Sortsø et al., 2017; Espelt et al. 2011)

¹⁰ (Walker et al. 2014)

¹¹ (Walker et al. 2014; Koetsenruijter et al. 2015)

¹² (Espelt et al. 2011)